

# Reha zeigt **Gesicht**

**AG MedReha**  
Arbeitsgemeinschaft Medizinische  
Rehabilitation SGB IX



„**Re-habilitare**“ – etwas wieder beherrschen, was vor einer Krankheit oder einem Unfall selbstverständlich war: laufen, sprechen, sich wieder zu Hause selbst versorgen, arbeiten gehen, selbstbestimmt leben. Das wünschen sich Menschen nach einer gesundheitlichen/psychosozialen Krise.

Vervielfacht und verstärkt wird dieser Wunsch durch die rasante Weiterentwicklung des medizinischen Fortschritts, der die Überlebenswahrscheinlichkeit bei den meisten Krankheiten und Unfällen immer weiter erhöht. Unabhängig von fremder Hilfe und möglichst gesund und leistungsfähig zu sein, sind heute elementare gesellschaftliche Werte.

Mit dieser Entwicklung steigt die Bedeutung der medizinischen Rehabilitation. Sie hat sich den enormen Veränderungen des modernen Medizinbetriebs fließend angepasst und verbindet die verbesserte medizinische Beherrschbarkeit von Krankheit und Unfallfolgen mit der individuellen Lebensplanung und Lebensqualität der Menschen.

## Wer sind diese Menschen?

Wissenschaftliche Expertisen, medizinische Gutachten oder nüchterne Statistiken streifen die tatsächlichen Schicksale der betroffenen Menschen höchstens an der Oberfläche. Den Sachverständigen und politischen Entscheidungsträgern zeigt sich nur selten,

welche einschneidenden Veränderungen Krankheiten oder ein Unfall für den Einzelnen bedeuten, welche Hoffnungen die Patienten haben und welche Wendungen und Wege die medizinische Rehabilitation ihnen eröffnet.

Mit den hier gesammelten Berichten und Beiträgen sollen die unterschiedlichen Facetten medizinischer Rehabilitation lebendig gemacht und ihre Wirkung auf die Lebensqualität der betroffenen Menschen veranschaulicht werden. Die vorgestellten Beispiele sind die wahren Geschichten von Menschen, die Patienten wurden. Sofern es zum Schutz der Persönlichkeit erforderlich war, sind die Namen der Patienten geändert und Muster-Fotos verwendet worden, die dem geschilderten Sachverhalt möglichst nahe kommen. Die Sammlung dokumentiert eindringlich, dass die medizinische Rehabilitation eine unentbehrliche kompensatorische Leistung ist, die die Gesellschaft und das Individuum vor Schäden schützt. Denn durch Rehabilitation können Rentenzahlungen und Pflegebedürftigkeit abgewendet werden.

Berlin, im August 2014

Arbeitsgemeinschaft Medizinische Rehabilitation SGB IX  
(AG MedReha)

**Wir danken allen Einrichtungen und ihren Mitarbeitern, die diese Veröffentlichung möglich gemacht haben. Aus der Vielzahl der bereitgestellten Fallbeispiele konnte eine Auswahl an Patientengeschichten getroffen werden, die die Bandbreite der medizinischen Rehabilitation anschaulich darstellen. Besonderer Dank gilt den Patienten, die bereit waren, mit ihrem Beispiel der Reha ein Gesicht zu geben.**

*In dieser Publikation wird zur besseren Lesbarkeit auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten für beiderlei Geschlecht.*

*Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen sind zielgerichtete, komplexe und strukturierte medizinische Leistungen, die von fachärztlich geleiteten und funktionsorientierten multiprofessionellen Teams in besonders qualifizierten und spezialisierten Rehabilitationskliniken erbracht werden. Die diagnostische und therapeutische Arbeit zielt auf die Beseitigung von Funktionseinschränkungen in Beruf und Alltag sowie die Motivierung zur aktiven Krankheitsbewältigung und den Aufbau eines eigenverantwortlichen Gesundheitsbewusstseins.*



Arbeitsgemeinschaft Medizinische Rehabilitation SGB IX GbR  
Friedrichstraße 60, 10117 Berlin  
Tel: 030-2400899-0, Fax: 030-2400899-30  
info@agmedreha.de, www.agmedreha.de

## Mitglieder:

Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V., Berlin (BDPK)  
Bundesverband Geriatrie e. V., Berlin (BV Geriatrie)  
Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e. V., Kassel (buss)  
Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e. V., Berlin (DEGEMED)  
Fachverband Sucht e. V., Bonn (FVS)

## Kinder-/Jugend-Rehabilitation

### Manuela D.

Sie ist mehr als pummelig, nicht nur ihr Gewicht belastet sie und ihre Probleme können mit gesünderem Essen und mehr Sport allein nicht gelöst werden.

Seite **4**



## Rehabilitation für Eltern und Kind

### Antje M.

Ihre Kinder hatten ihr immer Kraft gegeben. Aber nach der Brust-OP raubte ihr der Alltag jede Energie und sie hatte plötzlich das Gefühl, sie würde jeden Moment zusammenbrechen.

Seite **12**



## Psychosomatische Rehabilitation

### Sarah K.

Ihr Leben erschien ihr trist, sinnlos und hoffnungslos, sie verlor ihren Job, zog sich immer mehr von ihrer Familie und ihren Freunden zurück – und versuchte mehrmals, sich das Leben zu nehmen.

Seite **6**

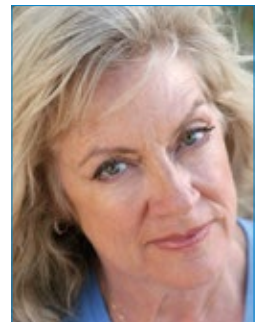


## Onkologische Rehabilitation

### Inge S.

Die Diagnose war ein Schock: Brustkrebs. Inzwischen hat sie die schlimmste Krise überwunden und kann ihr Leben wieder genießen.

Seite **14**



## Neurologische Rehabilitation

### Bettina J.

Bei einem Autounfall trifft es die gehörlose Bettina am schlimmsten. Zwei Monate liegt sie im Koma und in der anschließenden Reha verweigert sie sich zunächst.

Seite **8**



## Orthopädische Rehabilitation

### Katharina L.

Alltag hieß für sie: kein Tag ohne starke Schmerzen. Trotzdem pflegte sie täglich ihre 93-jährige Mutter und will das gerne weiter tun.

Seite **16**



## Suchtrehabilitation

### Holger G.

Er war Lehrer mit Herz und Seele – bis ein Schicksalsschlag ihn aus der Bahn warf, der Alkohol sein bester Freund und er zum Schatten seiner selbst wurde.

Seite **10**

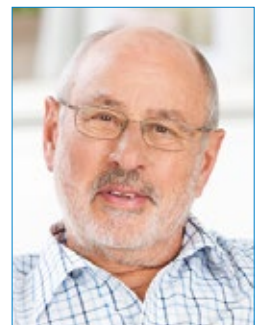


## Kardiologische Rehabilitation

### Hermann K.

Der Herzinfarkt traf den sportlichen Rentner aus heiterem Himmel und er war sehr verunsichert, wie sein Leben mit nur noch halber Herzkraft weitergehen sollte.

Seite **18**



### Dennis P.

Als Jugendlicher entdeckte er, dass Heroin ihn seine negativen Gefühle und Erinnerungen vergessen ließ. In der Rehabilitation hat er gelernt, anders mit Problemen umzugehen.

Seite **11**

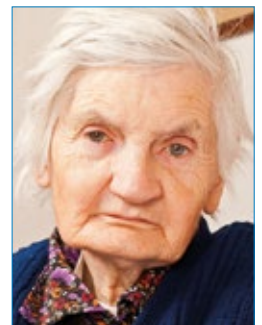


## Geriatrische Rehabilitation

### Leonore D.

Nach einer Blutvergiftung wurde die rüstige Rentnerin zum Pflegefall, in ihrer Erinnerung fehlen zwei Monate.

Seite **20**





# MANUELA D.

16 Jahre

Sie weiß, dass sie nicht nur pummelig, sondern fettleibig ist, dass nicht nur ihr Gewicht sie belastet und dass sich ihre Probleme nicht allein mit gesünderem Essen und mehr Sport lösen lassen. Und sie hat jetzt auch gelernt, wie sie nach der Reha weitermachen muss, damit sich weitere Erfolge für sie einstellen.

*„Als Vorbild für andere kann man nicht wie ein Elefant durch die Halle traben. Das ist noch ein weiter Weg für mich, aber ich werde es schaffen.“*

**M**anuela ist eine selbstbewusste junge Frau und gewohnt, für sich selbst zu sorgen. Ihr Vater starb, als sie noch ein Baby war. Ihre Mutter ist Alkoholikerin und war mit Manuela und ihren beiden älteren Schwestern überfordert. Als sie sechs wurde, musste Manuela ins Heim. „Im Heim war ich immer die Kleinste und musste viel einstecken“, erinnert sie sich. Mit dem Frust kamen auch die Kilos. Mal wog sie mehr, mal etwas weniger, jetzt sind es 98 Kilo, bei einer Körpergröße von 1,76 Metern. Sie zog sich immer mehr von den anderen zurück, verbrachte zu viel Zeit vor dem Fernseher und dem PC und stopfte Süßigkeiten in sich hinein – „Frustessen“ nennt sie das heute. Sie ging ins Fitness-Studio und in den Boxverein, abgenommen hat sie dadurch nicht.

Jetzt, kurz nach ihrem Geburtstag, reichte es ihr: Die 16-Jährige marschierte aus eigenem Antrieb zum Kinderarzt und bat ihn um die Einweisung in eine Reha-Einrichtung für übergewichtige Kinder und Jugendliche. So viel Eigeninitiative ist selten, aber Manuela ist nicht nur selbstbewusst, sondern auch clever. Sie weiß, dass sie nicht nur pummelig, sondern fettleibig ist, dass sie mehr als nur ihr Gewicht mit sich herumträgt und dass sich ihre Probleme mit kleineren, gesunden Mahlzeiten und mehr Sport allein nicht lösen lassen. Deshalb hat sie selbst die „Notbremse“ gezogen und professionelle Hilfe gesucht.

Gemeinsam mit anderen Kindern und Jugendlichen, die alle eine ähnliche Statur haben wie sie, hat sie die vergangenen Wochen jeden

Morgen eine halbe Stunde gejoggt. Außerdem standen jeden Tag Ballspiele, Wassergymnastik, Turnen oder Trampolinspringen auf dem Plan. Es gab umfangreiche medizinische und therapeutische Betreuung und jeden Tag sechs Stunden Schulunterricht. Die sechswöchige Reha ist jetzt zur Hälfte vorüber und Manuela ist sichtlich zufrieden mit sich selbst. Zehn Kilo will sie bis zum Ende des Aufenthalts abnehmen, sechs hat sie schon geschafft. Ein Riesenerfolg, aber sie weiß, dass sie auch so weitermachen muss, wenn sie die Klinik verlassen hat. Sie ist zuversichtlich, dass sie es schaffen wird. Genauso wie sie im vergangenen Sommer den Realschulabschluss gepackt hat. Nach der Reha will sie eine Ausbildung als Erzieherin beginnen und wieder mit dem Boxtraining anfangen. „Als Vorbild kann man sich nicht erlauben, wie ein Elefant durch die Halle zu traben. Das ist noch ein weiter Weg für mich, aber ich werde es schaffen.“



In der stationären Rehabilitation sammeln Kinder und Jugendliche positive Erfahrungen mit Gleichaltrigen und erlernen neue Strategien für den Alltag und den Umgang mit anderen Menschen.

## Manuela D.

### Befund

Adipositas (Fettleibigkeit)  
Belastungsreaktion  
vermindertes Selbstwertgefühl  
psychische Erkrankung eines Elternteils

### Reha-Ziele

Gewichtsreduktion, alltagstaugliche stabile Lebensstiländerungen, Förderung des Selbstmanagements, Transfer des Erlernten in das häusliche Umfeld, Entwicklung von Eigenverantwortung, Lernen sich Hilfen zu holen, Selbstbewusstsein entwickeln.

### Anamnese

Frühe Vernachlässigung bei früh alleinerziehender Mutter. Einleitung einer stationären Jugendhilfe Maßnahme mit dem 6. Lebensjahr. Familiäre Veranlagung mit deutlicher Gewichtszunahme beginnend in der zweiten Schulklasse mit nachlassender körperlicher Leistungsfähigkeit und emotionalen Belastungen durch Hänseleien. Gute Prognose, da gute Eigenmotivation, gute Kognition und gute häusliche Nachbetreuung. Reha-Ziele der Patientin und der Klinik waren weitgehend übereinstimmend. Erwartung an Gewichtsabnahme wie bei fast allen Jugendlichen zu hoch (zu ausgeprägte Gewichtsabnahme in zu kurzer Zeit führt zu weniger Nachhaltigkeit). Manuela erhielt einen indi-

viduellen Therapieplan und wurde in eine milieutherapeutische, psychosomatische Jugendlichengruppe aufgenommen. Neben dem Strukturplan wurden verhaltenstherapeutische und kognitive therapeutische Elemente eingebaut. Sie erhielt täglich Rückmeldungen und Aufgaben, die ihren Selbstwert stärkten. Aufarbeitung ihrer Lebenssituation in einem psychologischen Einzelgespräch mit Sichtung, ob poststationäre Therapien notwendig sind, um eine gesunde Persönlichkeitsentwicklung zu ermöglichen. Ergänzend: Angebot pädagogischer und therapeutischer Gruppen für neue Erfahrungen im Umgang mit Gleichaltrigen sowie Anti-Mobbing-Training für Strategien im Umgang mit schwierigen psychosozialen Situationen.

