

**10-Jahresfeier der Abt. für Schwerst-Schädel-Hirngeschädigte
Ev. Krankenhaus Oldenburg,
Kulturzentrum PFL, Oldenburg, 14. September 2007**

Festvortrag

**Geschichte, Konzepte und Zukunft der neurologischen
Frührehabilitation**

Annegret RITZ

Dr. med. Annegret Ritz, Ltd. Ärztin i.R.
Neurologisches Rehabilitationszentrum für Kinder und Jugendliche „Friedehorst“,
Bremen
Am Reithbruch 3, 27711 Osterholz-Scharmbeck

Meine sehr geehrten Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,
Lieber Herr Zieger, lieber Herr Sander,

Ihnen und dem Vorstand Ihrer Klinik danke ich für die Einladung, bei Ihrer heutigen Feierstunde zum 10-jährigen Jubiläum der Abteilung für Schwerst-Schädel-Hirngeschädigte den Festvortrag zu halten. Aus langjähriger thematischer und persönlicher Verbundenheit bin ich dieser Einladung gern gefolgt.

Angesichts des Programms wird sich mancher von Ihnen, meine Damen und Herren gewundert haben. Da ist ausgedruckt ein Festvortrag ohne Angabe eines Titels. erinnert das nicht ein bisschen an die Wundertüten, die wir uns als Kinder gelegentlich von abgesparten Pfennigen gekauft haben? Und wie wir es damals bei diesen Wundertüten getan haben, werden Sie sich skeptisch fragen: „Was ist da wohl drin?“ bzw. „Was kommt da wohl raus?“

Und damit sind wir genau beim Thema des heutigen Tages: der **Frührehabilitation**. Denn entgegen unserer Überzeugung, der in der Frühreha Aktiven, und trotz der belegten Ergebnisse verstummen bis heute in weiten Teilen unserer Gesellschaft die skeptischen Fragen zur Frührehabilitation nicht: Was das denn sei? Was das soll? Was dabei herauskommt? Ob es sich lohnt?

Obwohl wir oft meinen, es sei doch fast bis zum Überdruß längst alles dazu gesagt und geschrieben, gelten offensichtlich im Kampf um Anerkennung der Frühreha einige von deren Grundprinzipien: Geduld, Geduld und stetige Wiederholung. Ich nutze daher gern die mir heute gebotene Gelegenheit, um noch einmal über dieses mir unverändert am Herzen liegende Thema „Die Frührehabilitation“ zu reden.

Meine Ausführungen dazu werde ich in 3 Abschnitte unterteilen:

1. die Geschichte, 2. die Konzeption und 3. die Zukunft der Frührehabilitation.

Vor der allgemeinen Geschichte der Frühreha noch ein kleiner Exkurs in die persönliche: Am Anfang des Engagements für die Frühreha und in derselben stand sicherlich bei den meisten von uns ein **Schlüsselerlebnis**.

Meines war Stefan: der 10-jährige Junge war als Radfahrer von einem PKW erfasst und viele Meter durch die Luft geschleudert worden. Er hatte ein Polytrauma mit schwerem gedecktem Schädelhirntrauma (SHT) erlitten und befand sich über 3

Monate im vegetativem Stadium. Er wurde nicht nur akkurat, sondern liebevoll und zugewandt gepflegt, jedoch behandelt als befände er sich unverändert im tiefsten Koma. An einem Montagmorgen betrat nach einem 2-wöchigen Urlaub die Stationsschwester wieder sein Zimmer und erlitt fast einen Herzschlag, als der angeblich Komatöse sie mit ihrem Namen ansprach. Wie sich in den folgenden Tagen herausstellte, wusste er alle Namen derer, die ihn in den vergangenen Wochen gepflegt hatten, und zeigte sich u.a. besorgt, ob ein bereits über 3 Wochen zurückliegender Streit zwischen 2 Pflegekräften, der z.T. in seinem Zimmer ausgetragen worden war, inzwischen beigelegt sei.

