

Situation und Stand der ambulanten Rehabilitation aus Sicht der Wissenschaft

Matthias Morfeld – Hochschule Magdeburg-Stendal
Forschungsverbund Rehabilitationswissenschaften
Sachsen-Anhalt /Thüringen
Ringvorlesung „Rehabilitation“
12. Januar 2011 Halle/Saale

Übersicht

- Historischer Abriss
- Konzeptionelles
 - Erwartete Vorteile
 - Organisationsformen
 - Interessenskonflikte
- Stand der Dinge
- Ausblick & Innovation
- Offene Fragen

Definition, Zuständigkeit, Zielsetzung

- Wie lässt sich der Begriff „ambulante Rehabilitation“ definieren?
- Welche Funktionen innerhalb der rehabilitativen Versorgung soll die ambulante Rehabilitation haben?
- Welche (spezifischen) Zielsetzungen verfolgt diese Rehabilitationsform?

Def. ambulante Rehabilitation I

- Ambulante Rehabilitation wie ihr stationäres Pendant im Sinne eines ganzheitlichen Ansatzes
 - das Erkennen,
 - Behandeln und wenn möglich
 - Heilen einer in der Regel chronischen Krankheit
- Einbezug der wechselseitigen Beziehungen zwischen den Gesundheitsproblemen einer Person nach der ICF

Rahmenempfehlungen der BAR

Def. ambulante Rehabilitation II

- Erfordert die Anwendung medizinischer, pädagogischer, beruflicher und sozialer Maßnahmen
- Interdisziplinäres Arbeiten aus den ärztlichen, pflegerischen, physio- und ergotherapeutischen, logopädischen, diätetischen und psychotherapeutischen Sektoren
- Rehabilitationsziele und Indikationsstellungen decken sich mit denen der stationären Leistungen.

Rahmenempfehlungen der BAR

Erwartete Vorteile der ambulanten Reha

- Größere Flexibilität in der Versorgung (Intervallbehandlungen, Ausschleichen der Intensität u.a.)
- Erhalt der sozialen Integration und Nutzung sozialer Unterstützungsmöglichkeiten
- Höhere Aktivierung des Selbsthilfepotentials
- Bessere Nutzung und Vernetzung mit regionalen medizinischen, beruflichen und sozialen Hilfsmöglichkeiten
- Geringere Schnittstellenprobleme vor allem zwischen medizinischer Reha und Nachsorge
- Möglichkeiten des Verbleibs im Erwerbsleben
- Geringere Kosten

Mögliche Funktionen der ambulanten Reha

- **Ersatz** stationärer Rehabilitationsmaßnahmen bei einem Teil der bisher stationär behandelten Patienten
- **Ergänzung** einer vorherigen (verkürzten) stationären Rehabilitationsmaßnahme
- **Deckung** eines **bisher nicht entsprochenem Bedarfs** an Rehabilitation (z.B. durch niedrigere Zugangsschwelle)
- eher selten: Schaffung der Voraussetzungen für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen

Vielzahl möglicher Organisationsformen

- Eigenständige Einrichtungen (Zentren)
- organisatorischer Zusammenschluss ärztlicher und nicht- ärztlicher Therapeuten in einer Praxis oder über verschiedene Praxen hinweg
- Angliederung an bestehende stationäre Rehabilitationskliniken (intern oder extern)
- Angliederung an Akutkrankenhäuser oder Pflegeeinrichtungen
- mobile Rehabilitationsteams
- keine neuen Institutionen, Einführung des Case-Manager-Prinzips
- Kombinationen unterschiedlicher Organisationsprinzipien

Der Aufbau eines ambulanten rehabilitativen Versorgungssystems berührt unterschiedliche Interessen

- **Politik**
 - Senkung von Kosten im Gesundheitssystem
 - SGB IX: Vorrang ambulanter vor stationärer Rehabilitation
 - Arbeitsplätze in strukturschwachen Regionen
- **Gesetzliche Krankenkassen**
 - Zwang zu Kosteneinsparungen
 - Einflussnahme auf die Gestaltung der medizinischen Reha
 - Konkurrenz der Kassen untereinander im Zuge der Wahlfreiheit
 - Rehabilitationsleistungen als Wahlleistungen

