

Ambulante wohnortnahe Rehabilitation
– *Konzepte für Gegenwart und Zukunft* –

Ergebnisbericht

des 32. Kongresses der DVfR
vom 24.–26. September 1997
im BZE- Bildungszentrum Erkner bei Berlin

Kongressleitung:
Dr. med. Matthias Schmidt-Ohlemann (Kongresspräsident)
PD Dr. med. Christian Zippel (Kongressvizepräsident)

	<u>Seite</u>
Vorwort <i>W. Blumenthal</i>	5
Ambulante wohnortnahe Rehabilitation – Versuch einer Standortbestimmung <i>M. Schmidt-Ohlemann</i>	7
Ergebnisberichte der Arbeitsgruppen	
AG 1: Ambulante kardiologische Rehabilitation Leitung/Berichterstattung: <i>B. Badura, Th. Wendt</i>	31
AG 2: Ambulante psychosomatische Rehabilitation Leitung/Berichterstattung: <i>H. Rüdgel, G. Terporten</i>	35
AG 3: Ambulante geriatrische Rehabilitation Leitung/Berichterstattung: <i>R. Neubart, N. Wolf</i>	38
AG 4: Ambulante Rehabilitation von psychischen Behinderungen Leitung/Berichterstattung: <i>U. Grüß, I. Steinhart</i>	42
AG 5: Ambulante Rehabilitation von Suchterkrankungen Leitung/Berichterstattung: <i>H. Geiselhart, A. Günthner</i>	45
AG 6: Ambulante Rehabilitation von orthopädischen, traumatologischen und rheumatischen Erkrankungen Leitung/Berichterstattung: <i>W. Neudecker, F. Mehrhoff</i>	46
AG 7: Ambulante Rehabilitation von Menschen mit geistiger, körperlicher und mehrfacher Behinderung Leitung/Berichterstattung: <i>F.-W. Pape, E. Rabenstein</i>	48
AG 8: Ambulante Rehabilitation von behinderten und chronisch kranken Kindern Leitung/Berichterstattung: <i>H. Lison, Ch. Fricke</i>	50
AG 9: Ambulante neurologische Rehabilitation Leitung/Berichterstattung: <i>W. Fries, P. Reuther</i>	52
Resümee aus den Beratungen der Arbeitsgruppen <i>M. Schmidt-Ohlemann</i>	55
Kernaussagen der Podiumsdiskussion <i>B. Reinsberg</i>	58
Ausblick auf weitere Vorhaben der DVfR	72

Vorwort

Die Erwartungen an einen Kongreß mit dem Thema „Ambulante wohnortnahe Rehabilitation“ waren – nicht nur im Mitgliederkreis der DVfR – hoch. Die einen erhofften vor allem Hinweise zur möglichen Kostenbegrenzung im System der Rehabilitation, die anderen eine verbesserte Orientierung der Rehaleistungen an den Erfordernissen der Betroffenen, insbesondere die Ergänzung der Krankenversorgung und stationären Rehabilitation durch ein bedarfsgerechtes System neuer ambulanter Versorgungsstrukturen.

Allen Beteiligten war klar, daß die notwendige Kostendämpfung im Sozial- und Gesundheitswesen zusammen mit der demographischen Entwicklung zur Überprüfung der herkömmlichen Rehabilitationskonzepte und ihrer Vernetzung mit neuen, möglichst kostengünstigen Alternativen zwingt.

Für die DVfR als Veranstalter und die als Referenten eingeladenen Fachleute war es ein erklärtes Ziel des Kongresses, **Handlungsfelder zur Weiterentwicklung der ambulanten wohnortnahen Rehabilitation** herauszuarbeiten.

Über 550 Kongreßteilnehmer – praxiserfahrene Fachleute aus vielen an der Rehabilitation beteiligten Berufsgruppen, Vertreter der Leistungsträger, von Selbsthilfegruppen und -organisationen betroffener Menschen sowie politisch Verantwortliche – kamen nach Erkner, um sich am interdisziplinären Erfahrungsaustausch über bereits erprobte Verfahren und Modelle der ambulanten Rehabilitation zu beteiligen, Konzepte zu diskutieren sowie Ideen und Anregungen für die eigene Arbeit mitzunehmen.

Der **Extrakt aus den Plenarveranstaltungen und Arbeitsgruppen** wird in diesem **Ergebnisbericht** vorgelegt und soll – sozusagen tauf frisch – Eingang finden in die rehastrategischen Diskussionen, die derzeit in vielen Verbänden, z. B. der Kassenärzte, der Leistungsträger, der Einrichtungsträger, in den gesundheitspolitischen Gremien des Bundes und der Länder sowie in den Berufsorganisationen stattfinden.

Aus der Sicht der Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter müssen bei der Entwicklung bedarfsgerechter Strukturen der ambulanten Rehabilitation folgende Gesichtspunkte im Blickfeld bleiben:

1. Bei der Orientierung von der etablierten stationären Rehabilitation hin zu ambulanten, wohnortnahen Strukturen darf es **keine Orientierung auf „Reha light“** geben. Insbesondere können symptomorientierte Therapieangebote allenfalls Ergänzung, jedoch keinen Ersatz für etablierte Maßnahmen bieten, weil sie nicht den ganzheitlichen Ansatz von Rehabilitation berücksichtigen und wesentliche Bedingungen für den Rehaerfolg auf Wohnortebene nicht erfüllen (mit Assessment, Bedarfsorientierung, Teamarbeit, Vernetzung etc.). Auch in Zeiten knapper Kassen darf keine Verschlechterung der Rehabilitation zugelassen werden.
2. Viele chronisch kranke und viele schwerbehinderte Menschen benötigen **langfristige bzw. dauerhafte Hilfen zur Eingliederung**, im Anschluß an oder anstelle der etablierten kompakten, zeitlich befristeten Maßnahmen. Für diese Menschen kann das **ambulante**

Rehateam in der Vernetzung mit anderen wohnortnahen Angeboten (Therapie- und Pflegedienste, soziale Dienste, Tagesbetreuung, Familie/Angehörige, einschließlich mobiler Rehadienste etc.) **bedarfsorientierte Hilfen leisten und koordinieren.**

3. Die **finanzielle Beteiligung des Patienten** an ambulanten Rehamaßnahmen, wenn eine stationäre Maßnahme nicht unmittelbar vorausgegangen ist (Zuzahlung), ist ein Zugangshindernis für die ambulante Rehabilitation und vom Gesetzgeber dringend zu revidieren. Der Kostendämpfung dient es viel mehr, wenn die in der Praxis immer noch hohen Zugangshürden wie zeitintensive Klärung der Leistungsträger-Zuständigkeiten, Begutachtung, lange Wartezeiten etc. abgebaut werden – denn eine zügige Rehabilitation spart Folgekosten.
4. Unter den Stichworten **Ressourcenoptimierung, Bedarfsorientierung** und **Finanzierung/Finanzierbarkeit** müssen Kooperation und Abstimmung der Leistungsträger, insbesondere der Kranken- und Rentenversicherung bei der Entwicklung ambulanter Rehastrukturen wesentlich verbessert und harmonisiert werden. Der dem Rehabilitations-Angleichungsgesetz zugrunde liegende Gedanke darf in der ambulanten Rehabilitation nicht seine Gültigkeit verlieren.
5. Die fachkundige und strukturierte Ermittlung der Fähigkeiten und Störungen behinderter Menschen (**Assessment**) sowie der eingesetzten Hilfen und der erzielten Ergebnisse ist wesentlich für die Qualität der ambulanten Rehabilitation, die Nutzung sozialer Netze auf Wohnortebene und eine optimale Steuerung des Reha-Verlaufs.

Die ICDH-Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und sozialen Beeinträchtigungen der WHO in der Neufassung (ICDH 2) mit Ihrer Betonung des Aktivitätskonzepts ist auch im Rahmen der ambulanten Rehabilitation für die Beurteilung des Rehabilitationsbedarfs und des Rehabilitationserfolgs Betroffener hervorragend geeignet.

6. Der Bundesausschuß Ärzte und Krankenkassen sowie die befaßten Verbände und Gremien sind aufgerufen, die **Weiterentwicklung bedarfsorientierter Rehastrukturen durch die Schaffung ambulanter wohnortnaher und auch mobiler Rehabilitationsangebote voranzutreiben** und dafür die vielen Anregungen des Kongresses zu nutzen.

Ein interdisziplinärer DVfR-Arbeitsausschuß (i. G.) wird die Entwicklung der ambulanten wohnortnahen Rehabilitation begleiten und kann weitere Anregungen gern aufnehmen.

Ich danke den Leitern und den Berichterstattem der Arbeitsgruppen sowie den Referenten für ihren Beitrag zum Erfolg des Kongresses, Herrn Dr. Schmidt-Ohlemann und Herrn Dr. Zippel für die sehr engagierte und zielorientierte Leitung des Kongresses, ebenso Frau Dr. Reinsberg und den Mitarbeitern der Geschäftsstelle der DVfR für die sorgfältige Vorbereitung und Durchführung des Kongresses und die rasche Redaktion dieses Berichts.

Oktober 1997

Dr. med. Wolfgang Blumenthal
Vorsitzender der Deutschen Vereinigung
für die Rehabilitation Behinderter

Ambulante wohnortnahe Rehabilitation – Versuch einer Standortbestimmung –

M. Schmidt-Ohlemann

Einleitung

Das Thema des Kongresses „Ambulante wohnortnahe Rehabilitation – Konzepte für Gegenwart und Zukunft“ hat zwei wesentliche Dimensionen. Es geht zum einen um die **Gestaltung von Rehabilitationsmaßnahmen** für Menschen mit Rehabilitationsbedarf, die ambulant und wohnortnah durchgeführt werden. Es geht zum anderen um den **Aufbau eines Netzwerkes auf der Wohnortebene**, das Rehabilitation unterstützt oder gewährleistet, also um Institutionen und deren Arbeitsweise, ihre Vernetzung und Kooperation. Daraus ergibt sich als Frage, wo Einrichtungen und Leistungen der ambulanten wohnortnahen Rehabilitation im Gesundheitswesen und in einem sozialen Gemeinwesen in einer Region ihren Ort haben oder finden sollen.

Rehabilitation umfaßt medizinische, pädagogisch-schulische, berufliche und soziale Rehabilitation. Bei diesem Kongreß wird die medizinische Rehabilitation im Vordergrund stehen, wobei eine Reduktion auf medizinisch-somatische Sachverhalte nicht beabsichtigt ist – vielmehr wird Rehabilitation nach dem Krankheitsfolgenmodell der WHO konzipiert. Zur beruflichen Rehabilitation wird die Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter 1998 eine eigene Arbeitstagung durchführen (Information dazu: siehe letzte Seite).

Auch in den 9 Arbeitsgruppen dieses Kongresses soll Rehabilitation immer als Ganzes und umfassend in den Blick genommen werden.

In allen Rehabilitationsbereichen gibt es schon jetzt eine Vielzahl an Rehabilitationsleistungen, die ambulant und wohnortnah erbracht werden, so z. B. in Frühförderstellen, Sonderschulen, Werkstätten für Behinderte, als berufliche Integrationsdienste, Beschäftigungsgesellschaften, persönliche Assistenzdienste u. v. a. Fast immer hängen medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation eng zusammen. Inzwischen ist eine unübersehbare Fülle einzelner Projekte entstanden und damit eine fast unübersehbare Angebotsvielfalt. Diese Vielfalt ist Reflex der vielfältigen Bedarfslagen, der äußerst unterschiedlichen regionalen Ressourcen – also wohnortnaher Rehabilitation in gewissem Maße immanent – und Reflex des persönlichen Engagements einzelner, ohne das es viele dieser Angebote nicht gäbe.

Ambulante wohnortnahe Rehabilitation ist für alle Rehabilitationsträger relevant. Die ambulante Versorgung genießt grundsätzlich Vorrang vor der stationären. In der Rentenversicherung sind ambulante und stationäre Rehabilitationsmaßnahmen zumindest gleichberechtigt. Diese Vorrangigkeit bzw. Gleichrangigkeit ist jedoch im Bereich der Rehabilitation keinesfalls umgesetzt: Es besteht ein erhebliches Vollzugsdefizit.

Dabei sind auch Unterschiede zwischen den Rehabilitationsträgern zu beachten. So unterscheiden sich z. B. die Rehabilitationsbedürftigen der Krankenversicherung und der Rentenversicherung zum Teil erheblich voneinander; hier ältere oder schwerkranke Patienten, bei denen es um die Vermeidung oder Verminderung der Pflegebedürftigkeit oder der Behinderung geht, dort völlig selbständige Menschen, bei denen die Arbeitsfähigkeit erhalten oder

wieder hergestellt werden soll. Deshalb muß vor einer voreiligen und einer schematischen Harmonisierung von Konzepten ambulanter wohnortnaher Rehabilitation in Kranken- und Rentenversicherung gewarnt werden.

Dennoch sollten Rehabilitationseinrichtungen und -angebote grundsätzlich von allen Rehabilitationsträgern genutzt werden können, um unökonomische Doppelstrukturen auf der Wohnortebene zu vermeiden, um **Synergieeffekte** zu nutzen und der engen Verwandtschaft zwischen medizinischer Rehabilitation in Rentenversicherung, Krankenversicherung und Unfallversicherung Rechnung zu tragen. Dies kann durchaus beinhalten, daß einzelne Rehabilitationsträger eine spezifische Ausgestaltung von Angeboten vereinbaren, z. B. im Hinblick auf verstärkte psychosoziale Beratung, psychologische Hilfen oder im Hinblick auf die sozialmedizinische Begutachtung.

Auch Gemeinden, Städte und Kreise haben als Träger sozialer Rehabilitation einen Beitrag zu leisten, indem sie für den Ausbau einer sozialen Infrastruktur in unmittelbarer Ergänzung zu medizinischen oder beruflichen Maßnahmen zuständig sind. Ihnen obliegt letztendlich die Gestaltung der sozialen Rehabilitation – verstanden als Ermöglichung der Teilhabe an der Gesellschaft in einem Rehabilitation wirklich praktizierenden Gemeinwesen.

Die Diskussion um ambulante wohnortnahe Rehabilitation wird zum Teil mit **irreführenden Thesen** geführt. Eine kleine Auswahl: Rehabilitation könne nicht in jedem Dorf angeboten werden; ambulante Rehabilitation müsse zwingend den gleichen Qualitätsstandards wie stationäre Reha genügen (stationäre Reha „minus Schlafen“); ambulante Rehabilitation sei nur etwas für Leichtbehinderte; die Rehabilitanden müßten in den Aktivitäten des täglichen Lebens selbständig sein bzw. in der Lage sein, einen Pkw oder den öffentlichen Personennahverkehr zu benutzen; ambulante Reha sei billiger als stationäre; ambulante wohnortnahe Reha könne grundsätzlich nur weniger leisten als stationäre; ambulante wohnortnahe Reha sei im Grunde nur in Ballungsräumen möglich, da sonst keine ausreichende Auslastung gewährleistet sei; vor allem sei sie als Nachsorge brauchbar; sie müsse in konzentrierten Zeiträumen von 3 bis max. 6 Wochen erbracht werden können usw.

Hinter diesen Aussagen verbergen sich zum Teil eindeutige, zum Teil unklare, nicht immer begründete bzw. sinnvolle konzeptionelle Prämissen, die hinterfragt und in einen größeren konzeptionellen Zusammenhang gestellt werden müssen. Lassen Sie uns versuchen, einen durch bisherige Vorstellungen nicht zu stark beeinflussten Blick auf das Thema zu werfen. Nur eine unbefangene und am Bedarf der Patienten ausgerichtete Sichtweise kann helfen, die Stagnation in der Entwicklung ambulanter wohnortnaher Rehabilitation zu überwinden.

Ambulante Rehabilitation

Unter ambulanter Rehabilitation sollen all die Rehabilitationsangebote verstanden werden, die nicht stationär erbracht werden, d. h. also solche, die nicht mit Übernachtung verbunden sind, sondern bei denen der Rehabilitand zu Hause wohnt (die ambulante Rehabilitationskur bleibt hier unberücksichtigt). Teilstationäre Rehabilitation ist eine Untermenge ambulanter Rehabilitation, die stationären Behandlungsformen besonders ähnlich ist und die mit be-

stimmten Leistungen, z. B. der Gewährung von Übergangsgeld, verbunden ist. Als weitere Untermenge gehört dazu die mobile Rehabilitation.

Ambulante Rehabilitation ist damit Bestandteil der ambulanten medizinischen und sozialen Hilfestruktur, also eines vorhandenen sekundären sozialen Netzwerkes von Hilfen, und ist zugleich Teil der Lebenswelt des Patienten mit seinem primären Netzwerk. Diese Netzwerke können als Ressourcen für die Rehabilitation begriffen werden, sofern es gelingt, sie einzubeziehen und zu aktivieren. Ambulante wohnortnahe Reha hat alltägliche, keine virtuellen Rahmenbedingungen; ihre Inanspruchnahme dürfte vielen Menschen dadurch leichter fallen.

Andererseits bietet die Lebenswelt auch rehabilitationshemmende oder -verhindernde Bedingungen, von denen es sich zu distanzieren gilt bzw. die auf Dauer zu modifizieren oder zu beseitigen sind, soll das Ziel der Rehabilitation erreicht werden. Der Verbleib zu Hause kann Rehabilitation erschweren.

Wohnortnahe Rehabilitation

Wohnortnähe ist ein unbestimmter, relativer Begriff. Wir bezeichnen ein Rehabilitationsangebot dann als wohnortnah, wenn es im Hinblick auf Rehabedarf und -potential des Rehabilitanden sowie Art und Umfang der Maßnahme in angemessener und zumutbarer Entfernung vorhanden ist, so daß das gesetzte Rehabilitationsziel erreicht werden kann und eine ausreichende Inanspruchnahme durch das bedürftige Klientel gewährleistet ist. Deshalb sind einheitliche Kilometer- oder Zeitangaben für alle Formen ambulanter Rehabilitationsangebote unzweckmäßig: So müssen einige Rehabilitationsangebote sogar bis in die Wohnung reichen – als mobile Rehabilitation, als diagnostischer Hausbesuch, als persönlicher Assistenzdienst, als Hilfe zur Wohnungsumgestaltung.

Wir unterscheiden deshalb drei Stufen der „Wohnortnähe“: das primäre Versorgungsgebiet, das Standardversorgungsgebiet und das überregionale Versorgungsgebiet.

Als **primäres Versorgungsgebiet** wird die Wohnung, das Haus und die unmittelbare häusliche Umgebung des Rehabilitanden bezeichnet.

Ein **Standardversorgungsgebiet** hängt regional, verkehrstechnisch und kulturell zusammen. In einem Standardversorgungsgebiet sollen Rehabilitationsangebote in nicht mehr als 30 Minuten Fahrtzeit vom Patienten erreichbar sein. Einzelne Rehabilitanden dürfen auch länger fahren, wenn sie dies wollen. Diese Zeitspanne wird z. B. in der Psychiatrie oder auch international als Definition von Wohnortnähe benutzt. In einem Standardversorgungsgebiet leben in der BRD je nach Verdichtungsgrad zwischen 150.000 und 600.000 Menschen. Innerhalb eines solchen Gebietes müssen einige Angebote ambulanter wohnortnaher Rehabilitation, also auch Rehabilitationseinrichtungen vorhanden sein. Es macht deshalb Sinn, daß ambulante wohnortnah orientierte Rehaeinrichtungen sich selbst auf den Bedarf in einem Standardversorgungsgebiet orientieren und das Standardversorgungsgebiet als ihre Versorgungsregion auffassen.

Eine solche regionale, bedarfsgerechte Orientierung hat Vorteile: Es handelt sich meist um eine zusammenhängende Region, das Gebiet ist nicht zu groß und ermöglicht einem Reha-

team einen gewissen Überblick über die vorhandenen Ressourcen und Einrichtungen. Die Entfernungen sind für viele Rehabilitanden auch bei täglicher Fahrt noch vertretbar, z. B. nach Operationen, Amputationen, in der geriatrischen Rehabilitation, auch im Hinblick auf die Organisation eines sozialunterstützenden Casemanagements, die Tätigkeit beruflicher Integrationsdienste, die Hilfsmittelversorgung, Mobile Rehabilitation. Auch für Transportdienste von Behindertenhilfeeinrichtungen oder für die Sozialstationen hat sich ein solches Standardversorgungsgebiet als Versorgungsregion bewährt. Nicht selten handelt es sich dabei um zusammenhängende Gemeinden oder Landkreise.

Spezialsprechstunden mit rehabilitativer Beratung, Koordination von Hilfen, Hilfsmittelversorgung etc., z. B. für Menschen mit Querschnittlähmung oder seltenen Erkrankungen mit jeweils speziellem Beratungs- und Behandlungsbedarf, z. B. an Unikliniken, die nur gelegentlich in Anspruch genommen werden müssen, müssen nicht innerhalb von 30 Minuten erreichbar sein. Erfahrungen zeigen, daß Entfernungen bis zu 1,5–2,5 Stunden zurückgelegt werden können, sofern sich die Gesamtkonsultation innerhalb eines Tages bewerkstelligen läßt. Ein solches Angebot kann bei gelegentlicher Inanspruchnahme durchaus noch als wohnortnah bezeichnet werden. Eine solche Region wird als **überregionales Versorgungsgebiet** oder **Spezialversorgungsgebiet** bezeichnet. In der BRD leben in einem Spezialversorgungsgebiet zwischen 1,5 und 5 Millionen Menschen. Um daraus sinnvolle Versorgungsregionen von Rehabilitationseinrichtungen zu definieren, sind infrastrukturelle Gegebenheiten, Versorgungsdichte, Verkehrswege oder auch Ländergrenzen zu berücksichtigen.

Primäres Versorgungsgebiet, Standardversorgungsgebiet und überregionales Versorgungsgebiet stellen eine bedarfsgerechte Abstufung von Wohnortnähe nach den Kriterien der bedarfsgerechten regionalen Verfügbarkeit dar. Unten werden wir zeigen, welche Rehabilitationsangebote bzw. Einrichtungen diesen Versorgungsgebieten zugeordnet werden können. Als wichtige Frage an die einzelnen Fachgebiete ergibt sich daraus, welche Patienten in welcher Entfernung welches Rehabilitationsangebot benötigen.

Das epidemiologische Paradigma

Für alle Versorgungsregionen und auch alle Rehabilitationseinrichtungen muß der Rehabilitationsbedarf quantitativ und qualitativ ermittelt werden. Der bedarfsgerechte Auf- und Ausbau ambulanter wohnortnaher Reha muß also einem epidemiologischen Paradigma folgen: Welcher Bedarf an welcher Rehaleistung besteht in welcher Region?

Zuverlässige bevölkerungsepidemiologische Daten über das Vorhandensein von Disabilities und Handicaps in der Bevölkerung sowie den damit verbundenen Rehabilitationsbedarf liegen praktisch nicht vor. Immerhin kann man ungefähr Inzidenzen und Prävalenzen für einzelne relevante Krankheitsgruppen ermitteln, z. B. für den Schlaganfall (vgl. Schlaganfall-Studie Rheinland-Pfalz), für Schenkelhalsfrakturen, die chronische Polyarthritiden etc. Daraus lassen sich zumindest Größenordnungen für die Planung abschätzen.

Es erscheint dringlich, den Rehabilitationsbedarf bevölkerungsepidemiologisch zu ermitteln und nicht nur aus der Analyse vorhandener Rehabilitationsmaßnahmen herzuleiten. Nur so können Unter- und Überversorgung vermieden werden. Wird der Bedarf an Rehabilitation ausschließlich hergeleitet aus den bisher angetretenen stationären Maßnahmen, und wird

aus dem stationären Setting heraus die Präferenz für ambulante Maßnahmen ermittelt, kann der wirkliche Bedarf an ambulanter wohnortnaher Rehabilitation nicht abgeschätzt werden. Insbesondere kann nicht erwartet werden, daß Patienten, die eine stationäre Rehabilitation mit allen ihren Vorzügen erwarten, bereitwillig eine ambulante Rehabilitation akzeptieren. Auch zeigt die Erfahrung, daß Ärzte ohne Erfahrung mit ambulanter Rehabilitation die Möglichkeiten ambulanter Rehabilitation erheblich unterschätzen, da sie mit dem Handling und Management von Komplikationen, aber auch ihrer Vermeidung unter ambulanten Bedingungen nicht im notwendigen Umfang vertraut sind.

Im epidemiologischen Paradigma können Bevölkerungsgruppen gleichen Rehabilitationsbedarfes identifiziert werden. Dadurch wird es möglich, einem regionalen Gesamtbedarf ein regionales Gesamtangebot gegenüberzustellen.

Besonderheiten der wohnortnahen Rehabilitation

Ambulante wohnortnahe Rehabilitation könnte theoretisch als stationäre Reha „minus Schlafen“ aufgefaßt werden. Sie findet aber eingebettet in die Lebenswelt des Patienten statt. So zeigen Erfahrungen, daß der soziale Kontext erheblich in die Durchführung und den Erfolg von Rehabilitation hineinwirkt, um so mehr, je umfangreicher der soziale Unterstützungsbedarf ist oder auch je eher der Rehabilitand gehalten ist, seine „normale“ Rolle als Familienvater, Hausfrau, Berufstätiger etc. auszufüllen.

Die Beurteilung des Kontextes als rehafördernd oder rehahehmend ist Bestandteil des Assessment als Basis für die Differentialindikation für ambulante oder stationäre Rehabilitation.

Rehabilitation kann eher gelingen, wenn sie nicht nur auf den Rehabilitanden als Individuum einwirkt, sondern ihm hilft, seine Ressourcen zu nutzen oder auszubauen. Die praktisch wirksame Behinderung und damit auch der Rehabilitationsbedarf wird nämlich nicht allein durch das Vorhandensein oder Fehlen von Fähigkeitsstörungen bestimmt, sondern entsteht aus der Wechselwirkung dreier Komponenten, nämlich den Fähigkeitsstörungen des Rehabilitanden, den zur Verfügung stehenden materiellen und personellen Ressourcen (Kontext) und den selbstgesetzten oder fremdbestimmten Ansprüchen und Anforderungen (vgl. ICIDH 1995).

Ressourcen können dabei etwa günstige Wohnverhältnisse, sozialer Rückhalt und soziale Unterstützung (Social Support) sein. Sie umfassen neben dem sekundären vor allem das primäre soziale Netz.

Rehabilitation gewinnt dann an Reichweite, wenn sie auf alle drei Dimensionen einwirkt, auf die Fähigkeitsstörung, auf Anforderungen und Belastungen und auf die Ressourcen bzw. die Kontextfaktoren. Daß dies gelingen kann, zeigen Beispiele aus der Behindertenhilfe, der Geriatrie, der mobilen Rehabilitation, der Versorgung Querschnittgelähmter sowie aus der Arbeitsmedizin: Stichworte sind hier arbeitsbedingte Erkrankungen, Belastungsbeanspruchungs-Konzept, Coping.

Besonders wichtig wird die Berücksichtigung der Ressourcen und der Anforderungen, wenn aus fehlender sozialer Unterstützung oder einem Übermaß an Fremdanforderungen patho

gene Einflüsse entstehen, deren Beseitigung oder Bewältigung zur Aufgabe der Therapie und Prävention selbst wird. Ressourcenorientierung wird dann zum therapeutischen Prinzip.