Stefan, der längst erfolgreich im mittleren Beamtendienst seiner Heimatstadt tätig ist, hat durch diesen tiefgehenden, aber heilsamen Schock alle Beteiligten, so auch mich, davor bewahrt, nach ihm andere Menschen im noch andauernden Koma oder vegetativem Stadium zu behandeln, als wären sie nicht anwesend, nicht existent, sondern mit ihnen statt über sie zu reden und frühzeitig mit jedem in einen individuellen Dialog zu treten.

Stefan war für mich der Anstoß, alles mir Mögliche dafür zu tun, dass Bedingungen geschaffen werden, um Menschen wie ihn so rasch und so kompetent wie möglich aus diesem Stadium herauszuholen.

Die Chance dazu ergab sich, als ich 1984 nach Bremen kam, um hier das Neurologische Rehabilitationszentrum für Kinder und Jugendliche aufzubauen und zu leiten.

Es war eine Zeit des Aufbruchs, in der nach langer Pause die Idee der Frührehabilitation nahezu wiederentdeckt und dann von vielen vorangetrieben wurde.

I. Geschichte der Frührehabilitation

Das Modell der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation hat in Deutschland seine Ursprünge in der Frühversorgung Kriegsverletzter. Wilhelm Tönnis entwickelte im 2. Weltkrieg ein Konzept zur rehabilitativen Versorgung Hirnverletzter, die in Sondereinrichtungen zusammengefasst und hier von einem multidisziplinären Team von der Akutbehandlung bis zur beruflichen Wiedereingliederung intensiv rehabilitativ behandelt wurden. Irgendwann waren keine Kriegsverletzten mehr zu versorgen, und dieses Konzept geriet fast in Vergessenheit. Es passte ja auch nicht so recht in die überschaubare, gut sortierte Rehabilitations-Landschaft mit ihrem aufgrund unterschiedlicher

sozialversicherungsrechtlicher Zuständigkeiten gegliederten System , den fast hermetisch gegeneinander abgeschotteten Blöcken der Akutbehandlung und Rehabilitation, letztere nochmals unterteilt in medizinische und berufliche Rehabilitation.

In den 70er und 80er Jahren kam dann Bewegung in dieses starre System. Durch Ausbau des Rettungswesens und die sich rasch verbessernden Möglichkeiten der Unfall- und Intensivmedizin überlebten immer mehr Menschen auch schwerste Schädelhirntraumen (SHT). Ihr Leben konnte gerettet werden, nicht immer jedoch ihre Lebensqualität. Auch die beste akutmedizinische Behandlung war nicht in der Lage, sie bis zur Entlassung „rehabilitationsfähig“ zu machen. Eine Versorgungslücke tat sich auf, denn für den umfassenden rehabilitativen Behandlungsbedarf hatte das bestehende System zunächst kein Angebot. Dieses galt es zu schaffen.

Bereits Anfang der 70er Jahre war die Abgrenzung der beruflichen gegen die medizinische Rehabilitation durchbrochen worden. Auf Initiative des BMA wurden medizinisch-berufliche Rehabilitations-Einrichtungen (sogenannte „Phase II“-Einrichtungen) geschaffen, die in einem nahtlos ineinandergreifenden Verfahren unter einem Dach medizinische und berufsfördernde Leistungen zur Rehabilitation erbringen. Damit war sozusagen die Werkbank an das Krankenbett herangeholt worden.

Nun ging es darum, diese Einrichtungen weiter nach vorn, in die Akutmedizin hinein zu öffnen, bzw. die Akut- und z.T. sogar die Intensivmedizin in die Rehabilitation hineinzuholen, d.h. Frührehabilitations-Abteilungen zu schaffen.

Am Anfang dieser Bewegung steht der 1986 von Gobiet, Hessisch-Oldendorf, zusammen mit dem Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG) gestartete Modellversuch Nordwestdeutschland, der belegte, dass Frühreha wirksam und somit sinnvoll und notwendig ist.