### Inhalte der Reha

Manuela D. wurde im Rahmen der sechswöchigen Behandlung durch das Zusammenwirken aller Fachbereiche der Klinik (Medizin, Pflege, Psychologie, Sozialpädagogik, Therapie und Schule) behandelt. Die Behandlung erfolgte in enger interdisziplinärer Kooperation aller Bereiche unter ärztlicher Leitung und umfasste:

Verlaufdiagnostik (Gewicht, Vitalparameter, Labor), ärztliche Beratung und Begleitung, Bewegungstherapie, Ergometertraining, Psychomotorik, Sport mit Ausdauertraining, Gehtraining, Ausdauerschwimmen, Ballspielen, Wanderungen, Physiotherapie (beschwerdeorientiert), Psychotherapie in der Gruppe und beschwerdeorientiert, Ernährungstherapie mit Modulen u. a. zu allgemeiner Gesundheitsberatung, Ernährungsberatung (im Sinne „energiereduzierter Mischkost-Ernährung“) und Lehrküche, Schule, Patientenschulung und Elternschulung, soziales Kompetenztraining / Interaktionstraining und Milieustraining (bei Bedarf spezifisch) in der Gruppe.

### Wirkung/Erfolg

Manuela D. war hochmotiviert und hat sich praktisch selbst in die Reha-Klinik eingewiesen. Dementsprechend hoch waren der messbare Erfolg (6 Kilo Gewichtsreduktion) und die Wahrscheinlichkeit, dass sich auch nach Beendigung der intensiven Behandlung der Therapieerfolg fortsetzen wird. Nicht alle jungen Patienten kommen unter solchen idealen Voraussetzungen in die Reha. Bei Manuela konnte neben der Gewichtsabnahme eine deutliche Steigerung der allgemeinen sozialen Kompetenz und des Selbstwertgefühls erreicht werden. Die Angebote und Empfehlungen zu einer gesunden Ernährungsweise hat sie sehr gut angenommen und umgesetzt. Es ist gelungen, ihr trotz immer noch vorhandenem Übergewicht Freude an Bewegung, Spiel und Sport zu vermitteln, und die



Wahrscheinlichkeit ist groß, dass sie zu Hause „am Ball“ bleiben wird. Die Übernahme altersgemäßer Eigenverantwortung wurde gestärkt, und der Transfer des Erlernten in den Alltag hat eine sehr gute Prognose.

### Fazit

Fast jedes sechste Kind in Deutschland ist übergewichtig oder fettleibig, bei den Erwachsenen gilt die Hälfte als übergewichtig und jeder Vierte als adipös. Allein die daraus resultierenden Krankheitskosten für Medikamente, Krankenhausaufenthalte und Arbeitsunfähigkeiten werden auf jährlich 20 Milliarden Euro geschätzt. Die rund 5.000 Euro für einen vier- bis sechswöchigen Reha-Aufenthalt stehen in keinem Verhältnis zu den volkswirtschaftlichen Kosten und gesellschaftlichen Folgen. Von einer frühzeitigen medizinischen und psychologischen Behandlung profitieren alle: die betroffenen Kinder und Jugendlichen und darüber hinaus jeder, der Beiträge in die Kranken- und Rentenversicherung einzahlt.

Wie bei den Erwachsenen müsste für die Kinder und Jugendlichen die Rentenversicherung vorrangig zuständig sein, damit die Kinder- und Jugend-Reha nicht mehr mit Vorsorgemaßnahmen oder Mutter-Kind-Maßnahmen verwechselt wird. Außer Schulungen und der ärztlichen Nachbetreuung gibt es für Kinder und Jugendliche keine ambulanten Nachsorgemaßnahmen nach einer stationären Rehabilitation.

### Dr. Dirk Dammann

Kinder- und Jugendpsychiater

**„Eine stationäre Rehabilitation für vier bis sechs Wochen ist deswegen erfolgreich, weil sich bei der intensiven Maßnahme viele Fachleute (Ärzte, Psychotherapeuten, Sportlehrer, Ernährungsspezialisten und Pädagogen) im Team um das Kind oder den Jugendlichen kümmern. Dabei geht es nicht nur darum, zu lernen sich mehr zu bewegen und sich anders als bisher zu ernähren, sondern durch die psychotherapeutische Betreuung soll eine Lebensstiländerung erreicht werden.“**

### Kinder-/Jugend-Reha

Um chronischen Erkrankungen (vor allem Asthma bronchiale, psychische und Verhaltensstörungen oder Adipositas) vorzubeugen und langfristige Folgen zu vermeiden, müssen Krankheiten schon im Kindes- oder Jugendalter behandelt werden. Die Reha zielt darauf ab, die Leistungsfähigkeit des Kindes zu verbessern oder ganz wiederherzustellen, damit es voll am Schul- und Familienalltag teilnehmen kann.

Bei stark übergewichtigen Kindern und Jugendlichen belastet der hohe Fettanteil im Körper Herz, Kreislauf und Gelenke, zudem geht das hohe Gewicht oft mit Problemen im Schulalltag und Schwierigkeiten beim Berufsstart einher. Experten schätzen, dass bundesweit 1,9 Millionen Heranwachsende übergewichtig sind, davon gelten rund 800.000 als adipös, also krankhaft übergewichtig. Ein „dickes gesellschaftliches Problem“, denn von den Erwachsenen wiegen über 60 Prozent zu viel, davon wiederum sind 20 Prozent chronisch krank.



# SARAH K.

26 Jahre

Ihr Leben erschien ihr trist, sinnlos und hoffnungslos, sie verlor ihren Job, zog sich immer mehr von ihrer Familie und ihren Freunden zurück – und versuchte mehrmals, sich das Leben zu nehmen.

*„Ich bin aus einem tiefen, schwarzen Loch wieder an die Erdoberfläche gekommen.“*

Sie wirkt gesund und selbstbewusst – dass sie schon seit längerer Zeit lebensbedrohlich krank ist, ahnt niemand, der sie nicht kennt. Bis vor kurzem wollte Sarah K. das auch selbst nicht wahrhaben. „Ich habe mich nie krank gefühlt, höchstens erschöpft. Und ich dachte: ich bin eben anders als die anderen“, sagt sie heute. Das Gefühl sei auch nicht „mit einem Schlag“ gekommen, sondern habe sich langsam über die Jahre entwickelt. Sie habe sich immer weiter in ihre eigene Welt der Träume zurückgezogen, sei immer müder und antriebsloser geworden, konnte sich schließlich über nichts mehr richtig freuen oder ärgern.

Als sie vor fünf Jahren ihren Job verlor, habe ihr das kaum etwas ausgemacht. Statt sich neu zu bewerben, habe sie sich einfach treiben lassen. Vor drei Jahren trennte sich ihr Freund von ihr. „Du hast doch’n Dachschaten“, habe er gesagt. In der Zeit danach sei sie sehr wütend gewesen, habe sich mit allem und jedem angelegt und oft das Gefühl gehabt, „alles kaputt machen“ zu müssen. Und damit habe sie dann bei sich selbst angefangen: drei Selbstmordversuche hat sie hinter sich – jedes Mal wurde sie gerade noch in letzter Sekunde gerettet.

„Als Gesunder kann man das nicht verstehen, dass irgendwann die Vernunft und alle guten Vorsätze nicht mehr da sind, dass man sich nicht mehr aufraffen kann, sein Leben zu meistern“, weiß Sarah K. Manchmal

habe sie tagelang einfach nur dagelegen, geträumt und gehofft, dass es eines Tages auch für sie besser wird. Vertrauen zu anderen Menschen hatte sie kaum noch, Tag für Tag „verschwand“ sie mehr aus der Öffentlichkeit und glaubte, wirklich allein zu sein.

„Der Aufenthalt in der Klinik war anfangs sehr schwer für mich, denn ich hatte mich zu dieser Zeit schon selber aufgegeben“, berichtet Sarah. Aber mit der Zeit habe sie gespürt, dass die Ärzte, Psychotherapeuten und die Schwestern sie nicht aufgegeben hatten. Sie habe neue Freundschaften geschlossen und gemerkt, wie viel Kraft und Kreativität in ihr stecken: „Das habe ich die ganzen Jahre gar nicht genutzt und vieles einschlafen lassen. Wenn ich daran denke, habe ich das Gefühl, dass ich aus einem tiefen, schwarzen Loch wieder an die Erdoberfläche gekommen bin.“

Direkt im Anschluss an den siebenwöchigen Aufenthalt in der Reha-Klinik nahm Sarah K. an einem psychologisch begleiteten Kurs zur beruflichen Orientierung teil und hat jetzt den Wunsch, Friseurin zu werden.



*In der psychosomatischen Rehabilitation eigene Ressourcen und Stärken wiederentdecken und soziale Zugehörigkeit erleben.*

## Sarah K.

### Befund

Kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen und dependenten Anteilen, rezidivierende depressive Störung mit Suizidalität.

### Reha-Ziele

Erarbeitung von Fertigkeiten zur Spannungs- und Emotionsregulation unter Verzicht auf selbstverletzendes Verhalten, Entwicklung einer neuen beruflichen Perspektive.

### Anamnese

Die 26-jährige Frau K., von Beruf Medizinische Fachangestellte, in einer deutschen Großstadt lebend, ist ledig und kinder-

los. Sie lebt seit eineinhalb Jahren in einer festen Partnerschaft, die sie als haltgebend erlebt, nachdem sie in einer ersten langjährigen Beziehung viele Demütigungen über lange Zeit ertragen hatte aus Angst, den Freund zu verlieren. Schließlich kam es vor nunmehr drei Jahren dennoch zur Trennung. Seit dieser Zeit ist sie erneut mit depressiven Zuständen, die sie seit der Adoleszenz kennt, erkrankt, zeigt aber darüberhinausgehend nun auch häufig selbstverletzendes Verhalten, Neigung zu Impulsdurchbrüchen, kann sich von gewalttätigen Tagträumereien nicht mehr distanzieren und hat mehrere Suizidversuche begangen. Bereits als Kind hatte sie verschiedene Verhaltensauffälligkeiten gezeigt, hatte an einer Essstörung mit Adipositas sowie extre-

mer Schüchternheit gelitten, hatte in der Schule Ausgrenzung und Gewalt durch Mitschüler erfahren und nie ihren Platz in der Peergroup finden können. Dennoch gelangen ihr ein Realschulabschluss und eine Berufsausbildung, aber zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Reha-Klinik ist sie langzeitarbeitslos und in Bezug von ALG II stehend, nachdem der Versuch der beruflichen Wiedereingliederung schon vor drei Jahren gescheitert ist. Zwischenzeitlich haben akutpsychiatrische Behandlung sowie fortlaufende ambulante Psychotherapie und differenzierte Pharmakotherapie stattgefunden, ohne dass sich ihr Zustand durchgreifend stabilisiert hätte.

### Inhalte der Reha

Während der 7-wöchigen stationären Rehabilitation kam es zu einem Prozess, in dem Frau K. lernte, sowohl ihre emotional bedürftige als auch die die Erkrankung leugnende autarke Seite bewusst wahrzunehmen und in ihr Selbstbild zu integrieren. Durch sorgfältige Protokollierung ihrer verschiedenen Gefühls- und Spannungszustände schulte sie ihre Selbstwahrnehmung und übte sich in Techniken der Selbstregulation und inneren Distanzierung. Erstmals erlebte sie in der spezifischen Gruppentherapie ein Zugehörigkeitsgefühl und die daraus erwachsende Stabilisierung. Sie lernte, auch gegenüber ihr nahestehenden Personen ihre eigenen Interessen deutlicher auszudrücken und bewusst Nähe und Distanz zu regulieren, dies auch insbesondere mit den Techniken, die sie in der Konzentrativen Bewegungstherapie kennenlernte. In der Kunsttherapie gestaltete sie einen eindrucksvollen Prozess, in dem sie schlussendlich symbolisch ihre Selbstverletzungswerkzeuge zerstörte und beerdigte. In der Sozialberatung wurde erarbeitet, zunächst Leistungen zur Teilnahme am Arbeitsleben zu beantragen mit dem Ziel der beruflichen Reintegration in ein Berufsbild mit sachbezogenen, emotional distanzierten Aufgaben. Zunächst wird sie an einer „Berufsfindung und Arbeitserprobung mit psychologischer Begleitung“ teilnehmen.



### Dr. med. Werner Geigges

Facharzt für Innere Medizin, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie für Physikalische und Rehabilitative Medizin

**„Menschen mit emotional instabiler Persönlichkeit (Borderline-Persönlichkeit) leiden sehr unter ihrer Störung, oft so sehr, dass sie sich selbst verletzen, um die unerträgliche innere Spannung abzubauen. Das selbstverletzende Verhalten kann auch ein versteckter Hilferuf an Freunde und Familie sein. In der Behandlung hat sich die dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) besonders bewährt, ihre hohe Wirksamkeit mit deutlicher Besserung der Symptomatik ließ sich in vielen wissenschaftlichen Studien nachweisen.“**

### Fazit

Im Mittelpunkt der Psychosomatischen Rehabilitation steht die Persönlichkeit jedes Einzelnen mit seinen individuellen Problemen. Ein ganzheitlicher Ansatz, das bio-psycho-soziale Behandlungskonzept, beinhaltet kompetente medizinische Versorgung, die auch die seelische und soziale Dimension von Kranksein einbezieht. Der Behandlungsprozess wird in enger Abstimmung mit dem Patienten und dem interdisziplinären Reha-Team gestaltet. Wichtigste Therapieziele sind die Entdeckung der eigenen Stärken und Energiereserven, Selbstständigkeit und umfassende Teilhabe am beruflichen und sozialen Leben.

