

Die Entwicklung des Fachgebietes Physikalische Medizin (und Rehabilitation) in Österreich in den letzten 30 Jahren.

Eine persönliche Betrachtung mit dem Ziel, die Diskussion über die kommenden 30 Jahre zu intensivieren.

Thomas Bochdansky

Reha-Klinik Montafon, A-6780 Schruns

„5 – 12 – 0,7; 6 – 10 – 2; ...“ Diese oder ähnliche Zahlenreihen dominierten in den frühen 80-er Jahren am Beginn meiner Laufbahn als Facharzt unseren Alltag an der Universitätsklinik in Wien unter der damaligen Leitung von Prof. Dr. Hans Jantsch. Eingeweihte wissen natürlich, dass es sich bei diesen Zahlen um Rheobase-Akkommodation- und Chronaxiewerte handelte.

Es stand also schon seit jeher die Funktionsdiagnostik im Vordergrund unserer klinischen Routine, wobei wir die Strukturdiagnostik natürlich als Basis gelernt hatten und versuchten, diese vor allem mit manuellen Mitteln zu verbessern.

Der Sport war letztlich entscheidend, dass einige - damals junge - Kollegen begannen, das Spektrum des Fachgebietes radikal zu verändern. Helmut Kern stellte sich und uns zum Beispiel die Frage, welche Stromform denn letztlich die beste sei, um einen innervierten bzw. denervierten Muskel zu kräftigen. Und so war es denn auch nur logisch, dass wir versuchten, ein Gerät zu entwickeln, mit dem Muskelkraft messbar gemacht werden sollte. Heute eine scheinbar banale Fragestellung, damals war es jedoch eine bahnbrechende Entwicklung. Die Funktionsdiagnostik begann sich zu entwickeln.

Und es blieb natürlich nicht nur bei der Messung bzw. Beurteilung der Muskelkraft. Wir lernten von den Internisten – Leistungsphysiologen – Kardiologen die Grundlagen der Ergometrie kennen, begannen frühzeitig das kinesiologicalische Oberflächen-EMG einzusetzen, um Muskelfunktionen besser zu verstehen, am Beispiel der Reflexdystrophie (M. Sudeck) versuchten wir, das vegetative Nervensystem besser zu analysieren, und über langjährige Testreihen die Einflussmöglichkeiten auf den Knochenstoffwechsel zu beobachten. In den letzten Jahren versuchen wir nun, das komplexe Gleichgewichtssystem mit verschiedenen Verfahren messtechnisch zu erfassen.

Wir waren nun nicht mehr nur „Elektrodiagnostiker“, sondern zum Teil auch „Leistungsdiagnostiker“ und – vor allem – verstanden wir uns zunehmend als „Funktionsdiagnostiker“ der verschiedenen Organ- und Funktionssysteme mit physikalischen Mitteln.

Immer blieben wir aber primär im Bereich der KURATION, also in dem Teil der Medizin, der sich mit den diagnostischen und therapeutischen Aspekten von Erkrankungen auseinandersetzt mit dem Ziel der Wiederherstellung im Sinne einer Heilung, bzw. einer „Restitutio ad Integrum“. Unser Rahmen war die „International Classification of Diseases“ (ICD)

In den späten 80er Jahren und frühen 90-er Jahren verwendeten wir dann (eher instinktiv) immer öfter den Begriff „REHABILITATION“ und fügten dieses Wort auch in die Bezeichnung von Kliniken und Abteilungen ein. Bei manchen Kollegen führte dies zu mehr oder weniger großen Verstörungen, sowohl innerhalb, als auch außerhalb unserer Berufsgruppe.

Die große Strukturreform der Universitätskliniken in Wien ermöglichte dann die Etablierung der Bezeichnung „PHYSIKALISCHE MEDIZIN UND REHABILITATION“ mit der Kurzform PMR – die von vielen Kollegen erst mehrfach nachgefragt werden musste, was das wohl bedeutet.

Die diesbezügliche internationale Terminologie war damals im sogenannten ICIDH – 2 festgeschrieben (International Classification of Impairment – Disability and Handicap).

In mehreren Konsensuskonferenzen mit Fachkollegen aus der Schweiz und Deutschland gelang es uns zunehmend besser, eine gemeinsame Sprache für unser Fachgebiet zu finden. Dabei kam auch klar zu Tage, dass in den 3 deutschsprachigen Ländern die

Wertigkeit von einerseits „Physikalischer Medizin“ und andererseits „Rehabilitativer Medizin“ sehr unterschiedlich gesehen wurde. So verstanden sich zum Beispiel die schweizer Kollegen primär als Rehabilitationsmediziner, wohingegen wir in Österreich eher die physikalischen Schwerpunkte setzten. Die deutsche Bezeichnung „physikalische und rehabilitative Medizin“ war zwar am Beginn nicht der Wunsch von manchen Kollegen, stellt sich aber – meiner Meinung nach – heute als Glücksgriff dar.

2001 veröffentlichte dann die WHO eine entsprechende Weiterentwicklung der Terminologie mit der ICD (International Classification of Functioning). Wir haben daher nun eine weltweit klar formulierte „Sprache“ für die Rehabilitation.