Hannelore Kohl und das von ihr 1983 gegründete Kuratorium ZNS haben diese Arbeit mit ihrem Modellprojekt „Computer helfen heilen“ unterstützt.

Auf Anregung und mit Förderung des Kuratorium ZNS wurde eine Arbeitsgruppe tätig und veröffentlichte im Oktober 1991 ein Memorandum zu „Notwendigkeit und Bedeutung der Frührehabilitation“, das Standards für die Frühreha setzte.

Diese Arbeit wurde fortgeführt von der Arbeitsgruppe neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation der Bundesarbeitsgemeinschaft der Phase II-

Einrichtungen, die ihre Empfehlungen erstmals 1992 publizierte und 2000 eine auf den zwischenzeitlich gewonnenen Erfahrungen basierende Monographie zum „Qualitätsmanagement in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation“ herausgab.

Zur Verortung der Frühreha, dieser Klammer zwischen Akutmedizin und Rehabilitation, im Sozialversicherungssystem wurde vom VDR 1994 das die Phasen A – F umfassende Phasenmodell eingeführt.

Auf diesem aufbauend und es verdeutlichend folgten 1995 die „Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C“ der BAR, und sozusagen zur Abrundung dieser grundlegenden Publikationen zur Frührehabilitation erschien 1996 die vollkommen überarbeitete 3. Auflage der Broschüre „Zur Rehabilitation Schwer-Schädel-Hirn-Verletzter“ des HVBG.

Die Arbeitsgruppe des Kuratorium ZNS hatte 1991 einen **Bedarf** von ca. 2000 Frühreha-Plätzen errechnet. Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA) ging von einem Bedarf von ca. 2270 Plätzen (Kinder nicht mitgerechnet) für die BRD aus (KOCK u. FUHRMANN, 1992).

In den 90er Jahren ist ein regional unterschiedlich dichtes Netz von Frühreha-Abteilungen entstanden, vorwiegend an Rehabilitations-Einrichtungen, aber auch – wie hier in Oldenburg- an Akutkliniken. Es gibt inzwischen weit über 2000 Frühreha-Plätze in der BRD, 30% davon in Bayern. Das bedeutet, dass es neben fast überversorgten Regionen unverändert auch solche mit Versorgungslücken gibt.

In der hiesigen, zunächst unterversorgten Region Nordwestdeutschlands haben Sie frühzeitig die Notwendigkeit erkannt und seit 1992 stetig Ihren Plan verfolgt. 1997 konnte dann mit zunächst wenigen (bis zu 6) Betten die „Abteilung für Schwerst-Schädel-Hirngeschädigte“ in der Neurochirurgischen Klinik des Ev. Krankenhauses Oldenburg eröffnet werden. Nach stufenweisem Ausbau auf 25 Plätze (davon 60% für Patienten der Phase B) konnten Sie 1999 in die neu erbaute Station einziehen. Inzwischen wurden weit über 1000 Patienten (15-91 Jahre alt, 2/3 Männer) in dieser Frühreha-Abteilung behandelt und konnten profitieren von der hier unter Einschluss der Oldenburger Rehabilitations-Klinik gegebenen nahtlosen Rehabilitations-Kette von der Akutklinik über die Frühreha bis zur weiterführenden Rehabilitation.

II. Konzepte, Philosophie der Frührehabilitation

Was ist das Besondere an der Frührehabilitation, das sie von der Akutmedizin unterscheidet, obwohl in dieser frühen Phase die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten der Akutmedizin gegeben sein müssen?

Der wesentliche Unterschied ist die gegenüber der Akutmedizin qualitativ andere **Denk- und Herangehensweise**.