### Psychosomatische Reha

In der psychosomatischen Rehabilitation werden Patienten behandelt, bei deren Erkrankungen psychische Faktoren eine Rolle spielen. Darunter fallen Erkrankungen, bei denen seelische Symptome unmittelbar im Vordergrund stehen, z. B. Ängste oder Depressionen, aber auch Erkrankungen, an denen psychische Symptome als Ursache oder Folge körperlicher Beschwerden beteiligt sind. Dazu zählen beispielsweise Angst- und Zwangserkrankungen, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen (insbesondere Borderline-Persönlichkeitsstörungen), Somatoforme Störungen (körperliche Beschwerden, die im Zusammenhang mit psychischen Belastungen stehen) und chronische Schmerzerkrankungen, Schlafstörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen, Anpassungsstörungen, Überlastungssyndrome und psychosomatische Erkrankungen wie zum Beispiel Essstörungen oder Diabetes mellitus verbunden mit Depressionen.



# BETTINA J.

40 Jahre

Kurz vor Weihnachten gerät die Familie mit dem Auto in einen schweren Verkehrsunfall – und die gehörlose Bettina trifft es am schlimmsten. Zwei Monate liegt sie im Koma und in der anschließenden Reha verweigert sie sich zunächst der Therapie. Erst die Verlegung in eine 650 km vom Wohnort entfernt gelegene Spezialklinik bringt die Wende – und sie zurück ins Leben.

*Ein Jahr nach dem schweren Unfall konnte sie mit ihrer Familie ein fast normales Weihnachtsfest feiern.*

**E**in lauter Knall bedeutete das plötzliche Ende des Weihnachtsausflugs. Die anderen Familienmitglieder kamen mit leichteren Verletzungen davon. Bettina J., Ehefrau des Fahrers, Mutter von zwei Kindern und von Geburt an gehörlos, traf es am schlimmsten. Nach dem Unfall lag sie eine ganze Zeit bewusstlos auf der Straße und wurde dann mit einem Hubschrauber ins Unfall-Krankenhaus gebracht. Dort wurde sie ins künstliche Koma versetzt und wachte erst Mitte Januar wieder auf.

Ihre Familie hat sie in dieser Zeit regelmäßig besucht, aber Bettina konnte sich später an gar nichts erinnern. Anfang Februar wird sie in die Reha-Klinik verlegt, um dort weiterbehandelt zu werden, doch dort verweigert sie teilweise die Therapien. Es ist nicht einfach für sie, denn trotz Gebärdendolmetscher hat sie keinen Glauben an einen Erfolg. Die starken Schmerzen in der Hüfte machen ihr zu schaffen, auch gegen das Essen sträubt sie sich. Nicht einmal ihr Ehemann kann etwas bewirken.

Ende April wird sie aufgrund der Therapieverweigerung aus der Reha entlassen. Aber nach Hause kann Bettina noch nicht, so weit ist sie noch nicht wiederhergestellt. Die Familie sucht für sie ein Pflegeheim, denn der Ehemann muss arbeiten, sich um die Kinder und die Hausarbeiten kümmern, er kann nicht auch noch die Pflege übernehmen.

Die Entscheidung scheint richtig, denn im Pflegeheim bessert sich ihr Zustand. Sie beginnt langsam wieder zu essen, bekommt Krankengymnastik und Ergotherapie. Ihr Mann besucht sie täglich, und an den Wochenenden darf sie nach Hause. Aber die Schmerzen in der Hüfte bleiben und Bettina hat kaum noch Hoffnung, je wieder ein Leben wie vor dem Unfall führen zu können. Doch dann macht die Versicherung der Familie einen Vorschlag: In Süddeutschland, 650 Kilometer von ihrem Wohnort entfernt, hat sich eine Reha-Klinik auf neurologisch/orthopädische Schäden spezialisiert. Vielleicht kann ihr hier geholfen werden.

Ihr Ehemann und sie selbst sind erst skeptisch, aber sie wollen es wenigstens versuchen. Drei Monate später sind sie restlos begeistert. Vor Ort wurde sie noch zweimal an der Hüfte operiert, die Schmerzen bessern sich nach und nach und auch das Gedächtnis funktioniert durch das intensive Training wieder fast genauso gut wie früher. Inzwischen ist sie wieder zu Hause, hat auch mit der beruflichen Reha beginnen können. Ein Jahr nach dem schweren Unfall hat sie ein fast normales Weihnachtsfest mit ihrer Familie gefeiert.



Schritt für Schritt hat sich Bettina J. in der Reha wieder zurück in ihr altes Leben gearbeitet. Die Bilder links zeigen sie in der Gangschule am Rollator und zwei Wochen später beim Gehtraining mit Unterarmstützen. Klinik-Chefarzt Dr. Rink und ihr Ehemann freuen sich mit ihr über die Fortschritte.



## Bettina J.

### Befund

Schweres Schädel-Hirn-Trauma mit rechtsbetonter spastischer Tetraparese, hirnorganischem Syndrom, neurokognitiven Störungen sowie Hüft- und Kniegelenkskontrakturen. Posttraumatische heterotope Ossifikation re. Hüftgelenk und li. Knie.

### Reha-Ziele

Erreichen eines eigenständigen, selbstbestimmten Lebens zu Hause in der gewohnten Umgebung. Abklären einer möglichen beruflichen Leistungsfähigkeit.

### Anamnese

Nach akutstationärer Erstversorgung und Weiterbehandlung in der neurochirurgischen Früh-Reha war Bettina J. nur im Rollstuhl mobil, den sie mit den Armen und dem linken Bein bewegte. Aufstehen war nur mit fremder Hilfe möglich, limitierend waren vor allem die stark eingeschränkte Hüftstreckung rechts und die daraus resultierende begrenzt mögliche Oberkörperverneigung. Mit einem Rollator und Therapeutenhilfe waren einige Schritte möglich. Die Patientin ging auf Zehenspitzen, stark auf den Rollator gestützt mit gebeugten

Hüften und Knien. Treppensteigen war am Geländer mit Hilfe im Anstellschritt über einige Stufen möglich.

Die von Geburt an gehörlose Patientin war nach Schilderung des Ehemannes vor dem Unfall ein lebenslustiger Mensch und ging verschiedenen sportlichen Aktivitäten nach. Durch den Unfall war sie stark wesensverändert und es wurden deutlich auffällige Hirnleistungsprobleme festgestellt.

### Inhalte der Reha

Der Patientin wurde über weite Teile des Rehabilitationsverlaufs eine Gebärdensprachdolmetscherin zur Seite gestellt. Mit dem intensiven ärztlich geleiteten multi-professionellen und team-integrierten Therapieprogramm (Krankengymnastik, Ergotherapie und physikalische Behandlungen sowie eine neuropsychologische Diagnostik mit anschließend gezieltem Training zum Ausgleich der Defizite) konnte die Patientin zunächst gut mobilisiert werden, vor allem das Streckdefizit in den Knien wurde ausreichend behandelt. Die Hüftgelenks-Ossifikation war jedoch konservativ nicht ausreichend behandelbar, so dass in einer benachbarten Orthopädischen Klinik eine spezielle nichtluxierbare Hüftgelenksprothese implantiert wurde. Danach gelang es, die Patientin zügig weiter zu mobilisieren.

### Wirkung/Erfolg

Die konservative rehabilitative Behandlung stieß bedingt durch die Ossifikation am rechten Hüftgelenk an ihre Grenzen. Es erfolgte jedoch eine optimale chirurgisch-operative Versorgung und die Implantierung einer Hüftgelenksprothese. Postoperativ konnten dann rasche Fortschritte erzielt werden.

Bettina J. kann wieder ohne jedes Hilfsmittel allein gehen, sie bewältigt alle Wege im Haus und im Freien selbstständig. Lediglich bei schwierigem Gelände bzw. bei längeren Strecken braucht sie vorläufig noch etwas Unterstützung. Treppen kann Frau J. in alternierender Schrittfolge in beiden Richtungen bewältigen; sie hat keine Schmerzen mehr.



### Dr. med. Werner Rink

Ärztlicher Direktor,  
Chefarzt Neurologie und Geriatrie

**„Besonders in so komplexen Fällen wie bei Frau J. wünsche ich mir, dass die Kostenträger übergreifend die Gesamtkosten ansehen, damit häufiger eine Win-win-Situation für die Patienten und die Kostenträger erreicht werden kann.“**

Bei den Alltagsverrichtungen konnte eine zunehmende Selbstständigkeit erreicht werden. Bei Abschluss der stationären Reha-Behandlung bestanden allerdings noch leichte Probleme beim planvollen Handeln, die Gedächtnisleistung und die Merkfähigkeit waren noch leicht eingeschränkt. Zur Abklärung einer möglichen beruflichen Leistungsfähigkeit wurde die Patientin in einem spezialisierten Berufsförderungswerk ausführlich getestet, zusätzlich wurde eine praktische Arbeitserprobung durchgeführt.

### Fazit

Bettina J. ist wieder in der Lage, zu Hause mit ihrer Familie ein selbstbestimmtes Leben zu führen und muss nicht mehr in einem Pflegeheim betreut werden. Damit ist das wichtigste Ziel erreicht. Vom Erfolg der Rehabilitation profitiert nicht zuletzt die Haftpflichtversicherung des Unfallgegners, denn in Anbetracht des jungen Lebensalters von Bettina J. konnte eine erhebliche Kostenersparnis erzielt werden.

### Neurologische Reha

Jedes Jahr erleiden in der Bundesrepublik rund 273.000 Menschen ein Schädel-Hirn-Trauma (SHT). Mehr als die Hälfte aller Schädel-Hirn-Traumen entsteht bei Stürzen im häuslichen Bereich und in der Freizeit. Verkehrsunfälle rangieren dagegen erst an dritter Stelle der Ursachenstatistik. Rund 66 Prozent der Patienten sind laut Statistik jünger als 45 Jahre und etwa 25 Prozent aller Patienten erleiden schwere Verletzungen, bei denen Gefäße und Gewebe des Gehirns zerreißen, weshalb meistens Blutungen auftreten. Häufig fallen dabei Hirnfunktionen nachhaltig aus und es kommt zu bleibenden Bewusstseinsstörungen. Vor allem durch eine neuropsychologische Reha-Behandlung lassen sich viele verloren gegangene Fähigkeiten wiederherstellen oder durch andere ersetzen.



# HOLGER G.

47 Jahre

Er war Lehrer mit Herz und Seele – bis ein Schicksalsschlag ihn aus der Bahn warf, der Alkohol sein bester Freund und er selbst zum Schatten seiner selbst wurde. Nach 15 Wochen in einer Fachklinik für Suchterkrankungen hat er seine alte Kraft wieder ... und seine Schüler ihren engagierten Lehrer. Er freut sich auf die Rückkehr in seinen Traumberuf, und seine Schüler freuen sich auf ihren engagierten Lehrer.

*„Man darf nie aufgeben, an eine gute Zukunft zu glauben.“*

In einer Woche geht Holger G. nach Hause. Er wird dann an seinen Arbeitsplatz, ein Gymnasium, zurückkehren. 14 Wochen ist er nun schon in der Reha-Klinik. Das Jahr vorher war für ihn die Hölle: „Ich dachte, ich schaff es nie wieder, nüchtern vor meinen Schülern zu stehen. Es ist fast ein Wunder, dass nach nur 15 Wochen Behandlung der ganze Spuk ein Ende hat.“

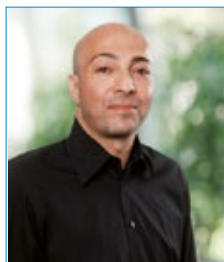
Eigentlich war Holger G. schon immer ein lebensbejahender Mensch. Bis der Anruf kam und seine Welt in Scherben ging: „Meine Frau war am Morgen bei einem Unfall tödlich verunglückt.“ Die Zeit danach erlebte er wie in Trance. Und wenn die Erinnerung kam, betäubte er sie mit hochprozentigem Wodka, oft bis zur Besinnungslosigkeit. Versonnen schaut Holger G. auf ein Bild an der Wand. Er hat es selber gezeichnet. Das Thema lautete: „Was mir wirklich wichtig ist.“ Das Bild zeigt Landschaften in der Natur, Berge, ein Häuschen im Grünen mit einem kleinen Vorgarten und einem weißen Zaun. Und Menschen, die im Garten an einer langen Tafel sitzen und miteinander lachen. „Man darf nie aufgeben, an eine gute Zukunft zu glauben.“ In der Klinik hat er zum ersten Mal über seinen Verlust gesprochen. Er erfuhr, was eine Trauma-

tisierung ist und dass seine Symptome als eine erste „gesunde“ Überlebensreaktion verstanden werden müssen. Und er hat gelernt, Kummer nicht mehr in Alkohol zu ertränken: „Was wirklich wichtig ist, hatte ich aus den Augen verloren. Hier haben mir Menschen richtig zugehört, mich verstanden und meine Ressourcen gefördert. Ich wusste gar nicht mehr, was ich alles kann.“ Zum Therapieprogramm gehörte die regelmäßige Gruppenpsychotherapie genauso wie Kreativ- und Sporttherapien. In der Indikativgruppe „Trauma bewältigen“ hat er Tipps und Übungen gelernt, die er anwenden kann, wenn der seelische Schmerz wiederkommt. Frühschwimmen ist sein Steckenpferd geworden: „Das kann ich auch zu Hause weitermachen, als Vorbeugemaßnahme und um mich in Form zu halten.“

Am meisten freut sich Holger G. auf die Schule. Der vorgesetzte Direktor hat Holger S. besucht, ihm Hilfe bei der Wiedereingliederung und emotionale Unterstützung zugesagt. Auch auf seine Schüler freut er sich: „Ich bin wieder richtig fit und kann jetzt vielleicht noch besser vermitteln, was es heißt, respektvoll mit sich und anderen umzugehen.“

## Suchtrehabilitation

Ziel der stationären Suchtrehabilitation – wie auch der anderen Behandlungsformen (ambulant, ganztägig ambulant, Kombinationsbehandlung) – ist die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und die Wiedereingliederung in das soziale und berufliche Umfeld. Da eine Suchterkrankung eine chronische Erkrankung ist, gilt der Erhalt einer dauerhaft abstinenter Lebensführung als Voraussetzung zum Erreichen dieser Ziele. Die Dauer der stationären Entwöhnungsbehandlung beträgt je nach Leistungsträger bis zu 15 Wochen für eine Erstbehandlung sowie bis zu 10 für eine Wiederholungsbehandlung bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. Bis zu 26 Wochen dauert die stationäre Entwöhnung bei Drogenabhängigkeit. Verhaltenssuchte ohne stoffgebundene Sucht – wie etwa die Glücksspielsucht – werden in der Regel in 8-12 Wochen behandelt. Kostenträger sind hauptsächlich die Rentenversicherung und Krankenkassen. Die Wirksamkeit der Behandlung ist durch vielfältige Studien belegt.