Der Aufbau eines ambulanten rehabilitativen Versorgungssystems berührt unterschiedliche Interessen

- **Rentenversicherungsträger**
 - Vorrangstellung in der Gestaltung der medizinischen Reha
 - Forderung nach Sicherung von hohen Qualitätsstandards
 - Übertragung der Konzepte aus der stationären Rehabilitation
 - Interessen von Reha-Kliniken
 - Zwang zu Mitteleinsparungen
- **Anbieter und Leistungserbringer**
 - zusätzliche Konkurrenz, Existenzbedrohung (Reha-Kliniken)
 - Positionswahrung durch innovative Entwicklungen (Reha-Kliniken)
 - Erschließung neuer Handlungsfelder bei limitierten o. reduzierten Ressourcen (niedergel. Ärzte, Krankenhäuser, neue Anbieter)
 - berufsständische Interessen (Krankengymnasten, niedergel. Ärzte)

Historische Entwicklung

- Versorgung psychisch Kranker (ab 1975 sozial-psychiatrische Netzwerke)
- Versorgung Suchtkranker (Ende 1970er)
- *Dispensaire-Versorgung chronisch Kranker (DDR)*
- andere medizinische Bereiche seit 1990ern
- 2 Initiativen

Ambulante orthopädisch-traumatologische Reha (GKV)

- bundesweit flächendeckend
- vertraglich geregelt
- funktionelle Reha – kaum psycho- sozial, sozialmedizinisch
- gekündigt bei Inkrafttreten BAR Empfehlung

Ambulante/teilstationäre Modellvorhaben (Rentenvers.)



- interessierte Anbieter mit ca. 60 Modellen
- z.T. angebunden an stationäre Einrichtungen
- ca. 50% orthopädisch, je ca. 20% kardiologisch/neurologisch

Evaluation Empfehlungsvereinbarung



- Kaum bis keine Unterschiede zwischen ambulanter & stationärer Rehabilitation
- Differenzen in der Dichte der Anwendungen
- Wichtig: Ergebnisse beziehen sich auf Patientengruppen die sowohl ambulant wie auch stationär hätten rehabilitiert werden können!

Rahmenempfehlungen der BAR



- dermatologische Rehabilitation
- onkologische Rehabilitation
- ambulante Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen
- kardiologische Rehabilitation
- muskuloskeletale Erkrankungen
- neurologische Rehabilitation
- pneumologische Rehabilitation

Rahmendaten der Entwicklung



- Quantitative Entwicklung
- Indikationen im Vergleich zur stationären Rehabilitation
- Unterschiede bzgl. soziodemografischer Indikatoren bei der Inanspruchnahme

Quantitative Entwicklung I

- 2000 bis 2006 lässt sich eine prozentuale Erhöhung der **Inanspruchnahme** ambulanter Rehabilitationsleistungen der Deutschen Rentenversicherung von 200% (von 25.257 auf 75.850) verzeichnen!
- Eine sich zeitlich daran anschließende Prognose für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung aus dem Jahr 2007 für die Jahre 2008 bis 2011 geht von einem Anstieg um rund 9% aus

