
Was kann die Rehabilitation leisten?

Wolfgang Glahn

Jeder zweite erwachsene Deutsche ist chronisch krank – oder war es oder wird es im Leben noch sein. Jeder Zehnte hat Durchblutungsstörungen am Herzen, und jeder Dritte darunter wird einen Infarkt erleiden. Jeder Vierte – und bei denen, die über 60 sind, jeder Zweite – hat zu hohen Blutdruck. Jeder Siebte trinkt gesundheitsschädigend zu viel. Jeder Vierte ist Raucher oder Exraucher. Jeder Fünfte hat Übergewicht und jeder Dritte erhöhtes Serumcholesterin.

Wir geben zu Beginn des 21. Jahrhunderts in Deutschland 250 Mrd. Euro für die Gesundheit aus, und die Hälfte von uns ist chronisch krank – überwiegend an einer der großen Volkskrankheiten.

Chronische Krankheiten werden durch ihre Krankheitslast beschrieben. Krankheitslast wird dabei umfassend definiert als die Gesamtheit der Kosten- und Versorgungslast, der persönlichen Befindens- und Schmerzlast und der sozialen und ökonomischen Last des kranken Mitglieds für die Gesellschaft. Krankheitslast kumuliert sich von der ersten Befindensstörung über den gesamten Verlauf bis zu den Krankheitsfolgen, möglichen Behinderungen, der Einschränkung der persönlichen Lebensleistung und den durch Behinderung und vorzeitigen Tod entgehenden Lebensjahren. – Ich habe hier darzustellen, wie die Rehabilitation dazu beitragen kann, die Volkskrankheitslast zu verringern.

Chronische Krankheiten sind überwiegend durch menschliches Verhalten bestimmt. Die Rehabilitation hat wie keine andere Versorgungsleistung die Chance, Medizin

und Verhaltenstraining zu einem gemeinsamen verhaltensmedizinischen Angebot zu verbinden, das die Krankheitslast signifikant vermindert. Zwei Szenarien:

Erwin Schneider, 52, kaufmännischer Abteilungsleiter, Ex-Raucher (25 Jahre lang), Übergewicht, Cholesterin und Blutdruck nicht im Griff, begeisterter Grillkoch, zu wenig Bewegung, erleidet einen Schlaganfall. Akutversorgung im städtischen Krankenhaus, halbseitige Teillähmung, Sprachstörung, immense psychische Probleme. Frühzeitige Verlegung in eine verhaltensmedizinisch-neurologische Rehabilitationsklinik. Die notwendige medizinische Versorgung *lege artis* fand zunächst noch in der klinikeigenen Intensivstation statt, einschließlich der neurologischen und internistischen Bestandsaufnahme.

Die Rehaplanung sah vor: sofort einsetzende intensive physiotherapeutische Betreuung mit Krankengymnastik, Bewegungstraining, später Gehschule und individuell fordernder Sporttherapie; intensive Sprachschulung, besonderes Training für Kau- und Schluckstörungen; intensive neuropsychologische Betreuung und persönlichkeitsbezogene Verhaltenstherapie, Kunst- und Ergotherapie; Ernährungs- und Sportgruppen; begleitende Musiktherapie; berufliche Readaption.

Die überwältigende Krankheitslast der Apoplexie ist beim Verlassen der Klinik auf ein erträgliches Maß reduziert mit weiteren Verbesserungschancen. Die linksseitige Teillähmung ist stark verbessert, die Sprache fast klar, wenn auch noch verlangsamt. Eine ambulante Reha ist also weiterhin erforderlich. Erwin Schneider wird jedoch wieder im Beruf arbeiten können. Er hat Gewicht verloren, hat sich schon für ein sportliches Fahrrad entschieden und will zukünftig in Maßen Fisch grillen.

Jutta Frisch, 43, hat nach kinderloser Ehe und Scheidung versucht, ihre Depression und ihre Ängste mit Alkohol- und Medikamentenabusus zu überdecken. Ernste psycho-

somatische Probleme mit Herz, Verdauung und Schlaf. Nach vielfältigem Arztwechsel und mehreren kurzen Krankenhausaufenthalten ist sie mit ihrem Leben und ihrer Modeboutique am Ende. – Trotz Krankheitslast und Leidensdruck ist der Lebenswille aber noch groß genug. Sie entscheidet sich, statt des vielfach gedanklich durchgespielten Suizids, Hilfe in einer psychosomatischen Rehaklinik mit dem Schwerpunkt Abhängigkeitskrankheiten zu suchen.

Nach sechs Wochen Klinik weiß Jutta Frisch, dass sie nicht endogen depressiv ist, nie wieder den vorher so geliebten starken Südwein trinken wird, die Medikamente in der Apotheke lässt und dass sie noch viel Leben vor sich hat. Sie ist voller neuer Pläne für ihre Boutique. Gruppen- und Einzelpsychotherapie, Angst- und Depressionsbewältigungsgruppen, Entspannungstraining, künstlerische Ergotherapie, Rollenspiel, Sport und viel Bewegung haben ihre Krankheitslast in erstaunlich kurzer Zeit fast auf Null gebracht.

Reha kostet weit weniger, als sie spart, und kann bei chronischen Krankheiten die Krankheits- und Kostenlast um bis zu zwei Drittel (oder sogar mehr) senken. Eine exemplarische Studie zur Effizienz der psychosomatischen Rehabilitation ergibt allein auf diesem Feld in der Hochrechnung für 2006 eine mögliche Reduktion der nationalen Versorgungskosten von 3,5 Mrd. um 45 %.