Das 2001 in Kraft getretene SGB IX hat zwar einen Paradigmenwechsel in der Medizin eingeleitet, indem es vorgibt, dass Selbstbestimmung und Teilhabe grundlegendes Prinzip auch für die kurative Medizin sein sollen.

Gleichzeitig haben jedoch Vorbereitung und Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRGs) dazu geführt, dass im Akutkrankenhaus streng indikations- und diagnosebezogen therapiert wird und die ganzheitliche medizinische Betreuung mehr und mehr zurückgedrängt wird.

Es wird daher noch für lange Zeit gelten, dass die Akutmedizin und somit die Akutklinik in ihrer Strategie kurativ und ihrem Denken kausal, d.h. symptom- und defektorientiert ausgerichtet ist. Ihr Ziel ist es, Krankheitssymptome zu beheben, d.h. verkürzt gesagt, Negativa abzubauen. Als Betroffener steht ihr gegenüber der leidende Patient, der passiv ist und behandelt wird.

Die Rehabilitationsmedizin und somit die Frühreha-Abteilung ist demgegenüber in ihrer Strategie rehabilitativ, in ihrem Denken final, d.h. orientiert am verbliebenen Fähigkeitsprofil, dem gegebenen individuellen Rehabilitations-Potential, der Prognose wiederzugewinnender Möglichkeiten. Sie ist verkürzt gesagt ziel- und zukunftsorientiert und bestrebt, Positiva auszubauen. Der Betroffene ist der Rehabilitand, der bereits wieder aktiv ist, oder es so rasch wie möglich wieder werden sollte. Er ist nicht Objekt unserer rehabilitativen Bemühungen, sondern Subjekt seiner eigenen Rehabilitation, an der er seinem jeweiligen Entwicklungs- und Rehabilitationsstand entsprechend handelnd beteiligt ist.

Auch der noch apallische Mensch handelt. Unsere Aufgabe ist es, seine Aktionen und seine Sprache verstehen zu lernen und mit ihm auf dieser Ebene zu kommunizieren, solange er unsere gängige Umgangssprache noch nicht wieder beherrscht.

Die offizielle **Definition**, z.B. im Memorandum des Kuratoriums ZNS von 1991, erklärt diesen Unterschied zur Akutmedizin nicht hinreichend. Sie enthält jedoch die

für die Frührehabilitation essentiellen Begriffe. Es heißt dort: „Frührehabilitation ist **integrierte**, den Patienten frühzeitig und nahtlos begleitende **interdisziplinäre** Therapie mit wechselnden Schwerpunkten“.

Bisher ist für keine Einzelmethode ihre spezifische frührehabilitative Wirksamkeit erwiesen. Erwiesen ist jedoch die Wirksamkeit **integrierter Behandlungskonzepte**. Nicht die Addition, sondern die Integration unterschiedlicher Therapiemaßnahmen in einem auf ganzheitliche Förderung ausgerichteten Behandlungskonzept ist erforderlich. Eingebunden in ein 24 Stunden umfassendes therapeutisches Rahmenkonzept müssen unter den Schwerpunkten „Aktivierung“ und „Mobilisierung“ aktive Phasen und Regenerationsphasen einander abwechseln. Eine klare, eindeutige, an einem „normalen“ Tagesablauf orientierte Tagesstruktur ist erforderlich. Dies gilt besonders für den Patienten im noch andauernden oder gerade erst abklingenden vegetativem Stadium. Er ist vorübergehend aus jeglicher zeitlichen und räumlichen Struktur herausgefallen. Er lebt wie in einem sich nur zögernd öffnenden Kokon. Durch Eindeutigkeit und Verlässlichkeit müssen wir ihn dabei unterstützen, da wieder herauszukommen.

Ein solcher integrativer Ansatz, der die verschiedenen diagnostischen und therapeutischen Einzelaspekte in einem ärztlich koordinierten individuellen Rehabilitationsplan zusammenführt, ist nur durch **Teamarbeit** zu verwirklichen, in der sich die verschiedenen Berufsgruppen zielorientiert ergänzen und aufeinander beziehen.

