

Wie gut ist die ambulante Rehabilitation? Aktuelle Ergebnisse der Reha-Qualitätssicherung

PD Dr. Eckehardt Baumgarten, Berthold Lindow, Dr. Here Klosterhuis

Das Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz (WFG) schuf im Jahr 1996 mit der sozialrechtlichen Gleichstellung der ambulanten und stationären Rehabilitation grundlegende Voraussetzungen für die Rentenversicherung (RV), am Aufbau einer ambulanten rehabilitativen Versorgungsstruktur mitzuwirken. Eine kontinuierliche Steigerung der Inanspruchnahme ambulanter Rehabilitationsangebote in den Folgejahren wurde von einer wachsenden Zahl eigenständiger Rehabilitationszentren mit ambulantem Reha-Angebot begleitet. Für die RV erwuchs aus dieser Entwicklung die Verpflichtung, eine umfassende Reha-Qualitätssicherung auch für diese konzeptionell neue Versorgungsform zu etablieren, um ein zur stationären Rehabilitation gleichwertiges Therapieangebot zu gewährleisten. Die für die ambulante Rehabilitation eingesetzten Instrumente der Qualitätssicherung orientieren sich an erprobten Verfahren aus der stationären Rehabilitation¹. Erste Analysen der Reha-Qualitätssicherung bestätigen ein gleichwertig hohes Qualitätsniveau stationärer und ambulanter Reha-Einrichtungen. Die ambulante Rehabilitation zeichnet sich dabei durch andere Akzentuierungen im therapeutischen Leistungsgeschehen aus. Auch die Verknüpfung mit nachgehenden Leistungen wird in den ambulanten Reha-Einrichtungen in höherem Ausmaß realisiert. Für die künftige Entwicklung sollten diese Unterschiede im Rahmen eines produktiven Austauschs für die weitere Verbesserung der rehabilitativen Versorgung der Versicherten genutzt werden.

1. Inanspruchnahme ambulanter Rehabilitation

Mit der Verabschiedung des WFG wurden wesentliche Voraussetzungen geschaffen, um den Aufbau ambulanter Rehabilitationsstrukturen für die RV einzuleiten². Aufgrund günstiger Rahmenbedingungen, unterstützt durch konzeptionelle und strukturelle Rahmenempfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), kam es in wenigen Jahren zu einer deutlichen Zunahme von ambulanten Reha-Einrichtungen und zu einer kontinuierlich steigenden Zahl ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen^{3,4}. Rehabilitationen, die kontinuierlich, tagesstrukturiert und multiprofessionell durchgeführt werden, werden als ganztägig ambulante

Rehabilitation bezeichnet. Die Wohnortnähe ermöglicht es, die Angehörigen, den Hausarzt, den Betriebsarzt sowie Nachsorgestrukturen in den Rehabilitationsprozess einzubeziehen, um den Transfer veränderter Verhaltensweisen in den Alltag unmittelbar vorzubereiten. Im Rahmen klinischer Sozialarbeit und Sozialtherapie ist darüber hinaus eine Zusammenarbeit mit dem beruflichen Umfeld oder auch eine Einbeziehung des Arbeitsplatzes sinnvoll und wird mit den Instrumenten der Qualitätssicherung nachvollzogen. Zusätzlich existiert bei Abhängigkeitserkrankungen eine berufsbegleitende ambulante Rehabilitation in Form einzelner medizinisch-therapeutischer Maßnahmen in einer Rehabilitationseinrichtung.

Reha-Einrichtungen mit dem Indikationsschwerpunkt Orthopädie repräsentieren heute das Gros ambulanter Reha-Einrichtungen. Ambulante Rehabilitationsleistungen dieser Indikation nehmen den weitaus größten Anteil an allen ambulanten Maßnahmen ein. Der Anteil ambulanter Leistungen lag im Jahr 2007 bei 15% aller orthopädischen Reha-Leistungen. Damit ist eine weitere Steigerung gegenüber 2006 erkennbar⁵. Abb. 1 (s. S. 336) zeigt für die Indikation Orthopädie den Anteil von Reha-Leistungen, der ambulant durchgeführt wurde, aufgeteilt nach Bundesländern.

In Abhängigkeit von Versorgungsstruktur und Erreichbarkeit werden ambulante Rehabilitationen weiterhin in starkem Maße in Ballungsräumen in

PD Dr. Eckehardt Baumgarten und Berthold Lindow sind Mitarbeiter des Bereichs Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik der Deutschen Rentenversicherung Bund, Dr. med. Dipl.-Soz.wiss. Here Klosterhuis leitet diesen Bereich.

¹ Egner, Gewinn, Buschmann-Steinhage (2006): Stand der Qualitätssicherung in der Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung. Die Rehabilitation, Jg. 45, H. 4, S. 221-231.