Die beschriebenen Szenarien sind in 800 deutschen Rehakliniken tägliche Realität. Allein die Allgemeine Hospitalgesellschaft versorgt jährlich 50.000 Patienten verhaltenmedizinisch. Die gewaltige Volkskrankheitslast wird mit qualifizierter Rehabilitation wirksam verringert – aber leider nicht immer und überall. Akute Ersterkrankungen und akute Ereignisse im Verlauf chronischer Krankheiten werden in unseren Krankenhäusern überwiegend exzellent versorgt. Dagegen bleibt dem chronisch Langzeitkranken in

Deutschland zwischen kurzer Verweildauer im Akutkrankenhaus und überlasteter ambulanter Arztpraxis für eine notwendige intensivere Betreuung nur die Rehabilitation.

Unserem Gesundheitswesen fehlt das Konzept des *moyen séjour*, des „mittleren Aufenthalts“, wie er in französischen Krankenhäusern gängig ist. So sollten sich unsere Rehakliniken nicht nur als Rehakliniken für Behinderte, sondern gleichzeitig als Ergänzung der stationären und ambulanten Akutmedizin für chronisch Kranke verstehen.

Im Verlauf der chronischen Volkskrankheiten verhütet Rehabilitation präventiv eine Verschlimmerung und mindert das Risiko, ein großes Akutereignis oder danach ein Rezidiv zu erleiden. Sie führt Anschlussheilbehandlungen durch, verhütet und mindert drohende Krankheitsfolgen und Behinderungen und trainiert den Patienten, mit unvermeidbaren Folgen zu leben. Wo das Akutkrankenhaus im Verweildauerdruck nicht mehr leisten kann und ambulante Versorgung nicht ausreicht, ist effiziente Rehaleistung gefragt. Die Schlagworte der Kostenträger dafür sind „Reha vor Dauerkosten“, „Reha vor Rente“ und „Reha vor Pflege“.

Als Beispiel nenne ich die Zahlen für die ischämische Herzkrankheit: 500.000 diagnostische und 150.000 interventionelle Herzkatheder und 100.000 Bypässe jährlich beweisen, dass wir ischämische Herzkrankheiten in der Akutmedizin hervorragend versorgen. 280.000 Herzinfarkte und 360.000 Herztote beweisen aber gleichzeitig, dass das nicht ausreicht. Die Herzkrankheitslast bleibt trotz beeindruckender Akutmedizin viel zu hoch.

Ischämische Herzkrankheit entsteht, weil sich ein Mensch krankmachend verhält. Sie verschlimmert sich bis zum Infarkt, weil er sich auch bei guter ärztlicher Versorgung weiter krankmachend verhält. Sie führt nach dem ersten Infarkt trotz aufwendiger Akutversorgung oft zum

zweiten, wenn und weil sich der Patient selbst dann immer noch krankmachend verhält. Die Herztoten beweisen es: Es gibt erheblichen zusätzlichen Handlungsbedarf in der Verhaltensmedizin.

Ein großes Akuteignis hat durchschnittlich eine sieben Jahre vorauslaufende Krankheitskarriere, und die Zahl der Rezidive danach ist entschieden zu hoch. Wenn jeder Patient rechtzeitig verhaltensmedizinisch präventiv oder nachversorgt werden könnte, ließe sich, so eine wissenschaftliche Studie, ein ganzes Drittel der chronischen Volkskrankheitslast vermeiden. Und das wäre ein gigantischer Erfolg. – Der verhaltensmedizinische Leistungskatalog dafür ist uns allen klar, wir befolgen ihn aber viel zu wenig effizient: Blutdruck und Cholesterin senken, richtige statt falsche Ernährung, Angst- und Stressmanagement, Entspannung, Bewegungs- und Sporttraining, kein Rauchen, weniger Alkohol, Vermeidung oder Reduzierung von Übergewicht: das Arbeitsfeld der Rehabilitation.

Wir geben 250 Mrd. Euro für Gesundheit aus, davon, so der Sachverständigenrat 2002, drei Viertel für chronische Krankheiten. Das sind konkret 370 Mio. ambulante Arztkontakte, 70 % aller Krankenhausfälle, 83 % der Arzneirezepte und 95 % der Hauspflegefälle für chronische Volkskrankheiten. – Wir wenden 250 Mrd. Euro Versorgungskosten für unsere Gesundheit auf. Die verordneten Rehaleistungen machen dabei aktuell ganze 7 Mrd. Euro aus, ein Anteil von noch nicht einmal 3 %. Das reicht nicht aus. Die Verhaltensmedizin muss und kann mehr leisten.

Bei Weitem nicht jede Depression und jeder Diabetes und nicht jeder Herz-, Schmerz-, Krebs- und Rückenranke in Deutschland hat die Chance von Jutta Frisch und Erwin Schneider. Die letzte Gesundheitsreform hat deshalb eine gute Entscheidung getroffen. Sie hat erstmals in der Geschichte der deutschen Gesundheitsversorgung die medizi-

nische Rehabilitation definitiv im Leistungskatalog der Krankenkassen festgeschrieben.

Es sei nochmals an die eingangs aufgezählte statistische Krankheitslast erinnert. Unser Gesundheitswesen muss im Hinblick auf das krank machende Verhalten der Menschen viel konkreter und wirksamer handeln. Wir müssen von der Gesundheitspolitik und der Gesundheitsversorgung viel dramatischer mehr Engagement und Leistung fordern. Die Verhaltensmedizin ist in Deutschland das Arbeitsfeld der Rehabilitation. Geben wir ihr die Chance, für die großen Volkskrankheiten wirklich das zu leisten, was sie leisten kann.