Kollegiale Beratung und größtmögliche gemeinsame Basiskompetenz –d.h. Offenheit füreinander und ein allen Mitarbeitern gemeinsames Grundverständnis für die Aufgaben aller anderen Berufsgruppen- sind unabdingbare Voraussetzungen der interdisziplinären Zusammenarbeit in einem solchen multiprofessionellen Team. Diese Arbeit stellt weit über die geforderte fachliche Qualifikation hinaus hohe Anforderungen an jeden einzelnen Mitarbeiter und ihr Miteinander. Sie ist nur zu erbringen aus einer in sich ruhenden personalen Integrität heraus und mit großer und verlässlicher Empathie. Dazu bedarf es der regelmäßigen Schulung, Weiterbildung und Supervision. Die hierfür erforderlichen Mittel: Raum, Zeit und Geld sind keine verzichtbaren Luxusgüter, sondern lebensnotwendige Arbeitsmittel. Nur durch das interdisziplinäre Zusammenwirken von Schwestern/Pflegern, Therapeuten und Ärzten kann das für den im Mittelpunkt dieses Teams stehenden Rehabilitanden erforderliche **therapeutische Milieu** entstehen.

Unabdingbar dazu gehören auch die **Angehörigen**. Nicht nur der Patient selbst wurde durch den Unfall, der ihn zu einem Schwerst-Schädel-Hirngeschädigten machte, aus seinem bisherigen Leben brutal herausgerissen. Auch die Angehörigen sind zutiefst getroffen und verletzt. Es gilt auch für sie: „Nichts ist mehr, wie es war“. Im schmerzhaften Prozess der Bewältigung und mühseligem Aufbau von Akzeptanz brauchen sie unsere Unterstützung. Genau wie jeder Patient seine feste Bezugsperson braucht und haben sollte, sollten auch die Angehörigen während des gesamten stationären Verlaufs ihre festen Ansprechpartner haben. Nur durch solche verlässliche Unterstützung und Begleitung können die Angehörigen zu aktiven Partnern im Rehabilitationsprozess werden, auf deren Mitarbeit wir angewiesen sind.

Besonders in der frühen Phase sind sie durch niemand anderes zu ersetzen. Ihre regelmäßige und häufige Anwesenheit ist zwingend erforderlich.

Wir brauchen sie als Vermittler zum Patienten. Nur durch sie können wir lernen, was für ein Mensch da vor uns liegt. Wie er war, somit tief in sich verborgen auch jetzt noch ist, und wie er wieder werden sollte.

Aus ihrer emotionalen Nähe heraus erkennen Angehörige immer als erste –vor Schwestern, Therapeuten und Ärzten- , wenn im abklingenden vegetativem Stadium das Bewusstsein nur sehr zäh und anfänglich nur punktuell wiederkehrt. Auf ihre Mitteilung: „Heute hat mich mein Mann zum ersten Mal richtig angeschaut“ sollte man sich daher verlassen. Ihr Gesicht, ihre Stimme, ihre Berührung sind wichtige Ankerpunkte auf dem mühseligen Weg der Rückkehr in ein bewusstes, waches Leben, wobei es ja nicht nur um die Wiedergewinnung der eigenen Vergangenheit geht, sondern auch um Gewinnung der neuen Gegenwart und der Option auf die eigene Zukunft.

Die Angehörigen also nicht mehr lästige Begleitpersonen, die einem im Wege stehen und immer zur falschen Zeit die falschen Fragen stellen. Sondern die Angehörigen als aktive Partner, als ganz besondere Teammitglieder. Damit dies nicht Leerformel bleibt, die höchstens in Sonntagsreden gut aufgehoben ist, müssen Strukturen zur konkreten Einbindung geschaffen werden. Hier wird jede Frühreha-Abteilung ihre eigenen Lösungen finden.

