

Ist Rehabilitation die bessere Medizin für das Gesundheitswesen ?

Kurt Ammer

Institut für Rheumatologie der Kurstadt Baden, Baden
Medical Imaging Research Unit, University of South Wales, Pontypridd, UK

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) wurde als Teilorganisation der Vereinten Nationen am 22 Juli 1946 konstituiert und bereits im Vorwort zum Statut findet sich in chinesischer, englischer, französischer, russischer und spanischer Sprache die folgende Definition von Gesundheit: **"Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity - Gesundheit ist der Zustand völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens, und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechlichkeit.** Im Artikel 1 wird als Ziel und Aufgabe der WHO das Erreichen des bestmöglichen Gesundheitszustandes für alle Völker definiert. Bemerkenswert an dieser Definition, die nie revidiert oder abgeändert wurde, ist die Feststellung, dass Gesundheit nicht aus dem Fehlen von Krankheit resultiert, sondern sich aus dem individuellen Befinden ergibt, das durch Körper, Psyche und soziales Umfeld bestimmt ist. In der Aufgabendefinition (Artikel 1) der WHO wird offensichtlich bereits wahrgenommen, dass völliges Wohlbefinden für alle Menschen ein unerreichbares Ziel darstellt und deswegen heißt es im Artikel 1 auch " the objective of the WHO shall be the attainment of all peoples of the highest possible level of health" [1].

Im Laufe ihres nun 67-jährigen Bestehens hat die WHO eine Reihe von Gesundheits-bezogenen Klassifikationen erarbeitet [2], wobei neben Referenzklassifikationen, auch damit verwandte und von den Referenzkatalogen abgeleitete Klassifikationen existieren. Trotz der fortschrittlichen WHO-Definition von Gesundheit, lag bis zum Jahr 1976 der Schwerpunkt der Entwicklung von Klassifikationen auf der ICD der Internationalen Klassifikation von Krankheiten, die aus einer seit 1903 publizierter Auflistung von Mortalitätsursachen entstanden ist [3]. Während 1980 bereits die 9. Version der ICD vorlag [4], wurde unter Federführung des englischen Rheumatologen und Epidemiologen Phillip Wood auch eine "Internationale Klassifikation von Schaden, Behinderung und Benachteiligung (International Classification of Im-

pairments, Disabilities, and Handicaps, ICIDH) publiziert [5], welche Defizit orientiert war und Beeinträchtigung, Behinderung und Benachteiligung ausschließlich als Folge von Erkrankungen verstand und interpretierte. Damit war die Bekämpfung von Krankheiten und deren Folgen weiterhin die wesentlichste Strategie im Gesundheitswesen und das bereits 1945 definierte biopsychosoziale Gesundheitsmodell war noch immer der Heilkunde untergeordnet.

Der ICIDH war als Werkzeug für Epidemiologie [6] und klinische Studien, aber auch zum Einsatz in der Rehabilitation gedacht, die konsequenterweise im Krankheitsfolgenmodell nach Abschluss der Therapie erfolgen sollte. Es wurde auch versucht, Behinderung zu quantifizieren. Der optionale Schweregrad im sogenannten D- (disability)-Code wurde mit keinen (0), geringen (1), deutlichen (2) Schwierigkeiten oder der Unfähigkeit (3), die klassifizierte Aktivität des täglichen Lebens auszuführen, angegeben. Der D-Code wurde wegen seiner ungenauen Skalierung, Subjektivität und mangelnden Reproduzierbarkeit kritisiert [7-10]. Dieser Versuch der Quantifizierung von Krankheitsfolgen hat aber auch die Beschreibung von Gesundheitszuständen (health conditions) gefördert.

In den 1970iger Jahre wurden eine Reihe von Fragebögen und Beurteilungsskalen entwickelt, die den Gesundheitszustand erfassen sollten und die Veränderung des Fragebogen-Scores wurde als Ergebnismessung (outcome measure) eingesetzt [11]. Viele dieser Fragebogen erfassen vor allem Beeinträchtigungen, in geringem Ausmaß Behinderung und kaum Benachteiligungen. Damit wurde der Gesundheitszustand weiterhin im Sinne der Medizin durch Krankheitsdiagnose und die Ausprägung von Krankheitszeichen und sogenannten objektiven Befunden bestimmt.

