

10.1 Ambulante Rehabilitation

Lars Weber und Björn von Pickardt

Vor dem Hintergrund der Zielstellung, die gesundheitliche Versorgung von der Geburt bis zum Lebensende möglichst lückenlos sicher zu stellen, werden nachfolgend, retrospektiv und prospektiv die Entwicklungen der ambulanten medizinischen Rehabilitation betrachtet.

Die medizinische Rehabilitation stellt neben der beruflichen und der schulisch/sozialen eine weitere Form der Rehabilitation dar. Zu Lasten der Deutschen Rentenversicherung (DRV) versucht sie dabei, einen die Erwerbsfähigkeit bedrohenden physischen oder psychischen Gesundheitsschaden mit medizinischen Maßnahmen zu mildern und drohende Erwerbsminderungsrenten abzuwenden. Entsprechend dienen medizinische Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) dazu, die Teilhabe am privaten Leben zu sichern und den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu verzögern bzw. zu verhindern. Im Rahmen von Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) dient sie dazu, durch Berufstätigkeit entstandene Schäden (Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten) zu therapieren.

Für die über eine Million in Deutschland durchgeführten Reha-Leistungen gab die DRV 2016 rund 4,7 Milliarden Euro aus. Die Frage, ob sich der materielle Aufwand rechnet, wurde u. a. in einer aktuellen Analyse des Instituts für Rehabilitationsmedizinische Forschung (IfR) an der Universität Ulm bei Patienten der DRV und der AOK Baden-Württemberg mit chronischen Rückenschmerzen untersucht. Im Ergebnis zeigte sich neben dem persönlichen Nutzen der Versicherten eine deutliche Kostenersparnis für Arbeitgeber sowie für die Solidargemeinschaft. Den Ausgaben für die medizinische Rehabilitation von ca. 5.069 Euro (einschließlich Arbeitsausfall) stehen Einsparungen

durch weniger Krankheitstage, geringere akutstationäre Leistungen und verzögerte oder vermiedene Erwerbsminderungsrenten von 5.797 Euro im 1. Folgejahr und 5.834 Euro im 2. Folgejahr gegenüber (Ihre Versorge – Nachgefragt 2018).

10.1.1 Die Vorteile der ambulanten Rehabilitation

Die ambulante Rehabilitation ist – bei gleichen strukturellen und personellen Anforderungen gegenüber der stationären Durchführung – eine alternative Form mit gleicher Leistungsfähigkeit und teilweise besseren Reha-Ergebnissen (DRV Bund GB Sozialmedizin und Rehabilitation 2018). Da die ambulante Rehabilitation wohnortnah durchgeführt wird, haben Patienten den Vorteil, abends und nachts in Ihrer gewohnten Umgebung zu sein. Ein Transfer der erlernten, konkreten Handlungsanleitungen ist unmittelbar zu Hause möglich. Persistierende Unsicherheiten und Fragen werden im weiteren Rehabilitationsverlauf geklärt. Außerdem kann während der Rehabilitation Kontakt zum Arbeitgeber, zu behandelnden Ärzten und zu Angehörigen aufgenommen werden. Das Rehabilitationsangebot ist flexibler und individueller anpassbar. So können Patienten, die nicht mehr im Erwerbsleben stehen, die ambulante medizinische Rehabilitation bspw. an drei bis fünf Tagen in der Woche in Anspruch nehmen, was besonders im höheren Lebensalter längere Erholungsphasen und bessere physiologische Anpassungen ermöglicht. Auch die tageszeitliche Planung kann im Rahmen vertraglich geregelter Leistungskorridore individuelle Besonderheiten (Be-

treuungszeiten von Klein- und Schulkindern, Pflege von Angehörigen, Unterbringung von Haustieren) berücksichtigen.

Im Gegensatz zur stationären Durchführung müssen Versicherte, die noch im Erwerbsleben stehen, keine Zuzahlungen leisten. Außerdem werden die Kostenträger durch den Wegfall der nächtlichen Unterbringung und der geringeren Verpflegungsleistungen sowie der in stationären Einrichtungen therapeutisch nicht umfänglich genutzten An- und Abreisetage, Wochenenden, Feiertage bzw. bei AU Zeiten von Patienten entlastet. Die Nähe zum Wohn- bzw. Arbeitsort ermöglicht die Nutzung weiterer Leistungsangebote, die auf Vorsorge- und Gesundheitsförderung bzw. auf erhaltende Nachsorge ausgerichtet sind. »Prävention vor Reha vor Rente bzw. Pflege« kann unter einem Dach umgesetzt werden.

