

# 1 Einleitung und Zusammenfassung

Die Ergebnisse dieser Studie sind vor dem Hintergrund der besonderen Charakteristika der untersuchten selbstselektiven Probandengruppe in Berlin-Spandau sowie der durchgeführten Erhebungen zu interpretieren, die einerseits in insgesamt 10 Durchgängen über einen Zeitraum von 20 Jahren und ohne explizite Problemstellung im Bereich Versorgung bzw. vor allem Rehabilitation realisiert wurden, die andererseits mit Bezug auf das Thema Rehabilitation im Zeitraum des 10. Durchganges als zusätzliche Querschnittsuntersuchungen stattfanden.

Ceteris paribus gemäß diesen Studienbedingungen lassen sich thesenartig folgende Ergebnisse formulieren, die u.E. trotz der Sonderkonditionen der Studie einen diskussionswürdigen Beitrag zum Thema darstellen.

Die Modellierung von Rehabilitations-Angeboten in der Perspektive, „Rehabilitation vor Rente oder gar frühzeitigem Tod“ bzw. „Rehabilitation als Kompensation objektivierbarer und/oder subjektiver gesundheitlicher Probleme bzw. Defizite subjektiver gesundheitlicher Lebensqualität“ lässt sich in dieser Studie nicht empirisch nachvollziehen. Vielmehr stellt sich Rehabilitation sehr häufig als Bestandteil eines gesundheitlichen Krisenmanagements dar, wobei zumindest empirisch nicht belegt werden kann, dass damit eine signifikante Verbesserung der objektivierbaren und subjektiven gesundheitlichen Situation einhergeht.

Rehabilitation wird in Anspruch genommen, wenn – zumeist schon längerfristig - manifeste Erkrankungen eine ebenfalls zumeist längerfristige und/oder massive Behandlung vonnöten machen, wenn in der Regel schon ein höheres Alter erreicht wurde und wenn auf Grund bzw. in Verbindung mit dieser objektivierbaren gesundheitlichen Entwicklung eine Sensibilisierung der Betroffenen für das Thema Gesundheit und in der Regel eine kritische Beurteilung der eigenen gesundheitlichen Situation vorliegen. Somit ist Rehabilitation eher Teil eines gesundheitlichen Krisenmanagements.

Die spezifischen Bedingungskonstellationen des ablaufenden gesundheitlichen Krisenmanagements unterscheiden sich dabei für Männer und Frauen, in Teilen sicherlich begründet durch die unterschiedliche berufsbezogene bzw. belastungsbezogene Biografie.

So haben (längere) AU-Zeiten bei Männern, dagegen Krankenhausbehandlungen bei Frauen eine indikative Funktion für die Integration der Rehabilitation in das Krisenmanagement. Für beide Geschlechter gilt, dass eine (längerfristige) Behandlung von Krankheiten des Bewegungsapparates sowie von Lebererkrankungen die Nutzung von Rehabilitation nach sich zieht, bei Männern gilt dies zusätzlich bei Herz-Kreislaufkrankungen, bei Frauen für den Fall, dass die Cholesterinwerte erhöht sind. Ebenfalls für beide Geschlechter ist festzustellen, dass längerfristig erhöhte Fettstoffwechselfparameter unabhängig davon, ob eine Behandlung erfolgt, Bestandteil einer gesundheitlichen Gesamtlage sind, die zu einer Rehabilitations-Inanspruchnahme führen.

Die gravierendsten gesundheitsbezogenen Ereignisse, die traditionell auch durch rehabilitative Maßnahmen vermieden werden sollen, sind Frührente und frühzeitiger Tod. Das Ereignis Frührente steht nach unseren Ergebnissen einerseits wie die Rehabilitations-Inanspruchnahme in einem signifikanten statistischen Zusammenhang mit Krankheiten des Bewegungsapparates, Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Männern und mit einer negativen Beurteilung der eigenen gesundheitlichen Situation. Andererseits hängt es aber nicht nur signifikant mit unabhängig von einer Behandlung festgestellten problematischen Fettstoffwechselwerten zusammen, sondern auch mit Übergewichtsproblemen und bei einzelnen Altersgruppen mit dem Raucherstatus. Die multivariaten Analysen zeigen somit für die Frührente einen deutlicheren Zusammenhang mit Risikofaktoren als für die Rehabilitations-Inanspruchnahme.