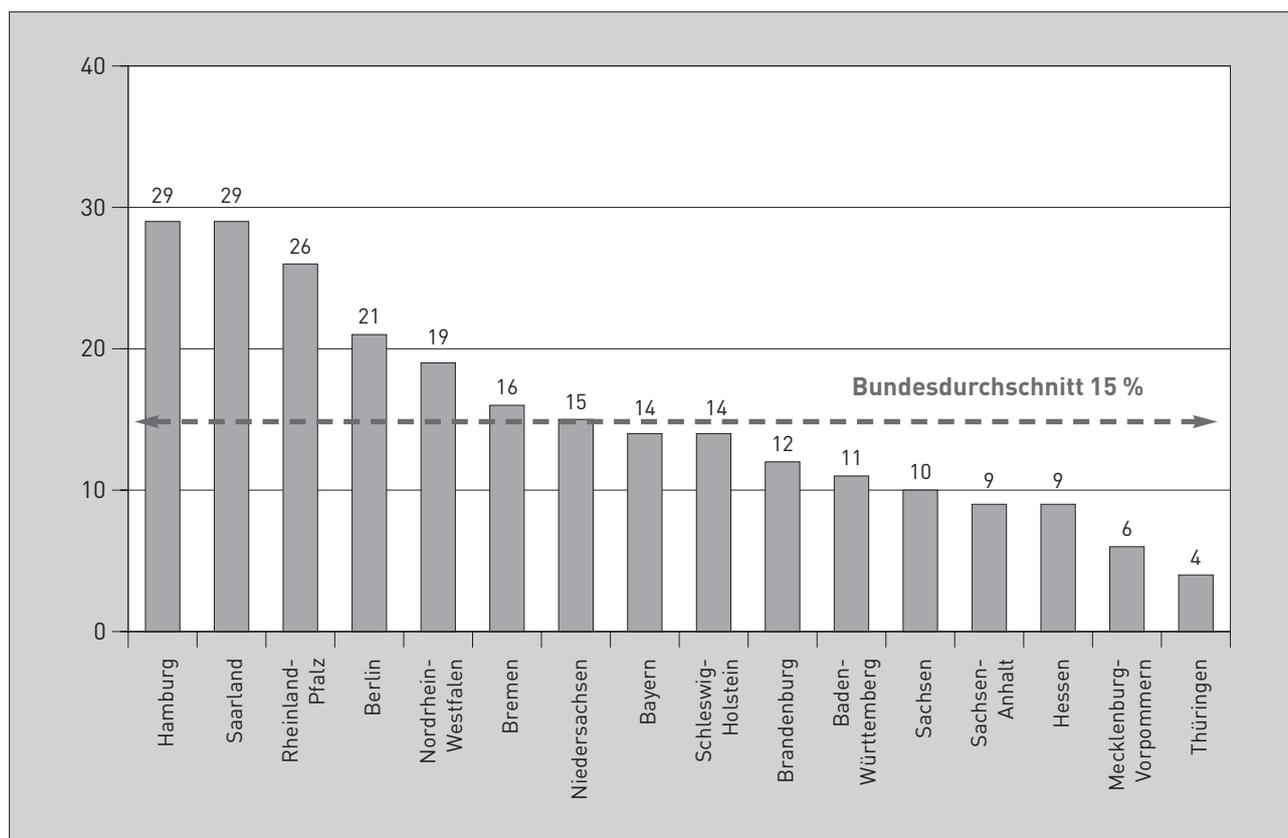
² Müller-Fahrnow (1996): Qualitätssicherung und bundesweite Bedarfsplanung und -steuerung der medizinischen Rehabilitation. Rehabilitationsforum der BfA und LVA Brandenburg. Potsdam 23./24. 9. 1996.

³ Hibbeler (2006): Ungenutzte Potenziale. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 103, H. 50, S. 3372-3374.

⁴ BAR (Hrsg.) (2005): Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen vom 8. 9. 2005.

⁵ Lindow, Klosterhuis, Naumann (2007): Ambulante Rehabilitation – ein Versorgungsbereich profiliert sich. RVaktuell, Jg. 54, H. 7, S. 206-213.

Abb. 1: Anteil ambulanter orthopädischer Rehabilitation 2007 nach Bundesland in %



Quelle: RYD 2007, n = 297.368.

Anspruch genommen. Dabei werden heute – mit Anteilen von über 20 % in den Ballungsräumen – frühere Einschätzungen deutlich übertroffen. Eine hohe Schwankungsbreite der Anteile zwischen 29 % in Hamburg und 4 % in Thüringen verdeutlicht aber auch, dass die Durchführung einer bedarfsgerechten und flächen-deckenden ambulanten Reha-Leistung in eher dünn besiedelten Regionen an Grenzen der ökonomischen Tragfähigkeit stößt.

2. Unterschiedliche Rehabilitanden in der ambulanten und stationären orthopädischen Rehabilitation?

Die Möglichkeit der rehabilitativen Leistungserbringung in einer ambulanten oder stationären Form wirft die Frage auf, welche Merkmale der Rehabilitanden die Inanspruchnahme in die eine oder andere Richtung beeinflussen. Bei der Betrachtung der Geschlechtsverteilung fällt auf, dass Männer gegenüber den Frauen bei der ambulanten Rehabilitation etwas stärker vertreten sind. Von allen orthopädischen Rehabilitanden nehmen 16 % der Männer und 13 % der Frauen das ambulante Setting in Anspruch. Ambulante Rehabilitanden sind mit einem Durchschnittsalter von 46,5 Jahren etwas jünger als stationäre, deren mittleres Alter bei knapp 50 Jahren liegt. Bezüglich weiterer sozialer Merkmale wie z. B. Arbeitslosigkeit vor der Reha oder auch der Stellung im Beruf lassen sich nur unwesentliche Unterschiede feststellen. Bei der sozialmedizinischen Leistungs-

beurteilung ist die etwas jüngere Klientel ambulanter Rehabilitanden durch einen sehr hohen Anteil nicht leistungsgeminderter Patienten für den Bezugsberuf gekennzeichnet und liegt damit oberhalb der stationären Vergleichsgruppe. Hinsichtlich des allgemeinen Arbeitsmarktes finden sich keine Unterschiede der Leistungsbeurteilung. Wie aus Voruntersuchungen bekannt, lässt sich auch aktuell ein gewisser Unterschied bei längerfristig arbeitsunfähigen Rehabilitanden erkennen. Rehabilitanden mit einer Arbeitsfähigkeit von über drei Monaten vor Rehabilitation sind mit einem etwas höheren Anteil in der ambulanten Rehabilitation vertreten.

Tabelle 1 zeigt einige Parameter in einer vergleichenden Übersicht.

Die Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit bei somatischen Erkrankungen ist nicht selten durch eine psychische Komorbidität geprägt. Ein Vergleich stationärer und ambulanter Rehabilitanden mit einer orthopädischen Erst-Diagnose lässt bei ambulanten Patienten einen Anteil von 16 % und bei stationären einen Anteil von 24 % mit psychischer Begleiterkrankung erkennen. Eine vermeintlich geringere Beeinträchtigung ambulanter Patienten relativiert sich jedoch vor dem Hintergrund möglicher unterschiedlicher Dokumentationsgewohnheiten und struktureller Gegebenheiten im stationären Bereich, wie z. B. orthopädische und psychosomatische Fachabteilungen unter einem Dach.