## M. Abu Khatir

Leitender Arzt, Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapie und Sozialmedizin

Nach einer ausführlichen medizinischen und suchtspezifischen Anamnese zu Beginn der Behandlung zeigte sich, dass die Kriterien einer Alkoholabhängigkeit bei Herrn G. erfüllt waren. Auslösende Bedingung hierfür war ein traumatisches Ereignis. Deshalb wurde bei Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung neben der üblichen psychologischen Eingangsdiagnostik ein entsprechendes Screening zur Differenzialdiagnostik durchgeführt und der Bedarf an Pharmakotherapie überprüft, auf die jedoch verzichtet werden konnte. Für den Patienten war es sehr entlastend, seine Symptome einordnen zu können. Eine indikationsspezifische Gruppe zur ersten psychischen Stabilisierung, trauma-fokussierte Einzelgespräche sowie flankierende Entspannungs-, Sport- und Ernährungstherapie begleiteten die 4 x wöchent-

lich stattfindenden Gruppengespräche zur Alkoholentwöhnung, die unter Anleitung eines Therapeuten in einer festen Gruppe stattfinden. Besonders bei der Verarbeitung des traumatischen Geschehens haben dem Patienten die vielen Gespräche mit den Therapeuten, aber auch das Verständnis der Mitpatienten geholfen. Im kreativen Bereich konnte der Patient die Dinge verarbeiten, die der Sprache aufgrund neurophysiologischer Veränderungen bei PTSD noch nicht zugänglich waren. Regelmäßige Gruppen zur Rückfallprävention sichern die Abstinenz nach Behandlungsende.

## Angstthema: Arbeitgeber

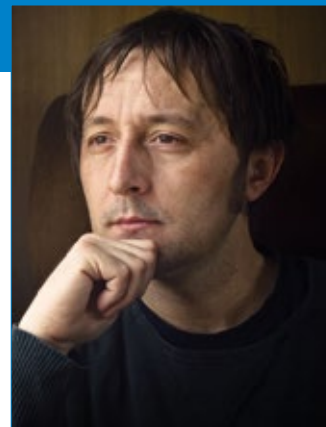
Ängstlich war Herr G. bezüglich seiner Rückkehr an seinen Arbeitsplatz und der Reaktion seiner Kollegen. Hier half das Sozialdienst-Team, welches auf Bitten von Herrn G. Kontakt mit dem Schulleiter aufnahm, ihn einlud und alle Beteiligten an einen Tisch brachte. Der Arbeitgeber zeigte sich sehr unterstützend, was eine große Entlastung für Herrn G. war. Eine stufenweise Wiedereingliederung schaffte Sicherheit für beide Seiten und das Gefühl, den kommenden Anforderungen gut begegnen zu können.

*„Ich hätte das schon viel früher machen sollen.“*

## DENNIS P.

33 Jahre

Gewalt, Angst und Aggressionen prägten seine Kindheit. Als Jugendlicher entdeckte er, dass Heroin ihn seine negativen Gefühle und Erinnerungen vergessen ließ. In der Reha hat er gelernt, anders mit Problemen umzugehen. Jetzt ist er motiviert und bestärkt, sein Leben ohne Drogen bewältigen zu können.



**E**in halbes Jahr dauert eine stationäre Langzeittherapie für Drogenabhängige im Regelfall. Keine einfache Zeit. Aber eine, die sich lohnt, denn die Patientinnen und Patienten machen völlig neue Erfahrungen und erarbeiten sich das Rüstzeug für ein Leben fern der Sucht und der Drogenszene. „Am Anfang hatte ich keine Ahnung, was Therapie überhaupt ist. Ich kam ja nur, weil ich eine Auflage vom Gericht hatte. Inzwischen habe ich viel gelernt. Dass man anders mit seinen Problemen umgehen kann. Und mir gefällt es, drogenfrei zu sein. Das hätte ich niemals erwartet.“ Heute sagt sich Dennis P., der seit 15 Jahren heroinabhängig ist: „Das hättest du schon viel früher machen sollen.“ Für Dennis war es die erste stationäre Behandlung, nicht wenige Suchtkranke benötigen mehrere „Anläufe“.

Das Familienleben, das Dennis' erste Lebensjahre bestimmte, gab ihm nicht viel mit, um im Leben zurechtzukommen. Die Eltern trennten sich früh, zur Mutter besteht seitdem kein Kontakt mehr. Das häusliche Zusammenleben mit Vater und Stiefmutter war von alltäglicher Gewalt und ständigen Konflikten geprägt. Mit acht Jahren erfolgte der erste Heimaufenthalt, schon in der Schule galt er als massiv verhaltensauffällig. Angst und Aggressionen waren die vorherrschenden Gefühle in Kindheit und Jugend. Irgendwann machte er die Erfahrung,

dass Drogen ihn beruhigten, so landete er schließlich beim Heroin. Beschaffungsdelikte und Inhaftierungen blieben nicht aus. Für einen Schul- und Berufsabschluss reichte es nicht. „Aber arbeiten kann ich“, ist sich Dennis sicher. „Zum Glück habe ich meine Frau und deren Eltern, die geben mir Halt. Eine Zeitlang habe ich es mit ihnen geschafft, clean zu sein, doch dann bin ich wieder rückfällig geworden. Heute weiß ich, dass Ehe und ein Zehn-Stunden-Arbeitstag auf Dauer nicht das Allheilmittel sind.“ Am wichtigsten waren für Dennis P. in der Reha die Einzel- und Gruppengespräche. Es tat ihm gut, über die Geschehnisse von früher reden zu können. Wesentliches therapeutisches Instrument ist auch das Zusammenleben der Patienten und die Übernahme von Verantwortung für die Gemeinschaft. „Mir wurde in der Einrichtung etwas zugetraut, das war für mich ganz wichtig. In der Klinik habe ich gemerkt, wie gut es mir tut, unter Menschen zu sein, auch wenn ich Fremden gegenüber oft noch unsicher bin.“

Die Vermittlung in weiterführende ambulante Behandlungsmaßnahmen und in Selbsthilfegruppen ist obligatorisch. „Ich weiß, dass der Alltag für mich nicht leicht werden wird“, so Dennis P. „Aber ich habe mich vorbereitet. Ich werde eine Selbsthilfegruppe besuchen und einmal wöchentlich zur ambulanten Weiterbehandlung gehen.“

### Drogen-Reha

Aus der Abhängigkeit von illegalen Drogen (Cannabis, Amphetamine, Heroin, Kokain usw.) ergibt sich eine Vielzahl von Beeinträchtigungen für die Betroffenen. Neben den körperlichen und psychischen Folgeschäden wie Hepatitis C, kaputte Zähne, Depressionen, geringes Selbstwertgefühl etc. sind es vor allem soziale Probleme wie z. B. der Verlust der Wohnung, Arbeitslosigkeit, der Verlust von Bezugspersonen, Kriminalität, unter denen sie stark leiden. Dazu kommen erhebliche komorbide Erkrankungen wie die Folgen von traumatischen Erlebnissen, Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen und andere psychische Erkrankungen. Auch die Berücksichtigung von Genderaspekten ist wichtig, um die Entwicklung einer Drogenabhängigkeit und den Verlauf der Entwöhnungstherapie zu verstehen. Dies alles macht die Drogen-Reha zu einer sehr komplexen Behandlung. In der Regel ist ihr eine körperliche Entgiftung oder eine qualifizierte Entzugsbehandlung vorge-schaltet.



### Karin Feugmann

Klinikleiterin, Diplom-Sozialpädagogin und Sozialtherapeutin

Neben der Psychotherapie bilden Arbeitstherapie, Soziotherapie, medizinische Angebote sowie sportliche und kreative Aktivitäten den Kern der Reha-Behandlung. Verschiedene indikative Angebote wie Nicht-Raucher-Training, therapeutisches Reiten oder Musiktherapie runden das Programm ab. Eine stationäre Rehabilitation für Drogenabhängige ermöglicht den Patienten, in einem suchtmittelfreien Raum neue Wege zu gehen, sich zu erproben und auszuprobieren, um so schrittweise Abstand zu ihrer bisherigen vom Drogenkonsum bestimmten Lebensführung zu gewinnen. Im Mittelpunkt der Behandlung steht es, dysfunktio-

**„Eine Drogenabhängigkeit legt man nicht von heute auf morgen ab. Aber wer – so wie Dennis P. – eine Drogenrehabilitation planmäßig beendet, hat eine echte Chance.“**

onale Bewältigungsstrategien zu identifizieren, Alternativen zu entwickeln und einzuüben und Kompetenzen (wieder) zu entdecken. Angehörige werden in der Regel in die Behandlung mit einbezogen. Weiterführende Maßnahmen wie ambulante Therapie oder die Teilnahme an Selbsthilfegruppen werden vorbereitet. Die Behandlung vollzieht sich in enger Zusammenarbeit verschiedener Professionen. Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter und Sozialpädagogen, Arbeitstherapeuten sowie weitere entsprechend qualifizierte Fachkräfte arbeiten in einem multiprofessionellen Team zusammen.



# ANTJE M.

44 Jahre

Ihre Kinder hatten ihr immer Kraft gegeben. Aber nach der Brust-OP raubte ihr der Alltag jede Energie. Die vorher lebensbejahende Frau wurde zunehmend ängstlich, verlor erheblich an Gewicht und hatte plötzlich das Gefühl, sie würde jeden Moment zusammenbrechen.

*„Die Zeit in der Klinik hat uns wieder zusammengeschweißt.“*

Ich habe immer gedacht, mich könnte nichts umhauen, ich stehe ja mit beiden Beinen im Leben“, erzählt Antje M. Aber dann sei vor zwei Jahren bei einer Routineuntersuchung ein Knoten in der Brust festgestellt worden – Brustkrebs! Es folgten zahlreiche Krankenhausaufenthalte mit Operationen, Bestrahlung und Chemotherapie. Ihre heute fünf und acht Jahre alten Kinder sah sie viel zu selten. Ihr Ehemann machte neben dem Beruf, so gut es ging, den Haushalt, hatte aber kaum Zeit, sich auch noch um sie zu kümmern. Und sie selbst fühlte sich oft zu schwach für die einfachsten Dinge. „Gelacht haben wir in dieser Zeit fast nie“, erinnert sich Antje M.

Hinzu kam die Angst – ein Gefühl, das sie vorher eigentlich nicht kannte. Jede Kontrolluntersuchung sei ein Gräuel für sie gewesen, immer von der Furcht begleitet, dass wieder etwas gefunden würde oder beim letzten Mal etwas übersehen worden wäre. Die anstrengende Therapie und die psychische Belastung hinterließen sichtbare Spuren: Antje M. nahm fast 20 Kilo ab und fühlte sich immer schwächer. „Ich war nur noch ein Strich in der Landschaft und hätte den ganzen Tag heulen können.“ Sie wusste, dass etwas passieren muss, damit sie und ihre Familie aus diesem Tal wieder herausfinden. Eine psychologische Beratung oder ein Reha-Aufenthalt kamen für sie aber lange Zeit nicht infrage, denn sie wollte auf keinen Fall wieder von ihren Kindern getrennt sein.

Dann gab ihre Gynäkologin den Rat, eine „Mutter-Kind-Reha“ zu beantragen. Von der Beantragung bis zur Bewilligung habe es zwar lange Zeit gedauert, aber Antje M. ist heilfroh, dass sie durchgehalten hat: „Die Reha war sehr intensiv und hat mich unglaublich gestärkt.“

Während sie an den Therapien teilnahm, wurden die beiden Kinder in der Klinik betreut und es blieb viel Zeit für gemeinsame Aktivitäten. „Wir fühlten uns in den drei Wochen sehr geborgen, sicher und verstanden, so richtig gut aufgehoben und aufgenommen“, lobt Antje M.

