

Kurzfassung des Vortrages von Dr. L. Kist

Die Möglichkeiten der Rehaklinik mit besonderer Berücksichtigung der Hypertonie

1. Einleitung

Herz- /Kreislaufkrankungen sind in Deutschland noch immer für die Hälfte der Todesfälle verantwortlich. Unbestritten ist, dass den primär- und sekundärpräventiven Maßnahmen eine hohe Bedeutung zukommt, die Richtlinien sind klar definiert. Eine Prognoseverbesserung kann nicht nur durch konsequente medikamentöse Reduktion des Risikoprofils erreicht werden, sondern auch durch Lebensstiländerung unter besonderer Berücksichtigung von Ernährung und körperlicher Aktivität.

2. Ziele der Rehabilitation

Rehabilitationsbedürftigkeit ist gegeben, wenn

- infolge einer chronischen Krankheit oder äußeren Schädigung Funktionsstörungen und/oder soziale Beeinträchtigungen eingetreten sind oder drohen
- die Krankheitsverarbeitung zu unterstützen ist
- ein langfristiges, der Krankheit angemessenes Verhalten zu erlernen oder zu trainieren ist
- eine optimale medikamentöse und nicht-medikamentöse Behandlungsstrategie unter definierter Belastung und Kontrolle zu entwickeln ist

Die Ziele der medizinischen Rehabilitation werden von den einzelnen Leistungsträgern zwar unterschiedlich definiert:

- Rentenversicherung: Integration des Versicherten im Erwerbsprozess sicherstellen
- Gesetzliche Krankenversicherungen: drohende Behinderung vorbeugen; Behinderung beseitigen, bessern oder ihre Verschlimmerung verhüten; Pflegebedürftigkeit vermeiden oder mindern.

Gemeinsamkeit besteht aber darin, dass es nicht nur um die Behandlung von Krankheiten geht, sondern um langfristige problemorientierte und diagnoseübergreifende Handlungskonzepte.

Damit spielt zunehmend nicht nur die Rehabilitationsphase, sondern vor allem die Langzeitbetreuung und Prävention im Sinne von „Disease Management“ eine wesentliche Rolle.

Eines der häufig notwendigen Ziele, die langfristige Umstellung des Lebensstils, kann im Endeffekt nur vom Betroffenen selbst und nicht vom Therapeuten erreicht werden.

Voraussetzung ist daher, dass sich der Betroffene selbst mit seinen Gesundheitsproblemen beschäftigen lernt, dass sein Gesundheitsbewusstsein gestärkt wird und er Eigenverantwortlichkeit übernimmt.

Aufgabe des Reha-Teams ist, mit ihm gemeinsam eine positive, aber realistische Ziel- und Mittelhierarchie zu erarbeiten.

3. Ziele der Hypertoniebehandlung

Das Behandlungskonzept der arteriellen Hypertonie richtet sich zwar immer noch nach der Schwere der Hypertonie, entscheidend ist aber das gesamte kardiovaskuläre Risiko des Patienten. Die Risikostratifizierung ist in den WHO-Richtlinien von 1999 umgesetzt.

Die Grundlage der Therapie ist stets nichtmedikamentös (Gewichtsnormalisierung, Ausdauertraining, Ernährungsumstellung mit Reduktion von Kochsalz- Fett- und Alkoholkonsum und Entspannungsmethoden); dies sind keine Einzelmaßnahmen, sondern Inhalte eines Konzeptes zur Lebensstiländerung.

4. Medizinische Rehabilitation und arterielle Hypertonie

Die Patientenstruktur von Rehabilitationskliniken spiegelt die zunehmende Prävalenz von Erkrankungen wieder, die von exogenen Faktoren wie Überernährung und Bewegungsmangel stark beeinflusst werden. Die arterielle Hypertonie ist häufig im Zusammenhang mit dem Metabolischen Syndrom nur einer der zu behandelnden kardiovaskulären Risikofaktoren, fast immer ist eine Umstellung der Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten nötig.

Das Behandlungsprogramm der arteriellen Hypertonie ist daher stets multidimensional (Erfassung/Behandlung von weiteren Risikofaktoren/Komorbidität) und interdisziplinär und integriert nach Möglichkeit auch Partner und Angehörige.

