

Paradigmenwechsel in der Rehabilitations-Diabetologie:

Vom Erhalt der Arbeitsfähigkeit zur Therapie der Folgeschäden des Diabetes - eine sinnvolle Entwicklung? *Sicht der klinischen Rehabilitationspraxis*

Eberhard Zillessen, Klinik Niederrhein der LVA Rheinprovinz, Bad Neuenahr-Ahrweiler

Vortrag auf der 8. Jahrestagung der Gesellschaft für Rehabilitation bei Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen (GRVS), Kreischa bei Dresden, 15. - 17. Juni 2000

Das Schlüsselerlebnis "Ich bin Diabetiker"

- dieses Schlüsselerlebnis mutet die medizinische Welt dem Betroffenen zu.

Ab heute Diabetiker zu sein, ist nicht vergleichbar einer Examensprüfung, auch nicht einer, durch die man durchgefallen ist, hat eine andere Qualität als der Kauf oder der Totalschaden des neuen Autos. Die Diagnose zu akzeptieren, sträuben sich die meisten Betroffenen. Aber auch Ärzte verdrängen oder verharmlosen gerne die Diagnosestellung eine Zeitlang.

Diabetes ist häufig. Diabetes kennt man. Diabetes gilt immer noch als die klassische *Verbotskrankheit* beim Essen, beim Messen, beim Zulassen...

Den Betroffenen überlassen wir seinem individuell unterschiedlichen Vorverständnis, einem Verbotskatalog, einer Tablettenverordnung, schmerzhaften Selbstverletzungen, den Verlockungen der Lebensmittelindustrie und Gesundheitswerbung, dem Zuständigkeitswirrwarr unseres medizinischen Systems, in dem Begriffe wie *ambulant, stationär, Kostenträger, Selbstbeteiligung* und *Budget* eine größere Rolle spielen als Leid, Angst, Aussichten und Verantwortung.

Bilanz

Welche Verantwortung übernimmt nun wer und welcher Weg führt zu einem Selbstmanagement? Wieweit ist Selbstmanagement möglich und wo beginnt Case-Management? - Eine organisierte, systematische und klientenorientierte Steuerung dieser Situation ist der Schlüssel zur Krankenbehandlung, Folgenabwendung, -behandlung und Rehabilitation gleichermaßen.

Von diesem Initialbedarf her rolle ich auf

- die Schulung des Diabetikers und seinen
- Einstieg in die Patientenrolle,
- Gedanken zum Erlangen oder Erhalt der beruflichen Integration,
- die Ursachen, Erkennung und Behandlung von Folgeschäden bis hin zu
- Beeinträchtigungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens.

Bedarf, Ressourcen und Effizienz der Versorgungsangebote und -strukturen, somit auch der Rehabilitations-Diabetologie sind vor diesem Hintergrund zu überdenken. "Behandlungskette" und "Versorgungsnetze" sind zwar geläufige Schlagworte unserer Zeit, aber aus der Sicht der Betroffenen ist zu fragen: "Wer knüpft sie?", aus der Sicht der Kostenträger und Leistungserbringer: "Wer steuert sie?" - Oder salopp gefragt: "Wer sitzt in der Mitte?" "Wer spinnt?"

Negativbeispiele gibt es zuhauf. Ziele und Aufgaben kann man formulieren, die Strukturen und die Übergänge zwischen ihnen sind aber noch zu ordnen.

Bisher erleben wir den Diabetes mellitus als eine totale Krankheit gefangen in Partialzuständigkeiten und Partikularinteressen. Die GRVS kommt nach Sachsen, kommt in die neuen Bundesländer, bzw. in die alte DDR, auch, um von den hier bereits gemachten Erfahrungen zu lernen.

Zunächst will ich einmal versuchen, Bilanz zu ziehen:

Erlernen des Selbstmanagements

Es ist erst ca. 15 Jahre her, dass die Diabetikerschulung ihren Siegeszug angetreten hat, die Selbstmessung, die Renaissance einer mahlzeitenadaptierten Insulindosierung, das Ziel der normnahen Blutzuckerwerte in der Verantwortlichkeit der Betroffenen. Vorher wurden Diabetiker im Krankenhaus "eingestellt", Nüchternblutzuckerwerte beim Hausarzt "kontrolliert".