Viele dieser Fragebogen beziehen sich auf mehr als eine Dimension von Gesundheit mit der Konsequenz, dass derselbe numerische Wert des Gesamtscores unterschied-

liche Gesundheitszustände beschreiben kann. Eine Sonderstellung nimmt allerdings der Health Assessment Questionnaire (HAQ) ein. Er wurde ursprünglich bei Patienten mit rheumatoider Arthritis eingesetzt, ist aber eher ein generischer als krankheitsspezifischer, vom Patienten auszufüllender Fragebogen, der ausschließlich Aktivitäten - das ist die neue Kategorienbezeichnung in der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health), die der Kategorie Behinderung (Disability) in der ICIDH entspricht - erfasst. Normwerte für die finnische Bevölkerung [12] und für Patienten mit rheumatischen Erkrankungen (rheumatoider Arthritis, Gonarthrose, Fingerpolyarthrose, chronische Kreuz- und Nackenschmerzen, Fibromyalgie) [13] wurden publiziert. In der letztgenannten Arbeit wird auch darauf hingewiesen, dass das Ausmaß der Einschränkung der Aktivität keine Folge einer spezifischen Erkrankung darstellt; Patienten mit rheumatoider Arthritis und Patienten mit Fibromyalgie boten beide einen gleich hohen Grad von Behinderung. Es liegen HAQ-Daten für eine Gruppe ambulanter Patienten im Institut für Physikalische Medizin & Rehabilitation des Hanuschkrankenhaus vor [14] und der HAQ wurde erfolgreich als veränderungsempfindliche Ergebnismessung in der Rehabilitation ambulanter Patienten verwendet [15].

Mitte der 1990-iger Jahre wurde eine Revision der ICIDH eingeleitet, die in einer Version ICIDH-2 resultierte, welche sich von der Defizit Orientierung der Erstfassung der ICIDH abwandte und aus Schaden die Kategorie Körper (aufgeteilt in Struktur und Funktion) generierte, Behinderung in Aktivität und Benachteiligung in Handicap unbenannte. Außerdem wurde eine neue Kategorie Kontext eingeführt, die nach internen und externen Faktoren aufgeschlüsselt wurden und als fördernd oder erschwerend qualifiziert werden können. Die Ausprägung der einzelnen Kategorien definiert in gegenseitiger Abhängigkeit den Gesundheitszustand, eine hierarchische Struktur der Kategorien gibt es nicht. Die aus der ICIDH-2 entwickelte Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) wurde schließlich in der 54. Vollversammlung der Weltgesundheitsorganisation beschlossen und die Mitgliedsstaaten aufgefordert, die ICF in geeigneter Form bei Forschung, Überwachung und Berichterstattung zu verwenden. In der WHO Definition wird Rehabilitation als Bündel von Maßnahmen beschrieben um den bestmöglichen Gesundheitszustand eines Individuums zu erzielen, der als **"größtmögliche Eigenaktivität zur weitestgehend unabhängigen Partizipation in allen Lebensbereichen, damit der Betroffene in seiner Lebensgestaltung so frei wie möglich wird"** definiert ist [16].

Mit der ICF hat sich die WHO wieder der Gesundheitsdefinition aus dem Jahre 1946 angenähert. Gesundheit als individuelles Wohlbefinden wird als bestmöglicher Gesundheitszustand definiert, wenn eine so frei wie mögliche Lebensgestaltung durch selbständige Aktivität und unabhängige Teilhabe erreicht werden kann. Wenn Erkrankungen Aktivität und/oder Partizipation ursächlich einschränken, können medizinische Maßnahmen erkrankungsbedingte Barrieren einer freien Lebensgestaltung beseitigen. Fehlt ein Kausalzusammenhang zwischen Erkrankung und Aktivität/Partizipation, sollten an Stelle medizinischer Maßnahmen geeignete **soziale, berufliche, pädagogische und technische Maßnahmen sowie Einflussnahmen auf das physische und soziale Umfeld** das gewünschte Ausmaß von individueller Selbständigkeit ermöglichen.

Die Definition der Rehabilitationsziele durch die WHO leidet an den Umstand, dass diese Zielvorgabe nicht von Rehabilitanden sondern von WHO-Experten vorgegeben wurde. Die Vereinbarung eines realisierbaren Ziels und die Evaluierung der Zielerreichung sind Standards von medizinischen Rehabilitationsverfahren [17]. Allgemeine Zieldefinitionen wie in der WHO Definition müssen in der täglichen Praxis der medizinischen Rehabilitation durch konkrete Teilziele in den einzelnen Dimensionen der ICF-Kategorien ersetzt werden.

Die Definition von Wohlbefinden durch Experten ist problematisch, da die externe, objektive Normierung nicht notwendiger Weise mit der subjektiven Befindlichkeit eines Individuums übereinstimmt. Ein schönes Beispiel für den Vorrang der individuellen Einschätzung von Körperfunktionen ist die Definition der Internationalen Kontinenz-Gesellschaft für Harninkontinenz, in der **" a complaint of any involuntary urine leakage"** also **" die Beschwerden-Angabe irgend-eines unwillkürlichen Harnverlustes"** als Harninkontinenz bezeichnet wird [18].

Rehabilitare heißt wieder herstellen, wieder in seine Rechte einsetzen. Das aktuelle Verständnis von Rehabilitation meint jedoch **habilitare** fähig und unabhängig machen, einen Menschen mit Ansehen und einer aktiven Rolle in der Gesellschaft ausstatten. Rehabilitation ist keine Methode, sondern ein Konzept, den bestmöglichen Gesundheitszustand der Menschen zu erreichen. Es bietet sich daher an, die Organisation des Gesundheitswesens nach den Ideen der ICF auszurichten.