10.1.2 Zur Entwicklung der ambulanten medizinischen Rehabilitation

Die DGUV entwickelte als erster gesetzlicher Versicherungsträger Verfahren zur Durchführung multimodaler, komplextherapeutischer Maßnahmen in ambulanter Form. Als Vorläufer späterer Formen der ambulanten Rehabilitation gab es seit 1991 bei der Verwaltungs-Berufsgenossenschaft (VBG) für Hochleistungssportler die »Besonders indizierte Therapie« (BiTh). Diese wurde 1995 als »Erweiterte

Ambulante Physiotherapie« (EAP) von allen Berufsgenossenschaften übernommen. Dabei wird wohnortnah eine intensive physiotherapeutische Behandlung durch ein muskuläres Aufbautraining ergänzt sowie durch ärztliche Anleitung und Beratung unterstützt. Bundesweit waren 2017 über 550 ambulante Einrichtungen in dieses Verfahren vertraglich eingebunden und mehr als 30.000 Versicherte wurden behandelt (Deutsche gesetzliche Unfallversicherung e. V.). Eine EAP ist dabei aber keine Rehabilitationsmaßnahme im engeren Sinne, da ein ganzheitlicher, multiprofessioneller Ansatz nur bedingt umgesetzt wird. Trägerübergreifend wurde in den 1990er Jahren der Bedarf nach wohnortnaher rehabilitativer Behandlung, insbesondere bei orthopädischen Erkrankungen, erkannt. Durch die Neuformulierung des § 15 Abs. 2 im sechsten Sozialgesetzbuch (SGB) zum 01.01.1997 und durch das GKV – Gesundheitsreformgesetz im Jahr 2000 bekam die ambulante Rehabilitation neue Rechtsgrundlagen. Darauf basierend gibt es seit Oktober 2000 Rahmenempfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), welche die konzeptionell-inhaltlichen Grundlagen für einen koordinierten Ausbau der ambulanten Rehabilitation darstellen.

Bis heute haben sich ca. 320 ambulante medizinische Rehabilitationszentren entwickelt. Der Anteil abgeschlossener ambulanter Reha-Maßnahmen lag 2017 bei 15 % (► Tab. 10.1.1), von denen mit ca. 68 % bei Männern und ca. 75 % bei Frauen die orthopädischen Indikationen den größten Anteil haben.

Tab. 10.1.1: Abgeschlossene Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 2000–2017 (Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung »Rehabilitation« 2000–2017)

Abgeschlossene Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 2000–2017							
Jahr	Insgesamt*	Stationär Erwachsene		Ambulant Erwachsene		Kinder- und Jugendliche	
2000	835.878	778.789	93 %	25.257	3 %	29.908	4 %
2001	892.687	826.014	93 %	30.472	3 %	33.751	4 %
2002	894.347	813.362	91 %	41.714	5 %	36.682	4 %

Tab. 10.1.1: Abgeschlossene Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 2000–2017 (Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung »Rehabilitation« 2000–2017) – Fortsetzung

Abgeschlossene Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 2000–2017							
Jahr	Insgesamt*	Stationär Erwachsene		Ambulant Erwachsene		Kinder- und Jugendliche	
2003	845.618	752.426	89 %	52.285	6 %	37.846	4 %
2004	803.159	702.122	87 %	60.557	8 %	37.276	5 %
2005	804.064	696.731	87 %	67.975	8 %	36.759	5 %
2006	818.433	704.004	86 %	75.850	9 %	36.443	4 %
2007**	903.257	771.782	85 %	92.038	10 %	37.498	4 %
2008	942.622	804.006	85 %	99.820	11 %	37.568	4 %
2009	978.335	829.822	85 %	111.022	11 %	36.254	4 %
2010	996.154	837.864	84 %	122.835	12 %	34.223	3 %
2011	966.323	810.664	84 %	122.726	13 %	30.919	3 %
2012	1.004.617	843.319	84 %	127.642	13 %	32.103	3 %
2013	988.380	827.080	84 %	129.073	13 %	30.812	3 %
2014	1.014.763	840.639	83 %	141.147	14 %	31.384	3 %
2015	1.027.833	845.825	82 %	147.783	14 %	31.354	3 %
2016	1.009.207	828.707	82 %	146.240	14 %	29.815	3 %
2017	1.013.588	825.040	81 %	151.866	15 %	30.819	3 %

* Ab 2016 einschl. Mischfälle (stationäre und ambulante Reha in Kombination erbracht) und Zahnersatz, Summe der Leistungen insgesamt übersteigt somit Summe der rechtsstehenden Spalten