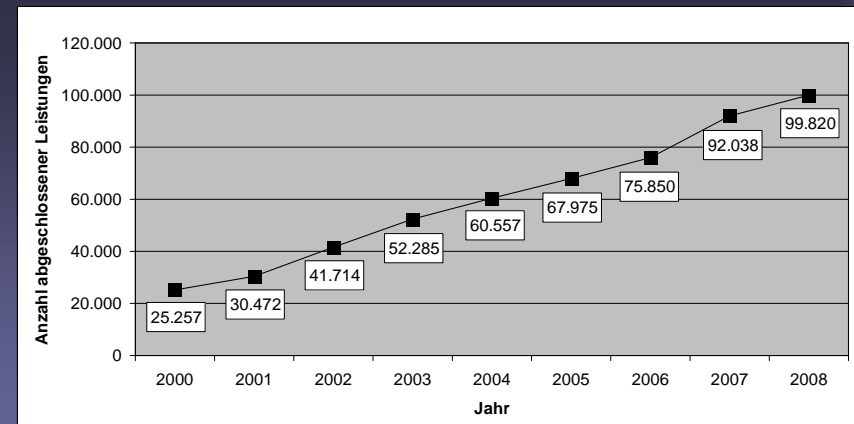
Quantitative Entwicklung II

- Demnach wären etwa 930.000 Maßnahmen zur Medizinischen Rehabilitation im Jahr 2011 zu erwarten.
- Dabei wird mit einem Anstieg der ambulanten Rehaleistungen um 45% gerechnet.
- Dies bedeutet ausgehend von 75.850 abgeschlossenen ambulanten Rehaleistungen im Jahr 2006 mengenmäßig ein Zuwachs von 34.133 ambulanten Maßnahmen auf insgesamt 109.983 ambulante rehabilitative Leistungen.

Quantitative Entwicklung III

- Allein im Jahr 2008 wurden rund 1,6 Millionen Anträge auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gestellt, davon wurden 942.622 bewilligt.
- Die ambulanten Rehabilitationsleistungen machten dabei einen Anteil von ca. 11% (99.820) aller rehabilitativen Leistungen aus!

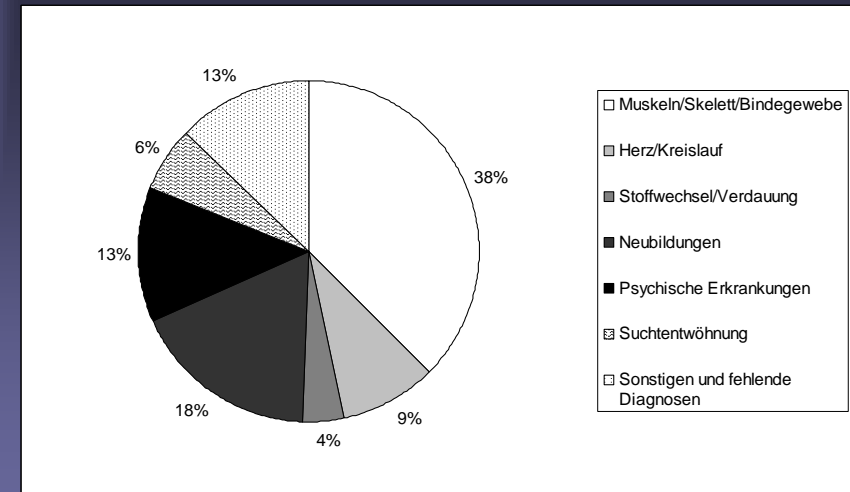
Entwicklung Ambulanter Rehabilitation



Indikationen im Vergleich zur stationären Rehabilitation

- Anteil der muskuloskelettalen Erkrankungen im Jahr 2008 mit 38% den größten Anteil aller rehabilitativen Maßnahmen (ambulant und stationär) einnimmt.
- Im Vergleich zum Jahr 1995 ist diese Prävalenz um acht Prozentpunkte von damals 46% gesunken.
- Ähnliche Trends zeigen sich bei den Diagnosen des Herz-/Kreislaufsystems (von 11% auf 9%) und bei den Krankheiten der Stoffwechsel- und Verdauungsorgane (von 5% auf 4%).
- Im Gegensatz dazu wurden im Jahr 2008 mehr med. rehabilitative Leistungen in den
 - Diagnosegruppen Neubildungen (von 11% auf 18%),
 - psychische Erkrankungen (von 9% auf 13%) und
 - Sucht (von 4% auf 6%) durchgeführt