Eine fachspezifische medizinische Rehabilitation oder durch den Krankheitsverlauf bedingte Rehabilitationsphasen sind nur über das Konzept der ICIDH zu

begründen, in einer auf der ICF ausgerichteten Rehabilitation sind aber als obsolet anzusehen. Als die wesentlichste Methode rehabilitativer Interventionen ist die Physi(kal)ische Medizin zu erachten [19], deren Maßnahmen die physische Funktionsfähigkeit insbesondere des Bewegungsapparates und des kardiovaskulären Systems durch Adaptation an geeignete Reize auf ein hohes Niveau führen und erhalten kann. Dabei kommt der Aktivität Mobilität nicht nur hinsichtlich des **persönlichen Wohlbefindens** (=Gesundheit laut WHO Definition 1946), sondern auch hinsichtlich der Lebenserwartung ein hoher Stellenwert zu. Eine Gehgeschwindigkeit von 1,4m/sec bei 65-jährigen Frauen ist ein valider Prädiktor für eine Lebenserwartung von mehr als 100 Jahren [20].

Literatur

- 1.Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948
- 2.WHO: International statistical classification of diseases and related health problems. - 10th revision, edition 2010. Volume 2 Instruction manual
- 3.Bertillon J. Nomenclatures des maladies. Montevrain. Imprimerie typographique de l'ecole d'alembert, 1903
- 4.Mathies H. Die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD=International Classification of the Diseases). Aktuelle Rheumatologie 1980, 5(2): 87-91
- 5.World Health Organization. International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease. WHO;Geneva1980.
- 6.Barbotte E, Guillemin F, Chau N, the Lorhandicap Group. Prevalence of impairments, disabilities, handicaps and quality of life in the general population:a review of recent literature. Bulletin of the World Health Organization, 2001, 79: 1047-1055.
- 7.den Berg JP, Lankhorst GJ. Inter-rater and intra-rater reliability of disability ratings based on the modified D- Code of the ICIDH. Int Disabil Stud 1990; 12:22-1
- 8.van Boxel YJJM, Roest FHJ, Bergen MP, Starn HJ. Dimensionality and hierarchical structure of disability measurement. Arch Phys Med Rehabil 1995;76:1152-5
9. . Chapiro F., Colvez A.: Social Disadvantage In the International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicap. Soc.Sci. Med. 1998, 47. 59-66.
- 10.Gray DB, Hendershot GE. The ICIDH-2: developments for a new era of outcomes research. Arch Phys Med Rehabil 2000; 81: Suppl 2:S10-S14.
- 11.Sadana, R. I. T. U. (2002). Development of standardized health state descriptions. In: Christopher J.L. Murray, Joshua A. Salomon, Colin D. Mathers, Alan D. Lopez, eds, Summary Measures of Population Health: Concepts, Ethics, Measurement, and Applications, WHO, Geneva 2002, pp. 315-28
- 12.Krishnan E, Sokka T, Häkkinen A, Hubert H. Hannonen P: Normative Values for the Health Assessment Question-naire Disability Index. Arthritis & Rheumatism 2004; 50: 953-960
- 13.Hawley DJ, Wolfe F. Pain, disability and pain/disability relationships in seven rheumatic disorders; a study of 1522 patients. J Rheumatol 18: 1552-1557, 1991
- 14.Ammer K, Melnizky P, Rathkolb O HAQ (=Health Assessment Questionnaire) Scores of Out-Patients in a Clinic for Physical Medicine ÖZPMR, Österr Z Phys Med Rehabil 2002; 12 (2): 59-65
- 15.Ammer K, Arbes-Sertl B, Prager Ch. Pilotprojekt: Ambulante Rehabilitation in Wien.ÖZPMR, Österr Z Phys Med Rehabil 2003; 13 (1): 30-36
- 16.Bochdansky T, Prager C, Ammer K. Allgemeine Rehabilitation. Grundlagen und Prinzipien Österr Z Phys Med Rehab 2002, 12: 47-53
- 17.Müller K, Ammer K, Berliner M. Bochdansky T, Knüsel O, Pragee Ch, Schmidt-Dumbacher M, Smolenski U, Schneider W, Schwarz H: Ergebnisse der Konsensuskonferenz Physikalische Medizin und Rehabilitation. Rehabilitationsprozess und Rehabilitationsteam. Österr Z Phys Med Rehabil 2001; 11, 11-16
- 18.Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, van Kerrebroeck P, Victor A, Wein A; Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Subcommittee of the International Continence Society. NeuroUrol Urodyn. 2002;21(2):167-78.
- 19.Bochdansky T, Ammer K. Die Physikalische Medizin als Methode. Österr Z Phys Med Rehabil 1999; 9(1) 18-21.
- 20.Studenski S, Perera S, Patel K, Rosano C, Faulkner K, Inzitari M et al. Gait Speed and Survival in Older Adults. JAMA. 2011;305(1):50-5821.

Kontaktadresse des Autors

Prof Dr Kurt Ammer PhD

Andergasse 83
1170 Wien

Email: Kammer1950@aol.com