Nach mehreren Jahren Aufbau der neuen rehabilitativen Leistungsform erscheinen die soziodemographischen Unterschiede ambulanter und stationärer Rehabilitanden nunmehr relativ stabil⁶. Orthopädische Rehabilitanden der ambulanten Leistungsform rekrutieren sich eher aus urbanen Regionen und sie sind durch ein etwas geringeres Alter sowie eine leicht höhere Repräsentanz von Männern gekennzeichnet. Infolge des jüngeren Alters findet sich in ambulanten Einrichtungen ein etwas höherer Anteil lediger Personen. Es kann – unter Berücksichtigung der vorliegenden Routinedaten – von einem ähnlichen Ausmaß der Beeinträchtigung in beiden Leistungsformen ausgegangen werden.

3. Ausgewählte Qualitätsergebnisse der ambulanten und stationären Rehabilitation

3.1 Therapeutisches Leistungsprofil

Mit Aufnahme der ambulanten Rehabilitation in die Regelversorgung der RV sind Instrumente der Qualitätssicherung, wie das Reha-Entlassungsberichtsverfahren mit Prüfung der Vollständigkeit von Entlassungsberichten und die Dokumentation der therapeutischen Versorgung auf der Basis der Klassifikation Therapeutischer Leistungen (KTL)⁷, eingesetzt worden. Ziel der KTL ist es, das therapeutische Leistungsspektrum der Reha-Einrichtungen abzubilden, zu bewerten sowie unter inhaltlichen Fragestellungen analysieren zu können⁸. Damit ist die KTL ein zentrales Instrument zur Sicherung der Prozessqualität. Eine vergleichende Bewertung der therapeutischen Versorgung in ambulanten und stationären Reha-Einrichtungen ist nur indikationsspezifisch sinnvoll (vgl. Tabelle 2, S. 338).

Eine Betrachtung der therapeutischen Versorgung in ambulanten und stationären orthopädischen Reha-Einrichtungen verdeutlicht zunächst, dass in beiden Leistungsformen mehrere reha-spezifische Therapieangebote von einem sehr großen Anteil der Rehabilitanden wahrgenommen werden. Dabei handelt es sich um Leistungen der Sport- und Bewegungstherapie sowie Physiotherapie und Schulungsleistungen. Gemessen an der Anzahl der Therapiestunden pro Woche erhalten ambulante Rehabilitanden deutlich mehr Sport-, Bewegungs- und Physiotherapie. Aber auch bei Schulungen und Beratungen findet sich im

Tabelle 1: Ambulante und stationäre orthopädische Rehabilitanden der Deutschen Rentenversicherung nach ausgewählten Merkmalen – 2007

	Ambulante orthopädische Rehabilitanden (n = 43.764) – in % –	Stationäre orthopädische Rehabilitanden (n = 255.484) – in % –
Frauen	45	50
Männer	55	50
Alter		
– 18 bis 29 Jahre	6	3
– 30 bis 39 Jahre	19	10
– 40 bis 49 Jahre	37	31
– 50 bis 59 Jahre	34	47
– > 60 Jahre	4	9
Durchschnittsalter	46,3 Jahre	49,7 Jahre
Arbeitsunfähigkeit vor Reha		
– keine AU-Zeiten	15	18
– bis unter 3 Monate AU	49	52
– 3 bis 6 Monate AU	19	14
– 6 und mehr Monate AU	13	12
– nicht erwerbstätig	4	4
Leistungsfähigkeit in der letzten Beschäftigung		
– 6 Stunden und mehr	81	78
– 3 bis 6 Stunden	7	8
– unter 3 Stunden	10	12
– keine Angaben erforderlich	2	2
Psychische Begleiterkrankungen im Entlassungsbericht dokumentiert	16	24
AHB-Anteil	24	26

⁶ Bürger, Koch (1999): Wie groß ist der Bedarf für ambulante Formen der Rehabilitation im Bereich der Orthopädie? – Ergebnisse eines Mehrperspektivenansatzes. Die Rehabilitation 38, S. 12–23.

⁷ Bitzer, Dörning, Beckmann, Somhammer, Zander, Klosterhuis (2006): Verbesserte Dokumentation als Grundlage für Reha-Qualitätssicherung – Weiterentwicklung der Klassifikation therapeutischer Leistungen. RV-aktuell, Jg. 53, H. 9/10, S. 398–406.

⁸ Klosterhuis, Zander (2006): Wie berufsorientiert ist die medizinische Rehabilitation? – Auswertungen von Routinedaten der Rentenversicherung. In: Müller-Fahrnow, Hansmeier, Karoff (Hrsg.): Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation. Assessments – Interventionen – Ergebnisse, Pabst Science Publishers, S. 293–305.

ambulanten Bereich eine höhere Therapiedichte. In den Rekreationstherapien und in der Pflege geben stationäre Einrichtungen deutlich höhere Leistungsmengen ab. Den ambulanten Reha-Einrichtungen steht hierfür eine geringere strukturelle Ausstattung zur Verfügung. Eine höhere Therapieintensität mit dem Schwerpunkt auf aktiver Bewegungsorientierung, aber auch Beratung und Information ist kennzeichnend für das tagesstrukturierte ambulante Reha-Setting mit einer vergleichsweise jüngeren Klientel.

Tabelle 2: Leistungsverteilung in orthopädischen Reha-Einrichtungen – Erkrankungen der Wirbelsäule und des Rückens

	Dauer der entsprechenden Reha-Leistungen Stunden/Woche		Anteil entsprechend behandelter Rehabilitanden in %	
	Ambulant n = 13.397	Stationär* n = 46.036	Ambulant	Stationär
Sport- und Bewegungstherapie	6,5	4,2	96	92
Physiotherapie	3,5	2,9	97	95
Information, Motivation, Schulung	3,2	2,9	96	97
Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie	0,3	0,3	59	43
Ergotherapie, Arbeitstherapie und andere funktionelle Therapie	0,8	0,9	55	36
Klinische Psychologie, Neuropsychologie	1,5	1,5	82	71
Reha-Pflege	0,3	0,3	11	21
Physikalische Therapie	2,6	2,6	96	96
Rekreationstherapie	1,0	2,1	14	33

* 50%-Stichprobe.

Quelle: RYD der DRV 2007, 16. 9. 2008.