Sie fühlt sich für die Zeit zu Hause absolut gestärkt und steht wieder „mit beiden Beinen im Leben“. Außerdem habe die Zeit in der Klinik sie und ihre Kinder noch enger „zusammengeschweißt“ und es sei einfach wunderbar gewesen, dass sie viel Zeit nur für sich hatten.



In Reha-Einrichtungen für Eltern und Kinder werden Kinder in den Zeiten betreut, in denen sich Eltern ganz auf ihre Behandlungen konzentrieren sollen. Für die Familie bleibt dennoch viel Zeit.

## Antje M.

### Befund

Zustand nach Mamma-Ca-OP  
Anpassungsstörung (F43) mit depressiven  
Anteilen und Ängsten  
Psychophysische Erschöpfung

### Reha-Ziele

Aufbau von Bewältigungsstrategien im  
Umgang mit der Erkrankung, Angstredu-  
zierung, Stärkung der körperlichen und  
psychischen Kräfte, Stärkung der Mutter-  
Kind-Interaktion.

### Anamnese

Nach der brusterhaltenden Operation sowie  
Durchführung der adjuvanten Therapie in  
Form von Chemotherapie und Bestrahlung  
war eine Rehabilitationsmaßnahme bei  
Frau M. unbedingt indiziert. In der medi-  
zinischen Aufnahmeuntersuchung stellte  
der behandelnde Arzt neben der Diagnose  
des Mamma-CA eine Anpassungsstörung  
(F 43) mit depressiven Anteilen fest. Eine  
psychoonkologische Behandlung hatte die  
Patientin bis dahin abgelehnt.

Die für die Familie stark belastende Situati-  
on mit vielen Klinikaufenthalten der Mutter  
und ihre ambulant therapiebedingte Ab-

wesenheit sowie körperliche Beeinträch-  
tigung stärkten in Frau M. den Wunsch  
nach einer Rehabilitation gemeinsam  
mit den Kindern. Frau M. erhofft sich  
von der Rehabilitationsmaßnahme eine  
Stärkung ihrer körperlichen und psychi-  
schen Kräfte sowie die Intensivierung der  
Mutter-Kind-Interaktion. Sie leidet unter  
Zukunftsängsten, jede Kontrolluntersu-  
chung ist für sie belastend. Sie möchte  
sich stabilisieren und nicht mehr aus-  
schließlich von Ängsten bestimmt leben.

Es wurde ein physiotherapeutisches  
Programm erstellt zur Behandlung der  
nachfolgenden Probleme nach der  
Operation.

### Inhalte der Reha

Eine Behandlung des Narbengewebes sowie  
Mobilisation ist erforderlich. Sport erhöht die  
Ausdauer und Vitalität sowie die Lebensfreu-  
de. Ernährungstherapeutisch wird Frau M.  
mit einer speziellen Sonderkost versorgt, da  
sie ihr bisheriges Gewicht noch nicht wieder  
aufbauen konnte.

In der psychologischen Aufnahmesituation  
wird eine psychoonkologische Behandlung  
vereinbart zur Bearbeitung der Gefühle und  
Erfahrungen im Zusammenhang mit dem  
kritischen Lebensereignis. Vorträge zum  
Umgang mit der Angst, das Erlernen einer  
Entspannungsmethode sowie spielthera-  
peutische Termine mit Mutter und Kindern  
ergänzen das Programm.

### Wirkung/Erfolg

Frau M. verlässt die Klinik stabilisiert und  
motiviert. Eine Gewichtszunahme konnte  
erfolgreich stattfinden sowie eine Steigerung  
der Ausdauer. Sie hat wieder Vertrauen in  
ihren Körper gefasst und in ihre persönlichen  
Ressourcen, die Ängste sind deutlich verringert.  
Die Zeit unabhängig vom Alltag und den per-  
sönlichen Kontextfaktoren der beruflichen und  
räumlichen Umwelt hat ihr und den Kindern  
ermöglicht, Abstand und eine neue Perspek-  
tive zu gewinnen. Sie wird am Heimatort eine  
ambulante  
psycho-onkologische Behandlung beginnen,  
um die persönlichen Ressourcen im Umgang  
mit der Erkrankung weiterhin zu stärken.



### Hannah Janßen

Klinikleitung,  
Diplom-Psycholo-  
gin/Psychologische  
Psychotherapeutin

**„Psychoonkologische Interventionen  
im Rahmen einer Mutter-Kind-Reha-  
bilitation setzen starke Impulse zur  
Stabilisierung der Patientin im Kontext  
der Familiensituation. Da die Ängste  
von an Krebs erkrankten Müttern sich  
immer auch auf die Zukunft der Familie  
richten, kann unmittelbar familiensys-  
temisch interveniert werden.“**

### Fazit

Patienten mit einer Krebserkrankung sind in  
der Regel sowohl physisch wie psychisch sehr  
erschöpft und bedürfen einer Regeneration der  
körperlichen und seelischen Kräfte. Eine Diag-  
nose wie ein Mamma-Karzinom ist für jede Frau  
und Mutter ein traumatisches Ereignis und wird  
je nach Patienten-Persönlichkeit unterschied-  
lich verarbeitet. Den Körper langsam wieder zu  
mobilisieren und die Erfahrung der Erkrankung  
in die persönliche Biographie zu integrieren  
stellt eine wichtige Aufgabe in der Gesundung  
dar. Oft ist dies ambulant nicht zu erreichen,  
da die Patientinnen in ihrem Umfeld nicht  
den nötigen Abstand gewinnen können. Das  
Umfeld verlangt nach Normalität und möchte  
nicht zu lange mit der Invasion der Erkrankung  
konfrontiert sein. Viele Krebs-Patientinnen sind  
mit diesen Ansprüchen überfordert und können  
sich weit weg von zu Hause wesentlich besser  
auf die Veränderungen einstellen und Kraft  
schöpfen.

### Reha für Eltern und Kind

Das interdisziplinäre Team von Ärzten,  
Psychologen, Physiotherapeuten, Sportthe-  
rapeuten, Ergotherapeuten und Ernährungs-  
therapeuten kann in umfassender vernetzter  
Weise auf die Patienten eingehen und einen  
höheren Behandlungserfolg sichern als  
ambulante voneinander separierte Behand-  
lungen. Auch die Frage nach der Arbeits-  
fähigkeit der Patienten lässt sich in einem  
Rehabilitationsrahmen wesentlich effektiver  
beantworten, um eine sorgsame Integration  
nach dem Einbruch durch die Erkrankung zu  
gewährleisten.

Eine psychosomatische Rehabilitation im  
Rahmen einer zielgruppenorientierten  
Maßnahme wie in spezialisierten Mut-  
ter-Kind-Einrichtungen ist deutlich effektiver  
und stabilisiert nicht nur die betroffene Pati-  
entin, sondern auch das Familiensystem.  
Problematisch sind die langen Wege  
zwischen Beantragung und Bewilligung  
sowie die Beschränkungen für Kliniken mit  
zielgruppenspezifischen Angeboten. Eine  
Entzerrung dieser Probleme wäre wün-  
schenswert.



# INGE S.

55 Jahre

Die Diagnose war für sie ein Schock. Brustkrebs, Entfernung der rechten Brust. Die Behandlung und die Angst raubten ihr jede Kraft und sie schaffte nur noch mit Hilfe von Freunden und Nachbarn ihren Haushalt. Doch inzwischen hat sie die schlimmste Krise überwunden – sie kann wieder arbeiten und ihr Leben bewußt und mit Freude genießen.

*„Ich habe neue kreative Seiten in mir entdeckt. Ich male jetzt und schreibe kleine Geschichten und Gedichte.“*

**G**lück im Unglück“, davon spricht Inge S. mehrmals, als sie ihre Krankheitsgeschichte erzählt. Fast genau ein Jahr ist es her, als sie morgens unter der Dusche einen Knoten in der rechten Brust spürte. Es wird schon nichts sein, dachte sie, ging aber doch noch am gleichen Tag zum Arzt. Bei der anschließenden Mammographie und Biopsie wird die Diagnose gestellt: Brustkrebs.

Bald darauf steht fest, dass bei Inge S. auf der rechten Seite eine Mastektomie, also die komplette Entfernung der Brust, durchgeführt werden muss. Um herauszufinden, ob der Tumor in das axillare Lymphknotensystem gestreut hat, wird gleich zu Beginn der Operation eine Sentinel- oder Wächterlymphknotenbiopsie durchgeführt. Die Untersuchung umfasst das gesamte Lymphknotengewebe und der Befund ist glücklicherweise negativ. Es müssen keine weiteren Lymphknoten entfernt werden. Auch bei den weiteren Untersuchungen nach der Operation werden keine Metastasen festgestellt.

Dann folgten Chemo- und Strahlentherapie. „Das war eine harte Zeit“, sagt Inge S., „aber es hat sich gelohnt, immer zu kämpfen.“ Sie habe die Krankheit zwar akzeptiert, aber sich ihr nie überlassen, sondern alles Erdenkliche getan, um wieder gesund zu werden. Die Haare fielen aus, sie wurde immer schwächer und antriebslos. Angehörige und Freunde halfen ihr dabei, ihre Zuversicht zu bewahren und hin und wieder

trotz allem herzhaft zu lachen. Die Krankheit veränderte ihr Leben: Sie konnte nicht mehr arbeiten, schwere Einkaufstaschen waren jetzt tabu, bügeln mit dem rechten Arm war nicht mehr möglich und es kamen viele weitere Einschränkungen hinzu. Die schlimme Zeit hatte für sie aber nicht nur Negatives. „Ich habe gelernt, auch einfach mal loszulassen und Dinge zu delegieren“, erklärt sie. Bestärkt wurde sie darin auch während der vierwöchigen stationären Rehabilitationsbehandlung. „Ich habe dort neue, kreative Seiten in mir entdeckt und male jetzt, schreibe kleine Geschichten und Gedichte.“

In der Reha-Klinik lernte Inge S. auch andere „Krebsfrauen“, wie sie sie nennt, kennen. Zwei davon sind zu echten Freundinnen geworden, mit denen sie wöchentlich telefoniert. „Wie es in einem aussieht, kann nur eine Leidensgenossin nachfühlen“, ist sie sich sicher. Die Behandlung in der Klinik hat ihr den Lebensmut zurückgegeben und ihr neue Lebenslust verschafft. Ihren 55. Geburtstag hat sie groß gefeiert und dabei ganz bewusst etwas Neues erlebt: „Ich genieße jeden Tag, den ich auf dieser Erde verbringen darf. Heute bin ich gestärkt, lasse mich von anderen nicht mehr so vereinnahmen und erlebe die Zeit mit meinen Kindern und meinem Mann intensiver.“



Die Chemo- und Strahlentherapie war für Inge S. eine harte Zeit, „aber es hat sich gelohnt, zu kämpfen“, sagt sie heute. In der vierwöchigen Rehabilitation hat sie neue kreative Seiten an sich entdeckt und sie führt auch nach dem Klinikaufenthalt ihr Gymnastik- und Entspannungsprogramm weiter fort.

## Inge S.

### Befund

Mammakarzinom rechts  
Zustand nach brusterhaltender Operation und Bestrahlung, Lymphödem rechte Brust und rechter Arm.

### Reha-Ziele

Verbesserung der Allgemeinmobilität und weitestgehend Erhalt der Selbstständigkeit im häuslichen Bereich und Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit.

### Anamnese

Beim Aufnahmegespräch schildert Frau S. eine stark eingeschränkte Allgemeinbefindlichkeit, eingeschränkte Mobilität, Zukunftsängste, Erwartungsängste.

Sie hat Schmerzen im Bereich der rechten Brust, deutlich erkennbare Schwellung, Spannung, Rötung und Induration der rechten Brust sowie deutliches Armlymphödem. Allgemeine Mattigkeit, Schwäche und deutlich eingeschränktes

Leistungsvermögen. Haushaltsführung vor Reha-Antritt nur mit Angehörigen- und Nachbarschaftshilfe.

Frau S. schildert ihre Ängste, später den eigenen Haushalt nicht mehr bewältigen zu können. Die Patientin ist verheiratet und hat einen 17-jährigen Sohn, der in ihrem Haushalt lebt und noch zur Schule geht. Sie befürchtet das Verbleiben von chronischen Schmerzen, Rezidivängste bezüglich der Krebserkrankung.

### Inhalte der Reha

Die vierwöchige Behandlung von Frau S. beinhaltete ärztliche und pflegerische Betreuung rund um die Uhr während des gesamten Rehabilitationsaufenthaltes, physiotherapeutische Anwendungen mit aktiven und passiven Maßnahmen sowie psychologische Mitbetreuung. Anfangs Einzelkrankengymnastik, später Einbeziehung in Gruppengymnastik, Funktionsergotherapie speziell für den Schultergürtel. Zur allgemeinen Mobilisierung Geh- und Lauftraining im umgebenden Klinikbereich, außerdem kalte Moorauflagen bei noch überwärmter und ödematöser rechter Brust sowie manuelle Lymphdrainagen rechter Arm. Außerdem psychologische Mitbetreuung unter dem Aspekt der Krankheitsbewältigung, diätetische Beratung und Sozialberatung sowie speziell durch den Pflegedienst unterstützende aktivierende Pflege, Überwachung der Kreislauf-Blutzuckerparameter.