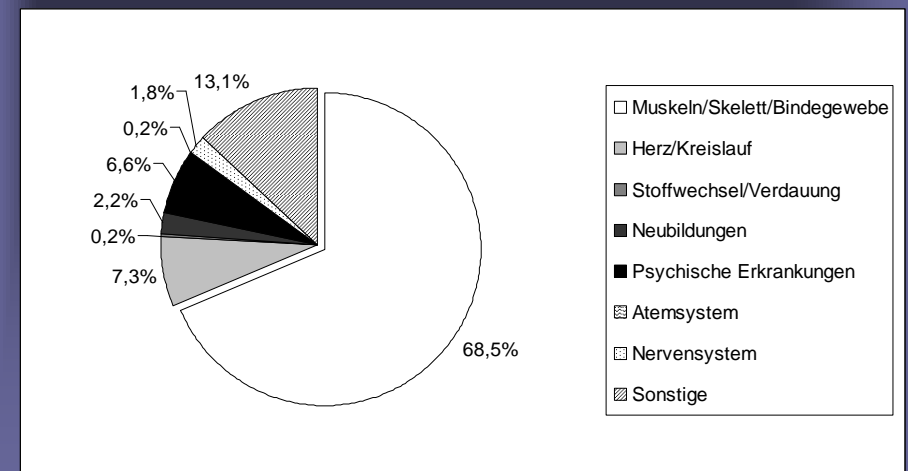
Indikationen in der Rehabilitation



Indikationen in der ambulanten Rehabilitation

- Das Krankheitsspektrum innerhalb ambulanter medizinischer Rehabilitationen im Jahr 2008 verteilt sich auf
 - 68,5% Muskel-, Skelett- und Bindegewebserkrankungen,
 - 13,1% sonstige Diagnosen,
 - 7,3% Erkrankungen des Herz-/Kreislaufsystems,
 - 6,6% psychische Erkrankungen und
 - 2,2% Neubildungen.
- Erkrankungen der Stoffwechsel- und Verdauungsorgane (0,2%), des Atemwegssystems (0,2%) und des Nervensystems (1,8%) werden in der ambulanten Rehabilitation kaum rehabilitiert

Indikationen in der ambulanten Rehabilitation



Vergleich

- Die gesondert aufgeführten ambulanten Suchtentwöhnungen machen zusätzlich einen Anteil von 12,9% aus.
- Orthopädische Rehabilitation repräsentiert eine substantielle Mehrheit aller ambulant durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen.
 - Anteil lag 2007 bei 15% aller orthopädischen Rehabilitationsleistungen, im Jahr 2008 schon bei 17%
- Der **Vergleich des ambulanten und stationären Diagnosespektrums** zeigt Unterschiede in der Inanspruchnahme.
 - Psychische Störungen, Neubildungen, Erkrankungen des Stoffwechsel- und Verdauungssystem und Herz-/Kreislaufkrankungen werden häufiger in stationären Einrichtungen behandelt,
 - während Muskel-, Skelett- und Bindegewebserkrankungen sowie Suchtrehabilitationen häufiger ambulant versorgt werden.

Unterschiede bzgl. soziodemografischer Indikatoren bei der Inanspruchnahme - Geschlecht

- **Soziodemografisch** betrachtet sind mehr Männer (60,3%) als Frauen (39,7%) in der ambulanten Rehabilitation vertreten.
- Innerhalb des Krankheitsspektrums der ambulanten medizinischen Rehabilitation zeigt größere Inanspruchnahmeunterschiede bei
 - Muskel-, Skelett- und Bindegewebserkrankungen
 - 56,4% männlich / 43,6% weiblich
 - der Entwöhnungsbehandlung
 - 73,7% männlich / 26,3% weiblich
 - Herz-/Kreislaufkrankungen
 - 78,7% männlich / 21,3% weiblich