Erst allmählich konnte uns Profis abgerungen werden, auch zu reflektieren, wer denn in dieser neuen heilen Welt die Rolle des Maßgeblichen eingenommen hat, wer Lehrer und wer Schüler ist bei der Schulung, welches Strafmaß angedroht wird mit dem Bilderbuch der Folgeschäden, Pädagogik des Struwwelpeters unseres Arztkollegen Heinrich Hoffmann und dem diesbezüglich ausgemalten Gruselkabinett.

Schulung hat Diabetiker zu Wissenden und zu Selbstkontrolleuren, zu Schaffnern, gemacht. Aber die Ziele der Deklaration von St. Vincente mussten verfehlt bleiben, solange die Frage nach dem verantwortlichen Subjekt, nach dem individuell lebenswerten Leben nicht gestellt wurde. Ich kenne viele rauchende Ärzte, würde aber nicht antreten, sie über die Gefahren des Rauchens aufzuklären. Sie sind Wissende.

Mit der Diagnosestellung, dem Vermitteln der möglichen Formen des Krankheitsmanagements muss ein Zieldiskussion einsetzen über die Aufteilung der Verantwortung, die Möglichkeiten der Diabetesbehandlung in Alltag und Beruf, Lebensplanung, Wahrscheinlichkeit von Folgekrankheiten und deren Verhinderung. Machen wir uns bitte deutlich: Das mittlere Lebensalter des Diabetikers in der Hausarztpraxis in Thüringen beträgt 68 Jahre bei einer durchschnittlichen Diabetesmanifestation im Alter von 60 Jahren¹.

In diesen Prozess sind evidenz-basiertes medizinisches Wissen, Verhaltenstherapie und psychologische Aspekte einzubringen in einen Entscheidungsprozess, dessen Ziel das Selbstmanagement sein sollte.

Das benötigt die entsprechende Einstellung des therapeutischen Teams, Zeit, professionelle Strukturen, die in Abhängigkeit vom Lebensalter und der Komorbidität, von der beruflichen und sozialen Situation, von der Entschlossenheit und von den Prioritäten, die der Betroffene setzt, in vielen Fällen ambulant in Schwerpunktpraxen zum Einsatz kommen können, in anderen Fällen eine Unterbrechung des Alltags voraussetzen, also stationär. Bei Menschen im erwerbsfähigen Alter sollte man nicht *ambulant*, sondern von vorneherein *teilstationär* postulieren; denn neben der Berufsarbeit her ist ein solcher Einstieg zum Scheitern verurteilt.

Sozialrechtlich ist dies Abwendung von mit Gewissheit drohenden Aktivitätseinschränkungen, also *Rehabilitation* in ihrer wahrscheinlich effizientesten Form.

Erlangen oder Erhalt der beruflichen Integration

Tragen Sie bitte einmal die Vorschriften zusammen, die Einschränkungen für einen insulinbehandelten Diabetiker beinhalten. Sie werden reichlich fündig und anhand dieser Verbotskataloge zu dem Schluss gelangen, die Gesellschaft hat sich gut gewappnet, sich vor den Hypoglykämiefolgen dieser gefährlich Menschen zu schützen. Schön, wenn das gegenüber der Trunkenheit auch so perfektioniert wäre!

Ich will Ihnen vor allem verdeutlichen, welche Beweisumkehr wir hier wie selbstverständlich als medizinische Gutachter mitvollzogen haben: Der Diabetiker muss beweisen, dass er keine Hypoglykämien bekommt, dass er sie rechtzeitig bemerkt, dass er stets richtig reagiert. Nicht wir müssen ihm nachweisen, dass von ihm eine Gefährdung ausgeht. Die Unfallstatistik spricht eindeutig für die Diabetiker und gegen Alkoholkonsum bzw. für eine 0-Promille-Grenze im Straßenverkehr, beim Bau, bei der Bundeswehr und an Industriearbeitsplätzen.

Ein Paradigmenwechsel in der Diabetiker-Rehabilitation fordert also ein Anerkennen und Einfordern der Selbstverantwortung auch des insulin- oder sulfonylharnstoffbehandelten Diabetikers ein statt des bisherigen Ausgrenzens.