Eine unserer Lösungen waren die Stundenpläne für Eltern, bzw. Angehörige.

Viele von uns wissen, wie fürchterlich es ist, am Bett eines schwerkranken, lieben Menschen zu sitzen und nichts tun zu können. Da entwickelt sich dann rasch der kritische, ja kritisierende Blick auf das, was die anderen da tun. Aus dieser Erfahrung heraus haben wir –nach vorheriger gemeinsamer Absprache- auch den Eltern jede Woche ihren Stundenplan gegeben, in dem genau festgelegt war, wann

welche Aufgaben verlässlich von ihnen wahrzunehmen waren. Aus vorher hilflosen und daher leicht zur Kritik neigenden Beobachtern wurden durch das gemeinsame Handeln sehr bald kooperierende Partner.

Frührehabilitation ist aufwendig, personalintensiv, zeitintensiv und somit kostenintensiv. Es wurde daher schon immer, jedoch zunehmend in den letzten Jahren kritisch gefragt: Wer sollte so behandelt werden? Was bringt das? Diese beiden Fragen nach **1. Indikation** und **2. Prognose** und **Ergebnissen** werden immer wieder einzelfallbezogen verknüpft. Das ist unzulässig! Denn einerseits ist die Frühreha umso wirksamer je früher sie einsetzt. Die Prognosestellung andererseits ist umso zutreffender, je später sie erfolgt. Im Gegensatz zu Gruppenprognosen, die für den Einzelnen jedoch vollkommen bedeutungslos sind, sind Einzelfallprognosen in den ersten Wochen nach einem schweren SHT praktisch unmöglich.

Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation nach akuten zerebralen Läsionen sollte daher nicht nur bei denen erfolgen, „bei denen die berechtigte Erwartung einer Wirksamkeit rehabilitativer Maßnahmen besteht“ (DAUCH, 2000), kann sich doch diese Wirksamkeit erst im Vollzug, im Verlauf erweisen, sondern bei allen, deren Rehabilitation möglich erscheint. D.h. dass grundsätzlich alle schwer und schwerstgeschädigten Hirnverletzten unabhängig von ihrem Alter die Chance der Rehabilitation erhalten sollten, zumindest als zeitlich begrenzten Rehabilitationsversuch. Dies ist umso wichtiger, da –wie wir inzwischen aus einer Vielzahl von Studien wissen—von den bei stationärer Aufnahme für apallisch gehaltenen Patienten 40% es nicht sind.

Die **Ergebnisse** bestätigen, dass ein solches Vorgehen berechtigt ist, denn Frühreha ist wirksam. Eine französische Studie (MAZAUX, et al., 2001) über 876 Frühreha-Patienten ergab, dass im Vergleich zu Patienten ohne Frühreha die Dauer der Bewusstlosigkeit und die Gesamtdauer der erforderlichen Rehabilitations-Behandlung auf ca. 1/3 reduziert werden konnten. Von 830 Patienten in Baden-Württemberg (SCHÖNLE et al., 2001) zeigten bei einer mittleren Frühreha-Dauer von 53 Tagen 80% der Patienten deutliche Verbesserungen im Frühreha-Barthel-Index (im arithmetischen Mittel: von –119 auf –34 Punkte). In einer multizentrischen prospektiven Studie aus 9 bundesweiten neurologischen Rehabilitations-Einrichtungen wurden die Daten von 1280 Frühreha-Patienten analysiert (HOFFMANN et al., 2006; SPRANGER et al., 2005): Die Mehrzahl der Patienten konnten nach Hause oder in die weiterführende Rehabilitation entlassen werden.

Nur 21% wurden in ein Heim verlegt. Mehr als 1/3 waren zu diesem Zeitpunkt noch vollkommen oder fast vollkommen pflegeabhängig, aber mehr als die Hälfte hatten bereits eine teilweise oder vollständige Unabhängigkeit im Alltag erreicht. Nur knapp 8% verblieben bei Verlassen der Phase B im vegetativen Status. Dem weiteren Verlauf dieser Menschen bis hin zur sozialen und ggf. beruflichen Reintegration geht z.Zt. eine Folgestudie nach.

