

Ambulante Rehabilitation – ein Versorgungsbereich profiliert sich

Berthold Lindow, Dr. Here Klosterhuis, Barbara Naumann

Seit der sozialrechtlichen Gleichstellung der ambulanten mit der stationären Rehabilitation 1996 hat sich eine differenzierte, von den Versicherten weitgehend akzeptierte Versorgungsstruktur entwickelt, die sich an den Qualitätskriterien der stationären Rehabilitation orientiert. Dabei zeichnen sich vor allem der orthopädische und kardiologische Indikationsbereich durch innovative Konzepte und eine dynamische Entwicklung von Einrichtungen und Rehabilitandenzahlen aus. Auch im Bereich der Nachsorge werden die Vorteile der wohnortnahen Rehabilitation vielfach genutzt. Der Versorgungsbereich der ambulanten Rehabilitation verdient mittlerweile eine differenzierte Betrachtung.

1. Historie

Als zukunftsweisend für die Entwicklung der ambulanten Rehabilitation können bereits die Empfehlungen der Kommission zur Weiterentwicklung der Rehabilitation der Rentenversicherung (RV) aus dem Jahr 1991 angesehen werden¹. So wurden im Abschlussbericht zur Weiterentwicklung der „nichtstationären“ Rehabilitation entsprechend der rehabilitativen Zielsetzung sowohl Konzepte und Organisationsformen, die eine integrierte und interdisziplinäre Behandlung ermöglichen, als auch eine trägerübergreifende Abstimmung mit der Krankenversicherung empfohlen. Bereits damals wurde die nichtstationäre Leistung einerseits anstelle einer stationären Leistung (Ersatzfunktion) und andererseits als deren Fortführung (Ergänzungsfunktion) gesehen. Übereinstimmend mit den Empfehlungen für die muskuloskeletalen Erkrankungen und die Kardiologie wurde eine mit stationären Leistungen vergleichbare Qualität der Durchführung und der Ergebnisse der ambulanten Rehabilitation gefordert.

Mittlerweile hat sich in der ambulanten Rehabilitation eine differenzierte Versorgungsstruktur entwickelt. Sie unterscheidet zwischen der ganztägig ambulanten Form, die einer kontinuierlichen ganztägigen, komplexen und multimodalen Versorgung entspricht, und einer für die Sucht-Rehabilitation etablierten berufsbegleitenden ambulanten Rehabilitation in Form einzelner medizinisch-therapeutischer Maßnahmen in einer Rehabilitationseinrichtung. 1994 wurden erste Modellvorhaben zur ambulanten Rehabilitation, teilweise mit wissenschaftlicher Begleitung, in die Praxis umgesetzt. Trotz der ermutigenden Anfänge war die Reaktion der RV nach der sozialrechtlichen Gleichstellung der ambulanten Leistungsform im Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz (WFG) 1996 bezüglich des Ausbaus eines neuen Versorgungsbereichs eher zurückhaltend. Unter Postulierung regional ausgewiesener

Mindestfallzahlen wurden ökonomisch tragfähige Voraussetzungen für die ambulante Rehabilitation lediglich für eine begrenzte Anzahl definierter Verdichtungsräume gesehen².

Zehn Jahre später hat sich der Versorgungsbereich der ambulanten Rehabilitation mit einer stabilen und

weiter wachsenden Zahl von Versorgungseinrichtungen und Rehabilitanden etabliert. Diese Entwicklung wurde ermöglicht durch frühzeitige Vorgaben zur Struktur- und Leistungsgestaltung, politische Impulse wie das Gutachten des Sachverständigenrates zur Über-, Unter- und Fehlversorgung³, aber auch durch eine eher unerwartete Akzeptanz der Versicherten für diese neue Versorgungsform. Betrachtet nach Indikationen und Regionen stellt sich die Versorgungssituation allerdings nach wie vor differenziert dar^{4,5}. Die folgenden Ausführungen analysieren die Inanspruchnahme dieser Rehabilitations-

form, ihre Stärken und Schwächen im Vergleich zur stationären Rehabilitation und Aspekte der Reha-Qualitätssicherung.

Berthold Lindow ist Referatsleiter im Bereich Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik der Deutschen Rentenversicherung Bund, Dr. Here Klosterhuis leitet diesen Bereich, Barbara Naumann ist Mitarbeiterin in diesem Bereich.

¹ VDR (Hrsg.), Bericht der Reha-Kommission des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger – Empfehlungen zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. Dezember 1991.

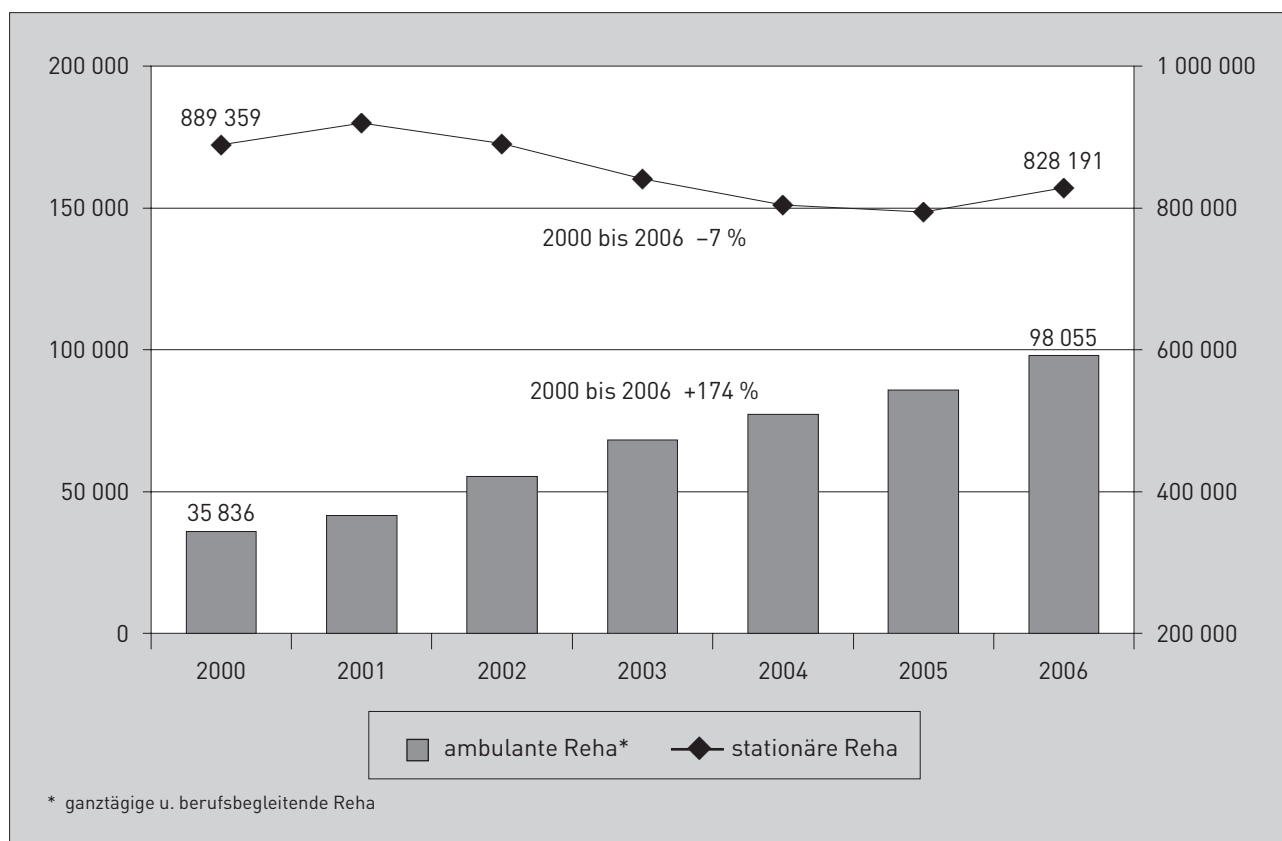
² Müller-Fahrnow: Qualitätssicherung und bundesweite Bedarfsplanung und -steuerung der medizinischen Rehabilitation. Rehabilitationsforum der BfA und der LVA Brandenburg, Potsdam 23./24. 9.1996.