Folgeschäden - ihre Ursachen, Erkennung und Behandlung

Folgeschäden verursachen die hauptsächlichen Kosten der Diabetesbehandlung. Typ-2-Diabetiker mit makro- als auch mikrovaskulären Komplikationen kosten die GKV im Mittel 11.034 DM jährlich und erreichen damit das 4,1-fache der durchschnittlichen Ausgaben für einen GKV-Versicherten². Sinnvoller Ressourcen-Einsatz muss sich also konzentrieren auf die *Prävention*:

- Primärprävention beim Typ-1-Diabetes in frühzeitiger Erkennung und Therapie der immunologischen Schädigung,
- Primärprävention beim Typ-2-Diabetes durch rechtzeitige Beeinflussung von Ernährungs- und Bewegungsverhalten, Alltagsstressoren,
- Vorsorge in der Schwangerschaft,
- Einflussnahme auf den Alkoholkonsum bei chronischer Pankreatitis,
- Sekundärprävention beim Auftreten eines Diabetes
- Konsequente Tertiärprävention bei ersten Anzeichen einer Folgekrankheit.

Schärfer als bisher gilt es, die Rolle der medizinischen Rehabilitation zu verdeutlichen, sobald Einschränkungen von Aktivitäten und Partizipation *drohen*. Gerade Diabetiker benötigen das multiprofessionelle Team der Reha-Einrichtung beim aktiven und nicht beim hospitalisierten Patienten. Dennoch rehabilitieren wir heute weniger Diabetiker als vor 1996 - d.h. wir rehabilitieren Diabetiker zu spät, was die Kosten ausufern und Lebensqualität einsparen lässt.

Diabetes und die Aktivitäten des täglichen Lebens

In der Rehabilitation der Rentenversicherung erleben wir nur ein kleines Fenster des Problems. Liegt hier schon das rechtzeitige und zielgerichtete Management des Umgangs mit Diabetes im argen, ist dieses Problem ein ungleich größeres bei den Senioren. Erschreckend ist die Versorgung von Diabetikern im Bereich der ambulanten Pflege, wie jüngst im Kreis Heinsberg ermittelt wurde³. Mit den zunehmenden Behandlungsmöglichkeiten der Grund- und der Folgekrankheiten wird dieses Problem mit Sicherheit rasch expandieren, und ich erkenne noch keine realistische Strategie, welche die Möglichkeiten eines Selbstmanagements der Senioren ausschöpft, mit einem Case-Management verknüpft und schließlich in eine diabetologisch qualifizierte ambulante Krankenpflege überleitet.

Ressourcen und Effizienz

Ressourcen für die Diabetiker-Rehabilitation wurden in den letzten Jahren abgebaut. Das Unwort der *Fehlbelegung* wurde kritiklos aus dem Krankenhausbereich in den Rehabereich exportiert. Durch die Personal- und Zeitintensität ist der Diabetiker eher der teure Rehabilitand⁴, durch mangelnde Auslastung dieser Einrichtungen wird er noch teurer, aber Reha-Kosten bleiben immer noch deutlich unter den jährlichen Kosten für die Behandlung der Folgekrankheiten (s.o.). Effekte und Effizienz der Reha-Behandlung müssen wir allerdings in größerem Umfang belegen. Verdienstvoll haben dies Herr Knisel und Mitarbeiter - auch in der Langzeitdokumentation - für die Intervallbehandlung gezeigt⁵.

Leider sind unsere Partner, die Sozialversicherungen, bisher keine Kaufleute. Die Gesundheitsreform hat im Bereich der GKV nur Scheinkonkurrenzen geschaffen. Sozialversicherungen leben von gesetzlich reglementierten Einnahmen mit einem Etat-Denken von Einjahresperspektiven. Die Krankenkasse, die in die Zukunft investieren würde, würde heute teurer und verlassen werden und sieht keinen Anreiz für Einsparungen von morgen. Sie kann es auch ihren aktuell Versicherten nicht zumuten und nicht zugute kommen lassen.

Hierin sehe ich die innere Logik, warum bei knapper werdenden Ressourcen Prävention immer nur ein Lippenbekenntnis bleibt und Rehabilitation ein Topf auf Sparflamme!

Behandlungskette, Versorgungsnetze - Wer knüpft sie?

Natürlich müssen Hausarzt, Schwerpunktpraxis, Fachärzte, Krankenhäusern und Reha-Kliniken, Apotheken, Ärzte, Psychologen, Diabetesberater, Diätassistenten, Krankenpflegekräfte, Sporttherapeuten, Sozialarbeiter und Refahfachberater, Rentenversicherung, Kranken- und Pflegeversicherung Hand in Hand zusammenarbeiten zum Wohle des Diabetikers. Das ist das Versorgungsnetz. "Diabetes geht uns alle an."

Im Detail schaut man dann schon: Was geht zu wessen Lasten? Was sprengt wessen Budget, Pflege-satz oder Fallpauschale? Wo bleibt der Diabetiker als Kunde hängen?