Wird Rehabilitation stationär und wohnortfern durchgeführt, ist allein aus praktischen Gründen Ressourcenorientierung schwierig umzusetzen. Auch konzeptionell kommt dieser Gesichtspunkt in den herkömmlichen Rehabilitationsverfahren jedoch zu kurz.

Eine Voraussetzung **ressourcenorientierter Rehabilitation** ist, daß Rehabilitation als behinderungsbezogene Problemlösung (Clearing) und als Lösungsfindungsprozeß sowie Umsetzungshilfe (Casemanagement) für die aus der Behinderung resultierenden Probleme aufgefaßt wird. Neben Gesprächen mit dem Rehabilitanden ist die Einbeziehung weitergehender Informationen und eine vertrauensvolle, etablierte und gefestigte Zusammenarbeit mit anderen Beteiligten erforderlich, z. B. mit der Familie, dem Arbeitgeber und wichtigen Bezugspersonen des Rehabilitanden. Das Rehateam steuert eigene Kenntnisse über vorhandene regionale Netzwerke einschließlich der vorhandenen professionellen Dienste sowie Vorschläge zu dem Problemlösungsprozeß bei. Das Rehateam muß wissen, wie vorhandene Hilfen rehabilitandenbezogen effektiv miteinander vernetzt werden können. Dazu muß das Team die traditionellen Behandlungsformen um Einzel- oder Gruppengespräche – bei Bedarf Psycho- und Soziotherapie –, um Familiengespräche, Hausbesuche und Besuche am Arbeitsplatz, auch institutionelle Zusammenarbeit mit anderen Beteiligten erweitern. Eine solche Arbeitsweise eines Rehabilitationsteams ist nur im Rahmen wohnortnaher Rehabilitation möglich, vor allem, wenn es sich dabei um einen längeren Prozeß handelt. Darin kann der entscheidende Vorteil einer wohnortnahen Rehabilitation liegen.

Auf diesem Hintergrund wird die Bedeutung der Einbeziehung des Hausarztes und/oder der Pflegedienste deutlich. Sie verfügen häufig über subtile Kenntnisse des Kontextes und der persönlichen Ressourcen. Leider fehlt ihnen aber die professionelle rehabilitative Fachkompetenz und auch die Möglichkeit, im Rahmen einer Praxis und entsprechender Arbeitsorganisation die notwendigen Gespräche zu führen, die Koordination der Hilfen zu gewährleisten und sich um das Networkmanagement zu kümmern, also rehabilitative Arbeitsformen zu realisieren. Deshalb kann der Hausarzt trotz seiner Erfahrung eine fachgerechte Rehabilitation bei schwierigen Rehabilitationsproblemen nicht leisten, sondern benötigt ein Rehateam mit einem Rehabilitationsarzt zu seiner Unterstützung. Andererseits ist auch das Rehabilitationsteam vor allem bei schwierigen Rehabilitationsproblemen auf die Unterstützung und die Kenntnisse des Hausarztes und anderer angewiesen.

Wie die Ressourcenorientierung in Einrichtungen der ambulanten wohnortnahen Rehabilitation praktisch aussehen kann oder sollte, muß wohl auch fachspezifisch differenziert werden.

Wenn **Ressourcenorientierung** von Rehabilitation *ein* spezifisches Merkmal ambulanter wohnortnaher Reha sein kann, so ist ein weiteres Spezifikum ihre problemlos durchzuführende **Individualisierung** in Umfang, Therapiefrequenz und vor allem Gesamtdauer der Maßnahme.

Das Zeitkorsett von 3, 4, 5 oder 6 Wochen ist nicht flexibel genug und stellt ein relevantes praktisches Problem dar. Zum Teil ist die Gesamtdauer zu kurz, die Therapiefrequenz bei einer Drei-Wochen-Maßnahme zu hoch, interkurrente Erkrankungen oder verminderte Be-

lastungsfähigkeit behindern die Rehabilitation anfangs, so daß in 3 bis 4 Wochen kein ausreichendes Ergebnis zu erzielen ist.

Ambulante wohnortnahe Rehabilitation kann vollständig nach Bedarf individualisiert werden, z. B. nur 10 Behandlungseinheiten im Zusammenhang mit einer Hilfsmittelversorgung oder Wohnumfeldgestaltung, wenige Einheiten für ein umfassendes Assessment etc. Sie kann auch längerfristig und kontinuierlich über Wochen, Monate, in Einzelfällen sogar Jahre erbracht oder bei Bedarf intermittierend eingesetzt werden. Sie kann im Einzelfall auch eine lebenslange Begleitung sein im Sinne von Beratung, Koordination, Förderung und fachkompetenter Begleitung, z. B. bei Schwerstkörperbehinderten, Hochquerschnittgelähmten oder Menschen im Wachkoma. Zwar muß es Vereinbarungen für Rehamaßnahmen in zeitlicher Sicht allein schon aus Kostengründen und im Interesse der Steuerbarkeit des Rehaablaufes durch den Rehaträger geben – diese können aber außerordentlich flexibel und bedarfsgerecht gehandhabt werden, d. h. auch kurzfristig einzuleitende und häufige, dann ggf. kurze Maßnahmen sind möglich. Eine pauschale Wiederholungsrichtlinie (4 Jahre) sollte es für ambulante wohnortnahe Rehabilitation nicht geben.

Hier liegen aus meiner Sicht ökonomische Vorteile der ambulanten wohnortnahen Rehabilitation: Durch Individualisierung kommt es in vielen Fällen zu einer begründeten Verkürzung der Rehabilitation bzw. zu einer medizinisch sinnvoll optimierten Anzahl einzelner Therapiemaßnahmen. Dies schafft Spielräume für einzelne umfangreiche und ggf. langfristig dauernde Maßnahmen. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, daß das Geriatrie-Programm des Landes Baden-Württemberg durch seine strikten Vorgaben gerade diese Flexibilisierungsmöglichkeiten nicht nutzt, so daß nicht ausreichend überprüft werden kann, ob sich eine individualisierte und günstig flexibilisierte ambulante wohnortnahe Rehabilitation im Bereich der Geriatrie ökonomisch auswirkt.

Indikationen

Die Entscheidung, ob eine ambulante oder stationäre Rehabilitationsmaßnahme oder andere, z. B. berufsfördernde Maßnahmen sinnvoll und möglich sind, stellt eine Einzelfallentscheidung dar. Sie kann nicht allein anhand von formalisierten Entscheidungskriterien, z. B. nach einer Diagnosenliste gefällt werden. Sie erfordert ein angemessenes Assessment einschließlich einer Beratung und Abstimmung mit dem Patienten und seiner Umgebung, ggf. einschließlich Absprachen mit anderen behandelnden Ärzten.

Vier Voraussetzungen sind immer erforderlich:

1. Es muß gesundheitliche Stabilität insoweit vorliegen, daß keine Krankenhausbehandlung mit regelmäßiger ärztlicher Überwachung und ärztlichen Maßnahmen erforderlich ist.
2. Es muß Rehabilitationsbedarf nach den allgemein anerkannten Kriterien bestehen.
3. Die häusliche Versorgung und die Alltagsbewältigung einschließlich des Gesundheits- und Krankheitsmanagements muß sichergestellt sein, entweder durch den Patienten (Organisationskompetenz), Angehörige bzw. andere Helfer oder mit Hilfe eines sozialen Unterstützungsmanagements.

4. Die Transportfrage muß gelöst werden, entweder durch Fahrt mit eigenem Pkw oder öffentlichem Personennahverkehr, durch Transport durch Angehörige oder Helfer, durch spezielle Fahrdienste oder in Form mobiler Rehabilitation.

Für bestimmte Personengruppen ist Rehabilitation ambulant und wohnortnah nicht nur möglich, sondern ein dringend notwendiges Rehabilitationsangebot. Diese **eindeutige Indikation** gilt insbesondere für Menschen,

- bei denen Rehabilitation parallel zur Berufstätigkeit oder bei stufenweiser Wiedereingliederung ins Arbeitsleben möglich ist bzw. erfolgen soll,
- die eine an sich notwendige stationäre Behandlung nicht antreten können (z. B. Pflegende wegen der Versorgung anderer Familienangehöriger),
- die eine an sich notwendige stationäre Behandlung nicht antreten wollen (aus Angst, Familiengebundenheit, ausländische Familien, Selbständige, Hausfrauen, Mütter),
- deren Rehabilitation nur erfolgreich in den konkreten Lebens- und Arbeitsbedingungen durchgeführt werden kann, weil es die besondere Problematik des Patienten (z. B. Einbeziehung des Arbeitsplatzes oder des Wohnumfeldes) erfordert,
- bei denen Rehabilitation, aber keine stationäre kurative Krankenhausbehandlung erforderlich ist (u. a. zur Vermeidung der Rehospitalisierung),
- bei denen die Reintegration in die häusliche Umgebung aus dem Krankenhaus oder anderen stationären Einrichtungen nur mit speziellen rehabilitationsmedizinischen Hilfen erfolgen kann und andere Einrichtungen, z. B. Praxen, ein entsprechendes Angebot nicht stellen können,
- für seelisch behinderte, depressive und/oder geistig behinderte Menschen, die deshalb stationäre Angebote nicht mit Gewinn nutzen können und bei denen durch Unterbringung zu Hause ein positiver Effekt erwartet werden kann,
- für schwerstkörperbehinderte Menschen, bei denen die umfassende Pflege von der stationären Rehaeinrichtung nicht ausreichend gewährleistet werden kann,
- wenn ein geeigneter stationärer oder teilstationärer Rehabilitationsplatz nicht zur Verfügung steht,
- nach einer stationären Reha, auch zu deren Verkürzung, bei fortbestehendem ambulanten Rehabedarf, um den Erfolg der Rehamaßnahme zu sichern und den Transfer des Gelernten zu gewährleisten,
- nach stationärer Krankenhausbehandlung, auch zu deren Verkürzung, zur Überleitung und Sicherung der weiteren umfassenden Behandlung, wenn eine Entlassung unter diesen Bedingungen bereits möglich ist und stationäre Rehabilitation nicht oder noch nicht erforderlich ist oder die vorhandenen kurativen Angebote zur nahtlosen Versorgung nicht ausreichen und die Rehabilitation durch ambulante wohnortnahe Rehabilitation sicherzustellen ist,
- bei Erfordernis von Langzeitrehabilitation oder kurzfristig wiederholter Intervallbehandlung (z. B. neurologische Rehaphasen E und F),

- für Menschen, die an chronisch-progressiven oder rezidivierenden Erkrankungen leiden und die deshalb einen oft wiederkehrenden, variablen Rehabilitationsbedarf haben.

Ambulante wohnortnahe Reha, oft als mobile Reha, ist auch bei Menschen ohne bzw. mit nur geringem zu erwartenden Funktionsgewinn auf der Ebene von Fähigkeitsstörungen indiziert:

- zur Verbesserung der Pflegesituation,
- zum Erhalt der sozialen Integration,
- zur Prophylaxe von Komplikationen und Hospitalisierungen,
- zur Anpassung des Wohnumfeldes,
- zur Schulung, Ausbildung und Anleitung von Angehörigen und Helfern,
- zur Hilfestellung beim Krankheits- oder Behinderungsmanagement für die Helfer einschließlich organisatorischer Hilfen (Casemanagement),
- zur Zustandserhaltung, wenn dazu spezifische Kenntnisse notwendig sind,
- zur Aufrechterhaltung des Alltagslebens und elementarer Kommunikation, wenn dazu besondere fachliche Kompetenzen notwendig sind (z. B. basale Stimulation als Kommunikationstechnik im Wachkoma).

Intendiert ist dabei eine Vermeidung erneuter Hospitalisierung.

Ausschlußindikationen sind insbesondere:

- Notwendigkeit umfangreicher diagnostischer oder anderer ärztlicher Maßnahmen, ausgeprägte Multimorbidität, instabiler Gesundheitszustand,
- Notwendigkeit einer Klimaveränderung,
- Notwendigkeit einer zeitweisen Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld,
- Wohnungsverhältnisse, die einen Rehabilitationserfolg unmöglich bzw. unwahrscheinlich machen,
- Ausreichen der ambulanten kurativen Behandlung einschließlich Heilmittelbehandlung,
- fehlende Motivation des Patienten oder seiner Angehörigen, ohne Aussicht auf Änderbarkeit,
- nicht zu bewältigende Verwahrlosung des Patienten und seiner häuslichen Umgebung,
- im Zusammenhang mit der Krankheit stehende, die Rehabilitation unmöglich machende Verhaltensweisen des Patienten,
- mangelnde soziale und pflegerische sowie hauswirtschaftliche Unterstützung bei entsprechendem Bedarf,
- dem Rehabilitationsbedarf nicht angemessenes Leistungsangebot einer ambulanten wohnortnahen Rehaeinrichtung.

Die Ziele ambulanter wohnortnaher Rehabilitation können auf verschiedenen Ebenen konkretisiert werden. Allgemein sind sie mit denen der stationären Rehabilitation identisch, vgl. dazu u. a. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation, 1996. Auf ihre Wiedergabe wird hier verzichtet.

Diese allgemeinen **Ziele** können **für die ambulante wohnortnahe Rehabilitation** noch konkretisiert werden:

- Erhaltung des Arbeitsplatzes bzw. eines Arbeitsverhältnisses, der Berufstätigkeit, der Erwerbstätigkeit durch konkrete arbeitsplatz-, arbeitgeber- oder personenbezogene Maßnahmen,
- berufliche und soziale Eingliederung nicht gefährdendes, sondern ermöglichendes angepasstes medizinisch-therapeutisches Management,
- Verhinderung von Wiedererkrankung, Verschlechterung, von Komplikationen, von Behinderungen durch Modifikation oder Beseitigung krankheitsbedingender oder -auslösender Faktoren in der Lebens- und Arbeitsweise des Rehabilitanden,
- Sicherung der Teilhabe am sozialen Leben und Ermöglichung der Wahrnehmung der Bürgerrechte (z. B. durch Hilfsmittelversorgung, persönliche Assistenzdienste etc.),
- Sicherung der häuslichen Versorgung bei Pflegebedarf bzw. bei schwerer Krankheit,
- Beeinflussung des Krankheits- und Gesundheitsverhaltens der Rehabilitanden und ihrer Familie,
- Anpassung der Wohnumgebung zum Verbleib in eigener Wohnung,
- Vermittlung von sozialer Unterstützung u. a. durch Beteiligung an Selbsthilfegruppen.

Im Hinblick auf die Gestaltung eines netzwerkartigen, optimierten Versorgungssystems hat ambulante wohnortnahe Rehabilitation folgenden **Auftrag**:

1. Verkürzung der Krankenhausverweildauer,
2. Ersatz oder Verkürzung der stationären Rehabilitation (gemäß dem Grundsatz ambulant vor stationär),
3. Sicherung des stationären Rehabilitationserfolges durch Hilfe zur Reintegration nach dem stationären Aufenthalt in die häusliche Umgebung, Nachsorge,
4. qualifizierte Ergänzung der vorhandenen Behandlungsangebote.

Assessment und Lenkung des Rehabilitationsprozesses

Zur Klärung der Differentialindikation für ambulante wohnortnahe Rehabilitation im Sinne eines kontextgebundenen und ressourcenorientierten Rehabilitationsprogramms ist ein umfassendes Assessment zur Gestaltung und Lenkung des Rehabilitationsprozesses erforderlich. Es ist mehr als ein Untersuchungsergebnis oder ein Befund, vielmehr Ergebnis einer Beratung und umfassenden Informationssammlung. In der Regel ist das Assessment selbst ein **interaktiver Prozeß**, der vor der Rehamaßnahme beginnt und sich in ihr fortsetzt. Die

Durchführung eines Assessments erfordert eigenständige **rehabilitative Kompetenz**. Nicht selten ist Probehandeln erforderlich. Hausärztliche und auch krankenhausesärztliche oder auch die sozialarbeiterische Kompetenz im Krankenhaus reichen nicht aus, um die Problemlagen des Patienten bzw. Rehabilitanden als Grundlage für rehabilitationsbezogene Entscheidungen zu erfassen und so eine optimale Steuerung des Krankheitsmanagements und der Rehabilitation zu gewährleisten.

Einrichtungen für ambulante wohnortnahe Rehabilitation müssen über solche Kompetenzen verfügen und können durch Konsiliardienste bzw. durch einen eigenen Assessmentdienst, der aus dem gesamten Rehabilitationsteam bestehen kann, das Assessment als Hilfe bei der Lenkung des Rehabilitationsverlaufes zur Verfügung stellen. Dabei können Rehascreening, Rehaassessment und Rehaplan als drei Stufen eines Klärungsprozesses aufgefaßt werden.

Das Assessment ist als Bestandteil des Rehabilitationsprozesses oder Disease Managements zu sehen und beinhaltet eine Beurteilung von Rehabilitationsbedarf und Rehabilitationspotential. Dabei ist streng zwischen Assessment und Begutachtung zu unterscheiden: Das **Assessment** dient der fachlich-inhaltlichen und ggf. organisatorischen Optimierung des Rehabilitationsprozesses und ist damit wesentlich am Bedarf des Rehabilitanden orientiert. Es benennt Fähigkeitsstörungen, Ressourcen und Kontextfaktoren sowie externe Anforderungen – nicht nur wie vorhanden, sondern erfaßt ihre Veränderbarkeit und die dafür zu modifizierenden Bedingungsfaktoren. Die Beurteilung oder Einschätzung von Rehabedarf und Potential ist insofern allenfalls Grundlage der **Begutachtung**, aber nicht diese selbst. Begutachtung ist eine Aufbereitung von Sachverhalten als Grundlage von Entscheidungen über Leistungsgewährung oder deren Verneinung im Rahmen bestehender Vorschriften.

Auch deshalb ist es sinnvoll, das Assessment an Einrichtungen mit Kompetenz in der Rehabilitation zu übertragen, die Begutachtung hingegen bei den dafür vorgesehenen Diensten, insbesondere dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder anderen Gutachterdiensten zu belassen. Mangels eigener rehabilitativer Handlungskompetenz und Erfahrung, die sich nur aus der Durchführung von Rehabilitation selbst auf Dauer ergeben kann, können diese ein Assessment und eine Rehabilitationslenkung nicht gewährleisten. Im Rahmen der Begutachtung können durch solche Dienste zusätzliche sozialversicherungsrelevante Sachverhalte in die Differentialindikation einfließen. Dem Medizinischen Dienst kommt auch wesentlich die inhaltliche Prüfung zu, die notwendig ist, zur Qualitätskontrolle, zur Mißbrauchsvermeidung, auch für das Kostenmanagement und für sachgerechte Entscheidungen der Kostenträger.

Die Gleichsetzung von Beurteilung (Assessment) und Begutachtung führt letztlich zu unlösbaren Zielkonflikten.

Organisation der Rehabilitation

Jede Rehabilitationsmaßnahme im engen Sinn muß auf der Basis eines Rehabilitationsplans mit der Definition von Rehabilitationszielen (s. o.) auf der Grundlage eines ganzheitlichen Rehabilitationskonzepts durchgeführt werden. Jede Rehabilitationsmaßnahme muß die Arbeit eines multiprofessionellen inter- und transdisziplinär arbeitenden Teams, eine angemessene Funktionsdiagnostik, die ständige Anpassung der Maßnahme an den Rehabilitations-

verlauf unter ärztlicher Verantwortung mit ausreichender ärztlicher Präsenz, ein Abschlußsassessment sowie einen Abschlußbericht umfassen. Die Teammitglieder müssen entsprechend qualifiziert sein. Qualitätsmanagement und -sicherung sind nachzuweisen. Die Bestimmungen des § 107 Abs. 1 und 2 SGB V sollen inhaltlich voll gelten, auch evtl. Spezifizierungen für die Rehabilitationsmaßnahme anderer Rehaträger (Rentenversicherung, Unfallversicherung).

Besonders wichtig ist dabei, daß die Verantwortung für die Durchführung des Rehabilitationsplanes beim Rehabilitationsteam bzw. der Rehaeinrichtung liegt: Bei der ambulanten kurativen Versorgung entscheidet der Patient, zu welchen Behandlungen er geht, und er ist selbst für die Organisation der Behandlung verantwortlich, ohne daß niedergelassene Ärzte oder Therapeuten für ausgefallene Behandlungen oder Terminvereinbarungen verantwortlich wären. Im Rahmen einer ambulanten Rehamassnahme aber bleibt das Rehabilitationsteam für die Durchführung des Planes gegenüber dem Rehaträger verantwortlich. Abbruch oder Scheitern ist durch geeignete Maßnahmen zu vermeiden bzw. ggf. zu rechtfertigen.

Formen ambulanter wohnortnaher Rehabilitation

Nach diesen Vorüberlegungen kann nun versucht werden, ambulante wohnortnahe Rehabilitationsmaßnahmen zu definieren und zu klären, wie Einrichtungen aussehen sollen, die ambulante wohnortnahe Rehabilitationsmaßnahmen durchführen.

Ein Blick auf die stationären Rehabilitationsmaßnahmen (nicht Maßnahmen zur Vorsorge) zeigt, daß diese auf unterschiedlichem Niveau mit unterschiedlicher Intensität und fachlicher Spezialisierung durchgeführt werden: So werden z. B. in Schwerpunktkliniken sowohl Patienten mit gelegentlichen Rückenschmerzen als auch Patienten nach Bandscheibenoperationen und Endoprothesenimplantation, Patienten mit Querschnittlähmungen, Zustand nach Polio oder Traumata wie auch Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen und alte Menschen mit hohem Pflege- und Betreuungsbedarf unter einem Dach und einer ärztlichen Leitung behandelt. Zum Teil erfolgt die Behandlung mit dem Anspruch, auch internistische und neurologische Erkrankungen, die die führende Erkrankung begleiten, kompetent im Sinne einer umfassenden Rehabilitation mitzubehandeln. Andererseits gibt es Einrichtungen z. B. der neurologischen Rehabilitation einschließlich der Frührehabilitation, der kardiologischen Reha oder der geriatrischen Rehabilitation mit hoher Spezialisierung einschließlich eines umfassenden Angebotes an diagnostischen und therapeutischen Leistungen analog einem Akutkrankenhaus.

Daneben existieren viele Leistungsangebote, die ebenfalls der Rehabilitation zugerechnet werden, so die erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), die ambulante orthopädisch-traumatologische Rehabilitation, mobile Krankengymnastik bei zystischer Fibrose, Rehabilitationssport und vieles mehr. Nicht selten wird bereits die Verordnung von Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie sowie physikalischer Therapie als Rehabilitationsmaßnahme angesehen.

Für die Standortbestimmung ambulanter wohnortnaher Rehabilitation einerseits und für die konzeptionelle Weiterentwicklung des Rehabilitationswesens andererseits erscheint es mir

bei Beachtung der vorgegebenen Gesetzesgrundlagen und der leistungsrechtlichen Bestim-

mungen erforderlich, die Angebote an Rehabilitation zu differenzieren und in vier Formen einzuteilen. Die Unterteilung richtet sich insbesondere nach Art und Umfang (quantitativ und qualitativ) der Maßnahme, deren Grad an Professionalität, Spezialisierung sowie nach der regionalen Erreichbarkeit. Analoge Differenzierungen gibt es etwa für Krankenhäuser.

Ich schlage **vier Grundformen von Leistungen zur Rehabilitation** vor (vgl. **Tabelle 1**). Jede Grundform stellt einen inhaltlich und organisatorisch gleichen oder ähnlichen Maßnahmetyp dar, der durch eine dafür jeweils berechtigte Einrichtung (siehe unten) erbracht wird. Die weitere Konkretisierung bezieht sich nur auf die ambulante wohnortnahe medizinische Rehabilitation, wenngleich dieses Konzept auch auf andere Bereiche, insbesondere die berufliche Rehabilitation oder auch für die Abstufung stationärer Rehabilitationsmaßnahmen und Einrichtungen oder die soziale Rehabilitation übertragbar ist.

I. Beiträge zur Rehabilitation

Als Beiträge zur Rehabilitation werden Leistungen oder Maßnahmen verstanden, die dem Ziel der Rehabilitation dienen, aber als therapeutische Einzel- oder Komplexleistungen erbracht werden, ohne daß ein ganzheitlicher Ansatz oder ein umfassendes Rehabilitationskonzept verfolgt würde, die Maßnahme interdisziplinär in einem Team durchgeführt wird und ohne daß die Leistungen nur unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden. Sie können (auch leistungsrechtlich) zu den ambulanten therapeutischen Leistungen gehören, für die Verträge existieren (Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie etc.) oder zusätzlich als Ergänzung vorhandener Verträge vereinbart werden (Diabetikerschulung in diabetologischen Schwerpunktpraxen) oder punktuell einen Bedarf an spezifischer Behandlung decken, z. B. mobile Krankengymnastik bei zystischer Fibrose, mobile Ergotherapie bei Rheumakranken, Wohnraumberatung durch die Pflegekasse etc.

Hierzu gehört auch die reguläre Tätigkeit des Hausarztes mit der Einleitung und Koordination verschiedener Therapien und Hilfen für einen Patienten, insbesondere für chronisch Kranke und Behinderte. Dabei handelt es sich um überaus wichtige Beiträge zur Rehabilitation, die aber keine Rehabilitationsmaßnahmen im engen Sinne (vgl. dazu II und III) sind.

Die erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP) bzw. die Komplexbehandlung bei orthopädisch-traumatologischen Krankheiten gehören zu dieser Gruppe der Beiträge zur Rehabilitation, nicht aber zu den eigentlichen Rehabilitationsmaßnahmen, auch wenn sie bislang zum Teil als ambulante orthopädisch-traumatologische Rehabilitation bezeichnet wurden. Sie verfolgen lediglich partielle, nicht umfassende Rehabilitationsziele, verfügen über ein nur reduziertes, dafür aber spezialisiertes Team und können am ehesten als örtlich und zeitlich optimierte und intensiviertere Physiotherapie bezeichnet werden, die zu einer orthopädisch-traumatologischen Rehabilitationsmaßnahme im engen Sinne erst komplettiert werden müßte. Erweiterte ambulante Physiotherapie kann auch bei orthopädisch-traumatologischen Erkrankungen durchaus ein wichtiger Baustein im Therapieplan sein und somit einen wesentlichen Beitrag zur Rehabilitation und eine wichtige und notwendige Ergänzung bzw. Alternative zur traditionellen Heilmittelerbringung darstellen.

