

AMBULANTE REHABILITATION

Ungenutzte Potenziale

Der Anteil ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen ist in den letzten Jahren gewachsen. Doch die Möglichkeiten sind noch längst nicht ausgeschöpft.



Foto: Medica-Klinik

Auch für ältere Patienten kann eine ambulante Reha eine Option sein: Therapiegruppe in der Leipziger Medica-Klinik.

Henry Maske gehört wohl zu den prominentesten Patienten der Leipziger Medica-Klinik. Sein Autogramm hängt an einer Kork-Pinnwand zwischen den Fotos vieler anderer Sportler aus den unterschiedlichsten Sparten, wie Handball, Fußball, Tennis oder Ringen. Viele bedanken sich mit einer Widmung für die gute Betreuung.

Die Medica-Klinik für ambulante Rehabilitation und Sportmedizin ist eine der größten Einrichtungen für ambulante Reha in Deutschland. Mitten in der Leipziger Innenstadt wird hier auf 3 600 Quadratmetern eine ambulante Behandlung in fünf Abteilungen angeboten (Orthopädie, Kardiologie, Onkologie, Neurologie und Psychosomatik). Seit der Gründung der Einrichtung 1992 ist die Zahl der Mitarbeiter von zehn auf 107 (davon neun Ärzte) gestiegen. Im Institut für Sportmedizin sind verschiedene Sportverbände Stammkunden.

Doch die Leipziger Einrichtung ist eine Ausnahme. Der Anteil am-

bulanter Leistungen in der medizinischen Rehabilitation ist zwar in den letzten Jahren kontinuierlich gewachsen, aber nach wie vor vergleichsweise gering. So werden nur 8,5 Prozent der Leistungen, die von den Rentenversicherungsträgern finanziert werden, ambulant erbracht. Bei der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind es knapp sechs Prozent. Dass der Anteil eher niedrig ist, begründet Dr. Barbara Marnach, Sprecherin des AOK-Bundesverbandes, damit, dass sich die ambulante Rehabilitation nicht für alle Patienten eigne, sondern in erster Linie für junge und mobile.

Angebote zu wenig genutzt

Sicherlich kann für multimorbide Patienten die stationäre Behandlung eine bessere Option sein, wenn diese einen sehr hohen Bedarf an medizinischer und pflegerischer Versorgung haben. Doch vielen Ärzten ist die ambulante Reha als Therapieoption kaum präsent. „Die Ressourcen sind da, aber werden zu wenig ge-

nutzt“, meint Dr. med. Johannes Peil, Präsident des Zentralverbandes ambulanter Therapieeinrichtungen in Deutschland e.V. Dabei erziele die ambulante Rehabilitation sehr gute Ergebnisse. Wenn etwa ambulante physiotherapeutische Maßnahmen zur Behandlung eines Patienten nicht ausreichen, kann eine ambulante Rehabilitation indiziert sein – als nächster Therapieschritt in einem abgestuften Versorgungskonzept, bei dem der Patient in seinem gewohnten Umfeld bleibt.

Dass der Anteil ambulanter Rehabilitation relativ gering ist, liegt nicht zuletzt daran, dass die Patienten kaum über die Angebote informiert sind. Dieser Ansicht ist Dr. med. René Toussaint, stellvertretender Leiter der Leipziger Medica-Klinik. Zudem sind die Einrichtungen auch von zuweisenden Krankenhäusern abhängig. Hier sieht Toussaint ebenfalls ein Informationsdefizit. „Den zuständigen Sozialdiensten sind die Möglichkeiten einer ambulanten Behandlung vielfach nicht präsent“, kritisierte er beim MCC-Reha-Forum in Köln. Mitunter würde Patienten aus einem falsch verstandenen Mitgefühl eine stationäre Behandlung empfohlen – etwa nach dem Motto: „Fahren Sie doch lieber an die See und erholen sich dort.“