³ Klosterhuis: Bedarfsgerechte Rehabilitation? Ein Beitrag zur aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion. DAngVers 12/00 (2000): S. 1–5.

⁴ Koch, Morfeld: Weiterentwicklungsmöglichkeiten der ambulanten Rehabilitation in Deutschland. Die Rehabilitation, Jg. 43, Heft 5 (2004): S. 284–295.

⁵ Hibbeler: Ambulante Rehabilitation – Ungenutzte Potentiale – Der Anteil ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen ist in den letzten Jahren gewachsen. Doch die Möglichkeiten sind noch längst nicht ausgeschöpft. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 103, Heft 50 (2006): S. A3372–A3374.

Abb. 1: Ambulante und stationäre Rehabilitation 2000 bis 2006 – Deutsche Rentenversicherung



Quelle: Reha-Antragsstatistik, Bewilligungen, Tab.: 73.0.

2. Inanspruchnahme ambulanten Rehabilitation

Abbildung 1 zeigt die Entwicklung der Zahl ambulanter und stationärer Rehabilitationen in den Jahren 2000 bis 2006 für die Deutsche Rentenversicherung. Die dargestellte kontinuierliche Zunahme der Fallzahlen ist – wie erwähnt – auf mehrere Faktoren zurückzuführen. Dazu gehören die im Zeitverlauf wachsende Zahl von Versorgungseinrichtungen und die höhere Akzeptanz der Versicherten^{6, 7}.

Auch die Veröffentlichung der Rahmenempfehlungen für die ambulante Rehabilitation durch die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) hat die Entwicklung gefördert. Die trägerübergreifend abgestimmten Empfehlungen zu Konzept-, Prozess- und Strukturmerkmalen gaben Trägern und Einrichtungen eine klare Orientierung und führten in den Jahren 2001 und 2002 zu einem sprunghaften Anstieg der anerkannten Einrichtungen. Die gemeinsame Basis erleichterte die Koordination zwischen den Trägern bei der Anerkennung neuer Einrichtungen. Die unterschiedliche indikationsspezifische Entwicklung unterliegt dabei jeweils eigenen Voraussetzungen.

Das Diagnosespektrum der ambulanten Rehabilitation (s. Abb. 2, S. 208) unterscheidet sich deutlich von dem der stationären. Der marginale Anteil für die Onkologie, Psychosomatik und Neurologie erklärt sich aus der späteren Konzeptumsetzung, den komplexeren Anforderungen und teilweise den geringen Fallzahlen. Für die Sucht-Rehabilitation ist zu berücksichtigen, dass sowohl die ganztägig ambulanten Leistungen als auch die der berufsbegleitenden ambulanten Rehabilitation enthalten sind.

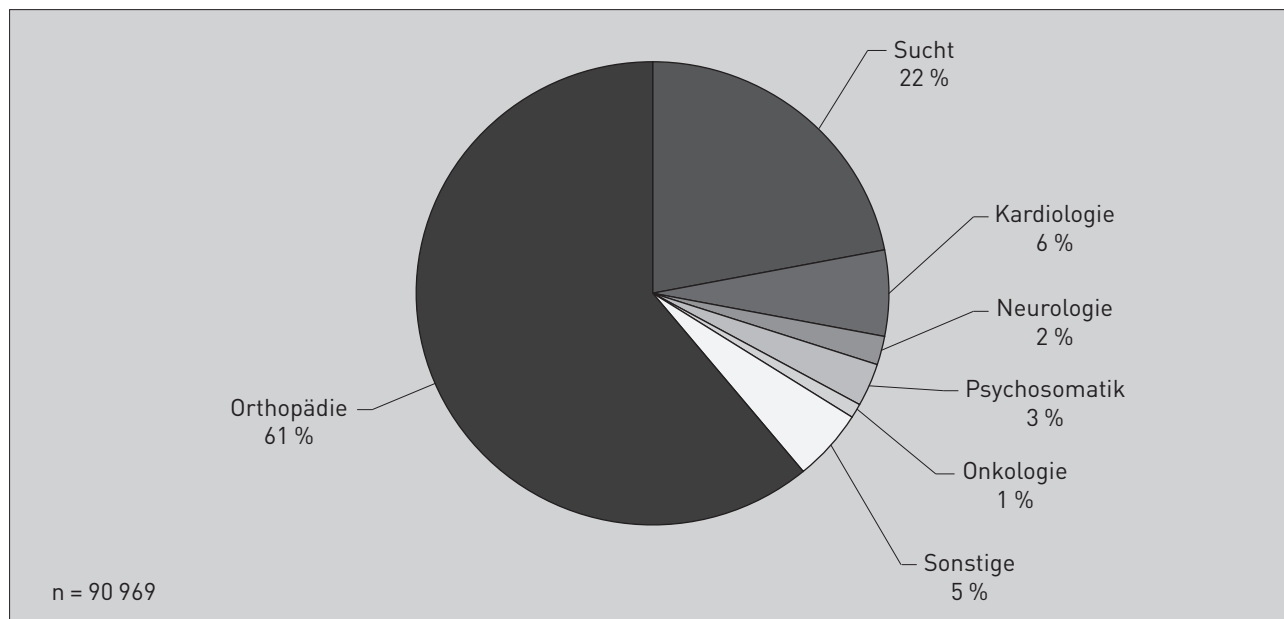
Durch eine wesentlich früher verbreitete ambulante rehabilitative Versorgung nach dem Konzept der Ambulanten Orthopädisch-Traumatologischen Rehabilitation (AOTR) war die Zahl der potenziellen Leistungserbringer für die orthopädische Rehabilitation gerade in Ballungsgebieten wesentlich größer und schneller ausbaufähig. Die orthopädische Rehabilitation macht daher mit 61% den mit Abstand größten Teil aller ambulanten Maßnahmen aus. Weiterhin ist der Anteil der Leistungen im Antragsverfahren im Vergleich zu Anschlussheilbehandlungen in der Orthopädie wesentlich größer als in der Kardiologie.