3.2 Reha-Leitlinien

Die Prinzipien der evidenzbasierten – und wenn möglich leitliniengestützten – Medizin sollen auch in der medizinischen Rehabilitation zur Anwendung kommen. Das gilt sowohl für die stationäre als auch für die ambulante Rehabilitation. Die Deutsche Rentenversicherung fördert deshalb die Entwicklung sog. Prozessleitlinien für die medizinische Rehabilitation. Hier werden nicht einzelne Rehabilitanden, sondern die Gesamtheit aller Rehabilitanden einer Indikation in einer Rehabilitationseinrichtung betrachtet. Auf der Grundlage der dokumentierten Therapieleistungen nach KTL wird die therapeutische Versorgung mittels „Evidenzbasierter Therapiemodule“ (ETM) abgebildet und den Reha-Einrichtungen zurückgemeldet⁹. In Abb. 2 wird beispielhaft die therapeutische Versorgung, gemessen an den KTL-basierten Anforderungen für ambulante und stationäre Rehabilitanden mit koronarer Herzerkrankung, verglichen. Die Auswertung bezieht sich auf die Einführungsphase der Leitlinien.

Es wird erkennbar, dass die Ergebnisse der ambulanten Rehabilitation, die sich im Erfüllungsgrad für ausgewählte evidenzbasierte Therapiemodule zeigen, bei einigen Modulen den stationären Versorgungsbereich übertreffen. Das wird bei den Modulen mit sport- und bewegungsorientierten Therapieanteilen, aber auch bei der Entspannungstherapie deutlich.

3.3 Strukturqualität

Vor dem Hintergrund gesetzlicher Anforderungen (§ 20 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch – SGB IX), aber auch um ein gleichwertiges Qualitätsniveau in ambu-

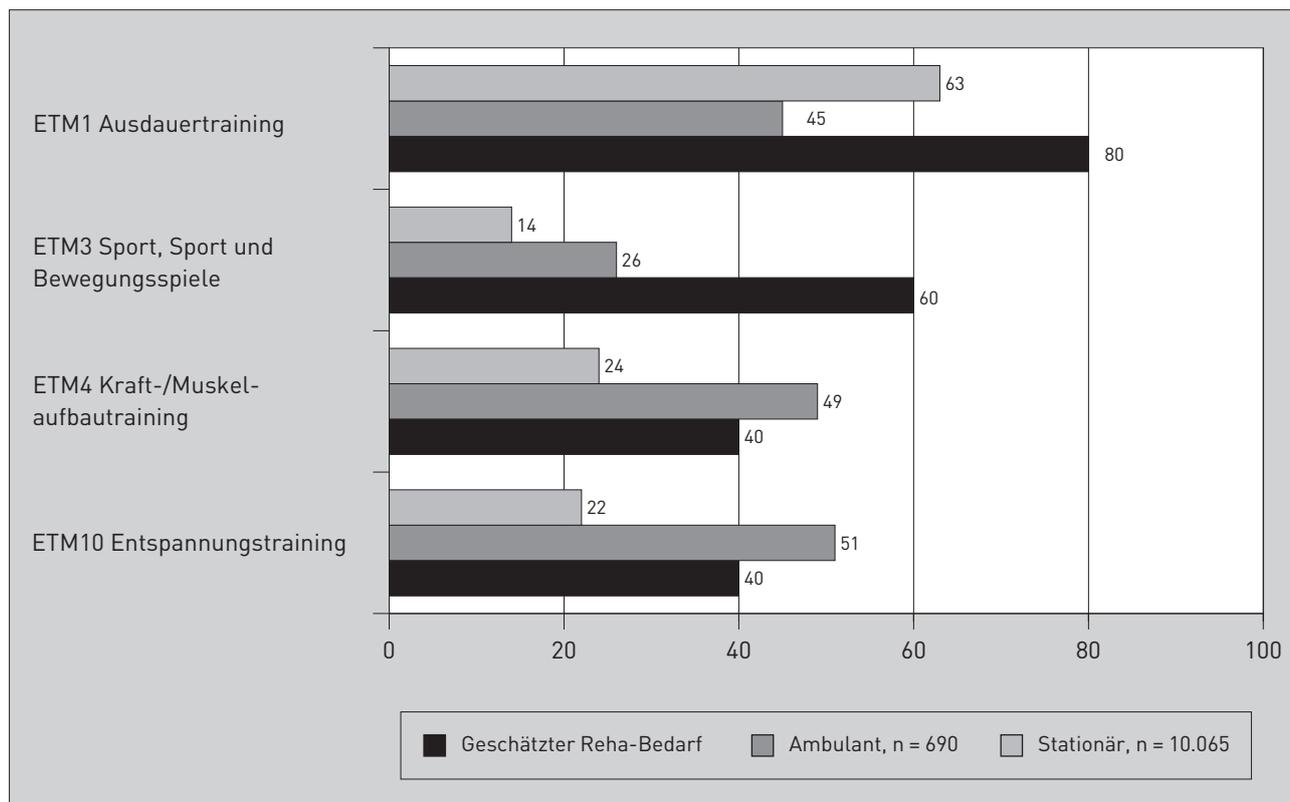
lantent und stationären Einrichtungen zu fördern, wurde bereits 2003 auf der Grundlage einer Kooperation von gesetzlichen Krankenkassen und gesetzlicher RV eine Studie zur Qualitätssicherung der ambulanten Rehabilitation der Orthopädie und Kardiologie und Abhängigkeitserkrankungen begonnen. Ziel war es, bekannte Qualitätssicherungsinstrumente der stationären Reha zur Strukturhebung, zur Prozessqualität (Peer Review), zur Patientenzufriedenheit und zum subjektiven Behandlungserfolg (Rehabilitandenbefragung) hinsichtlich ihrer Praktikabilität für die ambulante Leistungsform zu evaluieren¹⁰. Zur Erhebung der Strukturqualität wurde analog zur stationären Reha ein Instrument angewandt, das in den Jahren zuvor als Ergebnis eines breiten Diskussionsprozesses entstanden war und darüber hinaus die Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation der BAR berücksichtigte. Insgesamt wurden mehr als 100 Strukturmerkmale für die räumliche, technische und personelle Ausstattung für einzelne Indikationen festgelegt¹¹.

⁹ Brüggemann (2005): Das Reha-Leitlinienprogramm der BfA. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen, Bd. 99, 1/2005, S. 47–50.