Für frühverstorbene Probanden konnte die Rehabilitations-Inanspruchnahme im Nachhinein nicht erhoben werden. Das Spektrum der behandelten Erkrankungen, das in einem statistisch signifikanten Zusammenhang steht mit dem zu erklärenden Ereignis vorzeitiger Tod, stellt sich ebenfalls anders dar. Bei Frauen und Männern sind es eine (längerfristig) behandelte Hypertonie und Diabetes, bei Frauen darüber hinaus Lebererkrankungen, bei Männern unabhängig von einer Behandlung festgestellte pathologische Leberwerte, die in einem systematischen Zusammenhang mit dem Ereignis frühzeitiger Tod stehen. Des Weiteren sind hierfür der Raucherstatus sowie in einzelnen Altersgruppen problematische Pulswerte von Bedeutung.

Insgesamt legen die Ergebnisse nahe, dass der Zeitpunkt, zu dem rehabilitative Maßnahmen einsetzen, eine wichtige Rolle spielt für die mögliche Effektivität der Rehabilitation im Rahmen eines gesundheitlichen Krisenmanagements. In der hier untersuchten Personengruppe lässt sich auf Grund der erfassten Informa-

tionen, trotz vorhandener Daten zur Zeitachse nicht feststellen, dass Rehabilitation zu einem Zeitpunkt beansprucht wird, zu dem ein statistisch messbarer Effekt erzielt wird. Vor allem die multivariaten Ergebnisse deuten vielmehr darauf hin, dass zu einem Zeitpunkt, zu dem schon manifeste Risiken festzustellen sind bzw. sogar schon massive Behandlungsmaßnahmen erforderlich sind, Rehabilitation im Sinne ihrer traditionellen Aufgabenbestimmung noch nicht eingesetzt wird. Dies mag darin begründet sein, unter welchen Bedingungen Rehabilitation gegenwärtig überhaupt erst in Anspruch genommen werden kann, da sie nicht explizit als Instrument der Prävention verstanden wird.

Wird Rehabilitation unabhängig von den gegenwärtig bestehenden rechtlichen Regelungen ihrer Inanspruchnahme und vor allem unabhängig von den gegenwärtigen verfahrenstechnischen Interpretationen dieser Regelungen auch als (sekundär-/tertiär-) präventives Versorgungsinstrument gesehen, mit dem durch einen zeitgerechten Einsatz ein Beitrag geleistet werden soll, Frühberentung bzw. gar vorzeitigen Tod zu vermeiden, lassen sich Indikatoren finden, bei deren Auftreten im Alter vor dem fünfzigsten Lebensjahr bzw. gegebenenfalls im Alter vor dem vierzigsten Lebensjahr Rehabilitationsmaßnahmen in ein Behandlungsschema integriert werden sollten.

Auch wenn die statistisch identifizierten konkreten Indikatoren sich in einer anderen Untersuchungsgruppe im Einzelnen anders darstellen könnten, scheint folgende Argumentation allgemein tragfähig.

1. Die Existenz mehrerer Risikofaktoren unabhängig von einem schon realisierten Behandlungsbedarf im Alter von unter vierzig Jahren sollte Anlass sein, Rehabilitationsmaßnahmen zu veranlassen. Die festgestellten Risikofaktoren sind Übergewicht, Rauchen, Hypertonie, Lungenvolumen außerhalb der Norm, erhöhte Blutfette/ Cholesterin/ Leberwerte, negative physische Arbeitsplatzbelastungen.
2. Diabetes/ Lebererkrankungen im Alter von unter 50 Jahren.
3. Eine tendenziell chronifizierte Erkrankung (mehr als zwei Jahre in Behandlung) mit einem Schweregrad, der zu längeren bzw. mehr AU-Zeiten und/ oder stationären Krankenhausaufenthalten führte.
4. Eine Multimorbiditätssituation (mehr als eine Erkrankung) mit einer Chronifizierungstendenz bei mindestens einer Erkrankung (mehr als zwei Jahre in Behandlung) im Alter von unter 50 Jahren.

Die angeführten Indikatoren stehen alle in einem statistisch signifikanten Zusammenhang mit den Ereignissen Frührente und/oder Frührtod. Sicherlich

kann die Existenz eines Indikators nicht in jedem Fall als hinreichend gewertet werden, um eine Rehabilitationsmaßnahme zu empfehlen, weil ihre gesundheitsbezogene Gewichtigkeit unterschiedlich ist. Denkbar wäre aber, eine Rehabilitationsbedürftigkeit zu vermuten, wenn zumindest zwei oder drei der Indikatoren in den entsprechenden Altersfenstern festgestellt werden.