Tabelle 1: Formen ambulanter wohnortnaher Rehabilitationsmaßnahmen

I. Beiträge zur Rehabilitation

- therapeutische Maßnahmen (KG, Ergotherapie, Logopädie etc.)
- ärztliche Maßnahmen (Beratung, Funktionsdiagnostik)
- hausärztliche Versorgung
- Hilfsmittelversorgung
- Belastungserprobung und Arbeitstherapie
- Komplexbehandlung (EAP, orthopäd.-traumatolog.)
- zielbezogene Einzelmaßnahmen (Diabetiker-Schulung, Mukoviszidosebehandlung)

möglichst im Kontext eines Rehabilitationsgesamtkonzeptes nach Assessment durch qualifizierte Leistungserbringer (Fachkunde), ggf. rehaspezifische Gebührenpositionen (auch als Zuschlag)

II. Rehabilitationsmaßnahmen als Standardversorgung

- ambulant, mobil oder stationär
- modulare Orientierung an Gruppen mit gleichem Hilfebedarf auf der Ebene der Fähigkeitsstörung (vgl. ATG)
- an praktischer Reha orientiert, Diagnostik in Kooperationsverbund
- umfassend im Sinne § 107 SGB V
- ärztliche Verantwortung und ärztliche Präsenz
- professionelles Rehateam (vgl. Rahmenempfehlungen BAR, Zusammensetzung modul-spezifisch)
- Assessment, ggf. ambulant oder mobil

III. Rehabilitationsmaßnahmen als Spezialversorgung

- stationär, ambulant nur in Ballungsgebieten, nicht mobil
- integrierte Diagnostik und Therapie
- ärztliche Interventionen häufig
- hochkomplex, spezialisiert, professionell
- fachgebunden mit Subspezialisierung
- Sonderrolle: Spezialabteilungen an Krankenhäusern und Spezialambulanzen (Querschnitt-lähmung, neurologische Frühreha)

IV. Ergänzende Maßnahmen zur Rehabilitation

- Beratung auf Rehamassnahmen (zielbezogen)
- soziales Unterstützungsmanagement
- Rehasport, Funktionstraining, Rückenschule
- Selbsthilfeförderung
- Patientenseminare
- Angehörigenschulung
- Nachsorge, auch in Gruppen
- psychotherapeutische Nachsorge

Überhaupt sind spezifische therapeutische Maßnahmen als Beiträge zur Rehabilitation unverzichtbar und können wesentlichen Anteil am Gelingen von Rehabilitation haben. Sie sind in ein Konzept ambulanter wohnortnaher Rehabilitation systematisch einzubeziehen.

Auch die Hilfsmittelversorgung ist zumindest zum Teil als Beitrag zur Rehabilitation zu werten, wenn es auch möglich sein kann, daß eine umfassende Hilfsmittelversorgung in den Rahmen einer umfassenden Rehabilitationsmaßnahme im engen Sinne gehört. Ähnliches gilt für Belastungserprobung und Arbeitstherapie.

Wünschenswert wäre, wenn umfangreiche zeit- und kostenaufwendige Beiträge zur Rehabilitation erst nach einem Assessment im Rahmen eines koordinierten Therapieplanes geleistet würden. Ggf. müssen Leistungserbringer für Beiträge zur Rehabilitation speziell zugelassen werden, evtl. unter bestimmten Voraussetzungen, z. B. Erwerb einer Fachkunde oder Vorhandensein bestimmter Geräte, räumlicher Ausstattung etc.

Die leistungsrechtlichen Grundlagen ergeben sich aus den einschlägigen Paragraphen des SGB V für die gesetzliche Krankenversicherung für die kurative Versorgung.

II. Rehabilitationsmaßnahmen als Standardversorgung

Rehabilitationsmaßnahmen im engen Sinne beziehen sich auf Verringerung oder Vermeidung oder Bewältigung von Behinderungen, im WHO-Konzept vorwiegend auf Disability und Handicap. Sie sind final auf Rehabilitationsziele gerichtet und werden instrumental zur Verwirklichung der Rehabilitationsziele angewendet. Umfangreiche Diagnostik, ständige ärztliche Behandlungen oder auch überwachende Maßnahmen gehören nicht regelhaft dazu, lediglich Vorsorge gegen Komplikationen und die Bereitschaft, auf mögliche den Rehabilitationsverlauf beeinflussende interkurrente Erkrankungen oder Komplikationen bzw. Befundveränderungen rasch zu reagieren. Rehabilitationsmaßnahmen auf mittleren Spezialisierungs- und Differenzierungsebenen könnte man als Standardrehabilitation bezeichnen. Auch für sie gelten die Qualitätsanforderungen an Rehabilitationseinrichtungen und -maßnahmen im Sinne der Rahmenempfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Sie gibt es sowohl im AHB- wie auch im Heilverfahrensbereich.

Traditionell werden solche Rehabilitationsmaßnahmen fachbezogen organisiert, also als neurologische, geriatrische, orthopädische, rheumatologische oder kardiologische Rehabilitation. Dabei gibt es erhebliche Überschneidungen, da ein Patient mit Schlaganfall sowohl neurologisch als auch geriatrisch rehabilitiert werden könnte. Zudem ist durch Multimorbidität die Hauptkrankheit nicht immer allein Gegenstand der Rehabilitation auf der Ebene der Fähigkeitstörung oder der Beeinträchtigung. Sinnvoll ist es, Menschen gleichen Hilfebedarfs aufgrund gleicher oder ähnlicher Fähigkeitstörungen oder Beeinträchtigungen gemeinsam zu rehabilitieren. Dies wäre dann krankheitsgruppen-, fach- und altersübergreifende Rehabilitation, die sich streng am finalen Grundprinzip der Rehabilitation, der Bewältigung von Fähigkeitsstörungen und Handicap, orientiert. Vorbild können hier die Niederlande oder auch angloamerikanische Länder mit ihrem Verständnis von Rehabilitationsmedizin sein. Gruppen von Personen mit gleichem Hilfebedarf bedürfen eines gleich oder ähnlich zusammengesetzten Teams, ähnlicher Übungsformen und auch ähnlicher Bewältigungsstrategien, z. B. auch im Bereich der Hilfsmittel.

So benötigen z. B. Patienten mit komplexen Störungen der motorischen und kommunikativen Grundfunktionen einschließlich neuropsychologischer Beeinträchtigungen und Schluckstörungen ein entsprechendes Team von Krankengymnastik, Ergotherapie, physikalischer Therapie, Sozialberatung und Rehabilitationsmedizin, ergänzt um Logopädie, Pflege, psychologische Betreuung. Arbeitsschwerpunkte des Teams sind die Feinmotorik, die Aktivitäten des täglichen Lebens, die Mobilität, die Selbständigkeit im Alltag, ggf. die

Hilfsmittelversorgung, die Kommunikation, das Hirnleistungstraining, die Nahrungsaufnahme und die Kontinenz. Dabei ist es nicht entscheidend, ob dieser Hilfebedarf durch

einen Schlaganfall oder ein Schädelhirntrauma oder auch durch eine in früher Kindheit erworbene Behinderung verursacht ist.

Analog benötigen Patienten mit komplexen Störungen der motorischen Grundfunktion und der Beweglichkeit Krankengymnastik, Trainingstherapie und Sport, bei Bedarf ergänzt um Ergotherapie, physikalische Therapie, Sozialberatung und psychologische Betreuung einschließlich rehabilitationsärztlicher Betreuung, um die Rehabilitationsziele Verbesserung der Grundmotorik, Beweglichkeit, Kraft, Ausdauer und Koordination sowie Schmerzreduktion und Schmerzbewältigung zu erreichen bzw. um zur Prävention weiterer Verschlimmerung oder Verschlechterung im Alltag durch Anpassung des Lebensstils beizutragen. Unter diese Gruppe können sowohl Menschen nach gelenkerhaltenden Operationen, nach Unfällen wie auch ältere leistungsfähige Patienten mit Implantation einer Endoprothese fallen.

Für die Gestaltung der Standardversorgung sind als Grundlage die Patientengruppen gleichen Hilfebedarfs geeignet, die als Module für das ATG-Konzept (Ambulante Therapeutische Gemeinschaft) von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entwickelt wurden. Ihnen kann ein Rehabilitationsteam mit einer bestimmten Zusammensetzung und Qualifikation zugeordnet werden. Eine Standardrehabilitationseinrichtung würde dann also eine Gruppe von Patienten und Rehabilitanden gleichen Hilfebedarfs in einem Standardversorgungsgebiet behandeln, wobei das Fehlen spezifischer Komplikationen und besonderer Rehabilitationsprobleme vorausgesetzt wird. Dies ist jeweils fachbezogen noch zu konkretisieren.

Standardrehabilitationsverfahren können nicht nur ambulant oder stationär, sondern müssen bei Bedarf auch mobil erbracht werden können, stationär ggf. auch in Einrichtungen der Region, also wohnortnah. Eine weiterführende Diagnostik sollte in Kooperation mit Einrichtungen des Gesundheitswesens der Region, den Krankenhäusern und den Vertragsärzten durchgeführt werden. Die Module sind so konzipiert, daß im Standardversorgungsgebiet, ob ländlich oder städtisch, zumindest eine Rehabilitationseinrichtung je Modul existenzfähig ist, auch wenn vielleicht nur in Kooperation mit einer anderen Einrichtung, die sich auf ein anderes Modul bezieht oder eine andere Grundaufgabe hat. Auch die sozialpädiatrischen Zentren und die Psychiatrieambulanzen gehören in diese Kategorie. Grundsätzlich muß die Standardversorgung im Standardversorgungsgebiet wohnortnah angeboten werden.

Die Einführung der Ebene der Standardrehabilitation ist keine vollständige Abkehr vom Prinzip der Fachrehabilitation, jedoch eine Öffnung hin zu fachübergreifenden Disziplinen der Rehabilitationsmedizin bzw. der Rehabilitationswissenschaften – und es ist die Öffnung hin zu einem wohnortnahen und gemeindenahen pragmatischen Rehabilitationssystem, das niedrigschwellig in hohem Maße in Anspruch genommen werden kann. Die Standardversorgung umfaßt Rehabilitationsangebote auf mittlerem Spezialisierungs- und Professionalisierungsniveau. Sie erreicht die Qualität von bestehenden Rehabilitationskliniken mit breitgefächerten Angeboten und ist speziell kompetent für die Bewältigung von Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen ihres Modulklientels, ohne eigene spezifische diagnostische oder therapeutische Angebote. Hierfür greift sie auf die Spezialisten der Region zurück.

Rehabilitation als Standardversorgung ist keine Billigrehabilitation, vielmehr ein angepaßtes Angebot für eine Gruppe von Patienten und Rehabilitanden, die keine spezifische,

hochspezialisierte und besonders intensive Rehabilitation mit allen diagnostischen und therapeutischen Leistungen benötigen. Insofern ist zu erwarten, daß die ambulante und wohnortnahe Standardrehabilitation wesentlich kostengünstiger angeboten werden kann als solche Maßnahmen in maximal ausgestatteten Einrichtungen. Auch die angepaßte Therapiefrequenz, die Abstufung der Behandlungspläne auf die Bedürfnisse des Patienten im Rahmen eines flexibilisierten und ambulanten Angebotes wirkt unter Wahrung der Bedarfsgerechtigkeit kostensparend.

Standardversorgungseinrichtungen können für die Region Assessmentdienste anbieten und so ambulant und wohnortnah zur Verbesserung der Steuerung der Rehabilitation wesentlich beitragen. Dazu können sie von allen Rehabilitationsträgern bei Bedarf in Anspruch genommen werden. (Zu den Rechtsgrundlagen vgl. Karl Jung 1997).

Standardversorgung für jedes Modul muß als ein wohnortnahes Angebot notwendig in jedem Standardversorgungsgebiet vorgehalten werden.

III. Rehabilitationsmaßnahmen als Spezialversorgung

Unbestritten gibt es eine erhebliche Anzahl von Rehabilitanden, die eine hochqualifizierte und hochspezialisierte Rehabilitation, vor allem in der Frühphase, benötigen. Solche Maßnahmen schließen umfassende Diagnostik, intensive und hochkomplexe Therapie durch ein vielfach differenziertes Therapieteam und spezialisierte ärztliche Leistungen mit ein. Dazu gehören z. B. Rehabilitationsmaßnahmen der neuologischen Rehabilitation in den Phasen B–D, kardiologische Rehabilitation bei Hochrisikopatienten, rheumatologische Rehabilitation, z. B. postoperativ mit Problemen in der Basistherapie, geriatrische Rehabilitation bei komplexer Multimorbidität etc. Dazu gehören auch Maßnahmen der medizinisch-beruflichen oder der beruflichen Rehabilitation, z. B. in Berufsbildungswerken (BBWs) oder Berufsförderungswerken (BFWs). Auch spezielle Wohneinrichtungen für die soziale Rehabilitation in Verbindung mit der Bewältigung schwieriger medizinischer und beruflicher Rehabilitationsprobleme müssen hier ihren Platz haben. Solche Rehabilitationsmaßnahmen sind als Spezialversorgung anzusehen. Die regionale Bezugsgröße dafür ist das überregionale oder Spezialversorgungsgebiet, zum Teil auch ein nationales Versorgungsgebiet.

Die Spezialversorgung wird in der Regel stationär erfolgen. Die rechtlichen Grundlagen entsprechen denen der bisherigen stationären Rehabilitationsmaßnahmen einschließlich Anschlußheilverfahren.

IV. Ergänzende Maßnahmen zur Rehabilitation

Ergänzende Maßnahmen zur Rehabilitation sind solche Maßnahmen, die nicht als Beitrag zur Rehabilitation im Sinne Ziffer I oder als umfassende Rehabilitationsmaßnahme nach II oder III aufzufassen sind, sondern zur Erreichung oder Sicherung des Rehabilitationserfolges notwendig sind. Dabei handelt es sich nicht um medizinische oder berufliche oder soziale Rehabilitationsleistungen, sondern um psychosoziale Leistungen in Form von Beratung, sozialem Unterstützungsmanagement (Leistung im Sinne eines Case

managements), Leistungen durch Selbsthilfegruppen bzw. deren Förderung, Schulung von Patienten und Angehörigen, Nachsorge in Gruppen, Rehabilitationssport, Funktions-

training, Rückenschule. Auch psychotherapeutische Nachsorge z. B. nach Tumorerkrankungen, im Rahmen eines psychosomatischen Rehabilitationsplanes oder auch arbeitsplatzbezogene Beratungsmaßnahmen kommen als ergänzende Maßnahmen zur Rehabilitation in Betracht.

Rechtsgrundlage ist u. a. § 43 SGB V (vgl. Jung 1997).

Von den systematisch begründeten ergänzenden Maßnahmen zur Rehabilitation sind die ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation im Sinne der Rentenversicherung abzugrenzen. Maßnahmen der beruflichen und sozialen Rehabilitation sind als eigenständige Maßnahmen nicht Bestandteil ergänzender Maßnahmen zur Rehabilitation.

Ergänzende Maßnahmen zur Rehabilitation sind immer ambulant und somit wohnortnah anzubieten. Dazu bedarf es einer entsprechenden Infrastruktur auch von Einrichtungen bzw. entsprechenden Organisationen, die solche Maßnahmen und Leistungen anbieten. Besonders häufig wird dies im Rahmen von Selbsthilfegruppen und -organisationen oder in freier Trägerschaft, ggf. in Verbindung mit Formen bürgerschaftlichen Engagements der Fall sein.

Mit den vier Versorgungsformen steht ein inhaltlich differenziertes Angebot von Maßnahmen der Rehabilitation, Beiträgen und Ergänzungen zur Verfügung. Eine **Differenzierung** und Stufung erscheint notwendig, um zu einem bedarfsgerechten Leistungsangebot zu kommen. Analoge Stufungen lassen sich auch für die berufliche oder soziale Rehabilitation vorstellen (vgl. Schmidt-Ohlemann 1994).

Einrichtungen für ambulante wohnortnahe Rehabilitation

Einrichtungen für ambulante wohnortnahe Rehabilitation sollten konzeptionell eine oder mehrere Versorgungsformen abdecken und für sich eine Versorgungsregion definieren.

Für die Durchführung von Maßnahmen der ambulanten wohnortnahen Rehabilitation, also im Sinne der **Standard- und der Spezialversorgung**, kommen nur Rehabilitationseinrichtungen in Betracht, die eine umfassende Rehabilitationsmaßnahme gewährleisten können, d. h. die die Qualitätsanforderungen der Rahmenempfehlungen der BAR erfüllen.

- I. Diese Anforderungen müssen an **Leistungsanbieter von Beiträgen zur Rehabilitation** nicht gestellt werden. Beiträge zur Rehabilitation werden vorwiegend durch vorhandene Leistungserbringer erbracht, wie niedergelassene Ärzte, Therapeuten, ermächtigte Ärzte, ermächtigte Einrichtungen, Selbsthilfeorganisationen oder freie Anbieter. Für spezifische Einzel- oder Komplexleistungen können besondere Vereinbarungen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen, ggf. einschließlich der Kassenärztlichen Vereinigungen, erforderlich sein, z. B. im Rahmen der EAP. Die Erbringung und Abrechnung einzelner Leistungen kann auch von besonderer Fachkunde, besonderer Qualifikation der Leistungserbringer oder spezifischen Organisationsformen abhängig gemacht werden. Entsprechendes ist in zwei- oder dreiseitigen Verträgen zu vereinbaren. Zu den rechtlichen

Tabelle 2: Modularer Rehabilitationsbedarf

- A) Patienten mit komplexen Störungen der motorischen Grundfunktionen und der Beweglichkeit
- B) Patienten mit komplexen Störungen der motorischen und sensorischen Grundfunktionen
- C) Patienten mit komplexen Störungen der motorischen und kommunikativen Grundfunktionen einschließlich neuropsychologischer Beeinträchtigungen und Schluckstörungen
- D) Patienten mit komplexen Störungen des Stoffwechsels und der Ausscheidung
- E) Patienten mit komplexen Funktionsstörungen der kardiovaskulären und pulmonalen Leistung einschließlich allergisch bedingter Störungen
- F) Patienten mit komplexen Störungen der psychischen und kommunikativen Grundfunktionen
- G) Patienten mit Suchterkrankungen

Grundlagen für die Krankenversicherung vgl. Jung 1997; für die Unfall- und Rentenversicherung besteht die Möglichkeit der freien Vertragsgestaltung.

II. **Einrichtungen der Standardversorgung** müssen den Anforderungen der Rahmenempfehlungen der BAR entsprechen. Sie bedürfen für die Krankenversicherung eines Versorgungsvertrages z. B. nach § 73 Abs. 3 in Verbindung mit § 95 Abs. 1 SGB V als inhaltliche Konkretisierung der §§ 11, 27, 40 und 107 SGB V. Es muß sich demnach um Einrichtungen handeln, die in der Regel unter einem Dach unter ärztlicher Verantwortung eine umfassende Rehabilitationsmaßnahme im Rahmen eines oder mehrerer Module oder im Rahmen einer fachspezifischen Orientierung anbieten, z. B. orthopädisch-traumatologisch, kardiologisch, geriatrisch (fachspezifische Gliederung) oder für Patienten mit komplexen Störungen der motorischen Grundfunktionen und der Beweglichkeit etc. (vgl. **Tabelle 2**).

Jede **Rehabilitationseinrichtung der Standardversorgung** muß in der Lage sein, ein fach- oder modulspezifisches Assessment durchzuführen und dies auch ggf. mobil anzubieten, z. B. noch im Krankenhaus oder zu Hause, um eine optimale Steuerung des Rehabilitationsprozesses zu gewährleisten. Standardversorgung kann ambulant und/oder mobil und natürlich stationär erfolgen. Stationäre Einrichtungen der Standardversorgung sollten grundsätzlich auch ambulante Standardversorgung anbieten. Für die geriatrische und neurologische Rehabilitation bzw. das Modul C ist im Standardversorgungsgebiet mindestens ein mobiler Dienst vorzuhalten.

Einrichtungen der Alten- oder Behindertenhilfe, auch Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation wie BBWs oder BFWs verfügen oft über eine umfangreiche rehabilitationsmedizinische Infrastruktur. Auch sie kommen als Leistungserbringer für ambulante wohnortnahe Rehabilitationsmaßnahmen der Standardversorgung in Betracht.

Für den Bereich der Standardversorgung darf es bei der Zulassung keinen Vorrang für niedergelassene Ärzte geben. Grundsätzlich sind alle Leistungsanbieter im Zulassungsverfahren gleich zu behandeln. Für die Zulassung kommt es auf das Vorliegen der qualitativen Voraussetzungen sowie auf eine wirtschaftliche Leistungserbringung an.

III. Rehabilitationseinrichtungen der Spezialversorgung dürften allein aufgrund der hohen Anforderungen an die Strukturqualität überwiegend stationäre Einrichtungen sein. Ambulante Angebote sind jedoch denkbar und sind zum Teil schon realisiert, zum Teil als Tagesklinik etwa für die neurologische Rehabilitation. Solche Modelle werden u. a. durch die Rentenversicherung begleitet. Ambulante Maßnahmen der Spezialversorgung sind nur an ohnehin vorhandenen Einrichtungen wie Rehabilitationskliniken oder Krankenhäusern denkbar bzw. in Ballungsgebieten ggf. in Verbindung mit einer (großen) Rehabilitationseinrichtung der Standardversorgung.

Ob für solche Einrichtungen Verträge nach § 73 Abs. 3 in Verbindung mit § 95 Abs. 1 SGB V gefordert werden können, obwohl Art und Umfang der Leistungen in vollem Umfang stationärer Diagnostik und Therapie entsprechen und den Rahmen vertragsärztlicher Tätigkeit sicher regelhaft überschreiten, erscheint zweifelhaft.

IV. Leistungserbringer für ergänzende Maßnahmen zur Rehabilitation können alle geeigneten Leistungserbringer der Gruppen I bis III sein, mit denen ein Versorgungsvertrag und eine Vergütungsvereinbarung getroffen wurden. Diese sollten Art und Umfang der Leistungen sowie die Qualitätsanforderungen festlegen. Oft sind an psychosozialen Beratungsdiensten mehrere Kostenträger zu beteiligen, z. B. soziale Dienste an Sozialstationen (Finanzierung durch Kommunen oder Länder), psychosoziale Dienste in Finanzierung durch die Sozialverwaltung bzw. die Hauptfürsorgestellen, sozialpsychiatrische Dienste in Regie der Gesundheitsämter und viele andere. Auch freie Anbieter oder Selbsthilfeorganisationen kommen als Leistungserbringer in Betracht. Das Angebot hängt besonders stark von regionalen Besonderheiten und vorhandenen Ressourcen ab und ist einer Standardisierung schwer zugänglich. Die Vielfalt sollte aber grundsätzlich akzeptiert werden und vertraglichen Vereinbarungen nicht im Wege stehen.

Einen Überblick über die Einrichtungsformen gibt die **Tabelle 3**.

Bei der **Gestaltung eines Netzwerkes** von Rehabilitationseinrichtungen für die vier Leistungsbereiche sollten **sechs Forderungen** berücksichtigt werden:

1. Im Standardversorgungsgebiet muß ein ambulantes Rehabilitationsangebot je Modul für die Personengruppen vorgehalten werden, die sie unbedingt benötigen (siehe Indikationsübersicht in **Tabelle 2**). Versorgt werden müssen insbesondere Patienten aus den Fachgebieten der Geriatrie und Neurologie, Pflegebedürftige, geistig und körperlich behinderte Menschen, Patienten mit orthopädisch-traumatologischen Erkrankungen, Rheumakranke (aus dem entzündlich-rheumatischen Formenkreis), psychisch Kranke und Behinderte, Suchtkranke und chronisch kranke bzw. behinderte Kinder.
2. Die vorhandenen Dienste des Gesundheitswesens müssen in die Rehabilitation eingebunden werden und umgekehrt. Auch die Rehabilitation muß sich regional eng mit der Akutmedizin vernetzen und eine enge Kooperation verwirklichen.
3. Das Rehabilitationsangebot ist durch wohnortnahe ambulante Rehabilitation auch qualitativ zu verbessern, insbesondere im Hinblick auf Ressourcen- und Kontextorientierung. Der Rehabilitationsbedarf ist nicht nur auf der Ebene der Standardversorgung, sondern auch auf der Ebene der Spezialversorgung zu decken. Die Angebotsstrukturen sollten dem Bedarf angepaßt werden.

Tabelle 3: Einrichtungen der ambulanten wohnortnahen Rehabilitation

<p>I. Leistungserbringer für Beiträge zur Rehabilitation</p> <p>⇒ Leistungserbringung im Rahmen kurativer Versorgung oder bei speziellen Leistungsformen durch speziell qualifizierte (Fachkunde) und zugelassene Anbieter</p> <ul style="list-style-type: none">• Vertragsärzte, niedergelassene Therapeuten, ermächtigte Ärzte• Ambulanzen, ermächtigte Einrichtungen• Zentren für EAP, Komplexbehandlungen• Selbsthilfeorganisationen und andere freie Anbieter von Einzelleistungen <p>II. Rehabilitationseinrichtungen der Standardversorgung</p> <p>⇒ Voraussetzung: Zulassung und modulspezifische Qualität</p> <ul style="list-style-type: none">• Vertragsärzte mit einem modulspezifischen Team in fester Kooperation• vorhandene Einrichtungen der Alten- oder Behindertenhilfe, Werkstätten für Behinderte• ambulante Rehabilitationszentren, mobile Rehabilitationsdienste• ambulante Angebote stationärer Rehabilitationskliniken• ambulante Angebote von Krankenhäusern <p>III. Rehabilitationseinrichtungen der Spezialversorgung</p> <ul style="list-style-type: none">• ambulante Rehabilitationszentren bzw. Tageskliniken• ambulante Angebote von Rehabilitationskliniken• ambulante Angebote von Krankenhäusern (z. B. Universitätskliniken) <p>IV. Leistungserbringer für ergänzende Maßnahmen zur Rehabilitation</p> <ul style="list-style-type: none">• Leistungserbringer nach I bis III• andere Anbieter (z. B. ambulante Hilfszentren mit IAV-Stellen, Selbsthilfeorganisationen, freie Anbieter)
--

4. Der Differenzierung des Leistungsangebotes sollten differenzierte Versorgungsformen entsprechen, so daß die bedarfsgerechte Rehabilitation finanzierbar bleibt.
5. Ambulante wohnortnahe Rehabilitation sollte zur Individualisierung und Flexibilisierung der Rehabilitation genutzt werden. Dazu gehört die Anwendung verschiedener Arbeitsformen wie Einzelgespräch und Beratung, Gruppengespräch, kontinuierliche Gruppenarbeit, Hausbesuche, Angehörigengruppen und -beratungen sowie Angehörigenanleitung, Arbeitsplatzbesuche, ggf. Fachgespräch mit dem zuständigen Betriebsarzt, Konsile bei Haus- und Fachärzten, in Krankenhäusern, in Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe, Fallkonferenz mit Arbeitsamt, Kranken-, Renten-, Unfallversicherung, regelmäßige Absprachen der Leistungserbringer und Kostenträger (Networkmanagement).
6. Der Aufbau ambulanter wohnortnaher Rehabilitationseinrichtungen sollte dazu benutzt werden, modulspezifische Assessmentdienste aufzubauen, die flächendeckend zur Unterstützung der Rehabilitationsplanung zur Verfügung stehen und insofern ein rationales Disease-Management im Sinne der Rehabilitanden und der Rehabilitationsträger ermöglichen.