### Wirkung/Erfolg

Nach insgesamt komplikationslosem Rehabilitationsverlauf deutlich verbessertes Allgemeinbefinden, Spannungsreduktion der rechten Brust und des rechten Armes, positive Beeinflussung des Lymphödems mit Umfangsreduktion, resultierend verbesserte Beweglichkeit des rechten Armes im Schultergelenk, Schmerzreduktion, allgemeine psychische und physische Stabilisierung. Letztlich Entlassung in die Häuslichkeit und an den Arbeitsplatz bei gegebener Eigenständigkeit. Als Nachsorge wird regelmäßige onkologische Dispensaire empfohlen, hausärztliche Versorgung und Empfehlung zur ambulanten Physiotherapie/manuellen Lymphdrainage.



### Friderike Müller

Diplom-Medizinerin, Leitende Gynäkologin

**„Eine fachspezifische onkologische Rehabilitation/Tumornachsorge, bei der eine indikationsgerechte medizinische Behandlung mit psychoonkologischen, sozialen, beruflichen, sporttherapeutischen und ernährungswissenschaftlichen Aspekten vereint wird, ist essentiell, um eine zeitnahe Reintegration von Betroffenen ins gesellschaftliche und berufliche Leben zu ermöglichen.“**

### Fazit

Die Krebsbehandlung war für Frau S. sehr anstrengend. Die Rückkehr zum gewohnten Alltag fiel ihr danach schwer. Mit der stationären Reha-Maßnahme wurde dazu beitragen, den Übergang und die Rückkehr in ihren Haushalt und an den Arbeitsplatz leichter zu machen. Die Reha sicherte auch den Erfolg der vorhergehenden Behandlung und beugt Spätfolgen und Einschränkungen durch die Krankheit oder die Behandlung vor.

**Kosten/Nutzen:** Für die vierwöchige stationäre Reha-Behandlung hat die Krankenkasse von Frau S. inklusive Hin- und Rückfahrt 3.780 Euro bezahlt. Das sind rund 130 Euro pro Tag und damit nicht viel mehr als die Kosten für ein Mittelklasse-Hotel. Tatsächlich entsprachen Unterbringung und Verpflegung in der Klinik einem Vier-Sterne-Hotel – allerdings zusätzlich mit umfangreichen ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen. Daran wird ein grundlegendes **Problem** der stationären Reha deutlich: Die Vergütung der erbrachten Leistungen ist für die Einrichtungen kaum noch ausreichend.

### Onkologische Reha

Die onkologische Rehabilitation beinhaltet medizinische Leistungen nach einer Erstbehandlung bösartiger Krebserkrankungen. Dazu gehören gezielte diagnostische und therapeutische Maßnahmen, mit denen die körperlichen und seelischen Folgen der Tumorerkrankung gemildert oder beseitigt werden sollen. Weil die Folgestörungen sehr unterschiedlich sein können, werden die Ziele einer onkologischen Rehabilitation stets an die persönlichen Bedürfnisse der Patienten angepasst. So stehen etwa nach einem chirurgischen Eingriff an der Brust die Beweglichkeit und der Lymphabfluss des Armes im Vordergrund der Therapie, nach einer Entfernung des Kehlkopfes die Sprachschulung. Während der onkologischen Rehabilitation werden auch psychologische Hilfen zur Bewältigung der Erkrankung sowie Informationen über die Krankheit und ihre Folgen angeboten.



# KATHARINA L.

64 Jahre

Alltag hieß für sie: kein Tag ohne starke Schmerzen. Trotzdem pflegte sie ihre 93-jährige Mutter und will das gerne weiter tun. Die drei Wochen in der Reha-Klinik gaben Katharina L. neue Kraft und sie glaubt wieder daran, dass sie weiter durchhalten wird.

*„Ich will nicht übertreiben, aber die Reha war meine Rettung.“*

**D**as halbe Jahr vor Beginn der Reha war für Katharina L. besonders schlimm: Die Schmerzen nahmen jeden Tag zu, egal ob im Stehen, beim Gehen oder im Sitzen. Ihre täglichen Hausarbeiten fielen ihr zunehmend schwerer, denn auch beim Staubsaugen, beim Bettenbeziehen oder schon beim einfachen Bücken nach heruntergefallenen Dingen waren die Beschwerden fast unerträglich. Ans Fensterputzen traute sie sich gar nicht mehr, weil sie auf der Trittleiter immer unsicherer wurde. Und an Sport und aktive Freizeitgestaltung war überhaupt nicht zu denken.

Sie war verzweifelt. Sie brauchte doch ihre Kraft! Zum einen, weil sie immer Freude am Leben hatte und sie so einfach nicht mehr weitermachen konnte. Zum anderen brauchte ihre 93 Jahre alte Mutter ihre Hilfe, die mit Pflegestufe II in ihrem Haushalt lebt und von ihr gepflegt wird. Aber dazu fühlte Katharina L. sich kaum noch in der Lage. Wie sollte sie neue Kraft schöpfen? Wegen der Schmerzen an der Wirbelsäule ging sie zwar zweimal wöchentlich zur ambulanten Physiotherapie, doch die Wirkung hielt immer nur für Stunden. Richtig entspannen konnte sie sich auch nicht, sogar die Nutzung der Badewanne fiel ihr sehr schwer. Nachts hatte sie immer häufiger Ein- und Durchschlafstörungen, nicht nur wegen der Schmerzen, sondern auch wegen der Angst, dass es schlimmer werden könnte, und wegen der Sorgen, wie es weitergehen sollte.

Aufgeben wollte Katharina L. sich nicht und sie erinnerte sich an ihre Zeit in der Reha-Klinik vor vier Jahren, im Februar 2010. Damals hatte sie drei Wochen lang aufatmen können – warum sollte das jetzt nicht wieder klappen? Ihr Hausarzt und ihr Orthopäde unterstützten sie, der Reha-Antrag bei der Krankenkasse wurde gestellt und auch unkompliziert bewilligt. Sogar ihrem Wunsch, in die gleiche Klinik wie vor vier Jahren gehen zu dürfen, wurde entsprochen. „Ich will nicht übertreiben, aber die Reha war meine Rettung“, sagt Katharina L. nach ihrem dreiwöchigen Aufenthalt in der orthopädischen Reha-Klinik. Die Mutter wusste sie in einem Pflegeheim gut untergebracht und die Reha sei vom ersten Tag an ein voller Erfolg gewesen. Natürlich auch durch die Erholung von den pflegerischen Aufgaben zu Hause, aber vor allem wegen des aktiven Programms mit den täglichen Übungen. Durch die Wassergymnastik, das Fahrradergometer-Training, Nordic Walking und vieles mehr hat sich ihre Beweglichkeit erheblich verbessert und sie fühlt sich wieder frisch und vor allem: schmerzfrei!

In der Reha hat sie auch an einem speziellen Übungsprogramm teilgenommen, das sie mithilfe einer Klinikbroschüre zu Hause weitermachen kann. Zudem will sie den Rat der Ergotherapeutin befolgen und das Präventionsprogramm nutzen, das ihre Krankenkasse an ihrem Wohnort anbietet.



Aktivierende, individuell zugeschnittene Behandlungsangebote in der orthopädischen Rehabilitation.



## Katharina L.

### Befund

Chronische Lumboischialgie bei degenerativen LWS-Veränderungen, Pseudospondylolisthesis (Wirbelgleiten) mit Spinalkanalstenose u. Neuroforamenenge beidseits, Protrusion (Bandscheibenvorwölbung), Epicondylopathie, Osteoporose, Hypothyreose, Hyperlipoproteinämie (HLP).

### Reha-Ziele

Verbesserung der Muskelfunktionen, Verringerung der Schmerzen, Hausarbeiten selbstständig erledigen können. Lernen, wieder selbst etwas für die eigene Gesundheit und Erholung zu tun.

### Anamnese

Bei der Eingangsuntersuchung klagt die Patientin über starke Schmerzen im Lumbalbereich, die ischialgieförmig in das rechte Bein ausstrahlen, insbesondere nachts, so dass die Patientin häufig aufwacht. Die Schmerzen treten jedoch auch bei längerem Laufen auf (max. schmerzfreie Gehstrecke < 40 m). Gelegentlich besteht eine Hypästhesie (Taubheitsgefühl) im Bereich des rechten lateralen Oberschenkels bis zum Kniegelenk ziehend. Keine pressorische Schmerzverstärkung. Vorhanden sind ständig Schmerzen in beiden Ellenbogen (li. > re.) beim Tragen und bei Auflage. Schmerzintensität auf der Schmerzskala (0-10) insgesamt maximal 8.

Schmerzen verursachen Beeinträchtigungen bei der Hausarbeit und der Pflege der Mutter.

Die therapeutischen klinischen Maßnahmen für Frau L. umfassen auch Sturz- und Frakturprophylaxe (z. Zt. kein längeres Sitzen oder Stehen möglich), Wechsel und Bewegung, krankheitsspezifische Ernährung.

Pflegebedürftigkeit ist dauerhaft vermieden, Teilhabe auf längere Sicht möglich. Sinnvoll ist eine regelmäßige und gelenkte Fortführung der Übungen und Trainingsinhalte. Hausarzt/Orthopäden am Wohnort wird empfohlen, Frau L. Weiterführung in ambulanter/mobiler Reha zu verordnen.

### Inhalte der Reha

Nach der ausführlichen Aufnahmeuntersuchung wurde Katharina L. täglich ärztlich untersucht. Der Therapieplan mit den Behandlungszielen wurde eingehend erläutert und ausführlich mit ihr besprochen. Verordnet und durchgeführt wurden (dreiwöchige Reha): 9 x Einzelkrankengymnastik, 6 x Aqua-Power-Gymnastik (Gruppe), 12 x Wirbelsäulengymnastik, 12 Massagen, 9 x Kaltluftbehandlung für die Ellenbogen, 9 x Medizinisches Gerätetraining, 6 x Perlspring, ohne Vibration, 14 x Wärmepackungen, 4 x Nordic Walking.

Frau L. nahm an mehreren Vortrags- und Informationsveranstaltungen teil, u. a. einem Arztvortrag zu Osteoporose und einer gezielten Osteoporose-Schulung. Durchgeführt wurde außerdem ein insgesamt 6-stündiger Kurs zur Sturzprophylaxe einschließlich Gleichgewichtsübungen zur Sturzprophylaxe.

### Wirkung/Erfolg

Katharina L. ist nahezu schmerzfrei, ihr geschwächtes und geschädigtes Stütz- und Bindegewebe wurde nachhaltig gestärkt, so dass sie in ihrer Beweglichkeit kaum noch eingeschränkt ist. Mit der Schmerzverringering und -beseitigung ging einher, dass Frau L. wieder zu durchgehendem, erholsamen Schlaf finden konnte, was zur erheblichen Verbesserung ihres Allgemeinbefindens und zur psychischen Ausgeglichenheit beigetragen hat. Frau L. ist jetzt wieder für einen längeren Zeitraum gestärkt und in der Lage, ihren



Haushalt allein zu führen, die Teilnahme am gesellschaftlich-kulturellen Leben, Sport und ihre familiären Aufgaben (Pflege der Mutter) sind wieder möglich. Insgesamt ein sehr guter Reha-Erfolg, aber: Aufgrund der vorliegenden Grunderkrankungen kann längerfristig nur mit gezielter Intervention durch geeignete Maßnahmen einer Verschlechterung bzw. Chronifizierung begegnet werden.

### Fazit

Frau L. kann sich wieder um ihre pflegebedürftige Mutter kümmern, ihr wichtigstes Ziel hat sie durch die Reha also erreicht: Die Mutter braucht nicht ins Pflegeheim. Aber auch für sie selbst hat das Leben wieder eine neue Qualität und sie fühlt sich sogar stark genug, wieder ein Ehrenamt in ihrem alten Verein zu übernehmen.

**Problem** ist, dass die Krankenkassen durch den fehlenden wirtschaftlichen Anreiz bei nicht erwerbstätigen Patienten wie Frau L. häufig eine sinnvolle und notwendige Reha verhindern.

### Dr. Kai-Uwe Heuer

Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie

**„Angesichts der Schwere und Komplexität ihrer Erkrankungen ein sehr guter Reha-Erfolg für Frau L. Sie ist fast schmerzfrei und kann sich wieder um ihre Mutter kümmern. Zu Hause geht es jetzt darum, den Erfolg zu stabilisieren und langfristig zu erhalten. In meiner Praxis erlebe ich tagtäglich, wie wichtig die Reha für das Leben meiner Patienten ist.“**

### Orthopädische Reha

Zur orthopädischen Reha gehört die Behandlung nach Operationen am Bewegungsapparat, insbesondere nach der Implantation künstlicher Gelenke oder nach größeren Eingriffen an der Wirbelsäule. Ebenso werden zahlreiche Funktionsstörungen bzw. Krankheiten im Bereich des Bewegungs- und Stützapparates behandelt.

Die orthopädischen Indikationen wie Bandscheibenvorfall, Muskel- und Bänderverletzungen, Rheuma, Osteoporose oder Gelenkarthrose stellen gegenwärtig den häufigsten Grund für Reha-Maßnahmen dar. Auch nahezu jeder fünften Krankschreibung liegt eine orthopädische Diagnose zugrunde und jeder zweite vorzeitige Rentenantrag wird aufgrund einer orthopädischen Erkrankung gestellt.



# HERMANN K.

68 Jahre

Der Herzinfarkt traf den sportlichen Rentner aus heiterem Himmel und er war sehr verunsichert, wie sein Leben mit nur noch halber Herzkraft weiter gehen sollte.