Ich werde den Verdacht nicht los, dass im Zentrum dieser Netze zu selten der Diabetiker steht oder hängt. Gesponnen werden sie in der Regel von partiellen Gruppeninteressen, wobei man sich Überlebenssicherung, Profit, Kosteneinsparung oder Profilierung gegenüber der Konkurrenz erhofft.

Wenn's dem Diabetiker denn dienen würde, könnte ich gut damit leben. Wenn ich mir den Gesundheitsstatus der Erstrehabilitanden in der Arbeiterrentenversicherung des größten und diabetologisch engagierten Bundeslandes anschau oder den Zustand der Diabetiker in der ambulanten Pflege oder die Krankheitsfolgekosten bei Beinamputationen lese und dann die Deklaration von St. Vincente, wenn ich an die Entwicklung der Alterspyramide denke...

Diabetes, eine totale Krankheit gefangen in Partialzuständigkeiten - Wer steuert?

Qualitätssicherung muss für alle Säulen der Leistungserbringer verbindlich werden. Kranken- und Rentenversicherung sollen in der Rehabilitation ruhig arbeitsteilig vorgehen, aber abgestimmt, d.h. sie sollten beide auch die vorhandenen Reha-Ressourcen nutzen. Das stationäre Reha-Netz muss um ein teilstationäres wohnortnahes ergänzt werden, vielleicht als Weiterentwicklung der Schwerpunktpraxen. Die medizinischen Fachgesellschaften müssen gesichertes Wissen einbringen, aber schon die Formulierung von Leitlinien bedarf einer Reflexion der Umsetzbarkeit und Kosten.

Neugierig bin ich, wieweit die Projekte in den neuen Bundesländern dies leisten und umsetzen werden. Die Lösung der sozialpolitischen Herausforderung *Diabetes im 21. Jahrhundert* wird sich nicht umgehen lassen wie einst die Lösung des Problems Tuberkulose. Und wie diese ist sie eine Herausforderung mehr an rehabilitative als an kurativmedizinische Ansätze.

Und so schließe ich mit einer

Vision

- Primärprävention Diabetes in Schulen und Medien
- Diabetes-Screening landesweit und unabhängig von Kostenverursachung und Leistungserbringung
- Intensivierung der Startbegleitung ("Schulung")
 - teilstationär (nicht "ambulant"!): vor stationär
 - multiprofessionell statt autodidaktisch
 - Sekundärprävention und Empowerment vor Fremdvorgaben
- Reform der Systeme Leistungserbringung und Kostenerstattung
- Rehabilitation - früh als Einführung ins Selbstmanagement
 - bei Folgekrankheiten (aktivitäts-orientiert, ICIDH!)
 - vor Pflege (nach noch zu evaluierenden Standards)

Wir benötigen Paradigmenwechsel!

¹ Müller G et al.: Ergebnisse der Diabetesvereinbarung in Thüringen. Poster auf der 35. Tagung der DDG, München Exp Clin Endocrin Diabetes 108 (2000) Suppl 1, S. 162

² Liebl A et al. CODE-2-Studie u.a. Estimatin costs of diabetes-related complications in Germany. Poster auf der 35. Tagung der DDG, München Exp Clin Endocrin Diabetes 108 (2000) Suppl 1, S. 163

³ Hauner H et al.: Versorgung von Diabetikern durch ambulante Pflegedienste im Kreis Heinsberg. Poster auf der 35. Tagung der DDG, München Exp Clin Endocrin Diabetes 108 (2000) Suppl 1, S. 162

⁴ Pollmann H et al.: Strukturanalyse der Diabetiker-Rehabilitation im Vergleich zu gastroenterologischen und onkologischen Patienten - Ergebnisse einer Optimierungsanalyse - Poster auf der 8. Jahrestagung der GRVS und auf der 35. Tagung der DDG, München Exp Clin Endocrin Diabetes 108 (2000) Suppl 1, S. 162

⁵ Knisel W et al: Langzeiteffekte einer Intervallschulung (Etappenheilverfahren) bei der stationären Rehabilitation von Diabetikern. Poster auf der 8. Jahrestagung der GRVS und auf der 35. Tagung der DDG, München Exp Clin Endocrin Diabetes 108 (2000) Suppl 1, S. 38

Eberhard Zillessen
 Dr.med.
 Klinik Niederrhein der LVA Rheinprovinz
 Hochstr. 13-19
 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler

1. Vorsitzender der GRVS 1998 - 2000