Viele ambulante Anbieter haben daher Probleme, sich zu etablieren. Die Belegung ist stark von den Zuweisern abhängig. Der einzige Weg zum Erfolg: Man muss kooperieren. Diese Erfahrung hat Dr. Jens Rieger, leitender Verwaltungsdirektor der Reha-Kliniken der Paracelsus-Kliniken Deutschland GmbH, gemacht. Die Paracelsus-Kliniken betreiben in Osnabrück die Einrichtung PAR.OS (Paracelsus ambulante Rehabilitation Osnabrück), eines der wenigen Angebote für ambulan-

te onkologische Rehabilitation. Gerade in der Onkologie steckt die ambulante Reha noch in den Kinderschuhen. Dabei, so glaubt Rieger, ist sie für viele Krebskranke ein hervorragendes Angebot. Das deckt sich mit der Patientenbefragung bei PAR.OS. Demnach würden 92,5 Prozent erneut eine ambulante Reha in Anspruch nehmen. Doch um überhaupt Patienten zu gewinnen, brauche die ambulante onkologische Rehabilitation Vernetzung und Marketing. Ansonsten sei eine Einrichtung nicht wirtschaftlich führbar, so Rieger beim MCC-Forum.

Auf eine enge Zusammenarbeit mit den Einweisern setzt man auch in Leipzig. In der Medica-Akademie werden regelmäßig Fortbildungen für Niedergelassene angeboten. In den Krankenhäusern gibt es gemeinsame Visiten mit den Ärzten der Medica-Klinik, insbesondere im Bereich Orthopädie. „Viele Patienten erfahren so erst, dass es überhaupt ambulante Reha gibt“, betont der Leiter der Medica-Klinik, Dr. med. Jürgen Ulrich. Im Gegenzug visitieren die Krankenhausärzte ihre Patienten in der Medica-Klinik. „Die Zufriedenheit bei Ärzten und Patienten wird so erheblich gesteigert.“ Möglich sei dies aber nur, weil die Einrichtung nicht auf der „grünen Wiese“ liege, sondern mitten in Leipzig.

Die ambulanten Reha-Angebote kommen nur langsam in Fahrt. Das mag auch darin begründet sein, dass die Konkurrenz im Reha-Sektor härter geworden ist und die Anbieter versuchen, ihre angestammten Bereiche zu verteidigen. „Mit der derzeitigen Bettenzahl wird der Bereich Rehabi-



Foto: medias-AufSchalke

litation nicht weiter bestehen“, prognostiziert Helmut Nawratil, ehemaliger Geschäftsführer des SRH Gesundheitszentrums Bad Wimpfen und Unternehmensberater. Manche Einrichtungen werden die künftigen Veränderungen nicht überleben, denn die klassischen Indikationen, wie etwa die Orthopädie, gehen in den kommenden Jahren eher zurück.

Kliniken in der Kostenfalle

Die stationären Rehabilitationseinrichtungen stehen zunehmend unter wirtschaftlichem Druck (dazu DÄ, Heft 49/2006 „Reha-Kliniken in der Kostenfalle“). Da liegt es nahe, dass viele Reha-Kliniken ambulante Einrichtungen nicht als sinnvolle Ergänzung in einem abgestuften Behandlungskonzept sehen, sondern als Konkurrenten. „Jeder, der hier im

Blick auf die Nordkurve:

Bei medicos. AufSchalke setzt man auf das Zugpferd Fußball. Direkt neben dem Gelsenkirchener Parkstadion werden ambulante Reha, Sportmedizin und Wellness unter einem Dach angeboten.

Haus ist, liegt nicht dort im Bett“, meint Ulrich. Doch er räumt ein: „Es wird immer Menschen geben, die stationäre Rehabilitation brauchen.“ Das Verhältnis müsse sich allerdings relativieren. Man dürfe nicht gegeneinander arbeiten, sondern jeder auf seiner Strecke.

In der Reha-Branche hat sich in den letzten Jahren vieles verändert. Mittlerweile ist ein hohes Maß an Agilität und „Kundenorientierung“ gefordert. Doch damit nicht genug. „Die stationäre Rehabilitation steckt in einer Identitätskrise“, sagt Nawratil. Denn nicht nur der Wettbewerb sei härter geworden, sondern es fehle auch an veröffentlichten, evaluierten Studien, die den Nutzen der stationären Rehabilitation belegten. Zugleich zögert er aber mit einem Urteil darüber, ob die ambulante Reha erfolgreicher oder gleichwertig sei. Für Nawratil steht fest: Die Innovationskraft der ambulanten Einrichtungen ist groß, denn diese stünden stärker unter Druck, sich auf dem Markt zu etablieren. „Das ist eine Chance, voneinander zu lernen.“ Die stationäre Rehabilitation habe bislang oftmals nur reagiert, aber nicht agiert.