** Sondereffekt im Jahr 2007: Inkl. Zusätzlich nachgemeldeter Fälle der Vorjahre (rd. 1,5 %)

10.1.3 Reha-Nachsorge

War zur Jahrtausendwende die rehabilitative Nachsorge nach medizinischer Rehabilitation noch wenig prominent, kann man heute auf eine Vielzahl unterschiedlicher, neuer Entwicklungen für fast alle Indikationen blicken. Diese Leistungen werden – überwiegend in ambulanten, wohnortnahen Reha-Einrichtungen – erbracht, um den Erfolg der voran gegangenen medizinischen Rehabilitation zu sichern, die berufliche Wiedereingliederung zu erleichtern und die Teilhabe am sozialen Leben zu ermöglichen. Durch die DRV wurden »... im Jahr 2016 ... im Anschluss an die medizi-

nische Rehabilitation insgesamt 149.394 Leistungen zur Reha-Nachsorge von Versicherten durchgeführt. Damit schloss sich an etwa jede siebte medizinische Rehabilitation eine Reha-Nachsorge an (14,5 %)« (Wiedera et al. 2017). Aktuell ändern sich die Rahmenbedingungen, unter denen die Nachsorge der DRV durchgeführt wird. Einerseits wurde die Reha-Nachsorge vom bisherigen Status einer Ermessensleistung (§ 31 SGB VI) ab 01.01.2017 in eine Pflichtleistung mit eigenständigen Regelungen überführt (§ 17 SGB VI), andererseits ist nach einer 3-jährigen Übergangsphase ab dem 01.01.2019 das neue »Rahmenkonzept zur Nachsorge für medizinische Rehabilitation

der Deutschen Rentenversicherung« verpflichtend umzusetzen (§ 15 SGB VI). Dabei ist dann durch die Reha-Einrichtung jeweils eine Entscheidung zu treffen, ob und welche Form der nun inhaltlich differenzierten Nachsorgeangebote eingeleitet wird.

Zusätzlich wächst die Bedeutung der Digitalisierung auch in der Reha-Nachsorge. Neben den herkömmlichen Programmen stehen zunehmend telemedizinisch assistierte Reha-Nachsorge-Angebote (Tele-Nachsorge) zur Verfügung, mit denen die Reha-Einrichtungen mit ihren Patienten verschiedene Therapiemodule (Bewegungsübungen, Schulungen, Vorträge) unabhängig von Ort und Zeit online durchführen können. Standardtherapiepläne für verschiedene Fachbereiche (bspw. Orthopädie, Neurologie, Kardiologie) werden dabei individuell und multimodal angepasst. Die tatsächliche Nutzung derartiger Programme ist messbar und ein Feedback des Patienten an die Einrichtung möglich.

10.1.4 Perspektiven der ambulanten Rehabilitation – »Prävention vor Rehabilitation und Nachsorge«

Die Belastungen im Arbeitsleben nehmen zu, Menschen arbeiten länger und Unternehmen sind vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels daran interessiert, dass ihre Mitarbeiter langfristig gesund bleiben. Chronische Krankheitsverläufe zu vermeiden, Ausfalltage im Job zu reduzieren und Menschen bei der Bewältigung erster körperlicher und psychischer Probleme zu helfen, ist das Ziel von Präventionsleistungen nach dem »Flexirentengesetz« (Gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben 2016). Dahinter stehen verschiedene mehrwöchige bis

mehrmonatige berufsbegleitende Maßnahmen, die für die Versicherten kostenlos sind. Dabei erhalten sie einen Gesundheitscheck, Sport- und Bewegungsangebote sowie Kurse im Umgang mit Stress und Ernährungsgewohnheiten. Auf Grund der Wohn- bzw. Arbeitsplatznähe und der Erfahrungen mit vielschichtigen Reha-Leistungen sind ambulante Reha-Einrichtungen in besonderer Weise geeignet frühzeitig, präventiv zu intervenieren. Unumgänglich dabei sind Kooperationen mit Betriebs- und Hausärzten, Arbeitgebern sowie Sozialleistungsträgern, um besondere persönliche Belastungsfaktoren zu erkennen und gezielt aufzuklären.

Bei der wohnortnahen Rehabilitation ist von einer weiteren Flexibilisierung und Individualisierung auszugehen. Momentan wertet die DRV z. B. das Modellprojekt einer berufsbegleitenden Rehabilitation aus. Wie bei der Einführung präventiver Maßnahmen sollen die Versicherten im Kontext zunehmender Arbeitsverdichtung und steigender Lebensarbeitszeit frühzeitiger und mit geringerer Einstiegshürde in multimodale Therapiekonzepte integriert werden.

Andererseits steigt der Stellenwert der »Medizinisch Beruflich Orientierten Rehabilitation (MBÖR)« weiter. Schätzungsweise »[...] ein Drittel aller Rehabilitandinnen und Rehabilitanden« der DRV weisen »besondere berufliche Problemlagen (BBPL)« auf (Deutsche Rentenversicherung Bund 2015). Die Identifizierung und deren spezifische medizinisch, berufliche Rehabilitation mit zusätzlichem Einsatz von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erfordert immer weitere Modifikationen der bisherigen Konzepte. Für eine wirklichkeitsnahe Darstellung körperlicher Belastungen und ergonomischer Anforderungen wird zukünftig regelhaft der Kontakt zum Arbeitgeber des Versicherten oder eine Arbeitsplatzbegehung vor Ort umzusetzen sein.