Es umfasst:

- Ärztliche Untersuchung und Betreuung, Anpassung der medikamentösen Therapie
- Vermittlung krankheitsspezifischer Informationen durch ein Behandlungsteam inklusive Psychologie und Sozialberatung:
Strukturierte Gruppenschulungen mit Anpassung an individuelle Beratungs- und Schulungssituation und breitem Raum für Diskussionen und Erfahrungsaustausch; Gesundheitsbildung
- Übermittlung und Einübung des Ernährungswissens:
Klinikverpflegung nach den Richtlinien der DGE /DGEM; frühe Information des Patienten über geschmackliche Besonderheiten wie Kochsalz- oder Fettgehalt; "Ausprobieren" der Kost mit Buffetauswahl und Beratung am Buffet; Motivation zum Mitmachen; Training in der Lehrküche; bei Bedarf Einzelberatung

- Angepasstes Bewegungstraining:
Zum Einsatz kommen: Funktionstraining, Sport für Zielgruppen (Diabetiker, Koronar-, Bluthochdruck-, Gefäßkranke, Adipöse), Wirbelsäulengymnastik/Rückenschule, Wassergymnastik, Ergometertraining, therapeutisches Wandern, Spiele im Freien und in der Halle, Atemgymnastik, Koordinations-, Reaktions- und Gleichgewichtstraining
Ziel: Anleitung, Motivation und Information für die häusliche Fortführung
- Entspannungsverfahren:
z.B. Autogenes Training, progressive Muskelentspannung nach Jacobson
Ziel: Anleitung, Motivation und Information für die häusliche Fortführung

Kurz- und Langzeitergebnisse der Rehabilitation unter besonderer Berücksichtigung der arteriellen Hypertonie

Die Studienlage zeigt, dass während einer stationären Rehabilitation unter der Kombination von rehabilitativen Maßnahmen (insbesondere körperliche Konditionierung, Gesundheitstraining, psychologische Betreuung) und Intensivierung der medikamentösen Therapie alle konventionellen Risikofaktoren signifikant gesenkt werden können.

Wie unter anderem die PIN-Studie zeigt, gehen diese Effekte mit zunehmender Zeitdauer jedoch rasch wieder verloren. Vor allem gesundheitsfördernde Allgemeinmaßnahmen (Koronarsportgruppe, Entspannungsübungen, Ernährungsberatung) werden unter häuslichen Bedingungen nur noch in einem geringen Umfang fortgeführt.

Zudem kommen mehrere Studien übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass die Nachbetreuung von Patienten von z.B. mit koronarer Herzkrankheit insgesamt unbefriedigend umgesetzt wird und sich eher noch verschlechtert (EUROASPIRE I-Studie 1995/6 und EUROASPIRE II-Studie 2000). Im europäischen Vergleich fand sich hinsichtlich Blutdruckeinstellung das schlechteste Ergebnis im deutschen Kollektiv. Die EUROASPIRE II-Studie zeigte noch einen weiteren Trend: Patienten werden zwar häufiger mit den empfohlenen Medikamenten behandelt, die Zielwerte aber seltener erreicht.

Wie allerdings die PROTECT-Studie gezeigt hat, kann es auch unter einem intensivierten Schnittstellenmanagement zwischen Reha-Klinik und nachbehandelndem Hausarzt mit weitgehender Fortführung der initiierten Arzneimitteltherapie zu einer Verschlechterung der Risikoprofile nach Reha-Aufenthalt kommen. Ursachen sind damit eher die sich wieder einstellenden "alten" Lebens-, Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten des Patienten, die auch die PIN-Studie bestätigte.

Ein betont ernährungsmedizinische Vorgehen spielt in der praktischen Medizin noch immer keine Rolle. Dies gilt auch für die Akuthäuser. Aktuelle Daten über die

Ernährungsberatung bei Hypertonie sprechen dafür, dass die Situation in der Arztpraxis ähnlich ist. So ergab eine Befragung von Hypertonikern mit im Mittel seit 10 Jahre bestehendem Bluthochdruck, dass nur 38% eine Ernährungsberatung erfahren haben, der größte Teil davon (65%) bei einem vorhergehenden Reha-Klinik-Aufenthalt.

Fazit:

Die medizinische Rehabilitation ist ein wichtiges und erfolgreiches Glied in der Behandlungskette chronischer Krankheiten.

Im Management kardiovaskulärer Risikofaktoren liegt ihr Schwerpunkt in einem umfassendes Gesundheitstraining, häufig im Sinne einer "Initialzündung" für eine Änderung des Lebensstils.

Dauereffekte lassen sich aber nur erreichen, wenn der Betroffene selbst langfristig an der Qualität seiner Prävention interessiert ist. Hier könnten Nachsorgemodelle mit intermittierenden Schulungen und ambulant/stationärer Mitbetreuung in den Reha-Kliniken mithelfen; dies wird derzeit wissenschaftlich untersucht.

Von wesentlicher Bedeutung ist die Vernetzung mit den anderen Behandlungsangeboten (haus- und fachärztliche Versorgung, Akutklinik, Selbsthilfegruppen, betriebsärztliche Unterstützung).