Andere Voraussetzungen bestehen für die Sucht-Rehabilitation. Hier existiert seit 1991 dank der Empfehlungsvereinbarung Ambulante Reha Sucht ein niedrigschwelliges Rehabilitationsangebot in Form einzelner medizinisch-therapeutischer Maßnahmen in einer Reha-Einrichtung, das annähernd flächen-

⁶ Keck, Egner: Die Rehabilitationsleistungen der Deutschen Rentenversicherung Bund im Jahr 2005. RVaktuell, Jg. 53, Heft 8 (2006): S. 353–364.

⁷ Korsukéwitz, Rehfeld: Medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung – aktueller Stand und Perspektiven. RVaktuell, Jg. 53, Heft 11 (2006): S. 449–460.

Abb. 2: Diagnosespektrum der ambulanten Rehabilitation 2006 (vorläufig) – Deutsche Rentenversicherung



Quelle: ISRV Tab.: 222.00 M. Bewilligungen.

deckend umgesetzt wird. Hierfür findet sich ebenfalls eine wachsende Akzeptanz, so dass im Jahr 2006 etwa ein Viertel der Leistungen der Sucht-Rehabilitation für die Deutsche Rentenversicherung Bund in dieser Form erbracht wurden. Zwischen diesem indikationsspezifischen Angebot und der stationären Versorgung etabliert sich für die Abhängigkeitserkrankungen in den letzten Jahren zusätzlich ein drittes Segment: die ganztägig ambulante Rehabilitation. Auch diese wird zunehmend in Anspruch genommen und mit anderen Versorgungsformen kombiniert.

Unabhängig von der indikationsspezifischen Entwicklung zeigen sich auch regionale Unterschiede. Diese sind überwiegend durch die Bevölkerungsverteilung zu erklären. Aber auch andere Aspekte wie regionale Versorgungsschwerpunkte der Leistungsträger sind anzuführen.

Die Abb. 3 zeigt für die Orthopädie den Anteil der ambulant durchgeführten Maßnahmen in den Bundesländern. Bundesweit liegt der Anteil bei 14 %, der höchste Wert ergab sich mit 27 % für Hamburg. Es ist davon auszugehen, dass sich diese Unterschiede im Verlauf der Zeit bis zu einem gewissen Grad verringern. Bei dem Anspruch einer bedarfsgerechten Versorgung wird allerdings eine Diskrepanz zwischen Flächendeckung einerseits und ökonomischer Tragfähigkeit andererseits bestehen bleiben, so dass der Anspruch einer „Vollversorgung“ nicht realisierbar sein wird. Dabei werden für die Indikation der muskuloskeletalen Erkrankungen frühere Einschätzungen übertroffen, ihr Anteil liegt in Ballungsgebieten deutlich über 20 % aller orthopädischen Reha-Leistungen. Eine abschließende Prognose des Maximalanteils ist nicht möglich. Die Zunahme der ambulanten Leistungen wird wesentlich durch die Entwicklung in den übrigen Indikationen bestimmt sein.