Rehabilitation ist somit weit mehr als nur eine reine Wiederherstellung von Körperstrukturen und – funktionen nach einer Krankheit. Sie berücksichtigt bekanntermaßen auch die Lebensumstände bis hin zu sozialen Aspekten.

Und plötzlich ist uns die „PHYSIK“ international abhanden gekommen...

Und wie definieren wir in Österreich nun unser Fachgebiet?

Bekanntlich gibt es die Definition im Ärztegesetz. Trotzdem (oder vielleicht deshalb?) werden wahrscheinlich alle von uns irgendwann einmal gefragt:

„Und welcher Doktor bist denn du? Was machst du eigentlich? Und oft steht insgeheim dahinter die Frage: Und wozu brauche ich dich denn eigentlich? Oder noch direkter: Wozu soll ich dich bezahlen – was bekomme ich eigentlich denn dafür?“

Und dann haben wir exakt 10 Sekunden Zeit für eine umfassende Antwort, denn länger hört uns keiner zu.

Andere organbezogene Fächer haben es da – scheinbar leichter.

Bei Augenproblemen brauche ich einen Augenarzt.

Bei Lungenproblemen brauche ich einen Lungenfacharzt (oder doch einen Internisten? Oder einen Immunologen? Oder womöglich Rheumatologen? ...)

Und bei Gelenksproblemen brauche ich ... nun welchen Facharzt?

Also ist diese Thematik auch bei anderen Fachgebieten doch auch etwas komplexer.

Das ändert aber nichts daran, dass wir uns unseren Kopf darüber zerbrechen müssen, um darzustellen, wer oder was wir denn eigentlich sind. Und wir haben nicht sehr viel Zeit, eine sehr gute Antwort zu finden.

Meine persönliche Anregung für die Diskussion ist eine 3-Teilung der Aufgabenfelder für unser Fachgebiet in 3 Hauptgebiete:

PRÄVENTION, KURATION und REHABILITATION.

Für jedes dieser Teilgebiete müssen die Probleme (P) definiert werden, Ziele (Z) gesetzt und Massnahmen (M) ergriffen werden.

Das Vorgehen ist also PZM-orientiert.

1. PRÄVENTION:

Probleme:

- zunehmendes Alter der Gesellschaft,
- Zunehmende Bewegungsarmut,
- Zunehmende Adipositas

Ziele

- diagnostisch definiert mit
- Balance-Assessment (Sturzrisiko)
- Leistungsphysiologische – motorische Tests

Massnahmen (Intervention):

- Koordinations (Balance)-Training
- Zielorientiertes Bewegungstraining
- „live-style“ Beratung (Salutogenese) + metabolisches Training

2. KURATION:

Probleme:

- unehmend strukturorientierte Spezialisierung der Medizin
- Zunehmende ökonomische Beschränkung
- Zunehmende Erwartungshaltung an eine „Restitutio ad integrum“

Ziele:,,

- Spezialisierung“ auf Funktionssysteme
- Verbesserung der Aussageeffektivität und Kosteneffizienz
- Prognoserelevanz

Massnahmen (Therapie)

- Funktionsorientierte Bewegungstherapie

- Zielorientierte Physikalische Therapiemaßnahmen
- Salutogeneseorientierte Therapiekonzepte

3. REHABILITATION:

Probleme:

- zunehmendes Alter
- Zunehmende Bewegungsarmut
- Zunehmende Ansprüche an die Lebensqualität

Ziele

- funktionsorientiertes Assessment
- ICF- basierende Werkzeuge (z.B. Fragebogen, Scores, etc.)
- Lebensqualitätsbeurteilung

Massnahmen (Intervention):

- „team-approach“ (interdisziplinär, multiprofessionell)
- Zielorientierte Reha-Programme
- Salutogeneseorientierte Konzepte und Massnahmen

Und wie lautet nun meine 10-Sekunden-Antwort:: Wir sind Bewegungsmediziner und Koordinatoren für die Optimierung der Alltagsfunktionen.

Genügt diese Antwort ?

Ich hoffe, sie ist zumindest ausreichend, um großen Widerspruch hervorzurufen, denn der ist für eine Diskussion notwendig, die ich erwarte und erhoffe.

Ein abschließendes Zitat sollte uns nachdenklich stimmen und uns in unseren Bemühungen bestärken, das Fachgebiet „Physikalischen Medizin und Rehabilitation“ (oder wie wird es zukünftig definiert werden ... ?) weiter zu entwickeln:

„Die physikalische Medizin ist heute aus der Medizin nicht mehr wegzudenken.“

„Trotzdem ist man in akademischen Kreisen noch weit davon entfernt, dies anzuerkennen.“

„ Möge dieses Buch dazu beitragen, daß sich diese Erkenntnisse auch in meinem Vaterland Österreich, wo ein Winternitz die Hydrotberapie wissenschaftlich begründete, ein Zeynek durch die Erfindung der Diathermie eine neue Form der Elektrotherapie schuf, langsam durchsetzt. Das wäre der schönste Lohn, den meine Arbeit finden könnte“

Josef Kowarschik, 1948

Korrespondenzadresse.

Prim Univ.Doz Drv Thomas Bochsansky

Reha-Klinik Montafon, Wagenweg 4a, A-6780 Schrunz

Email; Thomas Bochsansky@montafonklinik.at