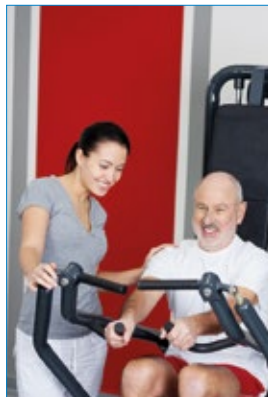
*„Ich habe mich nur noch wie ein halber Mensch gefühlt. Aber jetzt kann ich mich wieder auf den Ruhestand freuen.“*

**B**is vor drei Jahren hatte Hermann K. mit hohem Einsatz als Einkaufsleiter in einem mittelständischen Unternehmen gearbeitet und auch nach dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben wollte er aktiv bleiben. So hatte er engagiert begonnen, wieder Sport zu treiben, besuchte zwei Mal pro Woche ein Fitness-Studio und ging zusätzlich joggen. Er hatte sich das anspruchsvolle Ziel gesetzt, vor seinem 70. Geburtstag den Berlin-Marathon mitzulaufen. Allgemeine Vorsorge-Untersuchungen beim Hausarzt hatten lediglich eine Neigung zu leicht erhöhten Blutdruck- und Blutfett-Werten ergeben, die aber bisher noch nicht behandlungspflichtig erschienen. Raucher war er nie gewesen.

Nach der gründlichen Vorbereitung durch aufbauende Läufe startete er dann zum ersten Mal auf einer Halbmarathon-Distanz. Doch auf halber Strecke spürte er plötzlich einen starken Druck hinter dem Brustbein und bekam heftigen Schweißausbruch. Leider war auf der etwas abgelegenen einsamen Laufstrecke im Wald erst nach anderthalb Stunden der Notarzt vor Ort, den Spaziergänger alarmiert hatten. Die Beschwerden hatten zwar nachgelassen, aber im Krankenhaus wurde ein akuter Vorderwand-Herzinfarkt festgestellt. Ein frisch verschlossenes Herzkranzgefäß wurde mit Herzkatheter und Stent wieder eröffnet. Die Herzultraschall-Kontrollen zeigten, dass ein mittelschwerer Verlust in der Herzleistung eingetreten war. Nach Entlassung aus dem Krankenhaus fühlte sich Hermann K. in Ruhe und bei leichten Aktivitäten zwar beschwerdefrei, aber der Herzinfarkt hatte ihn aus heiterem

Himmel getroffen und er war sehr verunsichert, wie sein Leben jetzt mit nur noch halber Herzkraft weitergehen sollte.

In der Reha-Klinik zeigte die bei der Aufnahme durchgeführte Eingangs-Echokardiographie, dass die vom Infarkt betroffene Herzmuskulatur nicht komplett irreversibel geschädigt war, sondern teilweise Erholungstendenzen zeigte. Darauf baute die Klinik ein umfassendes Rehabilitationsprogramm auf, das Hermann K. motiviert und engagiert mitmachte. Heute hat er wieder die Zuversicht, weiterhin ein positives aktives Leben im Kreis seiner Familie gestalten zu können. Wichtig ist ihm auch, die Gewissheit zu haben, wieder unbeschwert und mit Spaß einem seiner Gesundheit förderlichen Ausdauersport nachgehen zu können. Er fühlt sich in vielerlei Hinsicht sogar besser geschützt als vorher, meint Hermann K.: „Nach dem Herzinfarkt habe ich mich beinahe nur noch wie ein halber Mensch gefühlt. Jetzt weiß ich, auch wenn es kein Marathon mehr sein soll, dass ich mich wieder auf den Ruhestand freuen kann.“



Kontrolliert trainieren, wieder Vertrauen in die eigene Leistungsfähigkeit aufbauen und lernen, den eigenen Lebensstil anzupassen - das sind Ziele in der kardiologischen Rehabilitation.

## Herrmann K.

### Befund

Zustand nach akutem transmuralen Vorderwandmyokardinfarkt mit mäßiger Einschränkung der systolischen li.-ventrikulären Funktion bei koronarer 1-Gefäßkrankung. Zustand nach Akut-PTCA mit Stent-Implantation im Ramus interventricularis anterior. Leichtgradige Mitralklappeninsuffizienz. Kardiovaskuläres Risikoprofil: Arterielle Hypertonie, Hypercholesterinämie.

### Reha-Ziele

Wiederaufbau bzw. Verbesserung der Herzmuskel-Leistung, Bewältigung der Ängste nach Herzinfarkt und Herzoperation, Erhaltung der Freizeitaktivitäten.

### Anamnese

Aus therapeutischer Sicht hatte die stationäre kardiologische Rehabilitation von Herrn K. die Aufgabe, ihn aus seiner Erschütterung über die plötzlich und unerwartet über ihn hereingebrochene Angst um die Stabilität seines Herzens herauszuführen, ihm die Sorge zu nehmen, dass seine Lebensperspektiven stark limitiert sind. Anfangs half es dem Patienten, mit einem Klinik-Psychologen seines Vertrauens entlastend über die immer noch bedrückende Erinnerung an die angstvolle Zeit bis zum Eintreffen des Notarzt-Teams auf dem Waldweg zu sprechen. Im Weiteren konnte zur positiven Aufarbeitung eine profunde medizinische Bewertung seiner Herzfunktion beitragen. Die gleich zu Anfang durchgeführte Eingangs-Echokardiographie zeigte erfreulicherweise, dass die durch den Infarkt betroffene Herzmuskulatur nicht komplett irreversibel geschädigt war,

sondern teilweise Erholungstendenz zeigte. Eine im Verlauf wieder auftretende Neigung zu erhöhtem Blutdruck mit negativen Auswirkungen auf eine mäßige Schluss-Schwäche der Mitralklappe konnte durch Anpassung der Bluthochdruck-Behandlung gut eingestellt werden. Die Langzeit-EKG-Aufzeichnung ergab einen Befund ohne gefährliche Herzrhythmus-Störungen, lediglich eine noch etwas erhöhte Herzfrequenz. Auch hier konnte durch eine Nachregulation der medikamentösen Behandlung und durch den aufbauenden Herzsport die Stabilität des Patienten erhöht werden. Bei leicht erhöhten Entzündungswerten im Blut wurde dem Patienten empfohlen, zwei Backenzähne, die nach wiederholter Wurzelbehandlung immer noch Beschwerden machten, erneut zwecks einer ggf. umfassenden Sanierung zahnärztlich vorzustellen.

### Inhalte der Reha

Das Trainingsprogramm für Herrn K. beinhaltete eine 6 x pro Woche durchgeführte Gruppengymnastik mit den Inhalten: Atmungsschulung in der Bewegung, Gleichgewichts-, Reaktions- und Koordinationsübungen, Kräftigung, Dehnung und leichte Kraftausdauer. Herr K. zeigte schnell eine Verbesserung im Zutrauen in seine Bewegungen. Die guten Fortschritte im Rahmen der Rehabilitation bestätigten sich auch im Belastungs-EKG. Die hier ermittelten Werte wurden schnell in der Therapie umgesetzt. So konnte Herr K. innerhalb des 5 x pro Woche stattfindenden EKG-überwachten Ergometertrainings von einer anfangs per Wattbelastung gesteuerten Trainingsmethode in eine stärker fordernde pulsfrequenzgesteuerte Belastungsart wechseln. Zusätzlich nahm Herr K. an der 5 x pro Woche stattfindenden Jogginggruppe teil. Hier wurde ganz speziell auf die Steuerung des Lauf tempos und auf eine Ökonomisierung von Lauf- und Atemtechnik eingegangen. Ergänzend zu dieser Ausdauerbelastung wurde 3 x pro Woche das Kardiofitness-Training verordnet. Mittels permanenter Pulsmessung lernte der Patient während des Trainings auf Stepper, Crosswalker und Rudermaschine, seine Belastung und seine Bewegungsintensität selbst zu kontrollieren und zu steuern. Alle diese positiven Aspekte wurden Herrn K. in den Arztgesprächen ermutigend erklärt. Um dem Patienten ein noch umfassenderes Bild über die Belastbarkeit seines Herz-Kreislauf-Systems geben zu können, erfolgte zusätzlich eine Spiroergometrie, wodurch



### Dr. med. Carsten Cordes

Chefarzt Innere Medizin, Kardiologie, Rehabilitationswesen, Sozialmedizin

*„Die umfassende kardiologische Rehabilitation, wie bei Herrn K. als Anschluss-Rehabilitation, leistet einen unverzichtbaren Beitrag zur Reintegration nach akuter Erkrankung und zur langfristigen optimalen Behandlung chronischer Krankheiten. In einem interdisziplinären Ansatz orientiert sie sich an den jeweils vorliegenden funktionellen Einschränkungen und nimmt den Patienten wieder mit in die Verantwortung für eine gesunde Lebensgestaltung. Dadurch wird die Prognose für den einzelnen Patienten verbessert.“*

auch für den weiteren Ausdauersport nach der Entlassung eine Empfehlung zu einem sicheren Übungsniveau möglich wurde.

### Wirkung/Erfolg

Herr K. ist wieder selbstsicher und kann seinem Familienleben und seinen Freizeitaktivitäten unbeschwert nachgehen. In der Abschluss-Echokardiographie wurde eine weitere Erholung von der Herzmuskelschädigung erkennbar. Die verbliebene Herzinfarkt-Narbe bedingt nur noch eine leichte bis mäßige Einschränkung der Pumpkraft des Herzens.

### Fazit

Die kardiologische Rehabilitation, getragen von Rentenversicherungen und Krankenkassen, ist in Deutschland in vieler Hinsicht vorbildlich geregelt. Sie sucht, abgesehen von Österreich und der Schweiz, weltweit ihresgleichen.

### Kardiologische Reha

Das oberste Ziel jeder kardiologischen Reha-Maßnahme ist die Verbesserung der Lebensqualität des Patienten (Reduktion der Beschwerden, Verbesserung der körperlichen Funktion und Leistungsfähigkeit, Stabilisierung des psychischen Befindens, Krankheitsbewältigung, Umgang mit der Erkrankung im Alltag). Dazu gehört auch die Ermöglichung und Gewährleistung der sozialen Wiedereingliederung und Teilhabe (Beruf, Familie, Erhaltung der Selbstständigkeit bei alten Patienten). Zugleich zielt die kardiologische Reha immer auch auf eine Verbesserung der individuellen Prognose, also auf die Prävention und Risikoreduktion, die Reduktion der Morbidität und die Reduktion der Mortalität. Dadurch werden auch vermeidbare Krankenhausaufenthalte reduziert sowie die vorzeitige Berentung und Pflege vermieden.



# LEONORE D.

81 Jahre

Nach einer Blutvergiftung wurde die rüstige Rentnerin zum Pflegefall, in ihrer Erinnerung fehlen zwei Monate. Durch eine schwere Lähmung ihrer Arme und Beine war sie auf fremde Hilfe angewiesen und hatte nach eigenem Empfinden keine Aussicht, dass sich dieser Zustand jemals wieder bessern würde.

*„Es ist ein gutes Gefühl zu wissen, dass ich wieder ein normales Leben zu Hause führen werde.“*

**B**evor sie krank wurde, war Leonore D. vollkommen selbstständig, sie konnte alle Aktivitäten des täglichen Lebens nach Wunsch wahrnehmen und machte gerne Urlaubsreisen. Den Haushalt in ihrer schönen Wohnung bewältigte sie mühelos und ohne Unterstützung durch Angehörige oder ambulante Dienste. Sie hatte zahlreiche Hobbys, traf sich mit Freunden und machte zweimal pro Woche Ausdauertraining in einem Sportverein. Wegen einer lange zurückliegenden Knieoperation brauchte sie zwar manchmal Gehstützen, pflegebedürftig war sie aber nicht. Die nächste Urlaubsreise war auch schon gebucht – aber die konnte sie nicht mehr antreten.

Durch eine Blutvergiftung mit nachfolgender Erkrankung des peripheren Nervensystems und nachfolgender Lungenentzündung fehlen Leonore D. in ihren Erinnerungen zwei Monate, die sie lebensbedrohlich erkrankt, zum Teil beatmet, auf Intensivstationen verbrachte. Als sie wieder erwachte und auch ihre Erinnerungsfähigkeit zurückkehrte, fand sie sich mit einer schweren Lähmung ihrer Arme und Beine und vollständig auf äußere Hilfe angewiesen im Bett einer Intensivstation wieder. Zu diesem Zeitpunkt hatte Frau D. in ihrem eigenen Empfinden keine Aussicht, dass sich dieser Zustand jemals wieder ändern könnte: „Als ich merkte, dass ich mich nicht bewegen konnte, war ich völlig entsetzt und hatte große Angst. Auch der Gedanke, ein Pflegefall zu werden oder gar nicht mehr nach Hause zu kommen, machte

mir große Sorgen. Ich war ein hilfloser Mensch, ob beim Essen oder Waschen, und wurde gewickelt wie ein Säugling. Schlimm war es, auf die Schüssel zu gehen. Ich schämte mich und verlor immer mehr an Hoffnung. So wurde ich in die geriatrische Rehabilitation verlegt. Dort musste ich anfangen, mich wieder zu bewegen. Die Therapie wurde ganz auf mich abgestimmt und ich machte erste kleine Fortschritte. Dadurch wurde mein Ehrgeiz geweckt. Ich freute mich über den Erfolg und hatte wieder Hoffnung. Jeden Tag lernte ich mehr dazu. Es ist ein gutes Gefühl zu wissen, dass ich wieder ein normales Leben zu Hause führen werde.“

Ohne die Behandlung in der Rehabilitationsklinik wäre sie ein Pflegefall geworden, da ist sich Leonore D. sicher. Auch wenn die Rehabilitation zu einem früheren Zeitpunkt wegen fehlender Kostenübernahme durch die Krankenkasse oder aus einem anderen Grund abgebrochen worden wäre, hätte sie keine Chance gehabt, die jetzt erarbeiteten Fortschritte zu erzielen. „Ich war schon motiviert und wollte wieder auf die Beine kommen, aber ohne die fachgerechte Anleitung und die Möglichkeiten hier in der Klinik hätte ich das nie geschafft.“



Die Bilder zeigen Leonore D. einige Tage vor ihrer Entlassung aus der Reha-Klinik. Dass sie überhaupt wieder gehen kann, hätte sie vorher kaum für möglich gehalten, jetzt ist sie sehr optimistisch: „Wenn ich weiter übe, komme ich zu Hause wieder viel besser zurecht.“

## Leonore D.

### Befund

Critical illness Polyneuropathie (Erkrankung des peripheren Nervensystems) nach Sepsis (Blutvergiftung) mit Bronchopneumonie (Lungenentzündung) mit Proteus mirabilis initial (Harnwegsinfekt) mit Tetraparese (Lähmung der Arme und Beine). Infektiöse Colitis (Darmerkrankung) mit Pseudoobstruktion (massiv geblähter, funktionell regungsloser Darm) mit massiv dilatierten Colonschlingen.