Viele stationäre Rehabilitationseinrichtungen, aber auch Akutkliniken haben in der Vergangenheit Zulassungen für ambulante Rehabilitation beantragt, weil sie sich ein Zusatzgeschäft erhofften. Mittlerweile aber, so Nawratil, sei die Euphorie ab-

AMBULANTE REHABILITATION

- **Einrichtungen:** Weder dem Bundesministerium für Gesundheit noch der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Bund liegen Zahlen darüber vor, wie viele Einrichtungen in Deutschland ambulante Rehabilitation anbieten. Auch das Statistische Bundesamt erhebt dazu keine Daten. Trotzdem wird die zu geringe Zahl als ein Grund dafür angegeben, dass der Anteil ambulanter Leistungen relativ niedrig ist.
- **Leistungen:** Etwa 8,5 Prozent der Rehabilitationsleistungen zulasten der Rentenversicherungsträger erfolgen ambulant. Nach einer Prognose der DRV Bund könnte sich der Anteil bis zum Jahr 2010 mehr als verdoppeln. Bei der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind es rund 5,5 Prozent.
- **Ausgaben:** Die Rentenversicherungsträger gaben 2005 für medizinische Rehabilitation etwa 3,2 Milliarden Euro aus. Rund 123 Millionen davon entfielen auf ambulante Behandlungen. Bei der GKV erreichten die Reha-Ausgaben rund 2,1 Milliarden Euro, von denen etwa 75 Millionen für ambulante Maßnahmen verwendet wurden.

BH (Quellen: DRV und BMG)

gekühlt, weil die Inanspruchnahme durch die Kostenträger nicht im erhofften Maße erfolgt sei. Zudem rät er, sich eher auf die eigene Kernkompetenz zu konzentrieren und mit anderen Leistungserbringern zu kooperieren. Nawratil plädiert für eine Zusammenarbeit ambulanter und stationärer Einrichtungen, von der beide Seiten profitieren.

Auch Dr. Wolfgang Heine, Geschäftsführer der Deutschen Gesellschaft für medizinische Rehabilitation, befürwortet die ambulante Reha, jedoch müsse die Behandlung qualitativ genauso hochwertig sein wie eine stationäre Maßnahme. „Die Vernetzung mit den vorbehandelnden Einrichtungen, den niedergelassenen Ärzten sowie den Betrieben, in denen die Patienten tätig sind, muss ebenfalls gewährleistet sein“, sagte Heine gegenüber dem Deutschen Ärzteblatt. Sonst sei die Behandlung eine „Pseudo-Reha“.

Die ambulante Rehabilitation hat vielerorts nicht den Stellenwert, den sie haben könnte. Doch es ist zu erwarten, dass es sich um ein wachsendes Angebot handelt. Nach einer Prognose der Deutschen Rentenversi-

cherung Bund wird sich der Anteil ambulanter Leistungen bis 2010 mehr als verdoppeln. „Der Trend zur Ambulantisierung ist da“, meint auch Nawratil, glaubt jedoch, dass ambulante Rehabilitationseinrichtungen vor allem in Großstädten rentabel arbeiten können. „In der Fläche werden stationäre Einrichtungen überleben müssen.“

Schalke: Sport und Reha

Auch die „medicos.AufSchalke Reha GmbH & Co. KG“ ist in einem Ballungszentrum angesiedelt. Ähnlich wie in Leipzig setzt man in Gelsenkirchen auf zwei Standbeine: Rehabilitation und Sportmedizin. Nach dem Bau der Arena AufSchalke entstanden direkt neben dem alten Parkstadion ein ambulantes Rehabilitationszentrum (Orthopädie und Kardiologie) und ein Sportmedizinisches Institut. Diese zwei Säulen sind aus Sicht des ehemaligen Geschäftsführers Bernd-Martin Schaake unverzichtbar. Die ambulante Rehabilitation allein sei kein lukratives Geschäft. Im Sportmedizinischen Institut sind die Fußballspieler des Traditionsclubs Stammkunden, aber auch exter-

ne Leistungssportler kommen zum Training. Außerdem im Angebot: Wellness, Präventionsprogramme, Fitnesstraining. Zielgruppe sind also nicht nur die Profis. Angegliedert ist zudem ein Vier-Sterne-Hotel.