Problemanzeigen

Die Schwierigkeiten in der Umsetzung der ambulanten wohnortnahen Rehabilitation sind erheblich. Mit massiven Verteidigungsbestrebungen von Trägern der stationären Rehabilitation, nicht zuletzt aus ökonomischen Gründen, ist zu rechnen. Die kassenärztlichen Vereinigungen unterstützen die Entwicklung ambulanter wohnortnaher Rehabilitation z. Zt. gänzlich unzureichend: Entweder, so wird argumentiert, sei alles Notwendige vorhanden, zusätzliches sei unnötig, oder es wird behauptet, daß die Rehabilitationsleistungen durch die Vertragsärzteschaft ohne weiteres erbracht werden könnten, wenn sie dies nur dürfe und die Leistungen entsprechend bezahlt bekomme. Auch die Kooperation mit anderen Berufsgruppen sei im Grunde kein Problem. Dringend notwendige Ermächtigungen von Einrichtungen werden auch bei klar erkennbaren Versorgungslücken verweigert. Die Rentenversicherungsträger machen durch Maximalforderungen an ambulante wohnortnahe Rehabilitationseinrichtungen eine Realisierung fast unmöglich. Auch wird eine gemeinsame wohnortnahe Rehabilitation im Verbund mit der Kassenärzteschaft abgelehnt. Ungeklärt ist, durch welche Steuerungsmaßnahmen einer möglicherweise ungebremsen erheblichen Nachfrageinduktion begegnet werden könnte. Aus Erfahrungen mit der orthopädisch-traumatologischen Rehabilitation bestehen hier große Bedenken seitens der Kostenträger. Die Sicherung der Qualität ist bei einem regionalen und wohnortnahen, sehr differenzierten Rehasystem schwierig. Die gesetzlichen Grundlagen sind auslegungsbedürftig und z. T. strittig. Möglicherweise kann erst eine Gesetzesänderung hier Klarheit schaffen. Problematisch ist die eindeutig zu hohe Zuzahlung für ambulante Rehabilitation, da ja keinerlei Ersparnis z. B. im Hinblick auf die Stellung von Mahlzeiten wie bei der stationären Rehabilitation gegeben ist. Erschwerend wirkt die mangelhafte Definition und Finanzierung psychosozialer Leistungen. Nach wie vor bestehen Berührungspunkte der Rehabilitationsträger untereinander. Trägerübergreifende Mischfinanzierung erscheint derzeit kaum realisierbar. Die regional bedingte, zwangsläufige und im Grunde positiv zu bewertende Vielfalt erschwert eine allgemeine Akzeptanz wie auch eine Standardisierung möglicher Verträge und erweckt den Anschein von Wildwuchs. Kostenträger und Gesundheits-/Rehabilitationssystem sind auf ein plurales und vielfältiges Angebot nicht eingestellt.

Die Diskussion um ambulante wohnortnahe Rehabilitation ist zu Recht mit vielen Ängsten verbunden. Sie beziehen sich zum einen darauf, daß bereits die Diskussion um ambulante wohnortnahe Rehabilitation dazu genutzt werden könnte, vorhandene stationäre Rehabilitationsstrukturen abzubauen, ohne ein angemessenes Äquivalent zu schaffen. Zum anderen besteht die Angst, es könnte eine unqualifizierte Billigrehabilitation entstehen, in der der Patient nicht mehr angemessen versorgt werden könnte. Es wäre wichtig, daß die politischen Rahmenbedingungen und Vorgaben solche Ängste verhindern. Zwischen Politik und Kostenträgern sowie Leistungserbringern sollte ein Konsens dahingehend bestehen, daß ambulante wohnortnahe Rehabilitation weiterentwickelt werden soll. Dazu gehört auch ein theoretisches und organisatorisches Grundkonzept, das wir in einigen Umrissen zu zeichnen versucht haben und über das bald in den Grundzügen Einigkeit erzielt werden sollte.

Hypothesen zur ambulanten wohnortnahen Rehabilitation – Implikationen für Sozialstruktur und Ökonomie

Abschließend – statt eines Ausblicks – einige Hypothesen zur ambulanten wohnortnahen Rehabilitation als Stichworte für die weitere Diskussion:

- Die Einführung ambulanter wohnortnaher Rehabilitation läßt eine Qualitätsverbesserung der ambulanten Medizin erwarten.
- Der Ausbau der Beiträge zur Rehabilitation als wichtiger Bestandteil ambulanter wohnortnaher Rehabilitation in vorhandenen Versorgungsstrukturen dürfte ökonomisch günstig sein.
- Die Einführung einer Differenzierung zwischen Standardrehabilitation im Standardversorgungsgebiet und spezieller Rehabilitation im überregionalen Versorgungsgebiet ist bedarfsgerecht. Sie hilft bei der Eindämmung von ungerechtfertigter Nachfrage, schafft aber auch neue Nachfrage bei bisher unterversorgten Personengruppen. Der Rehabilitationssteuerung kommt deswegen eine verstärkte Bedeutung zu.
- Standardversorgung als ambulante wohnortnahe Rehabilitation wird durch die Ressourcennutzung und Individualisierung über das Gesamtkollektiv betrachtet kostengünstiger als stationäre Rehabilitation sein.
- Die Zahl stationärer Heilverfahren und Anschlußheilbehandlungen wird bei Einführung einer Standardversorgung als ambulante wohnortnahe Rehabilitation drastisch sinken.
- Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen der Spezialversorgung können teurer werden.
- Die ergänzenden Maßnahmen zur Rehabilitation sind zur Sicherung des Rehabilitationserfolges auszubauen. Sie werden langfristig den Rehabilitations- und vor allem den Behandlungsbedarf vermindern.
- Ambulante Heilmittel werden partiell durch ambulante wohnortnahe Rehabilitation ersetzt.
- Im Rahmen ambulanter wohnortnaher Rehabilitation kann die Hilfsmittelversorgung ganz erheblich optimiert werden.
- Aus den Erfahrungen der orthopädisch-traumatologischen Rehabilitation bzw. der EAP kann vermutet werden, daß die Zeiten der Arbeitsunfähigkeit insgesamt verkürzt werden. Einsparungen bei Krankengeldzahlungen sind wahrscheinlich. Die stufenweise Wiedereingliederung ins Erwerbsleben wird ganz wesentlich erleichtert.
- Durch den Ausbau ambulanter wohnortnaher Rehabilitation im Rahmen eines Ressourcenkonzeptes und der Kontextorientierung wird vor allem der Erhalt der Erwerbsfähigkeit und die Erhaltung eines Arbeitsverhältnisses ermöglicht – das bedeutet für die Rentenversicherung ganz neue und wesentlich erweiterte Handlungschancen. Eine Vernetzung mit betriebsärztlichen Diensten ist unter Steuerung der Rentenversicherung möglich.
- Die Rehospitalisierungsrate bei chronisch Kranken, z. B. in der Psychiatrie und der Geriatrie, wird sinken.
- Die stationäre Verweildauer im Krankenhaus und in Rehabilitationskliniken wird sinken, vor allem für ältere und neurologisch kranke Menschen, z. B. nach Schädelhirntrauma oder Querschnittlähmung.
- Die relative Aufnahmequote in Pflegeheime wird sinken, wobei diese Entwicklung durch andere Faktoren stark beeinflußt wird, wie z. B. das Vorhandensein persönlicher Ressourcen und das Heimplatzangebot.

Ambulante wohnortnahe Rehabilitation ist nicht eigentlich ein Kostendämpfungspaket, kann aber ein rationales Krankheitsmanagement bei chronischen Krankheiten nachhaltig unter-

stützen. Eine Verminderung der Gesamtkosten ist wahrscheinlich, kann aber derzeit nicht bewiesen werden. Die Kosten-Nutzen-Kalkulation wird für die einzelnen Rehabilitandengruppen differenziert anzustellen sein. Mittelbare und langfristige Effekte sowie Einflüsse auf die Qualität der Versorgung insgesamt sind zu berücksichtigen, aber schwer meßbar.

Ambulante wohnortnahe Rehabilitation leistet einen positiven Beitrag zur Gemeinwesenentwicklung und zur gesellschaftlichen Integration von Menschen mit chronischer Krankheit und Behinderung. Voraussetzung dafür ist, daß die Bewältigung von Krankheitsereignissen auch als Aufgaben des Betroffenen, seiner Familie, seiner Angehörigen, also des primären und des sekundären Sozialnetzwerkes angesehen und nicht einfach an Rehabilitationseinrichtungen delegiert wird. So kommt es darauf an, daß Menschen mit chronischen und schweren Krankheiten oder Behinderungen die Perspektive akzeptieren können, in ihrer eigenen Wohnung zu leben im Wissen, daß sie dort angemessen versorgt und ihre Bedürfnisse z. B. nach Entlastung und Schonung, nach Pflege und sozialer Integration berücksichtigt werden.

Literatur

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (Hrsg.): Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation. Frankfurt/M. 1996

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (Hrsg.): Rehabilitation Behinderter. Wegweiser für Ärzte und weitere Fachkräfte der Rehabilitation. 2. Auflage, Köln 1994

ICIDH, Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen, hrsg. v. Matthesius, R.-G., K.-A. Jochheim, G. S. Barolin, Ch. Heinz. Ullstein-Mosby, Wiesbaden 1995

Jung, K.: Medizinische Rehabilitation: Ambulante und stationäre Reha-Leistungen in der GKV. Die Betriebskrankenkasse 85:9 (1997) 378–389

Schmidt-Ohlemann, M.: Regionalisierung und soziale Netzwerke – für eine regional orientierte Differenzierung und Verstärkung wohnortnaher Hilfsangebote für Menschen mit Körperbehinderungen. Bad Kreuznach/Stuttgart Juni 1994

Leitung: Prof. Dr. Bernhard Badura, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld, – School of Public Health –

Berichterstattung: PD Dr. Thomas Wendt, Rehaklinik Wetterau der BfA, Bad Nauheim, und Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen (DGPR)

Ergebnisbericht

In der Arbeitsgruppe 1 diskutierten ca. 50 Teilnehmer verschiedene Modelle ambulanter/teilstationärer Rehabilitation Herzkranker auf der Grundlage von 9 Referaten, davon stellte eins die Sicht der Kostenträger dar.

Bei allen vorgestellten Modellen handelte es sich um indikationsspezifische Programme bzw. Einrichtungen. Bezüglich der Einzelheiten der Referate wird auf die entsprechenden Manuskripte verwiesen. Aus der Sicht des Berichterstatters sind jedoch folgende Aussagen herauszustellen, die als typisch für die jeweiligen Modelle angesehen werden können:

Dr. Karoff wies im ersten Teil seines Referates darauf hin, daß stationär rehabilitierte Patienten deutlich schwerer erkrankt und häufig multimorbider sind als die an seiner Klinik teilstationär rehabilitierten Patienten. Daraus zog er den Schluß, daß ambulante/teilstationäre Programme die stationäre Rehabilitation gut *ergänzen*, jedoch keinesfalls *ersetzen* können. Auch sind Frauen in der ambulanten Gruppe deutlich weniger stark vertreten, was die Notwendigkeit der stationären Reha gerade für Frauen unterstreicht. Bezüglich des zweiten ambulanten Projektes an der Klinik Königsfeld wies er nach, daß die Wiedereingliederungsrate für arbeitsunfähig entlassene Patienten über 55 Jahre durch das Programm einer „Intensivierten Nachsorge“ um 20 % gegenüber nicht in diesem Programm versorgten Patienten erhöht werden kann (absolut 50 % vs. 41 %), und daß das Gesamtkollektiv aller Altersgruppen zwei Jahre nach Ende der Reha nur zu 27 % vs. 48 % erwerbsunfähig berentet werden mußte.

Dr. Kutschera und Dr. Eiber in Vertretung von Prof. Klein wiesen bei der Darstellung ihres Münchner Modells darauf hin, wie wichtig die Teamorientierung der an der Reha beteiligten Berufsgruppen ist und daß eine teilstationäre Reha mehr ist als eine stationäre Reha „minus Bett“. Einschränkend machten sie jedoch darauf aufmerksam, daß sie ihren Daten – wie im übrigen auch die nachfolgenden Vorträge Augusta und Weser (Anm. des Berichterstatters) – keine eigene Vergleichs- oder Kontrollgruppe gegenüberstellen konnten, so daß lediglich die Einrichtungen von Dr. Karoff und Dr. Wendt eine wissenschaftlich begründete Begleitung durchführten. Als Nachteil der stationären Reha nannte Dr. Kutschera die Begünstigung einer Chronifizierung der Herzerkrankung, was jedoch in der Diskussion auf heftigen Widerstand stieß und als überholte und nicht zutreffende Minderheitsmeinung bezeichnet wurde.

Der Berichtersteller kam im ersten Teil seines eigenen Beitrags nach seinen Erfahrungen im Rahmen des Frankfurter Modells zu dem Schluß, daß bei entsprechenden Voraussetzungen und unter Beachtung der einschlägigen Qualitätsstandards eine ambulante Reha mit guten kurz- und mittelfristigen Ergebnissen auch mit Anbindung an die Akutklinik durchführbar ist.

Den Vorteil seines zweiten Modells in Bad Nauheim in Anbindung an die Rehaklinik sah er zum einen in der Randlage statt im Zentrum des Ballungsgebietes sowie zum anderen in der Vielfalt der individuell abstimmbaren zeitlichen Varianten ambulanter/teilstationärer Programme.

Dr. Augusta hob als Vorteil der ambulanten Rehabilitation in einer kardiologischen Großstadtpraxis hervor, daß die Stabilisierung des in der Reha erzielten Früherfolges durch Weiterbetreuung der Rehabilitanden in ambulanten Herzgruppen, die an die Praxis angebunden sind, besonders gut möglich ist. Dies wurde in der anschließenden Diskussion jedoch nicht auf das Merkmal „ambulant“, sondern auf das Merkmal „wohnnah“ bezogen, was in Einzelfällen auch auf die stationäre Rehabilitation zutreffen könne.

Frau Hüllen führte aus, daß Krankenkassen für jede Form der ambulanten/teilstationären Rehabilitation spezielle Versorgungsverträge mit den Anbietern fordern. – Im Gegensatz dazu, so der Berichterstatter in der diesbezüglichen Diskussion, gestatte die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) die gelegentliche ambulante/teilstationäre Reha in allen Einrichtungen, die bereits für stationäre Leistungen einen Versorgungsvertrag besäßen. Des weiteren wies Frau Hüllen wegen der zunehmenden Multimorbidität der Patienten auf die Notwendigkeit stationärer Rehaprogramme hin. In der Diskussion ihres Beitrages sprach sie jedoch die Vermutung aus, daß die Krankenkassen für den Fall, daß sie sich aus dem allgemeinen AHB-Verfahren (Anschluß-Heilbehandlungsverfahren) verabschiedeten, ihre neu gewonnenen Steuerungsmöglichkeiten voraussichtlich dazu nutzen werden, ihre Versicherten mehr als bisher in Einrichtungen mit der Möglichkeit ambulanter/teilstationärer Programme zu vermitteln.

Prof. Weser stellte schließlich ein funktionierendes ambulantes Modell in der geographischen Mitte Berlins vor, als dessen Hauptvorteil sie die familiäre Atmosphäre des Programmes zusammenfaßte.

Aus Zeitgründen konnten, so Prof. Badura, innovative Konzepte, inhaltliche und organisatorische Weiterentwicklungen sowie neue Teamstrukturen leider nicht mehr diskutiert werden.

Die sich an die einzelnen Referate anschließende Diskussion sei wie folgt zusammengefaßt:

1. Besonderheiten

- a) Die ambulante/teilstationäre Rehabilitation Herzkranker unterscheidet sich von der anderen Indikationen ganz wesentlich dadurch, daß in der Kardiologie in diesem Zusammenhang ausschließlich die AHB, d. h. die Phase II der Rehabilitation verstanden wird. Die lebenslange Rehabilitation am Wohnort (Phase III) ist in der Kardiologie durch die Institution der ambulanten Herzgruppen bereits seit 1977 organisiert, wenngleich auch dort Verbesserungen und Weiterentwicklungen notwendig sind.
- b) Die kardiologische Rehabilitation kennt keine mobilen Leistungen.
- c) Wesentliche Fragen zu Organisation, Finanzierung, rechtlichen Gesichtspunkten etc. sind in der Kardiologie geklärt und die Anforderungen an Neuanbieter publiziert, wenngleich

letztere auch nicht allen Interessenten bekannt und deren Programme transparent sein mögen.

2. Schwierigkeiten

- a) Als problematisch wird die Zuweisungssteuerung angesehen, da hier im Akutbereich Wissensdefizite um ambulante/teilstationäre Einrichtungen, Zuständigkeitsprobleme zwischen Ärzten und Sozialdiensten sowie wettbewerbsverzerrende Maßnahmen der Anbieter vermutet werden.
- b) Des Weiteren wurde auf das geringe Ansehen der kardiologischen Rehabilitation in Akutmedizin, Hochschule und Politik hingewiesen, was es zu verbessern gelte. In diesem Zusammenhang wurde auch auf die Notwendigkeit der inhaltlichen Abgrenzung zu Kuren verwiesen.
- c) Schließlich wurde die oftmals interessenbezogene anstelle einer wirklich sachbezogenen Diskussion in der Öffentlichkeit kritisiert.

3. Konsens

- a) Übereinstimmung bestand in der Auffassung, daß ambulante/teilstationäre Programme auf der einen bzw. stationäre Programme auf der anderen Seite sich gegenseitig ergänzen und jede der Versorgungsformen unverzichtbarer Bestandteil einer auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten zugeschnittenen Rehabilitation ist.
- b) Auch bestand Einigkeit bezüglich der Aussage, daß ambulant/teilstationär mehr ist als stationär „minus Bett“, da durch die nichtstationären Versorgungsangebote neue Patientengruppen erschlossen werden und sich durch die Wohnortnähe klare inhaltliche Vorteile ergeben.

4. Dissens

- a) Keine Einigkeit bestand über den Umfang des ambulanten Potentials. Auf der einen Seite wurden 80 % geschätzt (Augusta), mehrheitlich wurden jedoch 10 bis 20 % vermutet, was durch eine Erhebung von Karoff (15,4 %) untermauert wurde.
- b) Auch bestand keine Einigkeit darüber, ob, wie verschiedentlich geäußert, in der kardiologischen Rehabilitation ein Forschungsdefizit besteht. So meinte ein großer Teil der Diskutanten, daß bezüglich der ambulanten/teilstationären Reha nunmehr genügend Daten vorliegen und damit die Zeit der Modelle vorbei ist. Vielmehr bestünde Forschungsbedarf in der Akutkardiologie, was z. B. den Benefit revaskularisierender Maßnahmen wie PTCA und Bypassoperation auf die Lebenserwartung betrifft.

5. Wünsche

Potentielle Wünsche für eine Weiterentwicklung sah die Arbeitsgruppe in folgenden Punkten:

- a) Einrichtung einer Phase der Frührehabilitation als Bindeglied zwischen der Akutphase und der Phase II, da im Zeitalter der Fallpauschalen viele Patienten bei Entlassung aus dem Akutkrankenhaus noch nicht in vollem Maße rehabilitationsfähig sind,

- b) Maßnahmen zur dauerhaften Sicherung des Rehaerfolges, z. B. durch Ausbau ambulanter Wiederauffrischungsprogramme oder Weiterentwicklung der ambulanten Herzgruppen, sowie
- c) Weiterentwicklung der Teamstrukturen hinsichtlich der Einbeziehung von Sozialarbeitern und Arbeitsmedizinern.

Leitung: *Prof. Dr. Heinz Rüdgel*, Psychosomatische Fachklinik,
St. Franziska-Stift, Bad Kreuznach

Berichterstattung: *Dr. Gerd Terporten*, Fachklinik St. Franziska-Stift,
Bad Kreuznach

Ergebnisbericht

In der Arbeitsgruppe 2 konnten in weitgehender Übereinstimmung folgende Thesen erarbeitet und begründet werden:

These 1

Die Indikation für eine psychosomatische Rehabilitation ist bei 30 % der Patienten gegeben; tatsächlich werden aber bedingt durch Fehlleitung und Definitionsänderung nur 14 % der Patienten versorgt; psychosomatisches Wissen kann kaum in andere Fachgebiete transportiert werden.

Begründung:

Empirische Untersuchungen zum Krankheitsverlauf von Patienten in Diagnose und Therapie belegen, daß Patienten nicht rechtzeitig einer psychosomatischen Therapie zugewiesen werden. Herausgebildet hat sich ein Paradigma des chronischen Krankheitsverhaltens. Die Indikation wird verspätet gestellt; zwischen gestellter Indikation und tatsächlicher Versorgung klafft trotz ausreichender Bettenkapazität eine Lücke. Eine treffsichere Zuweisung und eine für Patienten und Behandler befriedigende Therapie kann nicht immer gewährleistet werden (vgl. Zielke 1989, Potreck-Rose und Koch 1994).

These 2

Psychosomatische Rehabilitation ist gegenüber Akutpsychosomatik und ambulanter Psychotherapie gemäß Richtlinie „Psychotherapie“ wenig eindeutig abgegrenzt.

Begründung:

Den Zuweisungsprozessen zur psychosomatischen Rehabilitation vs. akutpsychosomatischer Behandlung oder ambulanter Psychotherapie mangelt es an Kriterien der Differenzierung. Das duale System von Akutbehandlung und Rehabilitationsbehandlung kann in der Behandlungspraxis kaum aufrechterhalten werden (vgl. Vorträge Dr. Kirsch, Dr. Köllner).

These 3

Die Versorgung in der psychosomatischen Rehabilitation gestaltet sich nahezu unverbunden; notwendig erscheint wenigstens eine organisatorische Absprache, da Kooperation und Koordination im Rahmen eines Netzwerkes derzeit nicht besteht.

Begründung:

Aufgrund eines Mangels an Kooperation und Koordination fallen Patienten in ein Behandlungsloch, so daß der Behandlungs- und Rehabilitationserfolg deutlich in Frage gestellt und gefährdet wird. Bedingt bieten die Modelle der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung Hilfen für die Errichtung eines Behandlungsnetzes an (vgl. Dörner et al. 1979).

These 4

Nachsorgemodelle belegen sehr positive Ergebnisse, bleiben jedoch auf 6 Monate beschränkt. Als notwendig wird ein Zeitraum von 1 Jahr für die Nachsorgebehandlung erachtet.

Begründung:

Im Rahmen eines von der LVA Brandenburg unterstützten Versuches konnten bei den meisten Patienten der untersuchten Stichprobe stabile Therapieeffekte erreicht werden. Notwendig erscheint, daß sowohl Patienten der LVA als auch der BfA, wenn die Indikation besteht, eine entsprechende Nachsorgebehandlung erfahren (vgl. Vortrag Dr. Münch).

These 5

In den Universitäten besteht gegenwärtig ein erheblicher Nachholbedarf in der Ausbildung bezüglich „Rehabilitation“ ganz allgemein.

Begründung:

Die Qualifizierung angehender Ärzte und Psychologen im Bereich der Rehabilitation wird in wenigen Universitäten betrieben, so daß viele Berufsanfänger deutlich unvorbereitet in die Praxis der Rehabilitation kommen. Ausnahmen bilden gegenwärtig die Ausbildungsbedingungen an den Universitäten Freiburg, Heidelberg und an der Humboldt-Universität zu Berlin (vgl. Zuber, Weiss und Koch 1991).

These 6

Für Patienten der neuen Bundesländer besteht ein erhebliches Defizit in der wohnortnahen Rehabilitation; regionalisierte Rehabilitation funktioniert nur aufgrund des Know-hows einer stationären Rehabilitationseinrichtung.

Begründung:

Ein privat initiiertes Modellversuch zeigt, daß es gelingen kann, das Defizit in der Versorgung mittels importierten Wissens aus den alten Bundesländern bezüglich Konzept, Verwaltung, Organisation und Finanzierung von Rehabilitationsbehandlung auszugleichen (vgl. Vortrag Dr. Sturm).

These 7

Berufliche und soziale Rehabilitation wird trotz erheblichen Bedarfs kaum geplant unterstützt.

Begründung:

Im Gefolge der Chronifizierung leiden Patienten zusätzlich unter Langzeitarbeitslosigkeit und einem Mangel an beruflichen Perspektiven. Die notwendige Qualifizierung und das notwendige sozialtherapeutische Angebot kann in einzelnen Rehabilitationseinrichtungen kaum vorgehalten werden. Die Kooperation mit Berufsförderungswerken gelingt nur in einzelnen Fällen, so daß das Rehabilitationsziel, Wiedererreichen der Erwerbstätigkeit, häufiger in Frage gestellt wird (vgl. Vortrag Dr. Terporten; Funke und Zielke 1996).

Literatur

Dörner, K., R. Köchert, G. v Laer, K. Scherer: Gemeindepsychiatrie. Kohlhammer, Stuttgart 1979

Funke, W., M. Zielke (Hrsg.): Arbeiten lernen in der medizinischen Rehabilitation. Praxis der klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation 1996, 9,3

Potreck-Rose, F., U. Koch et al.: Chronifizierungsprozesse bei psychosomatischen Patienten. Schattauer, Stuttgart 1994

Zielke, M.: Kosten-Nutzen-Analysen im Gesundheitswesen. Praxis der klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation 1989, 7,2

Zuber, J., J. Weiss, U. Koch: Rehabilitation: Systematik und allgemeine Aspekte. In: Perrez, M., U. Baumann (Hrsg): Klinische Psychologie. Huber, Bern 1991, S. 175–193

Leitung: *Dr. Rainer Neubart*, Ev. Krankenhaus Woltersdorf, Klinik für Innere Medizin und Geriatrie

Berichterstattung: *Dr. Nicola Wolf*, Institut für Rehabilitationswissenschaften, Humboldt-Universität zu Berlin

Ergebnisbericht

Einleitung

Auch und gerade in der Geriatrie wird ein Mangel an rehabilitativen Strukturelementen im ambulanten Bereich immer deutlicher. Die Prinzipien geriatrischer Rehabilitation ließen sich für viele Patienten im ambulanten Bereich viel konsequenter und erfolgversprechender umsetzen als in der Klinik. Die Vorträge und Diskussionen in der Arbeitsgruppe 3 leisteten einen wertvollen Beitrag zur Entwicklung der geriatrischen Rehabilitation und gaben eine Übersicht über die heute schon vorhandenen Angebote sowie u. a. auch eine Bedarfsdefinition.

Spezifika der Rehabilitation in der Geriatrie

Multimorbidität und die Bedeutung der Krankheitsfolgen

Geriatrische Patienten lassen sich nicht nach dem kalendarischen Alter, sondern nach dem biologischen Alter und der besonderen Problemkonstellation definieren. Charakteristikum ist die regelmäßig vorliegende Multimorbidität im Zusammenhang mit der besonderen Bedeutung der Krankheitsfolgen für den Patienten, wobei die Ebene der Fähigkeitsstörung (Disability) und der sozialen Beeinträchtigung (Handicap) besonders bedeutsam wird. Bei diesen Krankheitsfolgen lassen sich folgende wichtige Bereiche unterscheiden:

- Mobilitätseinschränkungen

Nahezu alle geriatrisch relevanten Krankheitsbilder sind mit einer erheblichen Beeinträchtigung der Mobilität der Patienten verbunden – vom Schlaganfall über kardiale Erkrankungen (Myokardinsuffizienz, koronare Herzkrankheit), neurologische Krankheitsbilder bis zu Frakturen (Stürze aus verschiedener Ursache in Verbindung mit Osteoporose).