### Reha-Ziele

Möglichst ohne fremde Hilfe wieder in der vertrauten Wohnung zu leben und auf keinen Fall ein Pflegefall zu bleiben.

### Anamnese

Frau D. kam nach vorheriger geriatrischer Frührehabilitation mit einem Barthelindex von 25 Punkten zur stationären Aufnahme in die Reha-Klinik. Das Ziel des pflegerischen Teams bestand darin, Frau D. in der Pflege zu unterstützen, ihr gerade in der Anfangszeit Mut zuzusprechen, sie anzuleiten und zu ermutigen, sich nach und nach dem Leistungsstand entsprechend neuen Herausforderungen zu stellen und es einfach zu versuchen, diese in Anwesenheit einer Hilfsperson selbst durchzuführen.

Die Aufgabe des ärztlichen Teams lag darin, die bei Übernahme kardial dekompensierte Frau D. (Pleuraergüsse bds., Beinödeme)

zu rekompensieren, die trotz einer 6-fach-Medikation noch unzureichend eingestellten Blutdruckwerte weiter einzustellen, die aus der Akutklinik mitgebrachte Corticoid-Medikation weiter auszuschleichen und einen zwischenzeitlich aufgetretenen Harnwegsinfekt zu behandeln.

Des Weiteren musste bedarfsgerecht eine Schmerztherapie erfolgen und die Therapie des Diabetes mellitus in Abstimmung mit den Blutzuckerwerten verändert werden. Außerdem wurde eine weitere Abklärung des schwer einstellbaren Bluthochdruckes in einer entsprechenden Fachabteilung in die Wege geleitet.

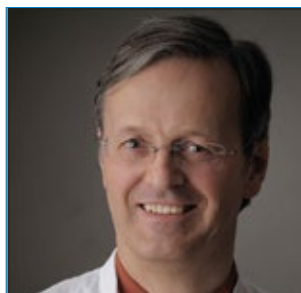
### Inhalte der Reha

Durch intensive Ergotherapie wurde zunächst die Lähmung der Arme gebessert, was Frau D. zunächst wenigstens wieder eine eigenständige Nahrungsaufnahme ermöglichte. Dann wurde die selbstständige Verrichtung von Arbeiten, die mit den Händen durchgeführt werden, geübt. Die zunehmende Selbstständigkeit gab Frau D. in einer zunächst absolut hoffnungslos erscheinenden Lage neuen Lebensmut.

Durch jeden weiteren kleinen Fortschritt, den Frau D. durch ihre hohe Motivation und das intensive multimodale Training erzielen konnte, gewann sie neue Hoffnung, vielleicht doch noch in ihre häusliche Umgebung zurückkehren zu können. Die Lähmung der Beine wurde durch das intensive therapeutische Bemühen nach und nach gebessert. Frau D. wurde durch Krafttraining auch körperlich wieder fitter und konnte als wichtigen großen Schritt die Toilettengänge schließlich wieder selbstständig durchführen.

### Wirkung/Erfolg

Leonore D. ist nach der Behandlung in der Reha-Klinik wieder in ihre Wohnung zurückgekehrt, kann ihren Haushalt selbst führen und braucht hierfür zumindest vorerst keine weiteren Hilfen. Auch ihre Einkäufe kann sie selbst erledigen, den Weg von ihrer Wohnung bis ins nahegelegene Einkaufszentrum schafft sie zwar nur langsam, aber ohne Probleme. Da sie wieder ganz gut allein zurechtkommt, ist eine ambulante Pflege oder die Unterbringung in einem Pflegeheim für absehbare Zeit kein Thema mehr. Die zahlreichen Medikamente wurden während der Reha-Behandlung nach und nach reduziert



### Dr. med. Holger Lange

Facharzt für Innere Medizin, Klinische Geriatrie, Naturheilverfahren, Physikalische Therapie sowie Palliativmedizin

**„Durch die sehr personalintensive geriatrische Rehabilitation entstehen zwangsläufig höhere Kosten. Allerdings zahlen sich diese einerseits für den geriatrischen Patienten als Gewinn an Selbstständigkeit und andererseits durch Einsparungen bei der Pflegeversicherung schnell wieder aus.“**

und die Dosen auf ihren individuellen Bedarf eingestellt. Zudem hat sie in der Reha-Klinik gelernt, selbst regelmäßige Blutzuckerkontrollen durchzuführen und die Medikamente für die optimale Blutzuckereinstellung richtig zu dosieren. Sie selbst schätzt den Reha-Erfolg als sehr gut ein, ebenso ihr Hausarzt, den sie jetzt häufiger als früher aufsuchen wird.

### Fazit

Das Beispiel von Frau D. zeigt eindrucksvoll, dass im Prinzip jeder Einzelne durch eine akut auftretende, potentiell lebensbedrohliche Erkrankung völlig aus seinem bisherigen Leben gerissen werden kann – und doch sehr oft Hoffnung auf eine weitgehende Wiederherstellung der Gesundheit besteht.

**Kosten/Nutzen:** Für die etwa vierwöchige stationäre Reha-Behandlung hat die Krankenkasse von Frau D. inkl. Fahrtkosten 4.780 Euro bezahlt. Die Pflegekasse hätte in ihrem Fall pro Monat mindestens 1.023 Euro (Pflegestufe I) zahlen müssen. Nach ihrer eigenen Einschätzung und der Prognose der Ärzte ist Frau D. der Weg ins Pflegeheim auf Dauer erspart geblieben. Somit rechnet sich der Klinikaufenthalt nach nur fünf Monaten.

### Geriatrische Reha

Anders als bei der indikationsbezogenen Rehabilitation steht bei der geriatrischen Reha nicht nur eine einzelne Krankheit im Fokus, sondern der Gesamtzustand des Patienten. Daher steht die geriatrische Reha auch pflegebedürftigen Menschen offen, während die indikationsbezogene medizinische Reha voraussetzt, dass der Patient weitgehend selbstständig ist. Aufgrund länderunterschiedlicher Geriatriekonzepte wird z. T. die geriatrische Rehabilitation im Rahmen der sog. Frührehabilitation im Krankenhaus durchgeführt. Die Patienten müssen bestimmte Kriterien erfüllen: ein höheres Lebensalter – als Richtlinie gelten 70 Jahre und älter – und „geriatrietypische Multimorbidität“. Das bedeutet: Der Patient leidet an mehreren Krankheiten und hat typische Altersbeschwerden (gehbehindert und wenig körperlich belastbar, muss viele verschiedene Medikamente einnehmen). Bei den über 80-Jährigen kann z. B. auch nur eine schwere Krankheit vorliegen. Wichtig ist, dass diese Patienten rehabilitationsfähig sind und dass sie an der Reha mitwirken können. Doch das ist im Einzelfall schwierig zu beurteilen; ob zum Beispiel ein an Demenz erkrankter Patient dazu in der Lage ist, lässt sich nicht vorhersagen – man muss es ausprobieren!



## Grundsätzliches

Die gesundheitliche Versorgung gliedert sich in Deutschland in drei wesentliche Bereiche:

- **Primärversorgung:** ambulante Behandlung durch niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten.
- **Akutversorgung:** stationäre Versorgung im Krankenhaus.
- **Rehabilitation:** Ob nach einem Schlaganfall oder einem Herzinfarkt, einer Tumorentfernung oder einer Hüftoperation – es gibt zahlreiche Indikationen, die eine systematische und umfassende Rehabilitation erfordern.

Rehabilitationsleistungen sind in Deutschland Aufgabe der verschiedenen Sozialversicherungsträger, das heißt der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherung. Neben der Behandlung durch den niedergelassenen Arzt und der Behandlung im Krankenhaus ist die Rehabilitation ein fester Bestandteil der Behandlungskette. Für viele Erkrankungen gewährleistet nur die enge Verzahnung dieser Kette eine optimale Versorgung.

## Ziele

Rehabilitation hat nicht nur zum Ziel, die körperliche, berufliche und soziale Leistungsfähigkeit der Patientinnen und Patienten zu erhalten oder zu fördern; im Sinne der ICF werden besonders die individuellen Fähigkeiten und Möglichkeiten zur Krankheits- und Lebensbewältigung einbezogen. Die Patienten lernen, sich so zu verhalten, dass weitere akute Krankheitszustände nach Möglichkeit nicht auftreten und chronische Störungen in ihren Auswirkungen so gut wie möglich begrenzt oder beherrscht werden können.

Nach dem Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“ werden gezielte Rehabilitationsleistungen durchgeführt, um die Erwerbsfähigkeit dauerhaft zu erhalten oder wiederherzustellen. Ein besonderes Anliegen der Reha ist es außerdem, dass ältere Menschen nicht zu früh in die Pflege „abgeschoben“ werden, sondern mithilfe der geriatrischen Rehabilitation so lange wie möglich aktiv am gesellschaftlichen Leben teilhaben können („Reha vor Pflege“).

## Kosten

Grundsätzlich haben alle Versicherten der Gesetzlichen Krankenkassen, also auch Rentner und mitversicherte Ehepartner, Jugendliche und Kinder, Anspruch auf medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen. Allerdings können andere Leistungsträger (Rentenversicherung, Unfallversicherung) vorrangig zuständig sein. Dies gilt insbesondere für Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit durch Krankheit oder Behinderung eingeschränkt oder gefährdet ist.

Bei der stationären Vorsorge und Rehabilitation beträgt die Zuzahlung für Patienten pro Tag zehn Euro. Bei Anschlussheilbehandlungen nach einer stationären Behandlung oder bei bestimmten, festgelegten Indikationen wie etwa Sucht oder psychischer Erkrankung sind diese Zuzahlungen auf 28 Tage begrenzt. Bereits geleistete Krankenhauszuzahlungen werden hier angerechnet.

# Impressum

„Reha zeigt Gesicht“

Herausgeber und verantwortlich für den Inhalt:

Arbeitsgemeinschaft Medizinische Rehabilitation SGB IX GbR  
Friedrichstraße 60, 10117 Berlin  
Tel: 030-2400899-0, Fax: 030-2400899-30  
info@agmedreha.de, www.agmedreha.de

## Bildnachweis

Fotolia: S. 1 (Titelfoto), S. 6 (Sarah K., Meditation), S. 10 (Holger G.), S. 11 (Dennis P.), S. 12 (Antje M.), S. 14 (Inge S., 4 Motive), S. 16 (Katharina L., 4 Motive), S. 18 (Hermann K., 4 Motive), S. 20 (Leonore D.). Fachkliniken Wangen: S. 4 und 5. Rehaklinik Glotterbad: S. 6 (Kunsttherapie, Gruppentherapie), S. 7. Passauer Wolf Reha-Zentrum Bad Griesbach: S. 8 und 9. Salus Klinik Hürth: S. 10. Fachklinik Peterhof Duisburg: S. 11. Friesenhörn-Nordsee-Kliniken: S. 12 und 13. Vogtland-Klinik Bad Elster: S. 15. Gollwitzer-Meier-Klinik Bad Oeynhausen: S. 19. MediClin Reha-Zentrum Roter Hügel Bayreuth: S. 20 und 21

Die Arbeitsgemeinschaft Medizinische Rehabilitation SGB IX (AG MedReha SGB IX) ist ein Zusammenschluss von maßgeblichen, bundesweit tätigen Spitzenverbänden der Leistungserbringer in der medizinischen Rehabilitation. Ihre Zielsetzung ist es, dass behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen qualitätsgesicherte, wirksame und wirtschaftliche Leistungen erhalten. Die Mitglieder der AG MedReha vertreten die Interessen von rund 800 Rehabilitations-Einrichtungen mit mehr als 80 000 Betten/Behandlungsplätzen.

Mitglieder sind:

Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V., Berlin (BDPK)  
Bundesverband Geriatrie e. V., Berlin (BV Geriatrie)  
Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e. V., Kassel (buss)  
Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e. V., Berlin (DEGEMED)  
Fachverband Sucht e. V., Bonn (FVS)





Arbeitsgemeinschaft Medizinische Rehabilitation SGB IX GbR  
Friedrichstraße 60, 10117 Berlin  
Tel: 030-2400899-0, Fax: 030-2400899-30  
info@agmedreha.de, www.agmedreha.de