Wer ambulante Rehabilitation anbietet, kann nicht darauf hoffen, automatisch eine ausreichende Zahl von Patienten zugewiesen zu bekommen, sondern braucht ein unternehmerisches Konzept. Ulrich von der Leipziger Medica-Klinik ist jedoch davon überzeugt, dass es die ambulanten Einrichtungen wesentlich schwerer haben, sich zu behaupten, als die stationären. Der ambulanten Reha fehle der gesundheitspolitische Rückhalt und eine Interessenvertretung. „Der niedergelassene Bereich ist dargestellt, der stationäre Reha- und Akutbereich ist dargestellt, aber die ambulante Reha wird regelrecht vergessen.“

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hat es sich unterdessen auf die Fahnen geschrieben, ein weiteres Angebot neben stationärer und ambulanter Behandlung zu etablieren: die „mobile Rehabilitation“. Besonders immobile, multimorbide Patienten sollen von einer Behandlung in den eigenen vier Wänden profitieren. Damit solle ein Personenkreis erreicht werden, der bisher nicht ausreichend rehabilitiert wurde, sagte eine BMG-Sprecherin auf Anfrage. Zudem könne sich die Behandlung am häuslichen Umfeld des Patienten orientieren. Die im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vorgesehene Änderung des § 40 SGB V stelle sicher, dass Rehabilitation regelhaft als mobile Behandlung stattfinden könne.

Die Rehabilitation der Zukunft wird also mehr und mehr ein abgestuftes Versorgungskonzept sein. Dabei sollten stationäre, ambulante und mobile Angebote die gleichen Chancen haben zu bestehen. Gerade die Kostenträger sind hier in der Pflicht, ein solches abgestuftes System zu fördern. Wenig hilfreich dürfte es sein, dass beispielsweise Rentenversicherungsträger und zum Teil auch Krankenkassen eigene stationäre Einrichtungen betreiben und somit zugleich Leistungserbringer und Kostenträger sind. ■

Dr. med. Birgit Hibbeler

3 FRAGEN AN...

Uwe Egner, Fachbereichsleiter Abteilung Rehabilitation, Deutsche Rentenversicherung (DRV) Bund



Foto: DRV Bund

DÄ: „Ambulant vor stationär“ – wie sieht es mit diesem Grundsatz in der Rehabilitation aus?

Egner: Ambulante und stationäre Leistungen sind in der Rehabilitation sozialrechtlich vollkommen gleichgestellt. Der weitaus größte Teil der Behandlungen, nämlich mehr als 90 Prozent, wird stationär erbracht. Das liegt vor allem daran, dass viele Rehabilitanden nicht die Voraussetzung für eine ambulante Behandlung erfüllen. Zudem gibt es nicht für alle Indikationen genügend ambulante Angebote.

DÄ: Rund 8,5 Prozent der Reha-Leistungen zulasten der DRV werden ambulant

erbracht. Lässt sich dieser Anteil weiter steigern?

Egner: Wir gehen davon aus, dass der Anteil zumindest in Ballungszentren noch gesteigert werden kann. Die Rentenversicherung hat in den vergangenen Jahren den Ausbau der ambulanten Reha vorangetrieben. Allerdings gibt es definitiv keine „Kostenreduktion um jeden Preis“. Bei den Krankheiten der Bewegungsorgane haben wir unsere Fallzahlen erheblich steigern können und erreichen in manchen Großstädten einen Anteil von mehr als 20 Prozent. In dünn besiedelten Regionen ist es jedoch kaum möglich, ambulante Strukturen wirtschaftlich zu betreiben.

DÄ: Die DRV ist Trägerin eigener Reha-Kliniken. Ist es kein Nachteil für ambulante Anbieter, dass die DRV Kostenträger, aber zugleich auch Leistungserbringer für stationäre Rehabilitation ist?

Egner: Der überwiegende Teil der Reha-Leistungen zulasten der DRV wird in privatwirtschaftlich betriebenen Kliniken erbracht. Bei der Entscheidung über die Einrichtung geht es in erster Linie um medizinische Aspekte, und sie wird vom sozialmedizinischen Dienst getroffen. Ein Interessenkonflikt, wie man ihn aus der Frage herauslesen könnte, besteht nicht.