Entsprechend gute Ergebnisse konnten Sie hier in Oldenburg bei Ihren eigenen Patienten belegen.

III. Ausblick – Zukunft der Frührehabilitation

Zu einem Tag wie diesem gehört der Rückblick, die Freude über das Erreichte, der Stolz darauf. Aber es gehört auch dazu der Blick nach vorn, der Blick in die Zukunft. Frührehabilitation gibt Menschen ihre individuelle Chance auf Zukunft und Weiterentwicklung zurück. Nur durch Frührehabilitation eröffnen sich ihnen „Wege in ein neues Leben“.

Angesichts begrenzter und zunehmend knapper Ressourcen gilt auch für alle in der Rehabilitation Tätigen die Forderung zu sparen.

Das Wort „sparen“ hat jedoch eine doppelte Bedeutung. Es bedeutet einerseits: Weniger ausgeben, d.h. Reduktion der konsumtiven Ausgaben. Es bedeutet andererseits aber auch: Rücklagen für die Zukunft bilden, also für investive Ausgaben. Jeder vorausschauende Unternehmer plant so, dass aus den Ausgaben/Investitionen von heute Gewinne von morgen/übermorgen werden. So klug sollte sich auch unsere Gesellschaft in der derzeitigen Umstrukturierung des Gesundheitswesens verhalten.

Neurologische Frührehabilitation –auch wenn sie noch so zeit- und kostenaufwendig ist- gehört nicht zu den konsumtiven Ausgaben, ist nicht rotstift-geeignet.

Denn Frühreha ist Investition in die Zukunft:

- in die individuelle Zukunft, da der Wiedergewinn von Mobilität, Eigenständigkeit und Entwicklungsmöglichkeiten die Chancen und Möglichkeiten der Teilhabe an der Gesellschaft und damit die Lebensqualität enorm steigern,
- ist Investition in die Zukunft ebenfalls unter volkswirtschaftlichen Aspekten, da der erfolgreich rehabilitierte Mensch keine Leistungen aus der Pflegekasse benötigt und insbesondere jüngere Menschen in Zukunft ihren

vollen oder einen Teilbetrag zum Bruttosozialprodukt und entsprechend ihren Beitrag zur solidarischen Rentenversicherung leisten werden.

Damit Rehabilitation ihren Beitrag zur Zukunftssicherung leisten kann, muss sie zu guten Ergebnissen führen. Ergebnisqualität hängt jedoch untrennbar mit Struktur- und Prozessqualität zusammen. D.h. es müssen bestimmte Bedingungen gegeben sein und im Interesse des Aspekts der Zukunftssicherung auch weiterhin abgesichert werden, von denen ich hier nur einige herausgreifen möchte:

- neurologische Rehabilitation muss umfassend sein, orientiert am individuellen Störungsbild und Rehabilitations-Potential,
- neurologische Rehabilitation braucht Zeit, viel Zeit, im allgemeinen viele Monate und
- neurologische Rehabilitation muss früh beginnen, als FRÜHreha, die das entscheidende Glied in der Reha-Kette ist.

Es gilt daher, die Gegenwart und die Zukunft der Frühreha zu sichern. Das ist –und war immer schon- schwierig im gegliederten System, das auf einem harten Entweder/Oder aufbaut. Frühreha ist jedoch Sowohl/Als auch. Mehr denn je scheint die Frühreha nun unter dem Diktat der DRGs bedroht. Aufgrund der gesetzlichen Vorgaben wird heute im Akutkrankenhaus streng indikations- und diagnosebezogen therapiert, da nur nach diagnosebezogenen Fallpauschalen abgerechnet werden kann. Frührehabilitation, die inzwischen gesetzlich der Akutbehandlung zugeordnet wurde, passt jedoch nicht in dieses Prokrustesbett, da für ihre wesentlichen Aspekte darin kein Platz ist. Ich bin daher unverändert der Meinung –und stehe damit nicht allein da- , dass die leistungsrechtliche Zuordnung der Frühreha zur Krankenhausbehandlung und damit zum DRG-System eine gravierende Fehlentscheidung war.