- Probleme im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL)

Besondere Probleme ergeben sich aus der Tatsache, daß bei alten Menschen Krankheiten und Traumata, die in jüngeren Jahren geradezu als Bagatelle eingeschätzt werden würden (z. B. eine Unterarmfraktur), eine weitgehende bis vollständige Hilflosigkeit in den Alltagsaktivitäten zur Folge haben können – mit möglichen Folgeproblemen wie Exazerbation bestehender anderer Krankheiten, Krankenhaus- oder Pflegeheimeinweisungen u. a.

- Sprach-, Sprech- und Kommunikationsstörungen

Insbesondere linkshirnige Schlaganfälle, aber auch andere Störungen wie z. B. Demenzen und depressive Syndrome in Verbindung mit den sozialen Einschränkungen können gerade den in der Krankheitssituation so wichtigen Dialog mit der Umwelt massiv beeinträchtigen oder sogar völlig unmöglich machen. Diese Entwicklung bedeutet vor dem Hintergrund der Verunsicherung durch die Krankheitsentwicklung eine zusätzliche psychische Traumatisierung und Deprivation, deren Bedeutung für den Krankheitsprozeß sehr hoch sein kann.

- Probleme der Krankheitsverarbeitung

Die Erkenntnis des geriatrischen Patienten, daß die neu aufgetretene oder massiv verschlimmerte Krankheit sein Leben sehr beeinträchtigt („Nichts wird so sein wie früher“), und das Bewußtwerden des Erreichens des letzten Lebensabschnittes (Endlichkeit des Daseins) haben entscheidenden Einfluß auf die Krankheitsverarbeitung durch den Patienten und damit auf den Rehabilitationsverlauf. Gerade in diesem Punkt unterscheidet sich die geriatrische Rehabilitation von den meisten rehabilitativen Therapien organspezifischer Bereiche.

Chronizität geriatrischer Erkrankungen und die Bedeutung der Ressourcennutzung im häuslichen Bereich

Multimorbide geriatrische Patienten können praktisch nie mit dem Ziel der „Restitutio ad integrum“ behandelt werden. Die im geriatrischen Bereich angestrebte „Restitutio ad optimum“ führt jedoch in sehr vielen Fällen wieder zu einer weitgehenden Selbständigkeit des Patienten – mit positiven Einflüssen auf sein Selbstwertgefühl und auch auf die Kostensituation, da oft die Pflegeheimweisung oder eine Rehospitalisierung („Drehtürmedizin“) vermieden werden konnte. Zur Erhaltung einer größtmöglichen Kompetenz („schleichender Kompetenzverlust“) ist jedoch häufig ein geringer, aber andauernder Rehabilitationsbedarf im Sinne einer **Erhaltungstherapie** lebenslang erforderlich, der aber wirtschaftlich in keinem Verhältnis zu den sonst notwendigen aufwendigen Pflegemaßnahmen steht. Diese zugleich kurative und rehabilitative Betreuung muß sinnvoll in der Wohnumgebung des Patienten stattfinden und kann die dort vorhandenen Ressourcen optimal nutzen. Eine unter diesen Prämissen gestaltete Patientenführung erfordert jedoch entsprechende Kenntnisse, Organisationsformen und Kompetenzen.

Soziale Begleitprobleme

Mehr noch als in allen anderen Bereichen definieren sich die Probleme geriatrischer Patienten durch die Spezifika seiner Erkrankung und gleichzeitig durch die Probleme und Ressourcen in der **sozialen Umgebung**. Wohnungseinrichtung, Unterstützung durch Angehörige und Nachbarn wie auch die professionellen Hilfen sind entscheidende Punkte für die Frage, ob ein Leben in der eigenen Wohnung weiterhin möglich sein wird und wieviel Lebensqualität erreicht werden kann.

Geriatrische Problemlösungsstrategien

In der Geriatrie wurden für das Erreichen der komplexen Behandlungsziele Strategien entwickelt, die auch im ambulanten Bereich Anwendung finden müssen. Hierzu gehören insbesondere das **geriatrische Assessment**, die **Arbeit im therapeutischen Team** sowie die **Arbeit in vernetzten Strukturen** („Geriatrische Versorgungskette“).

- Das geriatrische Assessment

Um bei geriatrischen Patienten zu einem möglichst erfolgreichen Behandlungsabschluß kommen zu können, muß zunächst eine komplexe Analyse aller relevanten Problembereiche vorgenommen werden, d. h. Beurteilung der medizinischen und psychosozialen Situation sowie der Faktoren aus dem Umkreis des Patienten („Multidimensionales geriatrisches Assessment“). Diese Einschätzung beinhaltet folgende Punkte: (1) körperlicher Status, (2) psychischer Status, (3) subjektives Befinden, (4) medizinische Daten, (5) ADL-Status (ADL = „activities of daily living“, Aktivitäten des täglichen Lebens, wie Waschen, Anziehen, Essen), (6) Wohnverhältnisse, (7) soziales Umfeld, (8) ökonomischer Status.

Das Erstellen des geriatrischen Assessments ist immer ein **Teamprozeß** und kann gerade im ambulanten Bereich wegen der Inhomogenität dieses Teams deutliche Probleme aufwerfen. Wie im klinischen Bereich sollte jedes Mitglied des therapeutischen Teams seine spezielle Kompetenz in diesen Prozeß einbringen. Starre Assessmentssysteme, wie z. B. die Anwendung lediglich einer Reihe von festgelegten Tests und Befragungen, werden meist der Individualität des Patienten nicht gerecht.

Im Anschluß an das geriatrische Assessment werden Behandlungsziele definiert, die im Team besprochen werden. Anhand dieser Zielplanung („Therapieplanung“) werden die Fortschritte der Genesung und Rehabilitation ständig überprüft und ggf. korrigiert.

- Das therapeutische Team

Auch im ambulanten Bereich ist die geriatrische Patientenversorgung undenkbar ohne ein multiprofessionelles Team mit Ärzten, Mitarbeitern der Krankenpflege, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Sprachtherapeuten, Psychologen, Sozialarbeiter und Seelsorger.

Die Zusammensetzung des Teams muß sich außerhalb der geriatrischen Klinik sicherlich an den vorhandenen Strukturen ausrichten. Lücken in der Versorgung durch Fehlen der einen oder anderen Fachkraft können in gewissen Grenzen durch die Aufgabenverteilung auf andere Professionen geschlossen werden, was dann als suboptimale, aber immerhin teammäßig organisierte Versorgung gelten kann. Wie in der geriatrischen Klinik stellen die Angehörigen wichtige Kommunikationspartner dar und gelten gewissermaßen als „externe Teammitglieder“.

- Die geriatrische Versorgungskette

Von besonderer Bedeutung ist in der Geriatrie die **Vernetzung** der verschiedenen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung, um für jeden Patienten die Strukturen bereitzuhalten, die er zur Erlangung größtmöglicher Gesundheit und Kompetenz trotz Krankheit benötigt – nicht weniger, aber auch nicht mehr.

Gerade für geriatrische Patienten hat die in unserem herkömmlichen Gesundheitssystem vorrangige wohnortferne Behandlung die Bedeutung eines zusätzlichen pathogenetischen

Faktors. „Das Krankenhaus macht die Patienten krank“, denn es entfremdet die Patienten von ihrer normalen Wohnungsumgebung – sowohl durch die örtliche Entfernung als auch

durch eine mangelnde Motivation zur Selbständigkeit. Dabei wird mißachtet, daß gerade bei alten Patienten die Krankheitsfolgen für den Patienten einschneidender als die Krankheit selbst sein können, zum Beispiel die häufig auftretenden Mobilitätsstörungen.

Eine funktionierende **Versorgungskette** kann dem entgegenwirken – von der geriatrischen Krankenhausabteilung mit den notwendigen kurativen und rehabilitativen Angeboten über die teilstationäre Behandlung (geriatrische Tagesklinik) bis hin zur ambulanten Rehabilitation (mit mobilen Teams und Koordinierungsstellen für die Maßnahmen zur Gesundheitsversorgung) und sozial flankierenden Maßnahmen. Die kompetente geriatrische Versorgung kann durch multiprofessionelle therapeutische Teams mit deutlichem Bezug zur Wohnumgebung des Patienten und unter Einbeziehung geriatrisch weitergebildeter Hausärzte, Sozialstationen und Therapeuten erreicht werden.

In der Arbeitsgruppensitzung konnten zu dieser Thematik verschiedene Projekte vorgestellt werden, die über Erfahrungen mit kreativen Systemen berichteten. Zum Teil wurden diese Strukturelemente schon in die Regelfinanzierung übernommen.

Zusammenfassung

Insgesamt läßt sich aus den Vorträgen und Diskussionen die Gewißheit ableiten, daß im Bereich der geriatrischen Rehabilitation wohnungsnaher Konzepte in naher Zukunft eine große Bedeutung erlangen werden. Schwer verständlich ist die krasse Diskrepanz zwischen den Forderungen von Politik und Kostenträgern „Rehabilitation vor Pflege“, „teilstationär vor vollstationär“ sowie „ambulant vor teilstationär“ und der mangelnden Unterstützung vieler erfolgversprechender Modellkonzepte, die für die Versorgung älterer Patienten entscheidende Fortschritte bringen können. Voraussetzung für die Übernahme in die Regelversorgung ist in jedem Fall ein konsequentes Qualitätsmanagement sowie eine wissenschaftliche Auswertung.

Ermutigend ist allerdings die Tatsache, daß auch Politiker (Herr Dr. Winkler aus dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung), Vertreter der Krankenkassen (Frau Eusterholz vom Verband der Angestelltenkrankenkassen) und des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (Frau Dr. Finger aus Köln) den Dialog aktiv mitgestalten und so zur flächendeckenden Umsetzung von Konzepten der ambulanten geriatrischen Rehabilitation beitragen.

Leitung: *Dr. Ursula Grüß*, Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge,
Berlin

Berichterstattung: *Dr. Ingmar Steinhart*, Wittstock

Ergebnisbericht

1. Insgesamt mag die Gruppe der Menschen mit psychischen Behinderungen im Vergleich zu anderen Behinderungsgruppen eher klein sein, aber sie zeichnet sich trotzdem durch einige Spezifika und besondere Schwierigkeiten aus, da die Rehabilitation hier vielfach auch sogenannte „Randgruppen“ oder „besonders schwierige Fallgruppen“ als Klientel einbeziehen muß.

Die AG 4 möchte in diesem Zusammenhang vor allem erinnern an

- a) die steigende Zahl von Menschen mit psychischer Behinderung ohne Wohnung,
- b) den größer werdenden Personenkreis mit sogenannten Doppeldiagnosen (Sucht/ Psychose bzw. psychische Krankheit), der durch alle Raster fällt, und
- c) den Personenkreis, der aus der Forensik kommt.

2. Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen haben noch lange nicht die in der Psychiatrie-Enquete des Deutschen Bundestags von 1974 geforderte Gleichstellung mit somatisch Kranken erreicht. In kaum einem anderen Bereich existieren so viele Untersuchungen über die individuellen wie auch volkswirtschaftlichen Schäden stationärer Unterbringung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen (Hospitalismusforschung) wie in der Psychiatrie. Trotzdem setzen alle Leistungsträger vorrangig auf stationäre Angebote. Ambulante Rehaleistungen stecken (flächendeckend) noch in den „Kinderschuh“.

Die Sozialhilfeträger haben ihren Gestaltungsauftrag im Bereich der Versorgung chronisch psychisch kranker Menschen (§ 17 SGB I) bisher kaum wahrgenommen. Medizinische Rehabilitation der Krankenkassen findet man nur selten, obwohl gerade hier „den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen ist“ (§ 27 SGB V). Ansonsten finanzieren die Krankenkassen überwiegend Krankenhäuser und niedergelassenen Ärzte; Institutsambulanz, die immerhin die notwendigen Komplexeleistungen annähernd erbringen könnten, kämpfen vielerorts ums Überleben.

Die Rentenversicherungsträger haben sich primär um die Gruppe der Suchtkranken gekümmert – im allgemeinen wohnortfern und stationär.

Stationäre Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK) gibt es nicht einmal eine in jedem Bundesland. Zusammenfassend gilt in der Praxis immer noch: Rente vor Rehabilitation.

3. Die AG 4 bittet die Veranstalter dringend, sich für einen radikalen und längst überfälligen Veränderungsprozeß in der psychiatrischen Rehabilitation und Versorgung einzusetzen:

Die **lebensweltbezogene Rehabilitation und Eingliederung** sollte das Ziel für alle zukünftigen strukturellen, therapeutischen, finanziellen und gesetzgeberischen Aktivitäten und Realisierungen in der Praxis sein.

Dieser lebensweltbezogene Ansatz beinhaltet eine grundsätzliche Abkehr von bisherigen, auf institutionellen (und damit vor allem stationären) Sichtweisen beruhenden Rehakonzepten.

Personenzentrierte Hilfen, die im Lebensumfeld (also wohnortnah und teilstationär/ambulant) erbracht werden, sollten zukünftig das primäre Leistungsspektrum bestimmen. Stationäre Leistungen werden dann komplementär zu ambulanten Leistungen – heute ist es leider noch umgekehrt.

4. Aufgrund des differenzierten und vielfältigen Hilfebedarfs insbesondere chronisch psychisch Kranker bei ihrer Rehabilitation und Eingliederung muß es sich bei diesen lebensweltbezogenen Maßnahmen um **Komplexleistungsprogramme** handeln. Hierbei ist in Anbetracht des sehr individuellen, auch schwankenden Hilfebedarfs die Ausgestaltung der Leistungen sehr flexibel zu handhaben und keinesfalls in starre Programme zu „pressen“.
5. Differenzierte **Steuerung** und **Koordination** sind unabdingbare Bestandteile komplexer personenzentrierter und lebensweltbezogener Rehamassnahmen sowohl auf der personenbezogenen Ebene (Casemanager) als auch der Systemebene (Koordination/Steuerungsgremium).
6. Hinsichtlich der Finanzierung sollten die primären Leistungsträger, d. h. Krankenkassen und Rentenversicherungsträger, endlich bedarfsgerechte Maßnahmen im o. g. Sinne (lebensweltbezogen und personenzentriert) flächendeckend vorhalten.

Im Bereich der **gesetzlichen Krankenversicherung** (GKV) sieht die AG 4 Möglichkeiten, durch weitere Umschichtungen aus dem stationären in den teilstationären und ambulanten Bereich – partiell sogar kostenneutral – qualitative Verbesserungen herbeizuführen. Es war für die Mitglieder der AG 4 nicht nachvollziehbar, warum ein Versicherter mit einer psychischen Behinderung in einem psychiatrischen Krankenhaus eine „ausgeklügelte“ Komplexleistung erhält und warum die gleiche Leistung im ambulanten Bereich nicht verfügbar ist.

Für den Bereich der **Rentenversicherung** bzw. nachrangig der Bundesanstalt für Arbeit ist endlich eine vorrangig ambulante Leistungserbringung sowie die Verbindung in inhaltlicher wie organisatorischer Art mit Leistungen der Krankenbehandlung zu einem Komplexleistungsprogramm anzustreben – wohnortnah.

Für den Bereich der **Sozialhilfe** ist zunächst die Nachrangigkeit der Sozialhilfe stärker zu berücksichtigen. Insgesamt sollten endlich auch bei den Leistungen der Sozialhilfe in der Praxis ambulante Hilfen den Vorrang vor stationären bekommen. Dies könnte durch eine kostenneutrale Umschichtung der Mittel aus stationären (Heim-)Bereichen in teilstationäre/ambulante lebensweltbezogene Alternativangebote rasch erreicht werden.

Auf seiten der Leistungserbringer (vor allem Wohlfahrtsverbände) beinhaltet die Umsetzung dieser Forderung „schmerzliche Bewegungsprozesse“.

Um die Ausrichtung der Hilfen an einem lebensweltbezogenen und personenzentrierten Konzept zu fördern, sollte die Trennung zwischen örtlichen und überörtlichen Trägern der Sozialhilfe, die zumeist wohnortnahe ambulante Hilfen verhindert, durch entsprechende Landesgesetze aufgehoben werden.

Aufgrund der Komplexität der zu erbringenden Hilfen ist insbesondere auf seiten der Leistungsträger über **Mischfinanzierungs-** oder zumindest **Vernetzungsmodelle** bei der lebensweltbezogenen Rehabilitation und Eingliederung nachzudenken.

In diesem Zusammenhang wurde festgehalten, daß schwer psychisch Behinderte von der **Pflegeversicherung** noch immer nicht entsprechend berücksichtigt werden. Hier sollte dringend ein Kriterienkatalog zur Beurteilung und Einordnung von psychisch Behinderten in Pflegestufen erarbeitet werden – auch in Abgrenzung von SGB-V-Leistungen –, der den spezifischen Bedürfnissen psychisch Behinderter Rechnung trägt (Gleichstellung von psychischen Behinderungen). Für die Begutachtung sollten psychiatrieerfahrene Fachleute hinzugezogen werden. Die Leistungserbringung und -abrechnung sollte sich an psychiatrisch-pflegerisch sinnvollen Kategorien und nicht an somatisch orientierten „Modulen“ ausrichten.

7. Die Mitglieder der AG 4 sprachen sich für ein **Ende der Ära der Modellprojekte** aus und forderten statt dessen eine bundesweite Implementierung einer Psychiatrie auf ambulanten Füßen mit einem lebensweltbezogenen Rehabilitations- und Eingliederungskonzept, mit wohnortnahen und vernetzten Leistungsträgern und -anbietern, finanziert vor allem durch die vorrangigen Leistungsträger.

Leitung: *Dr. Harry Geiselhart*, Psychiatrische Klinik des Bürgerhospitals, Stuttgart

Berichterstattung: *Dr. Arthur Günthner*, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Tübingen

Ergebnisbericht

These 1

Normative Vorgaben und Regelungen zur ambulanten wohnortnahen Rehabilitation (wie die Empfehlungsvereinbarung „Ambulante Rehabilitation Sucht“) definieren einen Handlungsrahmen. Dieser bestimmt zusammen mit der jeweiligen Lebenswirklichkeit der Betroffenen und Beteiligten deren konkrete Umsetzung.

These 2

Der Handlungsrahmen sollte folgende Elemente enthalten:

- die Möglichkeit zur Formulierung mehrerer Ziele, z. B. in Form einer Zielhierarchie,
- die Orientierung an der Suchtkrankheit als Entwicklungsprozeß.

Der Handlungsrahmen sollte die Möglichkeit zur Individualisierung der ambulanten wohnortnahen Rehabilitation bieten, entsprechend der in der Medizin üblichen Praxis differentialdiagnostischen und differentialtherapeutischen Vorgehens.

Dadurch könnten niedrigschwelligere differentialtherapeutische Möglichkeiten genutzt werden. Auf Rückfälle während der Therapie könnte flexibler eingegangen werden. Weiterhin stünde Suchtkranken – wie bei anderen psychiatrischen Erkrankungen üblich – differentialtherapeutisch eine tagesklinische Behandlung offen.

Die ambulante wohnortnahe Rehabilitation sollte sich an allgemeinen gesundheits- und sozialpolitischen Vereinbarungen orientieren, z. B. an der Ottawa-Charta (1986).

These 3

Die Umsetzung der ambulanten wohnortnahen Rehabilitation beruht auf der Berücksichtigung regionaler Ressourcen. Dabei sollte ein Konsens aller Betroffenen und Beteiligten innerhalb der jeweiligen Region angestrebt werden.

Die bisherigen und künftigen Erfahrungen, besonders wenn sie auf einer evaluativen Grundlage beruhen, können hierbei wertvolle Hinweise für die Weiterentwicklung gegenwärtiger Konzepte der ambulanten wohnortnahen Rehabilitation bieten.

Leitung: Dr. Wolfgang Neudecker, Reha-Zentrum der Klinik Bavaria, Augsburg

Berichterstattung: Dr. Friedrich Mehrhoff, Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, St. Augustin

Ergebnisbericht

Über 100 Zuhörer diskutierten 15 Vorträge. Im Mittelpunkt stand die EAP, die erweiterte ambulante Physiotherapie, ein schon seit Jahren bestehendes Komplexangebot in derzeit rund 350 Zentren Deutschlands, initiiert im wesentlichen durch die gewerblichen Berufsgenossenschaften.

In diesen Zentren behandelt unter der Gesamtverantwortung eines Arztes (Unfallchirurg, Orthopäde, Chirurg oder Rehaemediziner) ein interdisziplinäres Team von Fachkräften die Patienten nahezu täglich über mehrere Stunden mit dem Ziel, sie möglichst rasch wieder in das gewohnte berufliche und soziale Umfeld zu integrieren. Es hat sich ein flächendeckendes Netz wohnortnaher Einrichtungen in Ballungszentren entwickelt, die den stationären Rehaeinrichtungen zumindest gleichwertig sind. Darüber bestand in der Arbeitsgruppe Einigkeit.

Ohne Widerspruch blieb auch das Ziel, in diese EAP-Zentren Patienten mit rheumatologischen und neurologischen Erkrankungen einzubeziehen, soweit die Krankheitsbilder es zulassen und Synergieeffekte erzielt werden können. Denn gute Beispiele dafür existieren bereits.

Die Diskussion in der Arbeitsgruppe spiegelte indes durchgängig die Sorge wieder, daß die gute Idee „ambulant vor stationär“ durch ein ungesteuertes und unqualifiziertes Überangebot des Marktes unbezahlbar werden könnte und deswegen nach Regularien gesucht werden müsse. Derzeit wird in einer wissenschaftlichen Untersuchung geprüft, ob und inwieweit Kriterien für die Durchführung von ambulanten Rehamaßnahmen sinnvoll sind, die später auch vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung begutachtet werden können. Aus der Diskussion haben sich insbesondere 3 Aspekte herauskristallisiert:

1. Eine stabile Zukunft führt nur über **Eingangskriterien** zur EAP. Dabei wird es weniger um die Abgrenzung zur stationären Reha gehen, sondern vielmehr um das Verhältnis zu traditionellen physiotherapeutischen Maßnahmen, die auch außerhalb der Ballungszentren und oft preiswerter und genauso effektiv angeboten werden können. Neue Begriffe wie etwa die sogenannte komplexe Monotherapie (Vortrag aus einer Rehaeinrichtung in München) tauchen auf. Es wird künftig das Problem zu lösen sein, nicht bei jeder Verletzungs- und Erkrankungsart einen unverhältnismäßig hohen Aufwand in einem komplexen Team von Therapeuten zu finanzieren, sondern geeignete Stufen einzubauen, die den Interessen der Patienten genauso gerecht werden.
2. Die Eingangskriterien sollten sich nicht nur an den medizinischen Indikationen orientieren, sondern müssen auch **psycho-soziale Umstände** der Patienten berücksichtigen. Denn nur wenn das berufliche und soziale Umfeld (Alter, familiäre Verhältnisse und berufliche Zwänge) einbezogen werden, lassen sich geeignete Rehaangebote und eine richtige Verteilung zwi-

schen ambulanten und stationären Einrichtungen finden. Insoweit gilt es, nicht um jeden Preis Wohnortnähe anzustreben. Neben den ambulanten Zentren wird es weiterhin Spezialkliniken geben müssen, wie etwa die BG-Unfallkliniken, in denen u. a. Rückenmark-, Brand- und Hirnverletzte versorgt werden.

3. Der Trend zur Individualisierung von Rehamaßnahmen setzt voraus, daß künftig die **Rehaziele** in jedem Einzelfall früh definiert und ständig kontrolliert werden. Den richtigen Einstieg bietet die ärztliche Verordnung. Die Vertragsärzte müssen besser als bisher in die Lage versetzt werden, geeignete Rehaeinrichtungen für die Patienten zu vermitteln, den Rehaplan zu definieren und zu kontrollieren. Dazu bietet das D-Arzt-System der gesetzlichen Unfallversicherung und deren Casemanagement durch die Versicherungsträger ein diskutiertes Beispiel. Die Rehabilitation sollte „gesteuert“ werden, um den Grundsatz „Reha vor Rente“ zu verwirklichen. So wurde ein „Rückenkolleg“ in Hamburg vorgestellt, aus dem 86 % der Patienten wieder dauerhaft zurück in den Beruf integriert werden konnten.

Von großer Bedeutung für das Gelingen der ambulanten Rehazentren wird die Qualitätskontrolle sein. Deswegen wird es auf die Evaluation von Modellprojekten ankommen. Allein 4 Vorträge boten den Einstieg in dieses Diskussionsfeld. In die ambulante Rehabilitation ist auch die berufliche Sphäre der Patienten zu integrieren. So wurde ein Rehazentrum in einem Berufsförderungswerk und bei VW Wolfsburg vorgestellt. Eine wohnortnahe Rehabilitation bietet geradezu die Gelegenheit, „betriebsnahe“ Rehabilitation zu verwirklichen. Dazu ist eine Zusammenarbeit zwischen den Vertragsärzten und den Werksärzten in den Unternehmen bzw. in den arbeitsmedizinischen Zentren zu organisieren. Die Stabilität ambulanter Rehazentren wird künftig auch davon abhängen, inwieweit die Leistung jeweils honoriert wird. Die Vergütung wurde in der Diskussion von Vertretern der Leistungsanbieter überwiegend als zu niedrig angesehen.

- Leitung:** *Pastor Friedrich-W. Pape*, Rehasentrum Oberlinhaus, Potsdam
- Berichterstattung:** *Ernst Rabenstein*, Verband Ev. Einrichtungen für die Rehabilitation Behinderter (VEERB), Stuttgart

Ergebnisbericht

Das Thema „Ambulante Rehabilitation von Menschen mit geistiger, körperlicher und mehrfacher Behinderung“ hatte drei thematische Schwerpunkte:

- Heil- und Hilfsmittelversorgung
- ambulant betreutes Wohnen
- berufliche Integration

1. Die **Hilfsmittelversorgung** hat leider allzu oft nicht den gewünschten Erfolg, weil zu globale Verordnungen ohne notwendige Absprachen, Informationen und Beratungen zwischen den verschiedenen Beteiligten erfolgen. Eine bedarfsgerechte Versorgung wird insbesondere behindert durch ein erhebliches Defizit an Information und Beratung.

Notwendig ist es deshalb, daß fachkompetente, erfahrene Ärzte, sonstige Therapeuten, Hilfsmittelerbringer und Menschen mit Behinderungen einheitlich agieren und zusammenwirken, ohne daß einer durch den anderen bevormundet wird. Das beste Hilfsmittel nützt nichts, wenn es nicht benutzt wird oder auch nicht benutzt werden kann. Rehaziell muß es deshalb sein, Menschen mit Behinderungen von der Nützlichkeit des Hilfsmittels für sie persönlich zu überzeugen und eine bedarfsgerechte Versorgung durchzuführen.

Dazu ist es erforderlich, daß diese Personen als Experten in eigener Sache bei der Entscheidungsfindung über Auswahl und Anpassung geeigneter, ihren individuellen Bedürfnissen entsprechender Hilfsmitteln einbezogen werden und ihnen Mitsprache und Mitwirkung ermöglicht wird. Interdisziplinäre Arbeit wird als Ansatzpunkt gesehen, Menschen mit Behinderungen als „Experten in eigener Sache“ einzubeziehen und ihre Mitwirkung zu stärken. Das multidisziplinäre Rehassteam wäre hier als Schlagwort zu nennen.