3. Ambulante und stationäre Rehabilitanden im Vergleich

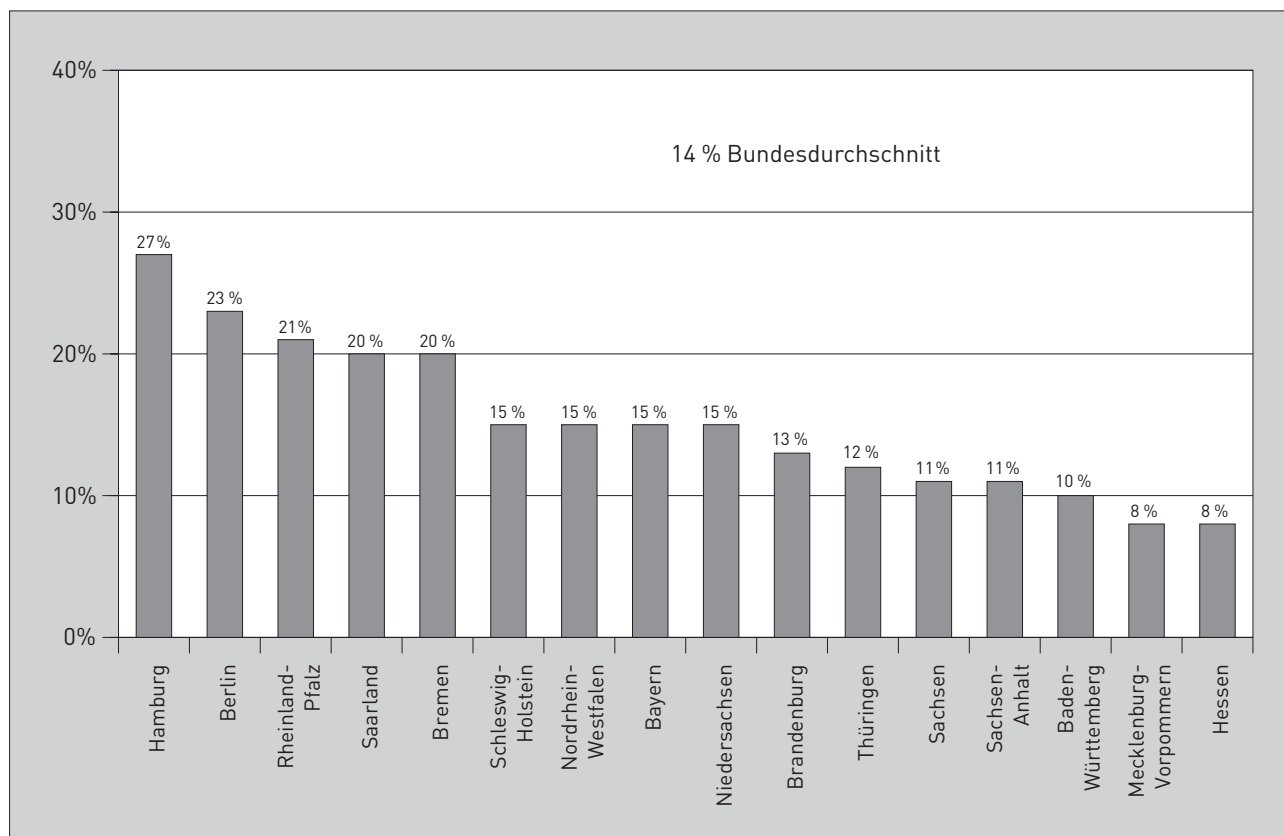
Der Ausbau der ambulanten Rehabilitation wurde innerhalb der RV vor allem in Bezug auf umschriebene Versichertengruppen diskutiert⁸. So sollten besondere Zielgruppen für diese Versorgungsform definiert werden. Paradigmatisch wurden u. a. Alleinerziehende mit kleinen Kindern gesehen, denen eine stationäre Versorgung aus Betreuungsgründen nicht möglich sei. Einschränkend wurden spezifische Kriterien der Reha-Fähigkeit für die ambulante Versorgung diskutiert, die sich auf die Wegefähigkeit und besonders auf die zusätzliche Belastung durch die Alltagssituation bezogen.

Diese Einschätzungen fanden auch Eingang in die Zuweisungssteuerung der RV. Teilweise wurde den Antragstellern eine Wahlmöglichkeit zur Versorgungsform eingeräumt, um die Akzeptanz zu erhöhen und Widersprüche zu vermeiden. Aus dieser Zeit stammen die letzten systematisch vergleichenden Untersuchungen, in denen wesentliche Unterschiede zwischen stationären und ambulanten Rehabilitanden⁹ beschrieben wurden. Die Leistungsfähigkeit der ambulanten Rehabilitation, die Vermittlung ihrer Vorteile, die Einbeziehung in Verfahren der Anschlussrehabilitation und die Zahl der erbrachten Leistungen haben dieses Bild einer deutlich unterscheidbaren Klientel in der ambulanten rehabilitativen Versorgung mittlerweile stark relativiert.

⁸ Clausing, Wille: Ambulante medizinische Rehabilitation, ein Begriff mit vielen Gesichtern. DAngVers, Jg. 41, Heft 12 (1994): S. 434–437.

⁹ Bürger, Koch: Wie groß ist der Bedarf für ambulante Formen der Rehabilitation im Bereich der Orthopädie? Ergebnisse eines Mehrperspektivenansatzes. Die Rehabilitation 38 (1999): S. 12–23.

Abb. 3: Anteil der ambulanten orthopädischen Rehabilitation 2005 – Deutsche Rentenversicherung – nach Bundesland



Quelle: RYD, n = 310 912.

Eine Auswertung der Gruppe der orthopädischen Rehabilitanden der Deutschen Rentenversicherung Bund im Jahr 2006 zeigt für Männer eine Verteilung von 20 % ambulanten Rehabilitationen gegenüber 80 % stationären. Für Frauen liegt der Anteil mit 84 % stationären Rehabilitationen etwas höher. Bei Anschlussheilbehandlungen ist der Anteil in der ambulanten Versorgung mit 11% deutlich geringer als mit 20 % im Antragsverfahren.

Die Tabelle 1 (s. S. 210) zeigt weitere Parameter in einer vergleichenden Übersicht.

Die Altersgruppe bis 39 Jahre bevorzugt deutlich ein ambulantes Setting. Der ambulante Anteil an allen Leistungen liegt hier bei 30 %, ab dem 50. Lebensjahr liegt der Anteil lediglich bei 13 %. Rehabilitanden, die in den vorangegangenen Jahren bereits eine Rehabilitation in Anspruch genommen haben, finden sich zu 9 % in der ambulanten Rehabilitation. Für die Erst-Rehabilitanden liegt die Verteilung bei 18 % ambulanten Rehabilitationen gegenüber 82 % stationären.

Bezüglich weiterer soziodemographischer Merkmale, aber auch der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung sowohl für den Bezugsberuf als auch für den all-

gemeinen Arbeitsmarkt lassen sich keine nennenswerten Unterschiede mehr feststellen. Auffällig ist demgegenüber, dass in der ambulanten Rehabilitation die längerfristig arbeitsunfähigen Rehabilitanden anteilig stärker vertreten sind als in der stationären. Neben Indikation und Wohnort (Ballungsraum) erweisen sich also jüngeres Alter, das Fehlen rehabilitativer Vorerfahrungen und eine stärkere Belastung durch Arbeitsunfähigkeit als Merkmale, die eine ambulante Rehabilitation begünstigen.

Zusammenfassend gleichen sich die Rehabilitandengruppen bei weiter bestehenden Unterschieden in wesentlichen Merkmalen zunehmend an, ein Zeichen für einen vollwertig etablierten Versorgungsbereich. Diese Veränderungen sind durch das Schwinden der anfänglichen Zurückhaltung bei Trägern und Versicherten genauso begründet wie in der Leistungsfähigkeit der Einrichtungen auch bei komplexen rehabilitativen Aufgabenstellungen.