¹⁰ Farin, Dudeck, Meffert, Glattacker, Jäckel, Beckmann, Böwering (2007): Qualitätssicherung in der ambulanten medizinischen Rehabilitation: Konzeption und Ergebnisse eines Pilotprojekts zur Entwicklung eines Qualitätssicherungsprogramms für die Indikationsbereiche muskuloskeletale und kardiologische Erkrankungen. Die Rehabilitation, Jg. 46, H. 4, S. 198–211.

¹¹ Dudeck, Farin, Meffert, Glattacker, Jäckel (2006): Ergebnisse zur Strukturqualität ambulanter Rehabilitationseinrichtungen der Indikationsbereiche kardiologische und muskuloskeletale Erkrankungen. DRV-Schriften, Bd. 64, S. 216–218.

Abb. 2: Ambulante und stationäre Rehabilitation im Qualitätsvergleich: Leitlinie für die Rehabilitation bei Koronarer Herzkrankheit 2007 – Anteil der Rehabilitanden mit leitliniengerechten Leistungen in %



Die Rahmenempfehlungen der BAR für die ambulante Rehabilitation waren richtungsweisend für die Strukturqualität ambulanter Einrichtungen. Im Rahmen der Auswertung der Pilotstudie konnte bei den 15 beteiligten orthopädischen Reha-Einrichtungen ein sehr hoher Erfüllungsgrad struktureller Kriterien zwischen 93 % und 98 % festgestellt werden. Die kürzlich für stationäre Reha-Einrichtungen abgeschlossene Strukturhebung 2007/2008 der Deutschen Rentenversicherung lässt ein ähnliches Niveau der Erfüllung struktureller Kriterien erkennen¹². Im Rahmen einer sukzessiven Einführung aller erfolgreich erprobten Instrumente und Verfahren in die Qualitätssicherung der ambulanten Rehabilitation ist eine erste umfassende Strukturhebung für die ambulante Reha geplant. Das Ziel besteht darin, eine in beiden Versorgungsformen gleichwertige Strukturqualität zu sichern.

3.4 Peer Review

Das Peer Review stellt eine stichprobenartige Einzel-fallprüfung dokumentierter Rehabilitationsverläufe

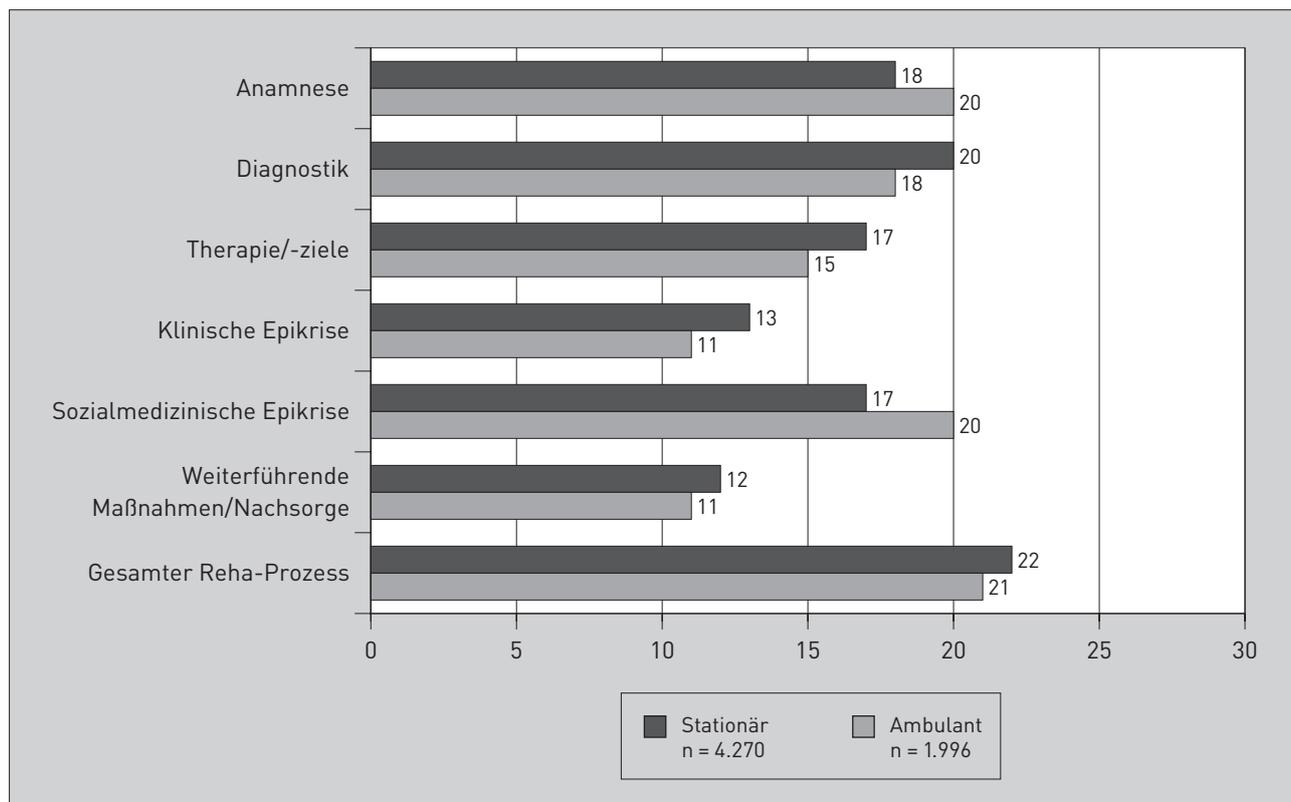
dar, die in den Reha-Entlassungsberichten und den ergänzenden Therapieplänen für jeden Rehabilitanden festgehalten sind. Eine Beurteilung dieser Verläufe erfolgt von erfahrenen Fachkollegen. Die Auswahl der Stichproben findet nach dem Zufallsprinzip statt. Bis zu 20 Entlassungsberichte einer Einrichtung werden auf der Grundlage von Checklisten qualitätsrelevanter Verlaufsmerkmale und eines Manuals mit indikationsspezifischen Bewertungskriterien begutachtet¹³. Mit dem jetzt abgeschlossenen erstmaligen Peer Review-Verfahren 2007 der ganztägig ambulanten Rehabilitation für die Indikationen Orthopädie und Kardiologie wurden über 90 % aller ambulanten Einrichtungen, die von der Deutschen Rentenversicherung belegt werden, erfasst. Sie erhielten erstmals einen einrichtungsbezogenen vergleichenden Ergebnisbericht über die Qualität ihrer Rehabilitationsprozesse.