Zur Verbesserung der Situation wurde vorgeschlagen:

- für die Verordnung von Hilfsmitteln sind besondere Qualifikationen nachzuweisen,
- vorhandene kompetente Rehas Teams, z. B. an Schulen für Körperbehinderte, in pädiatrischen Zentren, der mobilen Reha usw., sollten bei der Leistungserbringung mit einbezogen werden,
- Spezialeinrichtungen könnten z. B. über Ambulanzen bei der Hilfsmittelversorgung einer Region mitwirken.

Mit relativ geringem zusätzlichen finanziellen Aufwand ließe sich so die Hilfsmittelversorgung wesentlich effektiver gestalten.

2. Für **Wohnen** und **Arbeiten** von Menschen mit Behinderungen ist die Leitidee der „selbstbestimmten Lebensführung“ von entscheidender Bedeutung. Voraussetzung für eine selbstbestimmte Lebensführung ist es jedoch, über Wahlmöglichkeiten zu verfügen.

Für den Bereich des Wohnens bedeutet dies, daß neben dem Wohnen in stationären Einrichtungen oder der Betreuung in der Familie Angebote des Wohnens in der eigenen Wohnung mit entsprechender Begleitung bzw. Assistenz verfügbar sein müssen.

Verschiedene Modelle selbständigen Wohnens mit ambulanter Begleitung bzw. Assistenz, die sowohl von Selbsthilfevereinigungen wie auch von Trägern stationärer Einrichtungen entwickelt wurden, wurden vorgestellt. Notwendige hilfreiche Bedingungen wie auch hemmende Faktoren wurden benannt und diskutiert.

3. **Berufliche Rehabilitation** von Menschen mit Behinderungen wird durch die allgemeine Situation auf dem Arbeitsmarkt zur Zeit erheblich erschwert. Gerade diese Situation fordert jedoch zu neuen, kreativen Formen der Arbeit heraus. Es konnte gezeigt werden, wie bei entsprechender Begleitung, z. B. durch Arbeitsassistenten, auch Menschen mit geistiger Behinderung in den ersten Arbeitsmarkt integriert werden können.

Aber auch Menschen mit schwersten Behinderungen kann die Teilhabe am Arbeitsleben ermöglicht werden, wenn sich z. B. die Werkstätten für Behinderte diesem Personenkreis öffnen und mit Kreativität die Voraussetzungen schaffen, daß auch diese Personen sinnvoll und produktiv tätig werden können. Dadurch kann eine erhebliche Steigerung der Lebensqualität für diesen Personenkreis erreicht werden.

Insgesamt wurde festgestellt, daß sich alle Rehabilitationsbemühungen für Menschen mit Behinderungen an der Individualität dieser Personen ausrichten müssen. In diesem Rehaprozeß sind die Persönlichkeitsrechte dieser Menschen durch Erweiterung von Mitsprachemöglichkeiten zu stärken. Diese Ziele können nur erreicht werden, wenn bedarfsgerechte Angebote wohnortnaher ambulanter Rehabilitation verfügbar sind.

Leitung: Dr. Horst Lison, Sozialpädiatrisches Zentrum, Hannover

Berichterstattung: Dr. Christian Fricke, Werner-Otto-Institut (SPZ), Hamburg

Ergebnisbericht

Die Arbeitsgruppe 8 hat sich mit einer sehr heterogenen Gruppe von Kindern befaßt.

Trotz der Fortschritte der Akutmedizin nimmt die Zahl der behinderten und chronisch kranken Kinder und Jugendlichen nicht ab. In einigen Bereichen zeigt sich eine **Zunahme chronischer Erkrankungen** (z. B. chronische Nieren- und Herzkrankheiten oder nach Krebserkrankungen). Zunehmend werden Teilleistungsprobleme diagnostiziert.

Eine **partielle Störung** wirkt sich immer auf die **gesamte Entwicklung** des Kindes und seine Lebensbereiche aus, da die psychophysische und soziale Entwicklung des Kindes nicht teilbar ist. Die Familie wird durch die Behinderung bzw. chronische Erkrankung des Kindes oft destabilisiert.

Hilfen, die wir Kindern anbieten, müssen dieser Gefahr entgegenwirken und darauf ausgerichtet sein, ihnen die **Familie** zu erhalten. Effektive Maßnahmen bei Kindern erfordern außerdem eine Kontinuität des Ortes und der Bezugspersonen.

Neben **ambulanten wohnortnahen** rehabilitativen Versorgungsstrukturen sind **stationäre Behandlungsmöglichkeiten** auch weiterhin unentbehrlich (z. B. bei komplexen Problemen mehrfachbehinderter Kinder, erschwertem therapeutischen Zugang, schwerer Erkrankung, besonderer familiärer Belastung).

Das bekannte interdisziplinäre, multiprofessionelle Konzept der **Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ)** zur Betreuung behinderter und entwicklungsgestörter Kinder und Jugendlicher hat sich in der Vergangenheit bewährt und sollte im Prinzip auf die Betreuung **anderer chronisch kranker Kinder und Jugendlicher** ausgedehnt werden. In diesem Bereich bestehende ambulante Versorgungsmodelle sind in ihrem Bestand, insbesondere bezogen auf wesentliche psychosoziale Versorgungsanteile, gefährdet, für die Zukunft aber unverzichtbar. Anzustreben ist eine **einheitliche Finanzierung** unter der Führung der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Neben den SPZ leisten einige **kinderärztliche Schwerpunktpraxen** einen wertvollen Beitrag zur ambulanten Rehabilitation. Deren beratungs- und zuwendungsintensive Arbeit ist aufgrund der Gebührenordnung zunehmend weniger gesichert und damit stark gefährdet. Eine Verbesserung der Finanzgrundlagen ist dringend erforderlich.

Neue therapeutische Methoden haben besondere Probleme der Anerkennung. Sie sollten ernsthaft geprüft werden, ihre Einführung aber nur unter wissenschaftlicher Begleitung erfolgen. Eine entsprechende Evaluation alter wie neuer therapeutischer Verfahren ist unbedingt erforderlich.

Einen wesentlichen Beitrag zur ambulanten Rehabilitation insbesondere behinderter Kinder leisten seit langem pädagogische Einrichtungen. So ist das nahezu flächendeckende **Netz pädagogischer Frühförderstellen** ein wichtiger Baustein für ein umfassendes Rehabilitationskonzept im Vorschulalter, auch im **schulischen Bereich** finden sich viele Beispiele einer kontinuierlichen multiprofessionellen (überwiegend mischfinanzierten) Rehabilitationsarbeit.

Auf die **Rehabilitation von Vorschulkindern** hat sich das gut funktionierende Netzwerk niedergelassener Ärzte und Therapeuten, Frühförderstellen und SPZ sehr förderlich ausgewirkt. Durch diese etablierte Kooperation, die in diesem Umfang unbedingt erhalten bleiben sollte, ist sowohl eine spezielle und differenzierte Betreuung der Kinder als auch Wohnortnähe der Angebote möglich.

Leider finden sich diese günstigen Voraussetzungen nicht mehr in diesem Maße bei **Schulkindern und Jugendlichen**, da durch den **§ 43 a SGB V** ein Teil der heilpädagogischen und psychosozialen Leistungen aus der Finanzierung durch die gesetzlichen Krankenversicherungen herausgenommen sind und durch die Sozialhilfeträger nur bedingt übernommen werden. Eine **Revision des § 43 a SGB V** halten wir deshalb für unbedingt erforderlich.

Einen deutlichen Verlust an Betreuungsqualität erleben viele Jugendliche mit dem **Erreichen des Erwachsenenalters**. Junge behinderte und chronisch kranke Erwachsene wünschen wegen fehlender medizinischer und psychologischer Rehabilitationsmöglichkeiten häufig eine Weiterbetreuung in pädiatrischen Einrichtungen. Daher sind im Erwachsenenbereich **umgehend** geeignete kooperativ entwickelte Angebote zu schaffen.

Leitung: Prof. Dr. Wolfgang Fries, Praxis für Neuropsychologische Rehabilitation, München-Pasing

Berichterstattung: PD Dr. Paul Reuther, Zentrum für Ambulante Neurologische Rehabilitation (ANR), Bad Neuenahr-Ahrweiler

Ergebnisbericht

Die fast 100 Teilnehmer der Arbeitsgruppe stellten übereinstimmend fest, daß der Bedarf und die Notwendigkeit für eine neurologische rehabilitative Versorgung im wohnortnahen sozialen Kontext auf allen medizinischen und sozialpolitischen Ebenen akzeptiert ist. Die neurologische rehabilitative Komplextherapie ist unstrittiger und akzeptierter medizinischer Fortschritt für die Versorgung neurologischer Erkrankungen, wobei die flächendeckende Etablierung dieses Therapieangebotes eine dringend notwendige Ergänzung der Behandlungs- und Rehabilitationskette darstellen würde.

In der Arbeitsgruppe wurden zahlreiche funktionierende Einzelmodelle mit unterschiedlichen Schwerpunkten und Strukturen vorgestellt, wobei die neurologisch-neuropsychologische Tagesklinik in München-Bogenhausen bereits seit 14 Jahren in Betrieb ist. Von Prof. Goldenberg und Prof. Fries wurden sehr positive Langzeitergebnisse für die Ziele „soziale Autonomie“ und „Wiedereingliederung ins Berufsleben“ von schwer beeinträchtigten neurologisch Kranken berichtet. Im internationalen Schrifttum gibt es solche Berichte bislang nur aus Dänemark und den USA, ebenfalls mit übereinstimmend sehr positiven Beurteilungen der wohnortnahen neurologischen Komplexbehandlung (1, 2, 3, 4, 5).

In der Arbeitsgruppe wurden einige der bisher in Betrieb befindlichen neurologischen Projekte vorgestellt, wobei es sich überwiegend um persönliche, engagierte Initiativen handelte, die meist mit hoher sozialer Kompetenz und mit hohem Einsatz gegen Widerstand etabliert wurden und schließlich wegen der großen Patientenakzeptanz und der günstigen Ergebnisse von den Kostenträgern akzeptiert wurden.

Es handelt sich

1. um „krankenversicherungsnah“ Modelle **ambulanter**, neurologischer-neuropsychologischer Behandlungszentren, die sich als besonders flexibel hinsichtlich des Behandlungsspektrums, der Rehazielsetzung und der Prozeßstruktur darstellten (Goldenberg, Fries, Netz, G. Müller, Schwermer, die Rehazentren der AG des BVDN).
2. Es stellten sich darüber hinaus „rentenversicherungsnah“ Projekte vor, die meist **teilstationär** organisiert und in Ballungszentren angesiedelt sind. Diese Zentren übertragen die Strukturen stationärer Rehakliniken in den wohnortnahen Bereich (Schönle, Wallasch).
3. Für die wohnortnahe rehabilitative Versorgung Schwerstkranker (z. B. Wachkoma) empfehlen sich **mobile** neurologische Rehadienste als dringend erforderliche Instrumente für die Betreuung einer großen Zahl von Patienten (40.000 Wachkomapatienten pro Jahr in Deutschland) (Wasel-Ziegert, Nentwig, Schmidt-Ohlemann).

4. Am Rande stellten sich einzelne wohnortnahe Rehaprojekte mit der Zielsetzung **berufsfördernder** und **tätigkeitsgebender** Rehabilitation neurologisch Kranker vor (Sachsenheimer, Wallrabenstein, A. Müller).

Sämtliche Modelle belegen ihre Existenz- und Indikationsberechtigung im System wohnortnaher rehabilitativer Versorgung neurologischer Patienten. Für keines der angesprochenen Modelle zeichnet sich aber zum jetzigen Zeitpunkt die Tendenz einer flächendeckenden Versorgung ab.

An diesem Punkt besteht aber zweifelsfrei unter Berücksichtigung der großen und zunehmenden Zahl neurologischer Erkrankungen (Schlaganfälle, Schädel-Hirn-Traumen, neurochirurgische Operationen und entzündliche ZNS-Erkrankungen) ein hoher Nachholbedarf. Gerade die Komplexität der neurologischen Erkrankungen und ihrer Behandlung erfordert sehr individuelle Rehastrategien und verschiedenartige Therapiekonzepte. Die wohnortnahe neurologische Rehabilitation und Komplexbehandlung erfordert besondere neurologische Kompetenz im Casemanagement, sie ist sicher mehr als EAP (Erweiterte Ambulante Physiotherapie) und erfordert regelhaft auch ein besonderes neuropsychologisches und psychotherapeutisches Therapieangebot.

Die Arbeitsgruppe 9 war sich einig, daß die Komplexität der neurologischen Behandlungs- und Rehabilitationsproblematik und das Wissen um den großen Nachholbedarf das Verstehen und die Verständigung zwischen Sozialpolitikern, Leistungsanbietern und Leistungsträgern bislang behindert hat.

Es wurde festgestellt, daß die publizierten Grundsatzpapiere, Rahmenempfehlungen und Leitlinien der Leistungsanbieter und der Leistungsträger eigentlich keinen Dissens aufweisen. Die Arbeitsgruppe fordert alle Beteiligten in besonderem Maße zu einer raschen und konstruktiven Diskussion über die flächendeckende Umsetzung wohnortnaher neurologischer Behandlungs- und Rehabilitationskonzepte auf.

Es wurde bedauert, daß sich trotz entsprechender Einladung und Präsenz die verschiedenen Leistungsträger, Vertreter der Kranken- und Rentenversicherung, im Verlauf der Arbeitssitzung nicht an der Diskussion beteiligten.

Eine besondere Problematik ergibt sich daraus, daß wegen offensichtlicher regionaler Überkapazitäten im stationären Bereich ein erheblicher Kostendruck auf stationäre und ambulante Anbieter neurologischer Rehabilitation besteht. Dieser Kostendruck gefährdet die Qualität der angebotenen Rehaleistung. Qualitätvolle, zielorientierte ambulante neurologische Komplexbehandlung und Rehabilitation erfordern wegen der Qualifikation und Breite des Therapieangebotes aber ihren Preis.

Literatur:

1. Ben-Yishay J, Silver SM, Piasetsky E, Rattock J: Relationship between employability and vocational outcome after intensive holistic cognitive rehabilitation. Head Trauma Rehab 2 (1987) 45–48

2. Christensen A-L, Pinner EM, Molier-Pedersen P, Teadale TW, Trexler LE: Psychosocial outcome following individualized neuropsychological rehabilitation of brain damage. *Acta Neurol Scand* 85 (1992) 32–38
3. Malec JF, Smigelski JS, De Pompolo RW, Thompson JM: Outcome evaluation and prediction in a comprehensive-integrated post-acute outpatient brain injury rehabilitation programme. *Brain Injury* 7 (1993) 15–29
4. Fries W, Seiler S: Berufliche Wiedereingliederung nach erworbener Hirnschädigung. 3. Internationaler Kongreß über medizin-rechtliche Aspekte von Berufsunfällen. München 1997
5. Fries W (Hrsg.): Ambulante und teilstationäre Rehabilitation von Hirnverletzten. Zuckschwerdt, München Bern Wien New York 1996

Resümee aus den Beratungen der Arbeitsgruppen 1 bis 9

Dr. med. M. Schmidt-Ohlemann, Kongreßpräsident

Gestatten Sie mir einige zusammenfassende Querschnittsbemerkungen zum bisherigen Kongreßverlauf und zu den Arbeitsgruppenberichten.

Aus den Zusammenfassungen sprach relativ eindeutig eine moralisch und auch ethisch unbefriedigende Situation: Auf der einen Seite nehmen Menschen die stationären Rehabilitationsmaßnahmen in hoher Qualität in Anspruch, und andererseits besteht diese Möglichkeit für eine ganze Reihe von Menschen nicht, da sie die stationäre Rehabilitation aus familiären oder auch anderen Gründen wirklich nicht in Anspruch nehmen können. Es gibt also eine Art **Ungerechtigkeit zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor**. Wir werden in der Podiumsdiskussion noch einmal klären müssen, inwieweit dabei die jeweiligen Rechtsansprüche der Versicherten im Rahmen von Krankenversicherung und Rentenversicherung angemessen eingelöst werden, wenn die Leistungsträger – sowohl die Anbieter wie auch die Finanzierer – kein plurales stationäres und ambulantes Angebot zur Verfügung stellen.

Deutlich wird auch, wie **unendlich vielfältig die Angebote sind**. Dies mag ein Grund dafür sein, daß es mit der ambulanten wohnortnahen Rehabilitation nicht zügig vorwärts geht. Es entsteht der Eindruck von Wildwuchs. Dem ist aber entgegenzuhalten – und dies ist eine klare Tendenz des Kongresses –, daß viele der Einzelprojekte mit einem enormen Engagement ganz nahe bei den Bedürfnissen und dem Rehabilitationsbedarf der Patienten arbeiten. Wir stehen hier in einem grundsätzlichen sozialpolitischen Dilemma: Zum einen gibt es qualifizierte Therapeuten, Teams und auch Angebote, die auch im bisherigen rehabilitativen Selbstverständnis richtige, gute und notwendige Arbeit machen, und zum anderen wird versucht, diese Arbeit schematisch in einen Rahmen zu zwingen. Innerhalb bestimmter allgemein gehaltener **Rahmenempfehlungen** muß es zu einer **Pluralität von Angeboten** kommen. Immerhin sind zumindest die Krankenversicherungen soweit regional organisiert, daß lokal und regional differenzierte Leistungserbringung vom Vertragsrecht her ohne weiteres auch möglich ist. Das ist auch der Sinn von Regionalisierung und Dezentralisierung. Ob die Rentenversicherung so mittragen kann, mag dahinstehen.

Es zeigte sich außerdem in allen Arbeitsgruppen, daß Rehabilitationsmaßnahmen im umfassenden oder engen Sinne bestimmten **Qualitätskriterien** entsprechen müssen, die sich stichwortartig bezeichnen lassen als ein vorgelagertes **Assessment**, auch im Hinblick auf **Rehabilitationsleitung**, die Erstellung eines **Rehabilitationsplanes**, das Vorhandensein eines **multidisziplinären Teams** mit Koordination, eine **Verlaufskontrolle**, ein festes Programm zur **Qualitätssicherung**, einen **strukturierten Abschluß** und die Gewährleistung der weiteren **Nachsorge**. Diese Grundelemente sind formal für die meisten der Arbeitsgruppen in den Rahmenempfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) zusammengefaßt. Sie bilden damit eine gemeinsame Arbeitsgrundlage für die Entwicklung ambulanter Angebote.

Im Zusammenhang mit diesen Grundvoraussetzungen ist auch eine weitere notwendige Tendenz eindeutig erkennbar, nämlich die **zunehmende Individualisierung von Rehabi-**

litiation, d. h. daß der jeweilige Patient oder Rehabilitand mit seinen Problemen aufgenommen und angenommen werden muß und diese einer Lösung zugeführt werden müssen. Die These, daß allein mit der Behandlung von Impairment und auch Disabilities dann auch alle **Folgeprobleme** beseitigt sind, insbesondere bei chronischen Erkrankungen, kann nicht mehr das entscheidende Modell sein. Die einzelnen Angebote müssen Gewähr dafür bieten, daß eine ausreichende individuelle Abstimmung, begleitet durch zusätzliche individuelle Hilfen erfolgen kann.

In den Berichten, aber insbesondere bei der Beobachtung der Diskussion in den einzelnen Arbeitsgruppen selbst wurde die Bedeutung eines **psychosozialen Casemanagements** sehr klar herausgestellt. Darunter wird auch eine soziale Unterstützungsleistung zur Bewältigung der Krankheitsfolgen verstanden, die oft erst soziale und vor allem auch berufliche Wiedereingliederung ermöglicht. Casemanagement hat somit eine organisatorische, aber auch eine psychosoziale Komponente. Es ist ein unerträglicher Zustand, wenn über psychosoziale ambulante Leistungskomponenten, anders als in der stationären Rehabilitation, im Grunde gar nicht richtig verhandelt werden kann, weil es noch keine kodifizierten Leistungen, keine Leistungsdefinitionen für psychosoziale Leistungen gibt. Kosten dafür müssen somit irgendwie versteckt werden, oder ein anderer Leistungsträger muß zur Leistung verpflichtet werden. Die Anerkennung von Casemanagement als organisatorische Leistung und auch als psychosoziale Unterstützungsleistung ist notwendig und vom Grundsatz her möglich.

Auffallend war, daß durchgängig im Kongreßverlauf in keiner Weise die ambulante Rehabilitationskur, oder all das, was darunter verstanden wird, thematisiert wurde. Die **Abgrenzung** scheint klar: im Zusammenhang mit ambulanter wohnortnaher Rehabilitation geht es nicht um Vorsorge, nicht um Kur oder Kurortmedizin, Balneologie oder ähnliches. Es war faszinierend zu sehen, wie eindeutig die „harten“ Rehabilitationsprobleme der Betroffenen hier zur Sprache kamen.

Das leidige Thema der **Finanzierung** ist immer wieder angesprochen worden und hat teilweise die Diskussionen auch gelähmt. Immer wieder wurden sich die Teilnehmer der Arbeitsgruppen bewußt, daß wir uns in einer Zeit knapper Kassen befinden. Allerdings war eindeutig, daß dies letztendlich keinen Stillstand bedeuten kann. Es geht auch um eine qualitative Weiterentwicklung, und wenn man diesen Weg nicht gehen will, dann verpaßt man einen wichtigen Entwicklungsschritt in die Zukunft.

Es kam auch heraus, daß die einfache Formel „ambulant ersetzt stationär“ nicht gelten kann. In aller Eindeutigkeit wurde gesagt, daß auch neue Personengruppen auf die Rehabilitation zukommen, nämlich die bisher Unversorgten, für die es trotz eines erheblichen Rehabilitationsbedarfs derzeit überhaupt keine angemessenen Rehabilitationsleistungen gibt. Sie können nicht einfach ausgeschlossen werden. Auf der anderen Seite wird es Einsparungen in bestimmten Sektoren geben, die nicht zu vernachlässigen sind. Gemeinsam mit den Kostenträgern müssen wir genauer hinschauen, wo sich Einsparungen ergeben, aber auch, wo eben nicht. Das generelle Argument **Kostensparen durch ambulante wohnortnahe Rehabilitation** wird auf Dauer in diese Richtung allein nicht tragen.

Die Notwendigkeit der **Vernetzung mit vorhandenen Strukturen** wurde immer wieder angesprochen. Es ist wirklich die Frage, ob sich Rehabilitationsmedizin als völlig abgetrennter

Bereich auf Dauer behaupten kann, ambulant und wohnortnah wohl schon gar nicht, sondern

ob sie nicht auch an die Akutmedizin heranrücken muß. Denkbar wäre u. a. eine enge Kooperation mit den stationären Einrichtungen (Stichwort: Verkürzung der Liegezeiten), aber auch Kontakt zum kurativen Medizinsystem (Stichwort: Nutzung vorhandener Ressourcen z. B. bei der Diagnostik).

Abschließend ein Wort zur Wissenschaft und wissenschaftlichen Begleitung oder zum ***Dauerstatus der Modellprojekte***. Klarer gesprochen heißt das, daß sich sehr viele Projekte immer noch in einem Modellstatus befinden. Man kann mit dem Hinweis auf wissenschaftlich endgültige Ergebnisse auch brauchbare, sinnvolle und notwendige Ansätze über Jahre hinweg hinauszögern und sogar auch torpedieren. Das bedeutet nicht, daß jeder machen kann, was er will. Aber es muß doch unterschieden werden, auf welcher Ebene Wirksamkeit, Plausibilität, Vernünftigkeit und vor allem Bedarfsgerechtigkeit geprüft werden. Es scheint viel eher darauf anzukommen, daß alle Modelle ein angemessenes System der Qualitätssicherung einbauen und somit auch einer Evaluation zugänglich sind, als daß man sagt, wir warten jetzt noch 10 Jahre, bis es weitergeht.

Ich darf die Stimmung des Kongresses zusammenfassen: So lange dürfen wir nicht warten, es ist höchste Zeit!

Kernaussagen der Podiumsdiskussion

Dr. B. Reinsberg (Zusammenfassung)

Teilnehmer an der Podiumsdiskussion zum Abschluß des Kongresses:

- **Dr. Matthias Schmidt-Ohlemann**, Rehasentrum Bethesda der kreuznacher diakonie, Bad Kreuznach, und Landesarzt für Körperbehinderte Rheinland-Pfalz (Kongreßpräsident)
– Diskussionsleitung –
- **PD Dr. Christian Zippel**, Klinik für Geriatrie und Rehabilitation, Geriatisches Zentrum Berlin-Buch (Kongreßvizepräsident)
- **Dr. Ursula Christiansen**, Sozialdezernat der Stadt Köln und Deutscher Städtetag
- **Prof. Dr. Wolfgang Fries**, Praxis für Neuropsychologische Rehabilitation, München-Pasing
- **Hans-Jürgen Leutloff**, Sozialverband Reichsbund, Bonn
- **Dr. Axel Reimann**, Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Berlin
- **Dr. Peter Sauermann**, Kassenärztliche Vereinigung, Trier, und Vorsitzender des Arbeitsausschusses Rehabilitation des Bundesausschusses Ärzte/Krankenkassen
- **Staatssekretär Herwig Schirmer**, Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg, Potsdam
- **Rolf Stuppardt**, IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach
- **MinDir Dr. Manfred Zipperer**, Bundesministerium für Gesundheit, Bonn

Dr. Schmidt-Ohlemann Die besten inhaltlichen Vorstellungen nützen nichts, wenn sie nicht auch in Sozial- und Gesundheitspolitik umgesetzt werden können und wenn sie nicht auch zumindest in weitgehendem Konsens aller Beteiligten umgesetzt werden. In dieser Podiumsdiskussion wollen wir auf dem Wege zur ambulanten wohnortnahen Rehabilitation gemeinsam **Probleme** analysieren, uns über die **Ziele** verständigen und vielleicht auch **Wege** darstellen.

Wir möchten beginnen mit einer Frage, die uns Frau Ministerin Hildebrandt aufgegeben hat: „Warum klappt es nicht mit der ambulanten wohnortnahen Rehabilitation?“. Diese Frage muß jetzt nach mehr als 10 Jahren Willensbekundung gestattet sein.

Herr Leutloff *Erstens* ist es ein politisches Problem. In der **Sozialpolitik** gibt es einen **Richtungswechsel**, der für die Rehabilitation nicht positiv ist, der dazu führt, daß wir in der Behindertenpolitik eine immer größere Differenz zwischen Anspruch und Wirklichkeit haben. Der Artikel 3 des Grundgesetzes soll Chancengleichheit für behinderte Menschen verwirklichen – wir haben aber eine Politik der Sozialleistungskürzungen, der strukturellen Verschlechterung. Die Rehabilitation sollte aus dem Pflichtleistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherungen herausgenommen werden – so war es im Referentenentwurf der Bundesregierung zum ersten GKV-NOG vorgesehen! Das konnte gerade noch verhindert werden. Die Beseitigung des Rechtsanspruchs auf berufliche Rehabilitation ist trotz massi-

ver Proteste Wirklichkeit geworden. *Zweitens* verhindert eine **weitgehende Blockadehaltung**, und zwar nahezu aller Beteiligten, die Entwicklung ambulanter Rehabilitation. Die Krankenversicherungen, insbesondere auch die Rentenversicherung, die kassenärztlichen Vereinigungen und auch die stationären Rehaeinrichtungen scheinen nicht in diese Richtung zu wollen. In unserer Beratungspraxis stellen wir jedoch fest, daß es einen unglaublich hohen **Bedarf für ambulante Rehabilitation** gibt, daß es viele Menschen gibt, die überhaupt nur ambulante Rehabilitation in Anspruch nehmen können – das ist ein Streit, der wirklich auf dem Rücken der Betroffenen ausgetragen wird.