Ausgelöst durch das »Flexirentengesetz« wurden zusätzlich zu den bisher nur stationär erbrachten Rehabilitationen für die etwa 16 % der unter 17-jährigen Kinder und Jugendli-

chen mit einer chronischen Erkrankung (Poethko-Müller 2015) auch ambulante rehabilitative Angebote zur neuen Pflichtleistung der DRV. Neu daran ist, dass die bisher ausschließlich stationär erbrachten Reha-Leistungen um ambulante und nachsorgende Angebote ergänzt werden. Gerade bei Kindern und Jugendlichen kann durch die Wohnortnähe das soziale und häusliche Umfeld des Kindes in die Behandlung einbezogen werden, um den schwierigen Übergang in eine grundsätzliche Lebensstiländerung unter Einbeziehung von Eltern und Geschwistern sensibel zu gestalten.

Allen Präventions- und Rehabilitationsformen gemein ist die Frage der Nachhaltigkeit und damit verbunden die Vermittlung von Selbstverantwortlichkeit an Patienten. Diese Grundforderung lässt sich leichter im Rahmen der ambulanten Durchführung umsetzen, da bspw. der nahtlose Übergang in weiterführende Bewegungsformen, in regelmäßiges Entspannungstraining oder die wiederholte Nutzung von Angeboten der Ernährungsberatung, ohne Schnittstellenverluste sichergestellt werden kann, wenn schon Angebote der Prävention oder Rehabilitation im ambulanten Reha-Zentrum genutzt wurden.

10.1.5 Ausblick

Mit den Entwicklungen der medizinischen Rehabilitation der vergangenen Jahre hat sich auch die relative Inanspruchnahme von ambulanten Rehabilitationseinrichtungen im Vergleich zur stationären Rehabilitation deutlich erhöht. Das Potenzial der wohnortnahen Rehabilitation ist jedoch bei weitem noch nicht erschöpft. Der mögliche Anteil der ambulant zu erbringenden Reha-Maßnahmen in Ballungs- und Verdichtungsgebieten wird in der Zukunft mit 30% über alle Indikationen eingeschätzt. Multimodale, präventive und berufsbegleitende Interventionen werden stärker in den Fokus einer übergreifenden Gesundheitsversorgung rücken. Den wachsenden

gesellschaftlichen Ansprüchen bei gleichzeitig steigenden strukturellen Anforderungen an Flexibilität und Qualität an Reha-Einrichtungen steht jedoch eine unproportioniert wachsende Finanzierung im Kontext eines wachsenden Fachkräftemangels gegenüber. Die politisch gewollte Bindung der Finanzierung an § 71 SGB V sowie die auf niedrigem Niveau stagnierenden Gesamtausgaben bei der GKV aber auch die Fixierung am Reha-Budget und der ab 2017 schrittweise Abbau des Reha-Budgets bei der DRV führen zu schleichender Unterfinanzierung der ambulanten und stationären Rehabilitation und gefährden dadurch den Erhalt der sehr hohen Qualität medizinischer Rehabilitation in Deutschland. Nur Quersubventionierungen durch höhere Vergütungssätze bei Privatpatienten und Patienten der DGUV sowie die Nutzung von Effizienzreserven durch eine enge Verzahnung von präventiven, kurativen, rehabilitativen und nachsorgenden Leistungen unter einem Dach ermöglichen, die strukturellen und inhaltlichen Herausforderungen der Gegenwart zukünftig noch wirtschaftlich zu bewältigen.

Literatur

- Deutsche gesetzliche Unfallversicherung e.V. (o.J.): (https://www.dguv.de/landesverbaende/de/med_reha/cap/index.jsp, Zugriff am 17.01.2019)
- Deutschen Rentenversicherung Bund GB Sozialmedizin und Rehabilitation. (Hrsg.) (2015): Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutsche Rentenversicherung Bund. 4. Auflage (11/2015). S. 6.
- Deutsche Rentenversicherung Bund GB Sozialmedizin und Rehabilitation (Hrsg.) (2018): Reha – Bericht 2018; S. 43.
- Gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben (Flexirentengesetz). Bundesgesetzblatt Jahrgang 2016 Teil I Nr. 59.
- Ihre Vorsorge – Nachgefragt (2018): Eine Initiative der Regionalträger der Deutschen Rentenversicherung und der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See. (<https://www.ihre-vorsorge.de/magazin/lesen/rechnet-sich-reha.html>, Zugriff am 17.01.2019).