

## Ambulante, kardiale Rehabilitation der Phase II, wichtige individuelle Alternative für Patienten und weitere Herausforderung für Sport- und Rehabilitationsmedizin



Prof. Dr. Manfred Lehmann, Med. Klinik und  
Poliklinik, Abt. Sport- und  
Rehabilitationsmedizin, Universität Ulm

Herz-Kreislauf-Erkrankungen, besonders koronare Herzerkrankung (KHK), verursachen ungefähr 50 % der Invaliditäts- und Todesfälle. Mehr als 3/4 der Patienten/Innen, (nachfolgend Patienten), mit KHK versterben an den Folgen. Neben primärer Prävention, muß deshalb Ziel einer Rehabilitation, (REHA), die Reduktion der Ereignisrate bei Patienten mit KHK sein. Diese liegt bis 10mal höher als ohne KHK, aber vergleichbarer Risikokonstellation. Interventionsstudien belegen die günstige Beeinflussung von Risikokonstellation und Ereignisrate. Das Restrisiko kann bei umfassendem Risikomanagement nicht normalisiert, aber deutlich auf das 2 - 3-fache gesunder Personen mit vergleichbarem Risikofaktorenprofil reduziert werden. Eine langfristig nachweisbare Minderung der Ereignisrate ist aber nur bei langfristiger, ambulanter Nachsorge zu erwarten, die sich an individuellen Gegebenheiten des Patienten zu orientieren hat. Eine umfassende REHA führt bezüglich Mortalität, Re-Infarktrate, Rückkehr zum Arbeitsplatz, Verbesserung körperlicher Mobilität und Lebensqualität zu günstigeren Langzeitergebnissen als der Verzicht auf REHA. REHA beginnt im Akutkrankenhaus mit Frühmobilisation (Phase I); danach wird sie in Deutschland überwiegend stationär als Anschlußheilbehandlung (AHB, REHA Phase II) fortgesetzt, an der ca. 40 % der Betroffenen teilnehmen. Wiederum nur ein Teil findet dann in die Herzgruppe am Heimatort (REHA Phase III). Das Prinzip umfassender, langfristiger Strategie zur Minderung der Ereignisrate, damit auch Senkung der Kosten im Gesundheitssystem ist demnach nur bei ca. 30 % der Betroffenen realisiert.

Welche Gründe können dafür verantwortlich sein? Das System der stationären AHB ist weitgehend auf den deutschsprachi-

gen Raum beschränkt. Es hat zweifellos hervorragendes geleistet, bedarf aber der Weiterentwicklung. In vergleichbaren Ländern wird auch diese Phase der REHA ambulant, z.B. in den USA an entsprechenden Abteilungen des Akutkrankenhauses, durchgeführt. Der Patient verbleibt im bereits gewohnten Umfeld des Krankenhauses, zusätzlicher Reisetress/Reiseängste entfallen, Befunde werden direkt weitergegeben und bereits vertraute Ärzte im Zweifelsfalle hinzugezogen; der Patient fühlt sich zuhause. Dieses Modell erlaubt jede erdenkliche individuelle Anpassung von täglich, ganztags, bis zwei- oder dreimal pro Woche eine Stunde für Funktionstraining und Kontakt mit der Therapiegruppe.

Nach dem Frankfurter Modell waren Nähe zur Familie (81 %), Beibehaltung der Lebensumstände (71 %), vertraute Wohngegend (67 %), für Selbständige Nähe zu Büro, Praxis oder Kanzlei wichtige Beweggründe zur Teilnahme an ambulanter REHA. Sowohl Frankfurter als auch Kölner Modell zeigten, daß ambulante REHA als Alternative zur stationären AHB unter deutschen Verhältnissen mit vergleichbaren Ergebnissen durchgeführt werden kann. Bedeutsame Zwischenfälle, auch auf den Wegstrecken, sind ebenso wie in der stationären REHA die große Ausnahme. Nach einer Umfrage im Ulmer Krankengut von ständig mehr als 400 REHA-Patienten, würden 30 % eine ambulante bevorzugen, wenn es sie gegeben hätte, wie es sie nun in Ulm seit 1 Jahr gibt (Mit Unterstützung von Universitätsklinikum Ulm, Stadt Ulm, Knoll Deutschland GmbH und Kässbohrerstiftung Ulm)

Diese Erfahrungen / Ergebnisse lassen folgern, daß mit individuelleren Konzepten der Nachsorge ein größerer Prozentsatz Betroffener motiviert werden kann, sich auch noch in der Mitte oder jenseits der Mitte des

Lebens REHA-Maßnahmen zu unterziehen, die auch eine Änderung des bisherigen Lebensstiles beinhalten können. Eine solche Änderung ist grundsätzlich auch in der Mitte des Lebens noch möglich, wie unter „ambulanten“ Bedingungen in den USA gezeigt. Motivation, Compliance und Einsicht zur Selbstverantwortung können weiter gesteigert werden, falls Patienten auch während der REHA Phase III (Herzgruppe, Teilnahme ungefähr 2 Jahre) und Phase IV (Langzeitgruppe, Teilnahme ungefähr 3 weitere Jahre) vom selben Therapieteam betreut werden. Wir sollten nicht versuchen, Patienten an vorhandene Strukturen, wie stationäre AHB „anzupassen“, sondern dieses starre System muß sich mit individualisierten Konzepten der Nachsorge an die Bedürfnisse der Patienten anpassen, damit sie nicht bei Verzicht auf stationäre REHA durch das Netz der Nachsorge fallen. Wenn 60 % unserer Patienten das stationäre Angebot nicht annehmen wollen / können, müssen wir uns fragen, was daran falsch ist, wie die Compliance zur umfassenden Nachsorge verbessert, die Ereignisrate reduziert und Kosten im Gesundheitswesen gesenkt werden können. Ambulante REHA / Funktionstraining und streng individuelles Risikofaktoren-Management sind eine Alternative hierzu. Obgleich finanziell deutlich günstiger, scheitert solche Individualisierung des Angebots bisher an der starren Ablehnungsfront von Rentenversicherungsträgern und Krankenkassen, ausgenommen Privatkassen, die flexibler auf neue Herausforderungen reagieren, denen sich gerade unser leider zu früh verstorbene Kollege *Richard Rost* mit dem Kölner Modell weitsichtig gestellt hatte.

**Manfred Lehmann  
und Mitarbeiter/Innen, Ulm**