Herr Stuppardt Zum Stellenwert der Rehabilitation in der gesundheitspolitischen Versorgung: Über Jahre hinweg ist über die **Stiefkinder der kurativen Gesundheitspolitik** – die **Prävention und Rehabilitation** – sehr Vieles und Gutes geredet worden, aber sie sind Stiefkinder geblieben. Für die Prävention bedeutet die derzeitige Entwicklung aus der Sicht der Diktion der Sozialhilfe, daß sie sozusagen in weitere Verwahrlosung gerät, und für die Rehabilitation beansprucht der stationäre Bereich schon seit Jahren die Vorherrschaft. Die politischen und ökonomischen Konstellationen unseres Gesundheitswesens ließen eine Angebotsinduzierung in Richtung „Mengenentwicklung“ zu, d. h. das Angebot an stationären Angeboten ist einfach da, und man muß heute schlichtweg sagen, daß für weitere Angebote die entsprechenden Mittel nicht mehr zur Verfügung stehen. **Wir können uns bestimmte Dinge in der gesundheitspolitischen Versorgung schlichtweg nicht mehr leisten**, also muß man kürzen. Man könnte sich aber auch die Frage stellen, inwieweit sich sinnvolle und vernünftige **gesundheitspolitische Weiterentwicklung** in Verbindung bringen läßt mit den Möglichkeiten, die wir fiskalisch haben. Sehr häufig fällt mir auf, daß die Gesundheitspolitik und die Leistungsträger zu sehr fiskalisch diskutieren und daß auf der anderen Seite die Gestalter und Leistungsanbieter in vielen Bemühungen, inhaltlich Beiträge leisten zu wollen, überhaupt nicht oder zu wenig fiskalisch orientiert sind. Nur gemeinsam können wir etwas bewegen unter der Überschrift **Effektivität, Effizienz**, Schaffen von **Synergie**. Die Hauptdefizite bestehen in der **Bedarfs- und Ergebnisorientierung**, in der Flexibilität, in der Vernetzung, einschließlich von Defiziten in der Transparenz, in der Qualität und in der Forschung sowohl bei denjenigen, die Dienstleistung erbringen, als auch bei denjenigen, die Kosten zu tragen haben.

Dr. Zipperer Die **Rehabilitation ist und bleibt ungeachtet der Spargesetzgebung des Bundes** aus dem Jahr 1996 **ein wesentlicher und unverzichtbarer Bestandteil der Gesundheitspolitik** in Deutschland – in der Renten- und Krankenversicherung. Jedoch kann bei Kürzungen im Leistungsrecht auch die Rehabilitation nicht ausgenommen werden, denn auch dort sind **Wirtschaftlichkeitsreserven** vorhanden. Sehr aufmerksam lesen wir – und auch die Abgeordneten – Berichte und Meldungen zum Stichwort „Nutzen der Rehabilitation weiter umstritten“. Das macht schon einen Eindruck auf die Abgeordneten.

Es ist in der ambulanten Rehabilitation so lange nicht vorwärts gegangen, weil die **gesetzgeberischen Arbeitsbedingungen für die ambulante Rehabilitation vernachlässigt** worden sind. Wir sehen es an den Bemühungen der Krankenkassen, Rechtsgrundlagen zu finden für die ambulante Rehabilitation, z. B. die Heranziehung des § 43 SGB V, der eigentlich für etwas ganz anderes gedacht war, wir sehen es in den Unsicherheiten im Leistungserbringerrecht. Allein die Diskussion über die Bedeutung vom § 73 Abs. 3 – Karl Jung hat in einem sehr lesenswerten Aufsatz (in: Die Betriebskrankenkasse 9/97) auf diese Probleme

hingewiesen –; hier **ist das geltende Recht unvollständig**. Es ist die wichtige Funktion solcher Veranstaltungen wie dieser, den Gesetzgeber bzw. die, die den Gesetzgeber beraten, aufmerksam zu machen auf Lücken und Bedürfnisse, die hier in der Gesetzgebung bestehen. Im übrigen hängt natürlich die zögerliche Umsetzung der ambulanten Rehabilitation auch damit zusammen, daß in einem Sozialversicherungszweig, nämlich der Rentenversicherung, die ambulante Rehabilitation erst in jüngster Zeit mit kräftiger Nachhilfe des Gesetzgebers ans Licht der Welt getreten ist; in der Krankenversicherung war sie schon immer da, allerdings ist sie dort in einer recht bunten Vielfalt hochgewachsen, mit z. T. recht zweifelhaften therapeutischen Angeboten, die nach meiner Meinung dringend der Aufmerksamkeit der Kassen bedürfen. Die **Qualitätssicherung** spielt hier eine ganz maßgebende Rolle.

Dr. Sauermann Jetzt müssen wir eine **Struktur finden**, die die gemeinsame Problemlösung des zu Rehabilitierenden in den Mittelpunkt stellt, die im unverzichtbaren Team von Hausärzten, Spezialisten, Therapeuten und – genauso wichtig – mit den Pflegeberufen und Heilmittelerbringern die koordinierte Zusammenarbeit ermöglicht.

Wir haben schon lange die ATGs (Ambulante Therapiegemeinschaften) entwickelt, um den Patienten zu helfen. Probleme gab es immer beim Geld. Auch Ärzte müssen leben, und wenn wir neue **Leistungen** erbringen sollen und wollen, dann muß **auch bezahlt werden**. Es ist viel Geld im System vorhanden, es ist zum Teil nur ökonomisch falsch verteilt. Es fehlt eine **koordinierende Instanz** zwischen den Bedürfnissen der Betroffenen und den Leistungsträgern (Rentenversicherung, Krankenkassen, Unfallversicherung). Aus all diesen Bereichen fließt das Geld nicht dorthin, wo es den größten Nutzen hätte. Die Ausgaben für Rehaleistungen des einen Kostenträgers z. B. zur Verringerung der Arbeitsunfähigkeit, zur Vermeidung vorzeitiger Berentung, zur Steigerung der (nicht meßbaren) Lebensqualität führen oft zur Entlastung anderer Kostenträger. Die **einheitliche Zielorientierung**, auch der kostenmäßige Anreiz zur Rehabilitation geht verloren und ist ein Grund dafür, warum nicht immer langfristige Ziele für den Rehabilitanden anvisiert werden.

Die Politik hat es sich sehr einfach gemacht. **Gesetze**, die **lückenhaft** sind, wurden teilweise mit sehr heißer Nadel gestrickt, so daß vieles zurückgenommen werden mußte, manches sogar nicht umsetzbar war. Z. B. wäre die Koordinierung der Rehabilitation über die Hausärzte in Deutschland machbar unter Hinzuziehung von Spezialisten. Es passiert nichts, weil der § 73, der eben schon angesprochen wurde, nicht umgesetzt wird, denn die Krankenkassen halten es nicht für interessant. Die Politik hat ihn in die Welt gesetzt, kümmert sich nicht darum und die Ärzte zerstreiten sich darüber. Ich bin für **Modelle**, weil sie der politischen Vorgabe der absoluten Kostenstringenz unterliegen. Bei der Überführung der ambulanten Modelle müssen Strukturverträge her, d.h. in Selbstverwaltung verhandeln Kassen und Erbringer das Budget. Niemand steht den Leistungsanbietern zur Seite, die Politik lehnt sich zurück. Auf Landesebene – die Krankenhäuser unterliegen den Ländern – geht man den sicheren Weg der Bestandserhaltung und Verwaltung. Bei Einsparungen wendet man sich an die schwächeren Gruppen, das sind die Leistungserbringer in der ambulanten Medizin – und die haben relativ wenig Chancen, außer mehr zu arbeiten für weniger Geld. Die **Mittelumverteilung von stationär hin zu ambulant** wird nicht eher funktionieren, bis nicht das Krankenhausfinanzierungsgesetz geändert wird. Kann es richtig sein, daß die Kassen 80 % bezahlen, wenn das Krankenhaus völlig leer ist? Und sobald auch nur ein Patient aufgenommen wird, wird es teuer. Wenn die politischen Vorgaben dies zulassen, könnten die Krankenkassen dort das Geld hinliefern, wo nämlich tatsächlich vernünftige Arbeit –

auch preiswerter bei gleich hoher Qualität, nämlich in der Ambulanz flächendeckend – gemacht wird.

Herr Schirmer Der Politik kommt hier ein Stück weit die Rolle des Buhmanns zu. Ich werde einige Ursachen aus meinen Erfahrungen nennen. *Erstens: Die **Zuständigkeiten für Rehabilitation liegen in zwei Bundesministerien** – für die Rentenversicherung beim BMA und für die Krankenversicherung beim BMG –, **das ist finanzpolitisch und auch unter Komplexgesichtspunkten falsch.*** Ich habe gehört, daß in der nächsten Regierung egal welcher Couleur vielleicht wieder eine Korrektur erfolgen soll. *Zweitens: Diese unterschiedlichen Zuständigkeiten setzen sich natürlich nach unten fort und **erschweren die Abgrenzung der Zuständigkeit** zwischen Renten- und Krankenversicherung vor Ort erheblich.* *Drittens: Anstatt ein komplex gesteuertes System zu organisieren, machen wir **in der gesetzlichen Krankenversicherung Wettbewerb total.*** Ich bin nicht gegen Wettbewerb. Aber es ist unsinnig zu glauben, daß Krankenkassen, die sich in erster Linie an Wettbewerbselementen orientieren, ein Interesse daran haben, **Komplexlösungen** – wie in der Rehabilitation gefordert – zu organisieren, auch wenn die Verbände das anders darstellen. Privatversicherungsrechtliches Denken wird eingeführt: Ziel ist das Nichthaben schlechter Risiken und nicht das gute Betreuen schlechter Risiken. Das ist unter dem unternehmerischen Überlebensgesichtspunkt ein „falscher Ansatz“. Ein Grundkonsens in unserer Bundesrepublik muß wiederhergestellt werden, nämlich die **Gesamtverantwortung der Gemeinschaft für den sozialen Bereich.** Gegenwärtig erleben wir die Verteilungskämpfe um das Geld im Sozialhaushalt. Wenn jetzt eine **unfinanzierte Steuerreform** kommt, **muß ein Großteil im Sozialbereich eingespart werden.**

Wenn wir das **Arbeitsmarktproblem** nicht in den Griff bekommen, können wir die ganzen folgefinanzierten Bereiche, alle beitragsfinanzierten Bereiche auch nicht stabil halten. Uns fehlen objektiv nicht nur die Mittel, um z. B. bisher vernachlässigte Menschen überhaupt in das Betreuungssystem hereinzukriegen, sondern es wird ein enormer Druck entstehen, daß wir die, für die wir als Ressort zuständig sind, schlechter behandeln als bisher.

Zum Punkt Steuergesetzgebung ist noch folgendes zu sagen: Die **Kultur der Gesetzgebung** der 50er und 60er Jahre, als noch Ministerialdirektoren ein Gesetz am Stück zu Ende denken durften, ist völlig den Bach heruntergegangen. Unter heutigen Umständen ein komplex gestricktes System organisieren zu wollen, ist nahezu unmöglich. In den Ministerien, gerade in den Bundesministerien, muß es **mehr Spielraum geben, ein Konzept im Ganzen entwickeln zu können.** Daran sollten unbedingt die Fachleute mitwirken. Beispielsweise könnte ein Rehakonzept im Ganzen von den Fachleuten erarbeitet und dann erst in die Politik hineingegeben werden.

Dr. Schmidt-Ohlemann Im Bereich der ambulanten wohnortnahen Rehabilitation sind die Konturen der Versorgung soweit klar, daß sie in künftige Richtlinien oder auch gesetzliche Vorgaben Eingang finden können. Es ist in unserem Sinne, wenn Sie von der **Kultur der politischen Entscheidungsfindung** sprechen und die Fachleute dazu auch gehört werden sollen. Wir erfahren, daß die **Fachverbände nicht mehr ausreichend Zeit haben, ihre fachlichen Gesichtspunkte einzubringen** und damit auch an der gesetzlichen Gestaltung der entsprechenden Vorschriften mitzuwirken. Im Bereich der ambulanten wohnortnahen Rehabilitation ist die Kompetenz inzwischen da überhaupt nicht mehr gegeben.

Dr. Reimann Rehabilitation muß sich nicht nur unter medizinischen und individuellen Gesichtspunkten, sondern eben auch unter **ökonomischen Gesichtspunkten** rechnen. In der Rentenversicherung müssen in diesem Jahr 27 % Minderung gegenüber dem Ausgabevolumen des letzten Jahres verkraftet werden. Eine solche Reduktion innerhalb eines Jahres ist schon mit einem Kahlschlag gleichzusetzen. In der Vergangenheit hat die Rentenversicherung immer versucht, die Inhalte in den Vordergrund zu stellen und die Rehabilitation fortzuentwickeln. Die stationäre Rehabilitation, die für uns auch aufgrund der Gesetzeslage ganz und zweifelsfrei im Vordergrund gestandet hat, wird schlagartig von einem Jahr auf das andere um 50 % reduziert (das bedeutet eine Reduktion um 14.000 Betten innerhalb eines Jahres). Diese **Rahmenbedingungen sind sicherlich auch ausschlaggebend für die Stagnation bei der Entwicklung ambulanter Strukturen**. Die Zahl der RehaMaßnahmen aus der Rentenversicherung – und auch das möchte ich in Erinnerung rufen – gestattet es nicht, ein flächendeckendes System nach allen Indikationen an jeder Stelle auch wirtschaftlich betreiben zu können. Es sollte nicht heißen, daß wir uns nicht an entsprechenden Vorhaben beteiligen werden. Wir haben gegenwärtig in der **Modellphase** – die sehe ich **für den Bereich der Rentenversicherung nicht als abgeschlossen** – etwa 60 Einrichtungen und weitere 20 sind in der Planung. Wir erwarten innerhalb der nächsten 2 Jahre hieraus umfassende **Ergebnisse über die Möglichkeiten, aber auch über die Grenzen der ambulanten/teilstationären Rehabilitation**. Die Grenzen zeigen sich heute schon in einigen Einrichtungen. Eine Öffnung in alle möglichen Bereiche, alle möglichen Angebote kann ich mir für den Bereich der Rentenversicherung nicht vorstellen. Wir haben einen **Auftrag**, nämlich am Ende der Rehabilitation muß eine **qualifizierte sozialmedizinische Aussage entstehen zum Verbleib im Erwerbsleben**. Insofern werden besondere Anforderungen an die Leistung und Qualität in einer ambulanten Einrichtung zu stellen sein.

Dr. Schmidt-Ohlemann Als Ergebnis des Kongresses ist deutlich geworden, wie kompetent gerade **wohntnahe Rehabilitationsangebote** durch **Ressourcenanalyse** und **Assessment** in der Lage sind, **Rehabilitationsverläufe zu steuern**. Es ist häufig die These aufgestellt und auch bewiesen worden, daß Berufsverläufe, Reintegration durch individualisierte und wohnortnahe Hilfen besser gelingen können als durch ein standardisiertes Verfahren. D. h. gerade durch den am Wohnort des Betroffenen befindlichen Assessmentdienst und einen Rehadienst kann eine optimierte Lenkung gerade auch im Hinblick auf die Interessen der Rentenversicherung stattfinden. Ein ausführliches Assessment mit den verschiedenen Komponenten dürfte letztendlich zu einer wahrscheinlich sogar zutreffenderen sozialmedizinischen Beurteilung führen.

Prof. Fries Aus der Sicht der Leistungsanbieter kann die **Phase der Modelle** eigentlich abgeschlossen werden. In der Tat besteht eine Schwierigkeit darin, daß wir **mit den vorliegenden Erfahrungen nicht ausreichend in die Diskussion** mit den Kostenträgern und Leistungserbringern eingebunden werden, um Fortschritte zu erzielen. Wenn ich von Vertretern der Rentenversicherer höre, daß die Modellphase nicht abgeschlossen ist und daß jetzt immer noch neue Modelle aufgelegt werden und abgewartet werden muß, dann sehe ich darin einfach auch eine **Verzögerungstaktik**.

Frau Dr. Christiansen Lücken und Unklarheiten in der Gesetzgebung erschweren die Schaffung ambulanter Strukturen, aber es gibt auch objektive Schwierigkeiten. Wenn unsere Arbeitsmarktprobleme nicht gelöst werden, werden wir auch die ambulante Rehabilitation nicht besser ausstatten können, sondern diese und vieles andere reduzieren müssen. Ande-

rerseits verursacht Bettenabbau auch neue Arbeitslose. Ich halte proportionale **Einsparungen in der Rehabilitation** für völlig **kontraindiziert** und empfehle das **Umschichten von stationär zu ambulant** aus der fachlichen Erkenntnis heraus, daß es die Lebenssituation der Betroffenen wirklich verbessert. Ich bin überzeugt, es rechnet sich, sicher mehr als viele andere Dinge, trotzdem muß ja das Geld erst mal dasein.

Die Kommunen versuchen natürlich Einfluß zu nehmen auch auf die medizinische Versorgung – auch auf den Erhalt von Krankenhausbetten –, obwohl sie fast keine Kompetenzen haben. Andererseits wird ständig erwartet, daß die Kommunen als soziale Leistungsträger dort einspringen, wo die Krankenversicherungen nicht zahlen. Täglich verhandeln wir vor Ort darüber, wer was zahlt, die Sozialhilfe, die Krankenkasse, die Rentenversicherung, z. B. im Zusammenhang mit Methadon-Suchtprogrammen, Psychiatrie usw.

Dr. Zippel Die Politik lebt von Entscheidungshilfen. Deshalb müssen wir uns untereinander einig werden, um **kompetent Entscheidungshilfen** geben zu können. Die Berichte der Arbeitsgruppen haben verdeutlicht, daß ambulante Angebote in den verschiedenen Indikationsgruppen unterschiedlich entwickelt sind. Beispielsweise gibt es in der ambulanten kardiologischen Rehabilitation keine Finanzierungsprobleme, in anderen Bereichen aber durchaus. In der Psychiatrie fehlen ambulante Angebote nahezu vollständig, in anderen Bereichen besteht ein großes Angebot, z. B. 350 EAP-Zentren (Erweiterte ambulante Physiotherapie) –; dabei wird EAP nicht von allen als Teil der ambulanten Rehabilitation gesehen. Sie sehen, in vielen Punkten müssen wir uns einigen, um jetzt der Politik und auch den Kranken- und Rentenversicherungen Entscheidungshilfen an die Hand zu geben. Es kann nicht sein, daß die AOK in Brandenburg bestimmte ambulante Rehabilitationseinrichtungen mit Verträgen versieht, der VdAK aber sich weigert. Diese Differenzen gibt es zwischen den Rentenversicherungsträgern und den gesetzlichen Krankenkassen und dann auch noch innerhalb des Versicherungszweiges.

Wir sollten uns auch um **begriffliche Klarheit** bemühen. Mit Begriffen wie „komplexe Monotherapie“ (in einem Arbeitsgruppenbericht geäußert) wird keiner in der Krankenkasse etwas anfangen können – trotz bester Erklärung. Das verwirrt nur und ist nicht hilfreich in der Diskussion.

Wenn wir sagen, die ambulante Rehabilitation ist eine gute Ergänzung der stationären, dann erkennen Sie schon wieder das stationäre als Primat an. Die **ambulante Rehabilitation ist eine weitere Form**, die **neben der stationären Rehabilitation** besteht. Beide können sich ergänzen in jeder Richtung. **Besitzstandsdenken** im Sinne von Lagermentalität wird den Möglichkeiten und Chancen der ambulanten Rehabilitation nicht gerecht. Der stationäre Bereich, auch im Rentenversicherungsbereich, ist stark mit **Lagerdenken** konfrontiert. Das Argument, daß wir einen Wildwuchs im ambulanten Sektor haben, ist nicht haltbar. Wildwuchs hatten wir auch über Jahre hinweg im stationären Bereich. Wie viele Rehaeinrichtungen sind stationär entstanden, ohne daß der Bedarf eindeutig bewiesen worden ist? Lagerdenken geht natürlich jetzt auch in die Krankenversicherung ein – Stichwort: Risiken.

Das Bild ist also auch ein diffuses und z. T. durch uns Refachleute mitverschuldetes. Wir müssen deutlich werden und auch bei uns Lagerdenken überwinden. Der Kongreß wird als Ergebnis das auflisten, was indikationsübergreifend in Richtung „ambulante Rehabilitation“

zu tun ist. Wir sitzen alle im gemeinsamen Boot und eine Schuldzuweisung auf einen anderen Bereich hin, z. B. die Politik, bringt in der Sache nichts voran.

Dr. Sauermann Wir können nicht alle derselben Meinung sein, aber in der Sache ist eine **Grundtendenz notwendig**. Vor Jahren haben wir in Rheinland-Pfalz das sog. Schlaganfallmodell Rheinland-Pfalz erarbeitet und die Strukturen im Assessment aufgebaut. Diese Grundstrukturen können Sie zum Teil wiederfinden in dem ATG-Modell (Ambulante Therapeutische Gemeinschaft) und überall dort, wo in Teams verschiedene Spezialisten mit nicht-ärztlichen Heilberufen zusammenarbeiten.

Als ambulant Tätiger habe ich überhaupt kein Problem damit, additiv (zur Ergänzung der stationären Rehabilitation) zugeordnet zu werden. Zwei Hälften, die sich zusammentun, ergänzen sich auch zu einem Ganzen – und welche Hälfte ist die wichtigere? Es geht um Problemlösung. Die **Zunahme der stationären Rehabilitation**, in den letzten 6 Jahren um 30 %, ist unter dem Stichwort „angebotsorientierte Nachfrage“ einzuordnen. Hier muß **auf das notwendige Maß zurückgeschmolzen** werden. Wir wollen sie ja nicht abschaffen! Das wäre das Schlimmste, was wir machen können. **Einweisung in die richtigen Kliniken** ist ein dringend zu lösendes Problem. Hier wurde darauf hingewiesen, daß Patienten mit psychischen Problemen in orthopädischen Kliniken gelandet sind. Das erleben wir als niedergelassene Ärzte permanent. Es wird nämlich eher dafür gesorgt, daß diese Betten gefüllt werden.

Dr. Schmidt-Ohlemann Verständigen sollten wir uns noch darüber, welche **Qualität** und welche **Inhalte** die ambulante wohnortnahe Rehabilitation haben muß. Während dieses Kongresses wurde deutlich, daß auf der einen Seite alle Beteiligten mit dem Hausarzt und den niedergelassenen Vertragsärzten gern zusammenarbeiten wollen und die Zusammenarbeit für unabdingbar notwendig halten. Genauso war aber Konsens, daß es zahlreiche spezielle Rehabilitationsprobleme gibt, die auf der Hausarztebene fachlich nicht ausreichend professionell angegangen werden können, auch bezogen auf die Anleitung des Teams. Wo ist **Spezialisierung** notwendig, bei welchen speziellen Rehabilitationsproblemen, und wie ist hier die **Verbindung zum Hausarzt**?

Prof. Fries Es wird immer von der Rehabilitation oder der ambulanten Rehabilitation geredet – und die **Zielorientierung** fehlt, das macht die Diskussion schwierig. Rehabilitation kann in der Tat ein Faß ohne Boden sein und kann lebenslang sein, wenn man die Ziele nur hoch genug setzt. Die Krankheitsbilder und die Probleme des Rehabilitanden, die zu lösen sind, sind auch in der ambulanten wohnortnahen Rehabilitation vielfältig und differenziert und erfordern auch ein **differenziertes Leistungsangebot**. Auch für bewährte, erprobte Modellprojekte, die von den Kostenträgern unterstützt werden, muß es regionale Anpassungen auf der Grundlage einer **zielorientierten Bedarfsanalyse** geben – und kein „Klonen“ des Angebots. Selbstverständlich wird die wohnortnahe Rehabilitation durchgeführt auch im Zusammenhang mit dem Hausarzt und mit dem ambulanten niedergelassenen Therapeuten, weil wir es äußerst selten erleben – jedenfalls in meinem Bereich, der neurologischen ambulanten Rehabilitation –, daß der Patient zu 100 % wiederhergestellt ist, wenn unsere Behandlung abgeschlossen ist. Er muß weiter behandelt werden, und es gibt eine Menge Schnittstellenprobleme. Es gibt durchaus gute Erfahrung zur Kooperation im lokalen Bereich aus Modellprojekten.

Herr Schirmer Zur Individualisierung der Maßnahmen: Wir müssen eine in Deutsch-

land akzeptierte **Form des Managed-Care entwickeln**, nach deutschen Grundsätzen – und nicht unter erwerbswirtschaftlichen Gesichtspunkten. Und das muß schon bei den Kassen beginnen. Schon hier muß ein „schwieriger Fall“ als solcher entdeckt werden, damit er begleitet wird durch die Institutionen, die er alleine gar nicht richtig durchschauen kann. Der Versicherte fühlt sich keineswegs diskriminiert, sondern hat das Gefühl, die Kasse kümmert sich um sein Problem – das haben wir festgestellt. Und von daher appelliere ich – auch an die hier anwesenden Herren von den Krankenkassen –, diese **Idee des individuell betreuten Versicherten in der Krankenversicherung** etwas stärker zu pflegen; dadurch ergibt sich auch die Chance, diese individuellen rehabilitativen Interessen mit den ökonomischen Interessen zu versöhnen. Denn oft ist es so, daß die bessere Form der Versorgung auch eine preiswertere Form der Versorgung ist. Und wenn Sie das schaffen, eine solche **Versöhnung von individuellen Interessen des Betroffenen mit der Gesamtökonomie** hinzubekommen, dann haben Sie den Weg in die Zukunft geebnet. Aber wenn Sie das gegen die Interessen anderer ökonomisch Interessierter durchsetzen, habe ich große Bedenken, daß Sie zum Ziel kommen. Dieser Ansatz wäre auch für die Gesetzgebung zu empfehlen, hier etwas mehr Vorgaben zu machen. Wir müssen wieder lernen, daß sich durch eine **vernünftige Symmetrie von wettbewerblichen und staatlich verantworteten Elementen** gute Ergebnisse erzielen lassen. Ich glaube, das würde auch der Gesamtgesellschaft gut tun – der Appell geht an die Politiker, hier zu unterstützen.

Herr Stuppardt Gerade unter dem Stichwort wohnortnahe ambulante Rehabilitation bekommt der **Aspekt der Steuerung in der Medizin** eine sehr hohe Bedeutung. Hier geht es um Individualität und damit um eine vernünftige Fallsteuerung. Wir brauchen ein vernünftiges, durchgehendes **Fallmanagement** und werden damit auch der Versuchung widerstehen, der im gesamten Medizinbereich vorherrschenden Angebotsinduzierung nachlaufen zu müssen. Wir Krankenkassen müssen konsequent in diese Richtung gehen, sonst könnte es auch für die Rehabilitation bedeuten, das wir dort zu einer „Überprofessionalisierung“ kämen. Mehr zu berücksichtigen ist auch der **Aspekt der Selbsthilfe der betroffenen Menschen**. Im Rahmen von **Casemanagement**, aber auch von **Diseasemanagement** müssen wir den Effekt der medizinischen Maßnahmen hinterfragen, und zwar nicht nur das neue, sondern auch – und gerade – das alte muß hinterfragt werden, weil im Grunde genommen die Mengenentwicklung in der Medizin nichts anderes ist als ein Konglomerat gewachsener diagnostischer, therapeutischer Verfahren. Weil alles, was kumulativ gewachsen ist, nicht mehr hinterfragt wird, hat alles Neue sozusagen größere Schwierigkeiten, hereingebracht zu werden.