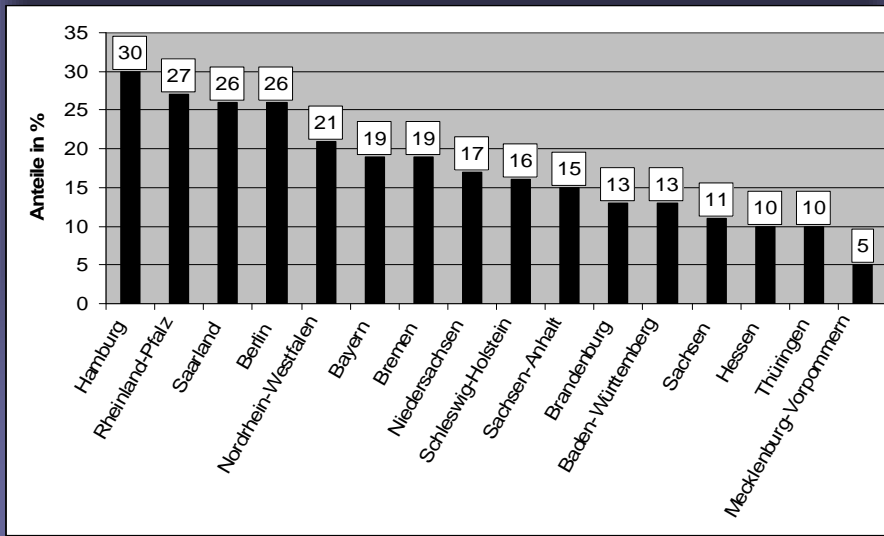
Unterschiede bzgl. soziodemografischer Indikatoren bei der Inanspruchnahme - Alter

- Die Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitationsleistung steigt mit dem Alter über alle Diagnosegruppen.
- Vor allem die Erkrankungen des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes steigt ab dem 37. Lebensjahr.
- Der Anstieg der onkologischen Rehabilitation ist dem demographischen Wandel in Deutschland geschuldet.
 - Ab dem 58. Lebensjahr erhöhen sich die Zahlen für Rehabilitationen nach Neubildungen deutlich.
- Das Alter der Rehabilitanden in einer ambulanten Maßnahme lag 2008 durchschnittlich bei 46,2 Jahren und ist im Gegensatz zum stationären Setting 4,4 Jahre niedriger.
 - Es nehmen weniger 50 bis über 60-Jährige (40% ambulant / 58% stationär) eine ambulante Rehabilitation in Anspruch.
 - Stattdessen nutzt ein eher jüngeres Klientel von 18 bis 39 Jahren ambulante Maßnahmen (25% ambulant / 12% stationär).

Regionale Spezifika

- Bereits frühzeitig wurde davon ausgegangen, dass sich ambulante Rehabilitation lediglich in städtisch geprägten Ballungsräumen wirtschaftlich rechnen würde und dem Erfordernis entspricht, dass die Rehabilitanden aufgrund der täglichen Anreise in Nähe wohnen müssen.
- Die vorliegenden Daten einer Bundeslandverteilung scheinen diese Annahme zu bestätigen:

Bundeslandverteilung



Zusammenfassung

- Ambulante Rehabilitation ist substantieller Teil der rehabilitativen Versorgung in D
- Prognostizierte Steigerungen bleiben bzgl. der Prävalenz hinter den Erwartungen zurück
- Hauptsächlich MSK in der ambulanten Reha – Sonderfälle Psych. & Onko
- Männer häufiger als Frauen
- Modell eher für Jüngere

Offene Fragen

- **Grundsatzfragen** nach Definition, Zielsetzungen, fachlichen und finanziellen Zuständigkeiten, rechtlichen Grundlagen (z.B. Kombimodelle STW etc.)
- Für welche Patienten sind ambulante oder stationäre rehabilitative Angebote erforderlich und erfolgversprechend? (**Differentielle Indikation**)
- Wie hoch ist der **Bedarf** für ambulante Rehabilitation und ist er variabel?
- Spezifische **Zielsetzungen, Stärken** und **Schwächen** der einzelnen Angebots- und Organisationsformen
- Fragen zur **Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität** der neuen Angebote
- Sind mit dem neuen Angebot **Kosteneinsparungen** möglich?
- Werden Versichertenpopulationen ausgeschlossen?

Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!

Folien & Literatur
matthias.morfeld@hs-magdeburg.de