Um unter diesen kontraproduktiven Bedingungen trotzdem das Überleben und die Zukunft der Frühreha abzusichern, hat die Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation (DGNR) in einem Positionspapier von 2006 dazu Vorschläge unterbreitet. Nur einige Punkte daraus, die mir besonders wichtig erscheinen, möchte ich zitieren:

- Neurologische Frührehabilitation wird als besondere Behandlungsform für schwerstkranken Patienten mit neurologischen Störungen anerkannt.

- Die Behandlung dieser Patienten erfolgt in besonderen Einrichtungen, die den Nachweis ihrer Befähigung erbracht haben und einer besonderen Qualitätskontrolle unterliegen.
- Die leistungsrechtliche Zuordnung kann sowohl zu § 108/109 als auch zu § 111 SGB V erfolgen.
- Der Zugang der Patienten zur neurologischen Frühreha wird ärztlich geregelt. Die Zeitdauer der Frühreha und der Übergang in die weiterführende Rehabilitation wird von den Einrichtungen in Zusammenarbeit mit dem MDS geregelt.
- Die Vergütung erfolgt nicht mit einer Fallpauschale, sondern mit tagesgleichen Pflegesätzen.

Zu wünschen ist –und ich hoffe sehr darauf- , dass alle Fachgesellschaften, Verbände und Vereinigungen der in der Frühreha Aktiven diese Vorschläge aufgreifen und gemeinsam verfolgen. Denn nur gemeinsam sind wir stark und können etwas erreichen.

Die einzelne Abteilung, die einzelne Klinik –auch die Ihre- kann keine Systemänderung bewirken. Sie kann jedoch – und von einem Evangelischen Krankenhaus ist dies besonders zu erwarten- dem Sog der zunehmenden, bald vielleicht gar ausschließlichen Ökonomisierung standhalten. Auch eine Klinik ist ein Betrieb, der unter ökonomischen Aspekten geführt werden muss. Für das Krankenhaus der Zukunft gilt es, den „moral point of view“ und den „economic point of view“ in einen Kontext zu stellen, „der eine Verselbständigung, Verabsolutierung und normative Überhöhung ökonomischer Gesichtspunkte vermeidet“ (NAGEL u. PETER, 2003). Denn in einem solidarisch finanzierten Sozialsystem gilt die Art des Umgangs mit leidenden Menschen immer noch als Kriterium für den Wert einer Gesellschaft.

Seien Sie gute Unternehmer, die so wirtschaften und planen, dass Sie durch Ihr heutiges Handeln dazu beitragen, die Zukunft einer menschenwürdigen Gesellschaft zu sichern, indem Sie u.a. den Erhalt und die Zukunft Ihrer Frühreha-Abteilung sichern.

Das wird nicht einfach sein. Aber der Aufbau der Frühreha war - entgegen der heutigen Mär von der goldenen Vergangenheit- seinerzeit auch nicht einfach. Über alle Skepsis und Abwehr hinweg hat uns damals nur das Prinzip Hoffnung vorangebracht. Möge dieses auch Sie bei Erhalt und Weiterentwicklung der

Abteilung für Schwerst-Schädel-Hirngeschädigte tragen. Wobei laut BLOCH
„Hoffnung eben nicht Optimismus ist. Es ist nicht die Überzeugung, dass etwas gut
ausgeht, sondern die Gewissheit, dass etwas Sinn macht – ohne Rücksicht darauf
wie es ausgeht“. Diese Gewissheit wünsche ich Ihnen.