Eine Auswertung der Reha-Entlassungsberichte für die Indikation Orthopädie zeigt ein mit der stationären Rehabilitation vergleichbares Ergebnis. In Abb. 3 (s. S. 340) werden alle Angebote eines Rehabilitationsverlaufs sowie die Bewertung des gesamten Reha-Prozesses dargestellt. Wie auch bei stationären Einrichtungen überwiegen in der ambulanten Rehabilitation deutlich die guten bis sehr guten Bewertungen (keine Mängel oder leichte Mängel). Entsprechend variieren die Anteile substanzieller Mängel (deutliche und gravierende Mängel) in beiden Leistungsformen der Rehabilitation zwischen 11 % und

¹² Grell, Lindow (2007): Strukturqualität von Reha-Einrichtungen – Erhebung 2007: Konzept, Methoden, Ergebnisse. DRV-Schriften Bd. 77, S. 150–151.

¹³ Baumgarten, Klosterhuis (2007): Aktuelles aus der Reha-Qualitätssicherung: Peer Review-Verfahren ausgewertet – bessere Reha-Qualität, aber deutliche Unterschiede zwischen Reha-Einrichtungen. RVaktuell, Jg. 54, H. 5, S. 152–154.

Abb. 3: Ambulante und stationäre Rehabilitation im Qualitätsvergleich: Peer Review 2007 – Orthopädie – Anteil substantieller Mängel bei der Beurteilung der Rehabilitation in %



21% (vgl. Abb. 3). Ein Ergebnis, das – verglichen mit Auswertungen der stationären Reha früherer Jahre – zwar positive Entwicklungen erkennen lässt, mit bis zu 20% substantieller Mängel in mehreren Bereichen aber weiterhin Verbesserungspotenzial in beiden Leistungsformen offenlegt.

Bei der Indikation Kardiologie hingegen überwiegt der Anteil schlecht bewerteter ambulanter Einrichtungen gegenüber den stationären. Die Gutachter sahen hier bei etwa der Hälfte der Einrichtungen erhebliche Qualitätsmängel. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass ein noch junges Segment der rehabilitativen Versorgung erstmalig einer Qualitätsprüfung unterzogen wurde, bleibt im Gesamtergebnis festzuhalten, dass in der Orthopädie die Prozessqualität stationärer und ganztägig ambulanter Reha-Einrichtungen als gleichwertig beurteilt wurde. Kardiologische ambulante Reha-Einrichtungen hingegen schneiden im Vergleich zu stationären Einrichtungen gegenwärtig noch deutlich schlechter ab. Hier wird im hohen Maße ein Verbesserungsbedarf deutlich.

3.5 Rehabilitandenbefragung

In der stationären Rehabilitation ist die Rehabilitandenbefragung zur Zufriedenheit und zum subjektiv wahrgenommenen Behandlungserfolg ein etablierter Bestandteil der Reha-Qualitätssicherung der RV. Sie wird seit 1997 flächendeckend und kontinuierlich durchgeführt. Bereits im Jahr 2002 erfolgte bei Ver-

sicherten der damaligen BfA mit wissenschaftlicher Begleitung eine Rehabilitandenbefragung nach Beendigung einer ambulanten orthopädischen Rehabilitation. Das Gesamtergebnis dieser, alle Rehabilitanden eines Halbjahres betreffenden Befragung fiel positiv aus und entsprach den Ergebnissen aus stationären Einrichtungen¹⁴.

Im Rahmen des bereits erwähnten Pilotprojektes zur Qualitätssicherung in der ambulanten medizinischen Rehabilitation wurden verschiedene Befragungsinstrumente und Messzeitpunkte (Reha-Beginn, Reha-Ende, 8–12 Wochen nach der Reha und 6 Monate nach Reha-Ende) erfolgreich getestet. Die von Patienten angegebenen Behandlungserfolge, besonders bei orthopädischen Patienten, waren beachtlich und noch sechs Monate nach Beendigung der Reha nachweisbar. Seit 2007 wird von der Deutschen Rentenversicherung ein überarbeiteter Fragebogen zur Messung der Rehabilitandenzufriedenheit und des subjektiven Behandlungserfolges für die stationäre medizinische Reha der somatischen Indikationen eingesetzt¹⁵. Auf der Grund-

¹⁴ Bürger, Dietsche, Koch, Nischan, Klosterhuis [2004]: Ambulante Rehabilitation im Spiegel der Nutzer – Ergebnisse zur Qualität der Regelversorgung in der ambulanten orthopädischen Rehabilitation der BfA. Die Rehabilitation, Jg. 43, H. 2, S. 90–99.

¹⁵ Widera, Klosterhuis [2007]: Patientenorientierung in der Praxis – 10 Jahre Rehabilitandenbefragung im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung. RVaktuell, Jg. 54, H. 6, S. 177–182.

lage dieser Version wurde ein Rehabilitandenfragebogen für die somatischen Indikationen auch für die ambulante Rehabilitation entwickelt. Entsprechende Testbefragungen wurden initiiert. Nach Abschluss und Auswertung dieser Testphase ist mit einer Routinebefragung ambulanter Patienten zu Beginn des kommenden Jahres zu rechnen. Darüber hinaus werden auch Befragungsinstrumente für die ambulante Rehabilitation der Indikationen psychische und Abhängigkeitserkrankungen sowie für die berufsbegleitende Suchtrehabilitation entwickelt.