4. Qualität der ambulanten Rehabilitation

Die Qualität der ambulanten Rehabilitation muss generell den gleichen Anforderungen genügen wie die stationäre Rehabilitation. Für den stationären Versorgungssektor existiert eine Reihe von bewährten Instrumenten und Verfahren der Qualitätssicherung, die schon seit über zehn Jahren in die Routine eingeführt sind¹⁰. Außerdem sind auch heute schon eine

¹⁰ Egner, Gewinn, Buschmann-Steinhage: Stand der Qualitätssicherung in der Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung. Die Rehabilitation Jg. 45, Heft 4 (2006): S. 221–231.

Tabelle 1: Ambulante und stationäre orthopädische Rehabilitanden nach ausgewählten Merkmalen 2006 – Deutsche Rentenversicherung Bund

	Ambulante orthopädische Rehabilitanden n = 21 810	Stationäre orthopädische Rehabilitanden n = 103 507	Gesamt n = 125 317
Alter			
30–39 Jahre	30 %	70 %	100 %
40–49 Jahre	21 %	79 %	100 %
50–59 Jahre	13 %	87 %	100 %
Durchschnittsalter	46,3 Jahre	50,6 Jahre	
Rehabilitation in den letzten Jahren?			
ja	9 %	91 %	100 %
nein	18 %	82 %	100 %
Arbeitsunfähigkeit vor Reha			
keine AU-Zeiten	15 %	85 %	100 %
bis unter 3 Monate AU	17 %	83 %	100 %
3 bis 6 Monate AU	25 %	75 %	100 %
6 und mehr Monate AU	20 %	80 %	100 %
Leistungsfähigkeit*			
6 Stunden und mehr	18 %	82 %	100 %
3 bis 6 Stunden	16 %	84 %	100 %
unter 3 Stunden	15 %	85 %	100 %

* Letzte Beschäftigung.

Reihe von Instrumenten und Verfahren sowohl für die stationäre als auch für die ambulante Rehabilitation im Einsatz^{11,12}. Das gilt für qualitätsrelevante Ergebnisse wie die Vollständigkeit von Entlassungsberichten, deren Laufzeit, Auswertungen zur therapeutischen Versorgung auf der Basis der KTL-Dokumentation (KTL: Klassifikation Therapeutischer Leistungen) und die Umsetzung der Reha-Prozessleitlinien der RV.

In einem Pilotprojekt der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung zur Qualitätssicherung in der ambulanten medizinischen Rehabilitation wurden mit wissenschaftlicher Begleitung die aus der stationären Rehabilitation bewährten Instrumente und Verfahren an die ambulante Versorgungsform angepasst¹³. Das Projekt zeigte vergleichbare Ergebnisse wie für stationäre Einrichtungen: einerseits eine hohe Varianz für einzelne Qualitätsparameter zwischen den Reha-Einrichtungen, andererseits aber insgesamt Qualitätseinschätzungen, die mit stationären vergleichbar sind.

Ein Schwerpunkt der Qualitätssicherung der ambulanten Rehabilitation liegt auf der Einrichtungsbetreuung. Da in den letzten Jahren in der Regel neue Einrichtungen in Anspruch genommen wurden, ist von einem aktuellen, abgestimmten Therapiekonzept und einer Visitation vor Ort auszugehen. Hinzu kommt, dass diese Aktivitäten entsprechend den gesetzlichen Vorgaben trägerübergreifend erfolgen, so dass die Einheitlichkeit der Trägeranforderungen ebenfalls unterstützt wird. Detaillierte Angaben zu

Struktur- und Personalvoraussetzungen sind mit den Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation der BAR^{14,15} entwickelt worden, die eine klare Orientierung für Einrichtungen und Träger bieten und wesentlich zu einem qualitätsorientierten, einheitlichen Standard beitragen.

Es existieren weiterhin aus der Aufbauphase der ambulanten Rehabilitation wissenschaftliche Untersuchungen zu unterschiedlichen Fragen der Qualität der ambulanten Rehabilitation. Vergleichsmaßstab ist dabei fast immer die stationäre Rehabilitation. Bezüglich Versorgungsqualität und Zufriedenheit der Rehabilitanden werden keine signifikanten Unterschiede

¹¹ Klosterhuis: Qualitätssicherung der ambulanten Rehabilitation – Stand und Perspektiven. 3. Fachtagung der Deutschen Rentenversicherung Bund am 9./10. 5. 2006 in Berlin, (2006).

¹² Beckmann, Mitschele, Naumann, Klosterhuis: Aktuelle Ergebnisse aus der Qualitätssicherung der ambulanten und stationären Suchtrehabilitation. Sucht aktuell, Jg.13, Heft 2 (2006): S. 21–27.

¹³ Beckmann: Ergebnisse des Pilotprojektes von GKV und RV zur Qualitätssicherung in der ambulanten Rehabilitation muskuloskeletaler und kardiologischer Erkrankungen. 3. Fachtagung der Deutschen Rentenversicherung Bund am 9./10. 5. 2006 in Berlin, (2006).

¹⁴ BAR (Hrsg.), Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen vom 8. 9. 2005 (2005).

¹⁵ BAR (Hrsg.), Rahmenempfehlungen zur ambulanten kardiologischen Rehabilitation vom 8. 9. 2005 (2005).

festgestellt. Das bestätigen sowohl Befragungsergebnisse^{16,17,18} als auch die Ergebnisse aus dem bereits erwähnten Pilotprojekt zur Qualitätssicherung der ambulanten Rehabilitation. Unbefriedigend fällt dagegen die Einschätzung der gewünschten Einbeziehung des sozialen und beruflichen Kontextes bei der ambulanten Rehabilitation aus. Hier wird ein verfügbares und wichtiges Potenzial der Wohnort- und Arbeitsplatznähe erkennbar noch nicht ausgeschöpft. Erklärungsmodelle führen unzureichende Ressourcen und fehlende Akzeptanz bei den Rehabilitanden an.

Für die derzeit anwendbaren Parameter kann festgestellt werden, dass mit der stationären Rehabilitation überwiegend vergleichbare Resultate erkennbar sind. Eine deutliche Schwäche zeigt sich gerade in den Aspekten, die die Besonderheit der ambulanten Versorgungsform ausmachen und in die spezifische Erwartungen gesetzt wurden. Eine Stärke findet sich in der Versorgungskontinuität, die sich in einer stringenteren Nutzung von Nachsorgeleistungen zeigt. Mittelfristig wird die ambulante Rehabilitation vollständig in die Reha-Qualitätssicherung der RV einbezogen. Das gilt bereits für die Qualität der therapeutischen Versorgung, die mittels einer in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung eingeführten Codierung nach der KTL in gleicher Weise wie in der stationären Rehabilitation abgebildet wird. Ebenso finden die KTL-basierten Prozessleitlinien in der ambulanten Rehabilitation Anwendung und ermöglichen zusätzliche Vergleiche der Versorgungsqualität^{19, 20, 21}.

