

## **Kurzfassung des Vortrages von Dr. B. Kluthe, Bad Rippoldsau**

### **Der Diabetes in der Reha-Klinik**

Die Prävalenz des Typ 2-Diabetes hat sich in den vergangenen 40 Jahren fast verzwanzigfacht, was vor allem auf unsere geänderten Lebensgewohnheiten zurückzuführen ist. Um dieser Epidemie Einhalt zu gewähren, bedarf es der Entwicklung und dem konsequenten Einsatz von ganzheitlichen Therapiekonzepten. In den letzten Jahren wurden viele Anstrengungen unternommen, um die Versorgung von Diabetikern zu verbessern. Neuere Studien beklagen jedoch, dass die bisherigen Maßnahmen und die mit ihnen erzielten Ergebnisse bei weitem noch nicht ausreichen. Deshalb ist es zwingend erforderlich, die vorhandenen Strukturen effizienter als bisher zu nutzen, gegebenenfalls weiter auszubauen und insbesondere den Rehabilitationssektor vermehrt in ein umfassendes und erfolgreiches Betreuungskonzept der Patienten mit Diabetes mellitus einzubinden.

Die Prävalenz des Typ 2-Diabetes lag 1960 bei 0,44%, wuchs innerhalb von 30 Jahren um das siebenfache auf 3,48% (Michaelis und Jutzi, 1993) und wird zur Zeit auf 7-8% geschätzt (Palitzsch, 1999). Dies liegt einerseits am zunehmenden Durchschnittsalter der Bevölkerung, auf der anderen Seite aber vor allem an unseren Lebensgewohnheiten, insbesondere an den Faktoren Hyperalimentation und verringerte körperliche Aktivität. Auch im unselektierten Patientengut einer Rehabilitationsklinik spiegelt sich diese Entwicklung wider, die Zahl der Diabetiker liegt hier bereits bei 8-10%.

Bei der Zahl der Rehabilitationsleistungen spielt der Diabetes mellitus mit gerade einmal 1,55% der gesamten Rehabilitationsmaßnahmen (VDR, 1999) eine eher untergeordnete Rolle, was vermutlich vor allem daran liegt, dass die sozialmedizinische Bedeutung von ernährungsabhängigen Erkrankungen wie dem Diabetes mellitus derzeit eher unter- als überschätzt wird. Die Zahlen zur Arbeitsunfähigkeit belegen allerdings, dass ein Diabetiker als klassischer chronisch Kranker überdurchschnittlich lange AU-Zeiten aufweist (Gesundheitsbericht für Deutschland, 1998). Die Gesamtzahl der Frühberentungen alleine wegen Diabetes mellitus liegt mit ca. 2% relativ niedrig, hier wird allerdings geschätzt, dass sich ein weitaus größerer Anteil hinter den diabetesbedingten Folgeerkrankungen

(Herz-Kreislauferkrankungen, chronische Nierenerkrankungen u.a.) verbirgt. Daher muss ein Umdenken hin zu einem vermehrten Einsatz von präventiven Maßnahmen erfolgen, um die sich abzeichnende Chronifizierungsspirale frühzeitig und nachhaltig zu durchbrechen.

Kostenträger und übergeordnete Stellen haben diese Problematik in der Zwischenzeit erkannt. Das BMG beklagt in einer Pressemitteilung vom 30.8.01 „(...) die zu Recht vom Sachverständigenrat angemahnten Defizite in der präventiven Ausrichtung der gesetzlichen Krankenversicherung, die zu geringe Nutzung der Potentiale in der Rehabilitation und die mangelnde Zusammenarbeit der einzelnen Bereiche der gesundheitlichen Versorgung (...)“. Die Situation beim Diabetes mellitus wird im Gutachten des Sachverständigenrates als „katastrophal“ bezeichnet.

Alle Bereiche des Gesundheitswesens müssen daher umgehend nach Verbesserungsmöglichkeiten durchleuchtet werden. Das traditionell meist ganzheitlich ausgerichtete Rehabilitationswesen mit seiner Orientierung am bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell und seinen personellen Voraussetzungen (integrative Betreuung durch Ärzte, Diabetesberater, Diätassistenten, Psychologen, Bewegungstherapeuten etc.) bietet hervorragende Voraussetzungen, um zu einer schnellen Verbesserung der Versorgungssituation beizutragen. Allerdings spielt es im Vergleich zu den Akutkliniken bisher eine verschwindend kleine Rolle. Nach der Code 2-Studie entfielen weniger als 3 % der Gesamtausgaben auf diesen Bereich. Die wesentlich kostenintensiveren und schon vom Behandlungsansatz her weniger effizient erscheinenden Akutkliniken sind hier mit 50% vertreten.

Durch die Einführung des SGB IX seit Juli dieses Jahres sind die Erfordernisse der Betreuung von Patienten mit chronischen Erkrankungen und damit viele der geforderten Schritte für eine Verbesserung der Diabetikerversorgung nun auch gesetzlich verankert. Es ist an der Zeit, dieses vom Gesetzgeber zur Verfügung gestellte Instrumentarium umfassend und konsequent zu nutzen.

Aufgrund der derzeitigen Vorgaben und Erfordernisse lassen sich daher unter besonderer Berücksichtigung des Rehabilitationssektors die folgenden Ziele für eine bessere Diabetikerversorgung formulieren:

- Vorrang von Prävention bzw. der präventiven Elemente im Rehabilitationssektor

- konsequente Anwendung ganzheitlich orientierter, multidisziplinärer Therapiekonzepte
- Nutzung der Rehabilitationsklinik als Regeleinrichtung für die stationäre Diabetikerschulung
- konsequente Einbeziehung von aktuellen ernährungspräventiven und ernährungstherapeutischen Prinzipien in die Therapie jedes Diabetikers
- standardmäßige Integration von strukturierten Schulungs- und Betreuungsmaßnahmen in das Behandlungskonzept von Rehaverfahren bei allen diabetesbedingten Folgeerkrankungen
- Aufbau von Netzwerken zur besseren Verzahnung mit der prästationären und poststationären Versorgung
- Einbeziehung des Patienten in seine Therapieverantwortung (Empowerment, „Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess“, Dialog)
- Verbesserung der Kommunikation zwischen den in die Diabetikerbetreuung involvierten Berufsgruppen
- zeitnahe und flächendeckende Evaluation der erreichten Therapieergebnisse.

Es ist im Sinne einer besseren Patientenversorgung und langfristigen Kostenreduktion im Gesundheitswesen zu hoffen, dass die erkannten Zusammenhänge zu einer konsequenten Nutzung der vorhandenen Möglichkeiten führen. Der Rehabilitationssektor ist gerne bereit, kurzfristig einen größeren Anteil zur Erfüllung dieses vordringlichen gesundheits- und gesellschaftspolitischen Auftrages zu übernehmen.