3.6 Kontinuität der rehabilitativen Versorgung

Zur Sicherung der Kontinuität und Nachhaltigkeit eines anfänglich erreichten Rehabilitationserfolges sind Nachsorgeleistungen nach einvernehmlicher Meinung aller Experten ein wesentlicher und in einigen Fällen unverzichtbarer Bestandteil eines Prozesses, der eine Lebensstiländerung und Verhaltensmodifikationen zum Ziel hat¹⁶. Vielseitige Bemühungen zur Entwicklung von Nachsorgeprogrammen seitens der Rentenversicherungsträger (RV-Träger) und eine intensivierte Information sowie eine begleitende Unterstützung der Reha-Einrichtungen zur Einleitung von Nachsorgeleistungen haben in den letzten Jahren zu einer erkennbaren Steigerung der Inanspruchnahme geführt. Gleichwohl sind eine unterschiedliche Verfügbarkeit örtlicher Angebote oder auch persönliche Gründe weiterhin Hindernisse bei der praktischen Umsetzung¹⁷. Das SGB IX eröffnet vielfältige Möglichkeiten einer Leistung, je nach individuellem Bedarf, Indikation und örtlichen Gegebenheiten. Zu nennen sind hier der Reha-Sport unter ärztlicher Leitung im Rahmen von ambulanten Herzgruppen, aber auch sehr spezielle von RV-Trägern entwickelte und erfolgreich erprobte Programme wie z.B. IRENA (Intensivierte Rehabilitationsnachsorge) oder auch ARENA (Ambulante Reha-Nachsorge) und MERENA (Medizinische Reha-Nachsorge).

Es ist aus Voruntersuchungen bekannt, dass nach ambulanter Rehabilitation die Inanspruchnahme von Nachsorgeleistungen höher ist als nach stationärer Rehabilitation. Auch im Jahr 2007 erhielten Rehabilitanden der Indikation Orthopädie mit einem Anteil von 33 % häufiger eine Nachsorgeleistung als vergleichbare Patienten aus dem stationären Bereich,

die anteilig zu 11% eine Nachsorgeleistung in Anspruch nahmen. Eine nennenswerte Abweichung zwischen empfohlener Nachsorge im Entlassungsbericht und tatsächlich erhaltener findet sich weder in der einen noch in der anderen Leistungsform. Hier zeichnet sich im Vergleich zu Untersuchungen früherer Jahre eine bemerkenswerte Verbesserung der praktischen Umsetzung ab¹⁸.

Der Anteil stufenweiser Wiedereingliederungen nach § 28 SGB IX liegt mit 7% bei ambulanten Rehabilitanden über dem Wert von Versicherten aus stationären Einrichtungen. Hier hatten lediglich 3% die Möglichkeit, sich den Belastungen ihres Arbeitsplatzes schrittweise zu nähern und somit den Rehabilitationserfolg zu festigen. Der eingangs erwähnte höhere Anteil längerfristig Arbeitsunfähiger im ambulanten Setting ist eine mögliche Ursache dieses Unterschieds. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben stellen ein weiteres wesentliches Instrument zur dauerhaften Eingliederung von Rehabilitanden in das Erwerbsleben dar. Auch hier findet sich ein mit 15% leicht höherer Anteil von entsprechenden Antragstellern bei Rehabilitanden ambulanter Einrichtungen. Eine mögliche Erklärung für die höhere Inanspruchnahme von Leistungen nach ambulanter Reha zeigt sich in den spezifischen Voraussetzungen der Wohnortnähe mit den entsprechenden Kenntnissen über die unterschiedlichen lokalen Gegebenheiten und den sich daraus ergebenden direkten Einflussmöglichkeiten.

3.7 Sozialmedizinischer Verlauf nach Rehabilitation

Wesentliches Ziel der medizinischen Rehabilitation der RV ist der dauerhafte Verbleib der Rehabilitanden im Erwerbsleben. Über den weiteren sozialmedizinischen Verlauf nach einer Rehabilitation geben Auswertungen der vorliegenden Routinedaten zur Rehabilitation, Berentung und zum Erwerbsleben Auskunft¹⁹. Dargestellt wird für die vor Beginn der Rehabilitation Pflichtversicherten, welcher Anteil während eines Zwei-Jahres-Zeitraums nach der Rehabilitation Beiträge zur RV leistet, und wie viele aus dem Erwerbsleben durch Erwerbsminderungsrente, Altersrente oder Tod ausscheiden. Nachweisbare Einflussgrößen, die den sozialmedizinischen Zwei-Jahres-Verlauf der Rehabilitanden in Bezug auf die Wiedereingliederung in Arbeit beeinflussen können, sind z.B. Alter, Art und Schweregrad der Erkrankungen, verbleibende gesundheitliche Einschränkungen oder Behinderungen, Qualifikation, Dauer einer Arbeitslosigkeit oder die aktuelle Arbeitsmarktsituation. Abb. 4 (s. S. 342) zeigt den sozialmedizinischen Zwei-Jahres-Verlauf der Rehabilitanden der RV, die im Jahr 2004 eine ambulante oder stationäre Rehabilitation wegen einer orthopädischen Erkrankung abgeschlossen haben.

Insgesamt unterstreicht das Ergebnis die Effektivität der rehabilitativen Maßnahme, da für die überwiegende Zahl der Rehabilitanden beider Leistungsformen die Ziele „Erhalt der Erwerbsfähigkeit“ und