Eine Vergleichsmöglichkeit zeigt die Abb. 4 (s. S. 212). Die Gegenüberstellung der therapeutischen Versorgung von ambulanten und stationären Rehabilitanden mit Koronarer Herzkrankheit (KHK) gemessen an den KTL-basierten Anforderungen der entsprechenden Reha-Leitlinie zeigt, dass die Ergebnisse der ambulanten Rehabilitation, die sich im Erfüllungsgrad für die ausgewählten evidenzbasierten Therapiemodule (ETM) zeigen, für fast alle Module den stationären Versorgungsbereich übertreffen.

Auch die übrigen Instrumente und Verfahren der Reha-Qualitätssicherung werden an die Leistungsform angepasst und sukzessive eingeführt. Derzeit läuft nach einer Peer-Schulung im November 2006 erstmalig ein Peer-Review-Verfahren für die Indikationen muskuloskeletale Erkrankungen und Kardiologie von ambulanten Rehabilitanden. Die bereits zitierten Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation der BAR enthalten sehr detaillierte Angaben zu Struktur- und Personalvoraussetzungen.

Durch die Beschreibung des Vorgehens wird ebenfalls deutlich, dass ein wichtiger Bestandteil der Qualitätssicherung in der stationären Rehabilitation, nämlich der Ergebnisvergleich über mehrere Erhebungszeiträume, in der ambulanten Rehabilitation noch nicht möglich ist. Zusammenfassend bleibt festzustellen, dass sich die Beurteilung der Qualität in der ambulanten Rehabilitation an den Instrumenten und Verfahren der stationären orientieren muss. Dabei werden die Besonderheiten der Leistungsform berücksichtigt. Die derzeitigen Bewertungen stützen sich besonders auf Ergebnisse von wissenschaftlichen Untersuchungen, in deren Betrachtungsmittelpunkt Vergleiche mit Daten aus der stationären Versorgung standen, und auf die Ergebnisse der Visitationen vor Ort. Danach bestehen im Vergleich zur stationären Rehabilitation keine signifikanten Unterschiede in der Struktur- und Versorgungsqualität sowie der Zufriedenheit der Rehabilitanden mit der Behandlung.

5. Nachsorge nach medizinischer Rehabilitation

Die Entwicklung von Nachsorgeleistungen vollzog sich zunächst unabhängig von der ambulanten Rehabilitation, da diese im § 31 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) bereits als Leistungen zur Sicherung des Rehabilitationserfolges vorgesehen waren. Aktuell wird eine intensive Diskussion zur konzeptionellen Weiterentwicklung von Nachsorgeangeboten geführt^{22, 23}. Sie wird gespeist aus der Erfahrung mit unterschiedlichen Nachsorge-Modellen, durch die Entwicklung neuer Konzepte und die erweiterten Zielstellungen des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX). Die Möglichkeiten einer wohnortnahen ambulanten Rehabilitation geben dieser Diskussion zusätzliche Impulse.

Wie in der Abb. 5 (s. S. 213) gezeigt, hat die Inanspruchnahme von Nachsorgeleistungen in den letzten Jahren stark zugenommen. So hat sich beispielsweise die Zahl durchgeführter Leistungen der Inten-

¹⁶ Nischan, Klosterhuis, Bürger: Die Qualität der Versorgung in der ambulanten orthopädischen Rehabilitation – Ergebnisse einer Patientenbefragung. DAngVers, Jg. 50, Heft 10 (2003): S. 486–492.

¹⁷ Schillinger: Rehabilitation der BfA – aktueller Stand und Perspektiven. Rehabilitationsforum der BfA in Berlin am 27./28. 2. 2003. Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (2003): S. 45–58.

¹⁸ Bürger, Dietsche, Koch, Nischan, Klosterhuis: Ambulante Rehabilitation im Spiegel der Nutzer – Ergebnisse zur Qualität der Regelversorgung in der ambulanten orthopädischen Rehabilitation der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte. Die Rehabilitation, Jg. 43, Heft 2 (2004): S. 90–99.

¹⁹ Klosterhuis: Rehabilitations-Leitlinien als Instrument der Qualitätssicherung der Rehabilitation. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen Bd. 99, Ausgabe 1/2005 (2005): S. 41–46.

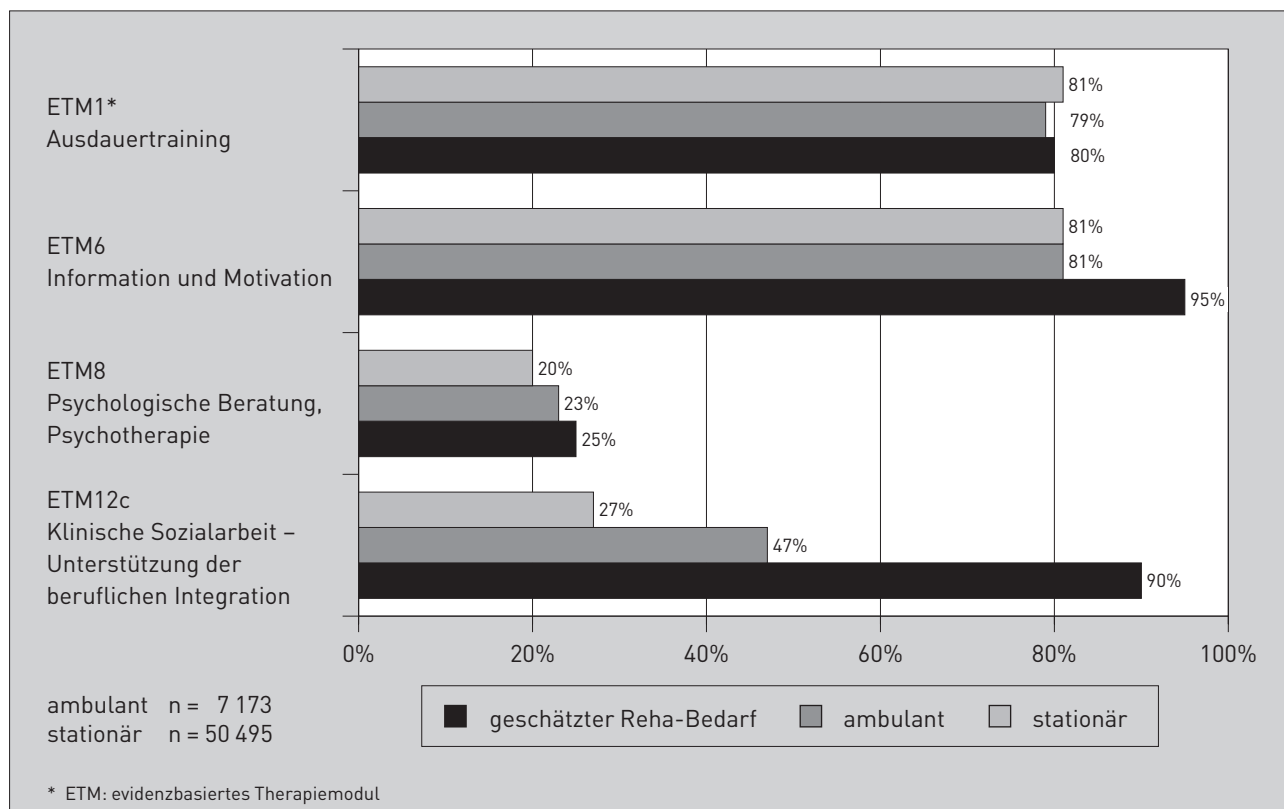
²⁰ Brüggemann, Klosterhuis: Leitlinien für die medizinische Rehabilitation – eine wesentliche Erweiterung der Qualitätssicherung. RVaktuell, Jg. 52, Heft 10/11 (2005): S. 467–475.