Dr. Sauermann **Managed-Care ist die eigentlich ureigenste Aufgabe der Krankenkassen** – Bismarck hat ja mal aus Gründen der sozialen Versicherung für 15 % der Bevölkerung, die nicht in der Lage war, bei schweren Erkrankungen selber für sich zu sorgen, dieses Werk vor etwa 150 Jahren geschaffen –; inzwischen haben wir 92 % Bedürftige, denn die sind alle GKV-versichert, und die Krankenversicherungen sind voll von zusätzlichen gesetzlichen Aufgaben, die überhaupt nicht dorthin gehören. Durch Diseasemanagement kommen wir dann sicherlich zu einer hervorragenden **Evidence-Based-Medicine**, wenn wir dies hervorragend und ökonomisch im Fallmanagement lösen. Es ist in keiner Weise so gemeint, daß der Hausarzt der omnipotente **Manager** in diesem System ist, vor Ort im Team. Nur, es muß einer **koordinieren und die Verantwortung übernehmen**, und der **Hausarzt** weiß ge-

nau, wo seine Grenzen sind und wann er spätestens den Spezialisten hinzuziehen muß. Diese Möglichkeit gibt der § 73, aber dessen Umsetzung fehlt leider.

Herr Leutloff Die **Qualitätssicherung** ist natürlich eine wichtige Frage, aber es ist die zweite Frage. Die erste Frage ist, ambulante Rehabilitation auf den Weg zu bringen. Qualitätssicherung ist kein Instrument, um Entwicklungen abzublocken, sondern den **Patienten und dessen Bedürfnisse in den Mittelpunkt** zu stellen. Es gibt viele Personenkreise – Schwerstbehinderte, Schwerstmehrfachbehinderte – , die können nicht in stationären Rehaeinrichtungen sein, weil dort oftmals die umfassende pflegerische Betreuung nicht sichergestellt ist. Viele chronisch Kranke und Schwerstbehinderte haben nach längeren, immer wiederkehrenden Krankenhausaufenthalten und mehrfachen stationären Rehamaßnahmen wirklich auch genug und waren lange genug weg von zu Hause. Kinder und Jugendliche, alleinerziehende Mütter haben die größten **Probleme, in eine stationäre Einrichtung zu gehen**, denn für den Rehaerfolg ist es unglaublich wichtig, daß man den familiären Bezug erhält. Die Betroffenen wollen ambulante Rehabilitation, der **Bedarf** ist vorhanden. Es gibt bisher keine Evaluation zum Bedarf – warum? Hier brauchen wir wirklich Planungsvorgaben. Das **Instrument des Gesamtplanes**, der ja völlig in Vergessenheit geraten ist, sollte man neu beleben und gleich die Möglichkeit der ambulanten Reha mit einbeziehen. Ambulante Rehabilitation ist nicht vorrangig eine Kostenfrage. Deswegen: **Qualitätssicherung ist wichtig, aber an erster Stelle steht der Bedarf der Betroffenen und die Bedarfsplanung**, und wenn wir dann wissen, wieviel wir brauchen, dann können wir uns über Qualitätssicherung unterhalten.

Dr. Schmidt-Ohlemann Aus den bisherigen Diskussionen heraus möchte ich ein Thema ansprechen, das einen ganz empfindlichen Bereich – das Verhältnis des Betroffenen, des Rehabilitanden zu seinen Therapeuten und den Ärzten – berührt. Es kann nicht so sein, daß wir über Assessment und Fallmanagement (ein etwas anrühiger Begriff für uns Ärzte und Therapeuten) unmittelbar für ökonomische Entscheidungen verantwortlich sind. Unsere Aufgabe ist, die Probleme von Patienten zu erkennen und damit auch sachgerechte Entscheidungen zu ermöglichen. **Nach wie vor müssen Erbringung von Rehabilitationsleistungen und Leistungsgewährung voneinander getrennt bleiben.**

Dr. Zipperer **Individualisierung** der Rehabilitation ist ein ganz wichtiger Gesichtspunkt. In der Rehabilitation darf es keinen Schematismus geben, sondern wir müssen auf die Bedürfnisse des rehabilitationsbedürftigen Versicherten viel stärker eingehen als bisher. Im zweiten Neuordnungsgesetz werden die Vertragspartner (Krankenkassen und Leistungserbringer) aufgefordert, **Rahmenempfehlungen über die Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen** zu beschließen, die die Konkretisierung der Ziele und Inhalte solcher Maßnahmen zum Gegenstand haben und die, ich zitiere aus dieser gesetzlichen Verpflichtung, **„die individuellen Voraussetzungen für medizinische Vorsorge- und Rehamaßnahmen unter Beachtung der Vorrangigkeit ambulanter Behandlungsmöglichkeiten zum Inhalt haben“**. Der Gesetzgeber geht davon aus, daß die ambulante Behandlung den Vorrang hat. Die gesetzliche Krankenversicherung und die Leistungserbringer müssen sich jetzt darüber verständigen, wie die Zielvorgaben und Inhalte aussehen sollen. Damit wird der Weg geöffnet für die Individualisierung der Behandlung in einem großen Rahmen in Verbindung mit Fall- oder Disease Management. Es ist ganz wichtig, daß die **Krankenkassen** viel stärker als bisher die **Steuerung des Versorgungsablaufs** in die Hand nehmen, ohne daß ich da jetzt

den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung wegschieben möchte. Aber es ist eine entscheidende Aufgabe der Krankenkassen – und der Wettbewerb der Krankenkassen

sen kann hier durchaus wichtige Impulse geben –, daß sie dem Behinderten, dem Rehabilitationsbedürftigen hilft, die Maßnahme in Anspruch zu nehmen, die er braucht. Das ist nicht nur ein Gebot der Humanität, sondern auch ein Gebot der Ökonomie.

Dr. Zippel Zum Thema **Casemanagement** oder Managed-Care möchte ich an den Vortrag von Herrn Wissmann über Koordinierungsstellen für ambulante Rehabilitation erinnern, wo also wirklich Casemanagement die zentrale Aufgabe ist. Zu den **Modellen** möchte ich sagen, daß jede Überweisung in solch ein Modell mit soviel Papier verbunden ist, daß man schon fast Angst hat, dorthin zu überweisen. Das Thema **Pflegeversicherung** gehört ebenfalls hierher. Die Pflegeversicherung erweist sich gegenwärtig als rehabilitationshemmend, weil keine Heimeinrichtung oder kein privater Betreuer von pflegebedürftigen Angehörigen mehr an Rehabilitation Interesse haben kann, weil es dann weniger Geld gibt. Realität ist gegenwärtig die Rückstufung von Pflegestufe III auf II und I. Gerade in der Geriatrie wird das Prinzip Reha vor Pflege nicht umgesetzt. Hier wird Gesetzgebung völlig unabsichtlich hinderlich, und wir müssen wieder zu neuen Ansätzen kommen.

Dr. Schmidt-Ohlemann Es scheint hier Konsens zu sein, daß Auslegungsbedarf oder auch **Änderungsbedarf bei den gesetzlichen Grundlagen** besteht.

Herr Stuppardt Der **Sicherstellungsauftrag** gibt eine klare Orientierung auf die Problemlage der Patienten und bedingt auch eine zunehmende Ökonomisierung und Automatisierung des Geschehens in der Medizin (Stichwörter: fachdisziplinäre Entwicklungen, Entwicklung der Einzelleistungsvergütung usw.). Ich frage mich, wie eine Steuerung aus einer Hand tatsächlich funktionieren kann unter den Gesichtspunkten der Wohnortnähe, Individualität und ambulant vor stationär. Was wird dann aus dem Sicherstellungsauftrag der Ärzteschaft insgesamt für die kurative Versorgung?; die Sicherstellung für die rehabilitative Versorgung ist gegenwärtig nicht festgeschrieben. Wir müßten dringend erste Schritte tun auf der Basis dessen, was das Rechtssystem zuläßt. Wir müssen **dringend** von der überproportionalen stationären Versorgung in der Rehabilitation **mächtige Schritte in Richtung ambulante Versorgung** machen und dabei Erfahrungen und Ergebnisse aus Modellprojekten für Qualitätssicherung und Steuerung nutzen. Die Rentenversicherung müßte deutlich einen Schritt in Richtung ambulanter Versorgung tun, denn ohne eine Annäherung, ohne Schulterschluß und **Vernetzung von Krankenversicherung und Rentenversicherung** als Hauptträger in diesem Bereich ist keine Entwicklung zu erwarten. Wir brauchen auch **andere Rahmenbedingungen** und andere ökonomische Bedingungen, um wirklich die Versorgung aus einer Hand zu machen, z. B. indem die Krankenversicherung die gesamte medizinische Rehabilitation übernimmt.

Dr. Schmidt-Ohlemann Kann die Rentenversicherung mit ihren überwiegend wohnortfernen Strukturen derzeit eine solche individualisierte Rehabilitation mitbetreiben?

Dr. Reimann Es kann durchaus **Kooperationsformen** geben, die dazu führen, daß dieses Thema auch vernünftig funktioniert. Ein Beispiel für ein in der Vergangenheit vernünftig funktionierendes System ist das **AHB-Verfahren** (Anschlußheilbehandlungsverfahren). Das AHB-Verfahren ist von einigen Vertragspartnern aufgelöst worden, und nun wissen wir nicht

mehr, wie das gemeinsame Verfahren gehen soll – und jetzt soll es plötzlich in eine Hand! Man kann auch ein Problem schaffen, um es dann wieder lösen zu wollen. Ich kenne durch-

aus Einrichtungen, die wir gemeinsam mit den Krankenversicherungsträgern belegen auf der Grundlage eines gemeinsamen Konzepts und wo wir heute feststellen, daß die Rentenversicherung doppelt so viele Patienten in diesen regionalen Einrichtungen hat, obwohl sie ja regional nicht stärker vertreten ist als die Krankenversicherung. Deswegen müssen wir nicht alles nun unter ein Dach packen, sondern da muß jeder seine Schularbeiten machen. Und wenn man sich auf solche Modelle einmal verständigt hat, muß man sie auch tatsächlich konsequent betreiben.

Auch zum Punkt **Fehleinweisungen** muß ich widersprechen. Wenn der Eindruck vermittelt wird, daß in der Rehabilitation die Steuerungsmechanismen nicht funktionieren, dann muß natürlich bei der Politik der Eindruck entstehen, in diesem Bereich herrscht Chaos – und das kann dann durchaus zusammengestrichen werden. Was wir hier nicht problematisiert haben, sind die Fehleinweisungen in vielen anderen Bereichen des Gesundheitswesens, und deswegen warne ich davor, immer an Einzelfällen eine Gesamtdiskussion festzumachen. Ich vertrete den begründeten Standpunkt, daß wir ein **qualifiziertes Einweisungssystem** haben, von wirklichen Einzelfällen abgesehen. Aber da geht mein Vorwurf zurück an diejenigen, die diesen Fall dann aufgrund einer falschen Beurteilung des Grundleidens in der Einrichtung haben, in die er nicht gehört. Warum wird nicht rechtzeitig insistiert, daß ein anderes Heilverfahren angezeigt ist, anstatt jetzt die vier Wochen orthopädische Reha zu machen, um hinterher festzustellen, daß eine psychosomatische Reha angesagt gewesen wäre?

Zum Thema **Steuerung** oder **Managed-Care** haben wir gerade in der Vergangenheit verschiedene Schritte eingeleitet, um vom reinen Antragsverfahren wegzukommen und frühzeitig an die Patienten heranzukommen. Hier sind wir auf die **Mithilfe der Krankenversicherungen** angewiesen, insbesondere auf frühzeitige Hinweise zu Arbeitsunfähigkeitszeiten, und nicht erst, wenn die Krankengeldzahlungen ausgelaufen sind. Die **Strukturen sind durchaus vorhanden**, um wesentliche Verbesserungen herbeizuführen, ohne das Gesamtsystem damit aufzulösen. Zum Thema **ambulante und stationäre Rehabilitation** kann es nicht nur darum gehen, spezialisierte Angebote künftig nur in der stationären Versorgung zu haben und alles andere ambulant zu machen. **Individualisierung** bedeutet auch, daß bei Patienten mit einem ähnlichen Krankheitsbild für den einen durchaus die ambulante Maßnahme geeignet ist und für den anderen, der möglicherweise ein anderes soziales Umfeld hat, eine stationäre Maßnahme eher das Mittel der Wahl ist.

Frau Dr. Christiansen Zur **Pflegeversicherung**: Ich sehe keine Verschlechterung, denn auch als die Sozialhilfe noch zahlte, war es so, daß bei Zustandsbesserung eine Herabstufung erfolgen mußte. Problem der Pflegeversicherung ist, daß auch in der dritten Pflegestufe die **Leistungen für rehabilitative Ansätze überhaupt nicht ausreichen**. Im Moment droht eine Verschlechterung der Betreuung und Pflege in den Heimen, aktivierende Pflege und all diese Dinge können schon gar nicht durch die Pflegeversicherung finanziert werden. Vor diesem Hintergrund ist auch die Rückstufung gerechtfertigt, wenn jemand wirklich weniger Pflege braucht. Die Pflegeversicherung aber hat wirklich erreicht, den Grundsatz **ambulant vor stationär** zu realisieren, und zwar durch die vorrangige Leistungsgewährung in der ambulante Pflege, und erst ein oder eineinhalb Jahre später trat das Gesetz für die stationäre Pflege in Kraft.

Ein Problem der **ambulanten Rehabilitation** ist die **Konnotation „sozial“**. Die Versorgung am Wohnort oder in der häuslichen Umgebung ist weniger medizinisch „sichtbar“ als im

Krankenhaus. Und auch Rehabilitation betrifft mehr das tägliche Leben und Berufsleben der Menschen. Vergessen wird, daß die Probleme im sozialen Bereich ausschließlich aufgrund der Krankheit bestehen. Und das erleben wir z. B. auch bei der Betreuung und Behandlung von Suchtkranken, wo die Krankenkassen sich zumindest in Nordrhein-Westfalen radikal weigern, eine psychosoziale Betreuung zu finanzieren. Aber diese psychosoziale Betreuung ist letztendlich nur notwendig wegen der Krankheit. Die ambulante Rehabilitation muß Stellung beziehen und auch **politisch Einfluß gewinnen**, um nicht vom **sozialen Streichkatalog** dieser Bundesregierung betroffen zu werden. Die Kommune hat zwar keinen gesetzlichen Sicherstellungsauftrag irgendwelcher Art, sie finanziert aber Eingliederungshilfe, Krankenhilfe für alle Nichtversicherten. Es gibt darüber hinaus Beispiele, daß die Kommune durchaus auch **Koordinierungsaufgaben** wahrnehmen kann. In Köln haben wir schon lange ein Gesundheitsforum, wo wirklich alle Beteiligten zusammenkommen: Krankenkassen, Rentenversicherung, niedergelassene Ärzte u. a. Am Modellprojekt „ortsnahe Koordinierung“ des Landes Nordrhein-Westfalen sind ca. 30 Städte beteiligt, und jede Stadt hat eine bestimmte Koordinierungsaufgabe übernommen. Z. B. ist Köln für Geriatrie und für die Kinder- und Jugendpsychiatrie zuständig, weil hier aus unserer Sicht der größte Nachholbedarf besteht. So kann es der Stadt gelingen, alle an einen Tisch zu bekommen und alle zu einem Dialog zu bewegen. Jetzt sind wir immerhin an der Stelle angelangt, wo die Krankenkassen sagen, wenn „ihr“ uns jetzt nachweist – wobei „ihr“ ja eigentlich „wir“ sind, denn wir gehören ja alle in die Arbeitsgruppe –, daß ambulante geriatrische Versorgung dann wirklich Betten und Kosten spart, dann zahlen wir es auch. Im Moment ist unsere Aufgabe, die Frage zu lösen, wer das nachweist. So kann die Kommune ihren Beitrag leisten, auch wenn sie letztendlich nicht zuständig ist und Kostenträgerschaft nur begrenzt zu übernehmen hat, indem sie alle an einen Tisch bringt. Denn die Dinge spielen sich letztendlich vor Ort ab.

Dr. Schmidt-Ohlemann Abschließend sollte die Frage der **Änderung der Gesetzesgrundlagen** nochmal erörtert werden. Wo sehen Sie die Möglichkeit oder auch die Notwendigkeit, etwas zu verändern im Spannungsverhältnis § 40, 43, 73 (3), SGB V usw.?

Dr. Zipperer **Es besteht Gesetzgebungsbedarf.** Wir brauchen eine saubere, verlässliche leistungsrechtliche Grundlage für die Komplexleistung ambulante Rehabilitation. Der Umgang mit § 43 oder 40 macht große Schwierigkeiten in der Praxis, das haben wir im Bundesgesundheitsministerium gesehen und denken über eine solche leistungsrechtliche Grundlage nach, die das abbildet, was sinnvoll und notwendig ist. Der Leistungsrahmen der gesetzlichen Krankenversicherung kann dabei nicht erweitert werden, ohne daß an anderer Stelle eine **Umschichtung** erfolgt. Es sind **Steuerungsinstrumente** notwendig, um eine Entwicklung von der stationären Rehabilitation in Richtung ambulante Reha zu ermöglichen. Das Gesetz der Koalition zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung sollte diese Entwicklung einleiten und sah Möglichkeiten wie Kündigung und die Qualitätssicherung der Krankenkassen für stationäre RehaMaßnahmen vor, ist aber leider am Widerstand des Bundesrates gescheitert. Wir müssen darüber hinaus die **Rolle und Funktion der Krankenkassen und der Vertragsärzte** bei der ambulanten Rehabilitation klären. Hier enthält das Gesetz eine Reihe diffuser Regelungen. Das hängt damit zusammen, daß in der Vergangenheit der Schwerpunkt der Gesetzesarbeit und auch der Schwerpunkt der Rehabilitation sehr stark im stationären Bereich lag. Jetzt muß geklärt werden, wer denn zuständig

ist für die Leistungserbringung und die Schaffung von Versorgungsstrukturen: die Krankenkassen, die Vertragsärzte aus den kassenärztlichen Vereinigungen, beide zusammen, oder

wer in welchem Bereich? Mir erscheint auch wichtig, daß die Konkurrenz zwischen der Kranken- und der Rentenversicherung – bzw. nicht Konkurrenz, denn es gibt ja eine Abgrenzung –, daß die **Zusammenarbeit zwischen der Kranken- und der Rentenversicherung** endlich realisiert wird. Ich halte es für einen unhaltbaren Zustand, daß es in dem Bereich relativ wenige Absprachen gibt, daß die **Bedarfsplanung**, ich sehe das jetzt aus der Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung, nicht vorhanden ist – auch jede Kassenart hat da ihre eigenen Vorstellungen. Ich glaube fast, man muß dazu gesetzliche Vorgaben machen, obwohl Bedarfsplanung ein dirigistisches Instrument ist. Eine nützliche Vorarbeit kann für diese Gesetzgebung geleistet werden durch die soeben genannten Rahmenempfehlungen, die seit dem 1. Juli den Krankenkassen und Leistungserbringern als Pflichtaufgabe aufgetragen worden sind. Eine wichtige Aufgabe der Vertragsärzte wie der Krankenkassen ist, daß die Zuweisung von rehabilitationsbedürftigen Versicherten in die richtige Einrichtung, in die richtige Maßnahme besser wird – das kann der Gesetzgeber nicht regeln. Das setzt eine **bessere Ausbildung** bei den Ärzten voraus, das setzt auch voraus, daß die **Kompetenz** bei den Kassen, beim medizinischen Dienst verstärkt wird. Das sind aber Dinge, die der Gesetzgeber nicht ins SGB V schreiben muß, sondern die die Beteiligten selbst entwickeln müssen. Und ich hoffe, daß diese Veranstaltung wieder erneut einen starken Anstoß in diese Richtung gegeben hat.

Dr. Saueremann Ich denke, die Krankenkassen sollten sich aus der ärztlichen Situation heraushalten im Hinblick auf Gestaltung des Sicherstellungsauftrags. Den Patienten als Menschen, als Individuum kann man nicht aufteilen in verschiedene „Cases“, man sollte ihn nicht einmal „sicherstellen“ in der kurativen Medizin oder auch Rehabilitation. Wir sollten die Rollenverteilung aufnehmen, wie sie vernünftig ist, die Mediziner und die Heiler sollten sich um die medizinischen Probleme kümmern, und die Krankenkassen sollten sich um ihre Verwaltungsaufgaben kümmern.

Herr Stuppardt Die Krankenkassen haben sich lange genug rausgehalten; sie dürfen sich nicht weiter raushalten. Die sachliche Problemlage in der Rehabilitation und die ökonomische Ausgangslage, die die Krankenversicherung und die Rentenversicherung haben, erfordern in der Tat eine wirklich wirksame **Koordinierung der Aktivitäten** zwischen Kranken- und Rentenversicherung – und zwar in Richtung ambulante Rehabilitation. Ich bin entschieden anderer Auffassung als Herr Reimann, denn wir haben überhaupt gar keine gemeinsame sachliche und ökonomische Kompetenz und Ausgangslage mehr. In meiner derzeitigen Rolle als Vorsitzender des Arbeitsausschusses Rehabilitation, häusliche Krankenpflege und Heil- und Hilfsmittel im Bundesausschuß Ärzte/Krankenkassen, halte ich es für dringend erforderlich, daß wir Richtlinien über Indikationen und Voraussetzungen für Rehabilitationsmaßnahmen mit den Ärzten gemeinsam entwickeln; das werden wir ab Montag beraten. Wir wollen die **niedergelassenen Ärzte in die Gestaltung, Durchführung ambulanter rehabilitativer Maßnahmen einbeziehen**, aber ich bin nicht soweit zu sagen, die Zuweisungsentscheidung liegt sozusagen auch dort.

Herr Schirmer Ich widerspreche Herrn Saueremann. Wenn wir es nicht schaffen **im Gesundheitswesen, die inhaltliche Seite mit der ökonomischen Seite zu verknüpfen**, werden wir erfolglos sein. Andernfalls wird in wenigen Jahren die von Bismarck erfundene

GKV im Eimer sein. Und das wird auch für die Betroffenen, nicht zuletzt für alle Beteiligten ein ganz schlimmer ökonomischer GAU werden. Und deswegen kämpfen Sie darum, daß dieses Instrument als solches erhalten bleibt! Wir können es an vielen Stellen besser ma-

chen. Ich bin sehr dankbar, daß Manfred Zipperer gesagt hat, sie sind dabei, die **rechtliche Grundlage zu verbessern**. Zum Schluß möchte ich noch betonen, daß auch jetzt schon kleine Dinge möglich sind. Meine Ministerin (Frau Dr. Hildebrandt) hat so ein kleines Pflänzlein hier erwähnt: „Betreuungsdienst chronisch Kranker“ (im Anschluß an die alte Dispensaire-Versorgung) in Brandenburg. Einen Vertrag gibt es nur mit der AOK. Warum sind die anderen nicht bereit, z. B. so ein Pflänzchen auch einmal schön zu machen? Durch bessere Rechtsgrundlagen wird auch die derzeitige Situation verändert, das Gegner solcher Einrichtungen mit allen politischen Mitteln bis hin zur Diffamierung und Zerstörung von Mitarbeitern gegen solche Einrichtungen kämpfen. Viel Überzeugungsarbeit ist notwendig: Redet mit den anderen, nicht immer nur untereinander!

Dr. Schmidt-Ohlemann Nach Kongressen geht man oft mit mehr Arbeit nach Hause, als man vorher gehabt hat. Die Aussagen dieser Diskussion sollten wir als Auftrag bzw. Anregungen mitnehmen in unsere Tagesarbeit.

Sehr interessant zu beobachten war, daß auch in der Podiumsdiskussion die Themen in den Mittelpunkt gerückt wurden, die wir im Verlauf des Kongresses vielfach diskutiert haben. Auch wenn die Begriffe Casemanagement oder Fallmanagement nicht unsere ungeteilte Zustimmung finden, konzentrierte sich die Diskussion auf die Frage: Wie können Menschen mit akuten und chronischen Krankheiten in Zukunft ihr Leben besser führen und wie kann eine optimierte Rehabilitation unter fachlichen und finanziellen Gesichtspunkten organisiert werden – und dadurch auch politisch durchsetzbar sein? Die Verbindung von Inhalten und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen muß gelingen, ohne daß wir uns unmittelbar in Dienst nehmen lassen müssen für Kostendämpfungsmaßnahmen. Es ist auch deutlich geworden, daß hier von den Beteiligten doch eine ganze Reihe von Handlungsspielräumen gesehen werden – kleine Pflänzchen, die zu gießen sind –, bis hin zu Strukturveränderungen, von denen weitere Entwicklungen abhängen werden.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme an dieser wichtigen Diskussionsrunde zum Abschluß des Kongresses.

Ihnen allen herzlichen Dank für Ihre Teilnahme und Mitwirkung am Kongreß, der in einer sehr konstruktiven Atmosphäre verlaufen ist.

Bitte beteiligen Sie sich daran, die Politiker und Verwaltungen zu überzeugen und auch ruhig zu drängen, die dringend erforderlichen Reformen auch anzupacken und damit die Arbeitsgrundlagen vor Ort zu verbessern. Ich lade Sie alle herzlich ein, an diesem Thema auch weiterhin mitzuarbeiten.

AUSBLICK auf weitere Vorhaben der DVfR

Der umfassende Kongreßbericht „**Ambulante wohnortnahe Rehabilitation – Konzepte für Gegenwart und Zukunft**“ mit über 140 Vorträgen und Posterbeiträgen erscheint als Band 7 in der DVfR-Reihe „Interdisziplinäre Schriften zur Rehabilitation“ im Frühjahr 1998 (Universitätsverlag Ulm, ISBN 3-89559-123-8, Buchhandelspreis: ca. 48 DM).

Bei Bestellung bis zum 1.2.1998 an den Universitätsverlag Ulm GmbH, Postfach 42 04, D-89032 Ulm, Fax: 07 31/15 28 62, gilt ein Subskriptionspreis von ca. 38 DM.

Die DVfR-Arbeitstagung 1998 zum Thema „**Zukunft der beruflichen Rehabilitation**“ vom 23.–25.9.1998 in Amberg wird sich mit nationalen wie internationalen Erfahrungen, Konzepten und Entwicklungstendenzen zur beruflichen Rehabilitation und Wiedereingliederung behinderter Menschen in Arbeit und Gesellschaft befassen.

Wir laden alle Interessierten herzlich zur Teilnahme an diesem interdisziplinären Erfahrungsaustausch und auch zur aktiven Mitarbeit ein, um für dieses – ebenso brennende – Thema ein Stück Orientierung für die gemeinsame Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation zu erarbeiten.