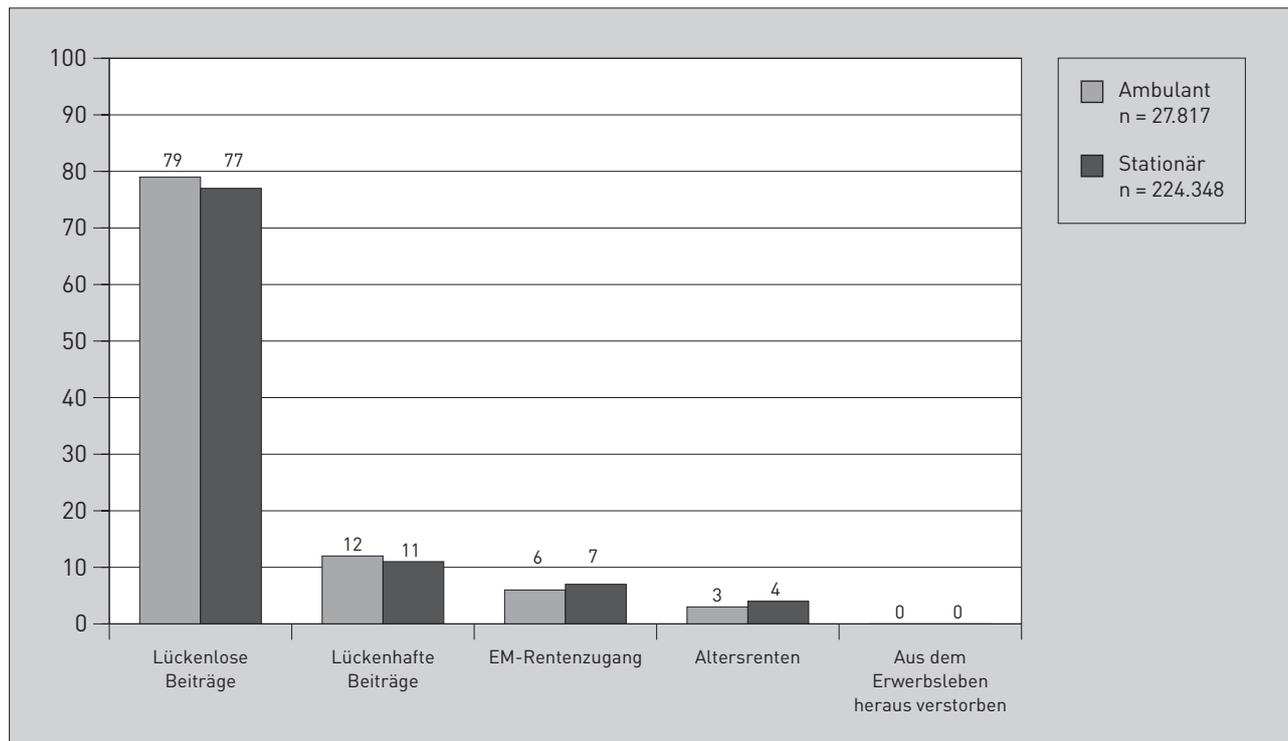
¹⁶ Klosterhuis, Gross, Winnefeld (2002): Erfolgreiche Rehabilitation braucht Nachsorge und Selbsthilfe – ihr Stellenwert in der Rehabilitation der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA). Selbsthilfegruppenjahrbuch 2002, S. 90–100.

¹⁷ Deutsche Rentenversicherung (2007): Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Reha-Nachsorge in der Rentenversicherung. DRV Bund. Stand: 26.1.2007, S. 1–19.

¹⁸ Köpke (2008): Nachsorge in der Rehabilitation – Anmerkungen zu einem zentralen Element der Qualitätssicherung. RVaktuell, Jg. 55, H. 8, S. 228–233.

¹⁹ Klosterhuis, Zollmann, Grünbeck (2004): Verlaufsorientierte Auswertungen zur Rehabilitation – aktuelle Ergebnisse aus der Reha-Statistik-Datenbasis. Rehabilitation. Jg. 59, H. 5, S. 287–296.

Abb. 4: Ambulante und stationäre Rehabilitation im Qualitätsvergleich: Sozialmedizinischer Zwei-Jahres-Verlauf nach stationärer und ambulanter orthopädischer Reha 2004 – Pflichtversicherte Rehabilitanden der Deutschen Rentenversicherung in %



Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis [RSD] 1992–2006.

„Vermeidung von Erwerbsminderungsrente“ erreicht wurden. Im Vergleich zur stationären Rehabilitation stellt sich die sozialmedizinische Prognose sowohl bei Frauen als auch bei Männern nach einer ambulanten Rehabilitation etwas besser dar. Der Anteil lückenloser und lückenhafter Beitragszahler liegt mit über 90% höher als im stationären Bereich. Dieses Ergebnis steht in einer Linie mit der ebenfalls günstigeren sozialmedizinischen Erwerbsprognose der vergleichsweise etwas jüngeren ambulanten Rehabilitanden.

4. Fazit

Zusammenfassend bleibt festzustellen, dass die ambulante Rehabilitation ein Segment der rehabilitativen Versorgung darstellt, das vor allem in urbanen Regionen zunehmende Akzeptanz findet. Der seit Jahren bestehende Trend einer steigenden Inanspruchnahme hält weiterhin an. Verglichen mit der stationären Leistungsform finden sich nur wenige Unterschiede für soziodemographische Merkmale der Rehabilitanden. Rehabilitanden ambulanter Einrichtungen sind vergleichsweise etwas jünger und ihr Erkrankungsbild scheint weniger durch psychische Komorbidität belastet. Gleichwohl hat die Schwere der Beeinträchtigung bei einer Vielzahl der ambulanten Rehabilitanden bereits vor der Reha zu lang andauernder Arbeitsunfähigkeit geführt. Ambulante Rehabilitanden sind demnach – nach Analyse der verfügbaren Routinedaten – durch ihre Erkrankung und die Ein-

schränkung des Leistungsvermögens nicht weniger belastet als stationäre.

Die Qualität ambulanter Einrichtungen lässt sich heute im Rahmen des Reha-Qualitätssicherungsprogramms der Rentenversicherung anhand verschiedener Instrumente beurteilen, die sich am stationären Verfahren orientieren und damit eine Vergleichbarkeit beider Leistungsformen sicherstellen. Obwohl die aktuellen Ergebnisse einerseits einen weitgehenden qualitativen Gleichstand erkennen lassen, gewährleisten die angewandten Instrumente andererseits auch, dass Unterschiede der Versorgungsqualität offengelegt werden können. Beispielhaft wurden Unterschiede bei den Leistungsverteilungen mit erkennbaren Schwerpunkten beschrieben. Die Möglichkeit nachsorgender Leistungen wird in der ambulanten Versorgungsform wesentlich intensiver genutzt. Dagegen ist ein im Vergleich zu stationären Einrichtungen deutlich erkennbares Verbesserungspotenzial ambulanter kardiologischer Einrichtungen im Peer Review festzustellen. Insgesamt ist im Rahmen der Qualitätssicherung durch eine vergleichende Betrachtung z.B. der Zugangsbedingungen, therapeutischen Leistungsschwerpunkte und der Einbettung in weitere Aktivitäten nach der Rehabilitation, eine produktive Auseinandersetzung mit Stärken und Schwächen der ambulanten und stationären Rehabilitation möglich. Damit sind Möglichkeiten der Qualitätsentwicklung für die medizinische Rehabilitation der RV insgesamt realisierbar.