²¹ Bitzer, Brüggemann, Klosterhuis, Döring: Akzeptanz und Praktikabilität der Leitlinie für die Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit. Die Rehabilitation, Jg. 45, H. 4 (2006): S. 203–212.

²² Köpke: Aufwerten, ausbauen und systematisieren – Eine Analyse von Situation, Reformbedarf und innovativen Projekten zur Nachsorge in der Rehabilitation der Rentenversicherung. Die Rehabilitation, Jg. 44, Heft 6 (2005): S. 344–352.

²³ Köpke (Hrsg.): Nachsorge in der Rehabilitation – Eine Studie zur Optimierung von Reha-Leistungen in der gesetzlichen Rentenversicherung. Eine Bestandsaufnahme im Auftrag der Landesversicherungsanstalt Schleswig-Holstein (2004).

Abb. 4: Reha-Leitlinie Koronare Herzkrankheit – Ambulante und stationäre Rehabilitanden – Deutsche Rentenversicherung Bund 2006



sivierten Rehabilitationsnachsorge (IRENA) der Deutschen Rentenversicherung Bund in den letzten fünf Jahren verfünffacht. Für die Deutsche Rentenversicherung insgesamt wurden 2006 mehr als 108 000 Nachsorgeleistungen abgeschlossen, jeweils 10 % davon als Rehabilitationssport und Funktionstraining.

Es besteht eine vielfältige Angebotsstruktur und eine indikationsspezifische und regional unterschiedliche Inanspruchnahme. Bei einigen Indikationen existieren traditionell bewährte und früh entwickelte Leistungsangebote wie das Funktionstraining in der Rheumatologie und der Rehabilitationssport in der Kardiologie. Die entsprechenden Versorgungsstrukturen stehen zur Verfügung und werden von Vereinen, Verbänden und auch von Selbsthilfevereinigungen getragen²⁴.

Zusätzlich haben mehrere Rentenversicherungsträger (RV-Träger) spezifische Nachsorgeprogramme entwickelt, die sich entweder auf Reha-Einrichtungen oder auch auf weniger spezifische Angebote stützen. Verbreitet sind Nachsorgekonzepte für die Indikationen Orthopädie, Kardiologie, Neurologie und Psychosomatik. Indikationsbezogen werden am häufigsten Nachsorgeleistungen bei muskuloskeletalen Erkrankungen und in der Kardiologie durchgeführt²⁵. Der Anteil variiert bei den muskuloskeletalen Erkrankungen in Abhängigkeit von der Form der vorangegangenen Rehabilitation. Nach ambulanter Rehabilitation werden wesentlich häufiger Nachsorgeleistungen in An-

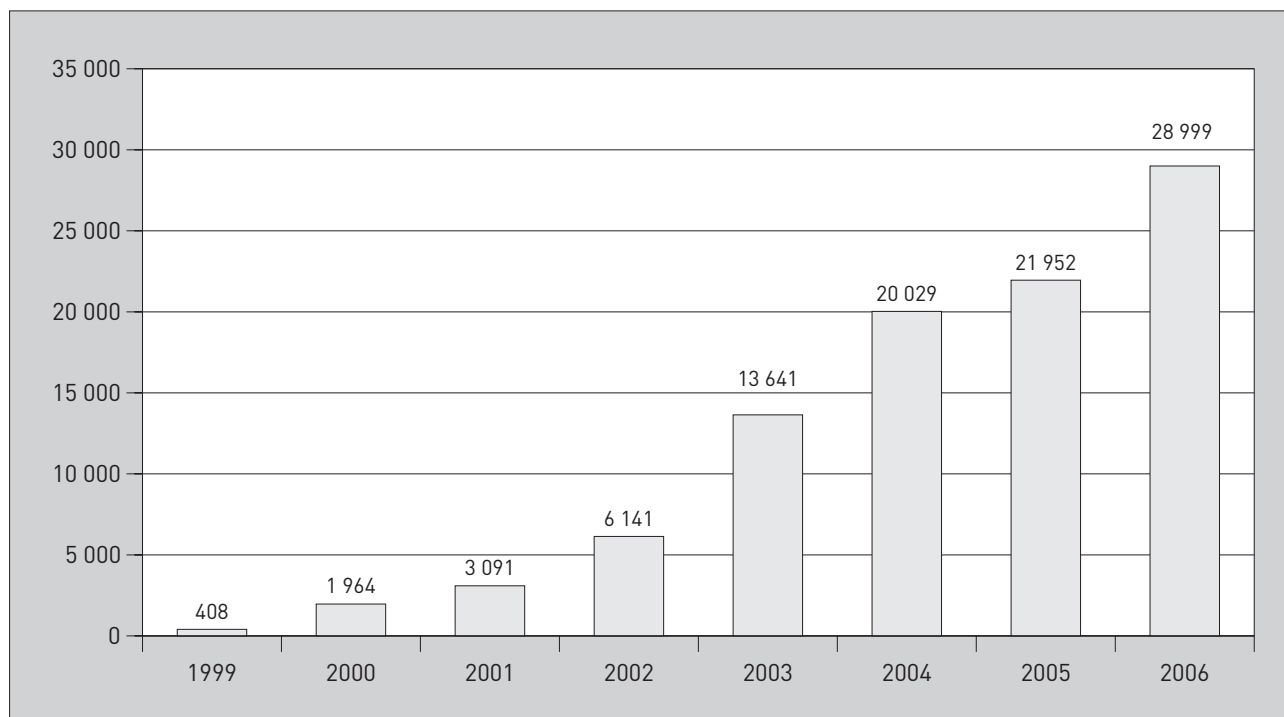
spruch genommen als nach stationärer Rehabilitation. Konkret nimmt jeder zweite ambulante orthopädische Rehabilitand an einer Nachsorgeleistung teil, bei den stationären Rehabilitanden sind es nur 15 %.

Darüber hinaus schwankt der Anteil der Rehabilitanden, für die eine Nachsorgeempfehlung von der Reha-Einrichtung ausgesprochen wird. In der Kardiologie überwiegen die Empfehlungen für die angesprochenen Herzsportgruppen für ca. 50 % der Rehabilitanden deutlich. Für die Psychosomatik ist ein strukturiertes Nachsorgekonzept mit halboffenen Gruppen entwickelt worden, das in enger Kooperation mit den Reha-Einrichtungen steht. Die Fallzahlen sind noch gering. Die neurologische Nachsorge ist dadurch limitiert, dass die individuelle Ausprägung der Erkrankungen selten Gruppenleistungen, wie in der Nachsorge vorgesehen, erlaubt. Einen besonderen Status nehmen die Abhängigkeitserkrankungen ein, da die Nachsorgeleistungen hier in der bis zum Jahr 2001 gültigen Empfehlungsvereinbarung geregelt waren und diese Regelung anschließend für die RV fortgeschrieben wurde. Daneben hat die Selbsthilfe für die Indikation Abhängigkeitserkrankungen einen

²⁴ Klosterhuis, Gross, Winnefeld: Erfolgreiche Rehabilitation braucht Nachsorge und Selbsthilfe – ihr Stellenwert in der Rehabilitation der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA). Selbsthilfegruppenjahrbuch 2002 (2002): S. 90-100.

²⁵ Klosterhuis: Qualitätssicherung der ambulanten Rehabilitation – Stand und Perspektiven. ebd.

**Abb. 5: Inanspruchnahme von Nachsorge-Leistungen (IRENA) 2000–2006
Deutsche Rentenversicherung Bund**



Quelle: Abt. Rehabilitation, abgerechnete Leistungen, einschließlich Curriculum Hannover.

anerkannt hohen Stellenwert bei der Sicherung des Reha-Erfolges.

Im Ergebnis kann festgestellt werden, dass Nachsorgeleistungen mittlerweile ein wesentlicher Bestandteil der rehabilitativen Versorgung sind. Ihre konzeptionelle Weiterentwicklung hat durch die ambulante Rehabilitation neue Impulse bekommen. Diese bestehen nicht nur in der größeren Verfügbarkeit von Leistungserbringern, sondern auch in der Form der Leistungserbringung, die bei den Nachsorgeleistungen ambulant ist. Handlungsbedarf besteht bezüglich einer Präzisierung der Indikationsstellung^{26,27}, einer gewissen Vereinheitlichung der Nachsorgeangebote und einer stärkeren Berücksichtigung der Nachsorge in der Reha-Qualitätssicherung, insbesondere bei der Rehabilitandenbefragung, dem Peer-Review-Verfahren und der Reha-Leitlinie.

6. Fazit

In den letzten zehn Jahren hat sich die rehabilitative Versorgungsstruktur deutlich verändert. Die ganz-tägig ambulante Rehabilitation, insbesondere für die Indikationsbereiche Orthopädie, Kardiologie und auch für Abhängigkeitskranke ist seither durch innovative Konzepte und eine dynamische Zunahme von

Versorgungseinrichtungen und Rehabilitandenzahlen gekennzeichnet. Die Leistungserbringung orientiert sich dabei im Wesentlichen an den Qualitätskriterien der stationären Versorgung. Die bisher verfügbaren Ergebnisse zeigen, dass die ambulanten Einrichtungen dabei durchaus das Niveau der stationären erreichen.

Für einige Bereiche – z. B. die Nachsorge – werden die Besonderheiten und Vorteile einer wohnortnahen Rehabilitation erkennbar genutzt. In anderen Bereichen – wie z. B. der Vernetzung der Versorgungsegmente und der Einbeziehung von sozialem und beruflichem Kontext – werden die Möglichkeiten noch nicht ausgeschöpft. Der Aufbau von Versorgungsstrukturen und die Inanspruchnahme der bestehenden Einrichtungen weisen nach wie vor deutliche regionale und indikationsbezogene Unterschiede auf. Insgesamt hat sich die neue Form der Versorgung jedoch etabliert und ein eigenes Profil gewonnen. Aus der zunehmenden Differenzierung des Leistungsgeschehens und den innovativen Ansätzen resultieren umfassende Fragen auch für Epidemiologie, Reha-Qualitätssicherung und Forschung, deren Ergebnisse die künftige Entwicklung mitbestimmen werden. Wesentliche Aspekte werden dabei die Suche nach der jeweils besten Lösung in einem differenzierten System der medizinischen Rehabilitation im Sinne des Voneinander-Lernens und Miteinander-Verbindens sein. Dabei gilt es, die Vielfalt der Lösungsmöglichkeiten und Ansätze mit der Zielstellung einer optimalen rehabilitativen Versorgung der Versicherten zu gestalten.

²⁶ Gerdes, Bührlen, Lichtenberg, Jäckel: Rehabilitationsnach-sorge – Analyse der Nachsorgeempfehlungen und ihrer Umsetzung. Roderer (Hrsg.), (2005).

²⁷ Jäckel: Verstetigung des Rehabilitationserfolges – was kann Nachsorge leisten? Rehabilitationsforum der BfA, 21./22. 2. 2005, Berlin (2005).