

Sozialmedizinischer Grundkurs II

Bad Nauheim, 21. Oktober 2008

Leistungsformen der med. Rehabilitation:
Ganztägig ambulante (teilstationäre) Leistungen.



Klinik Wetterau



Klinik Taunus II



Klinik Taunus I - Ödemklinik



Deutsche
Rentenversicherung
Bund

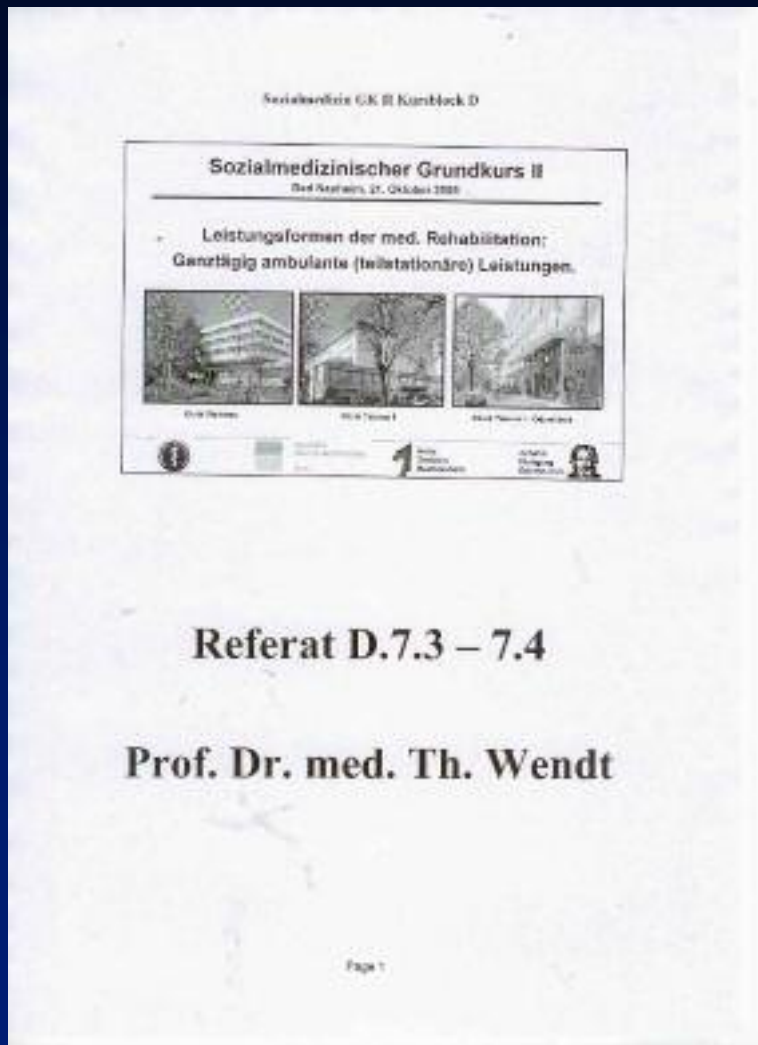


Reha
Zentrum
Bad Nauheim

Johann
Wolfgang
Goethe-Univ.



Literaturhinweise (zur Verfügung gestellt)



www.prof-wendt.de

Literaturhinweise (empfohlen)



Literaturhinweise (alternativ)



Literaturhinweise (empfohlen)



Literaturhinweise (empfohlen)



Literaturhinweise (empfohlen)



*Rahmen-
empfehlungen*

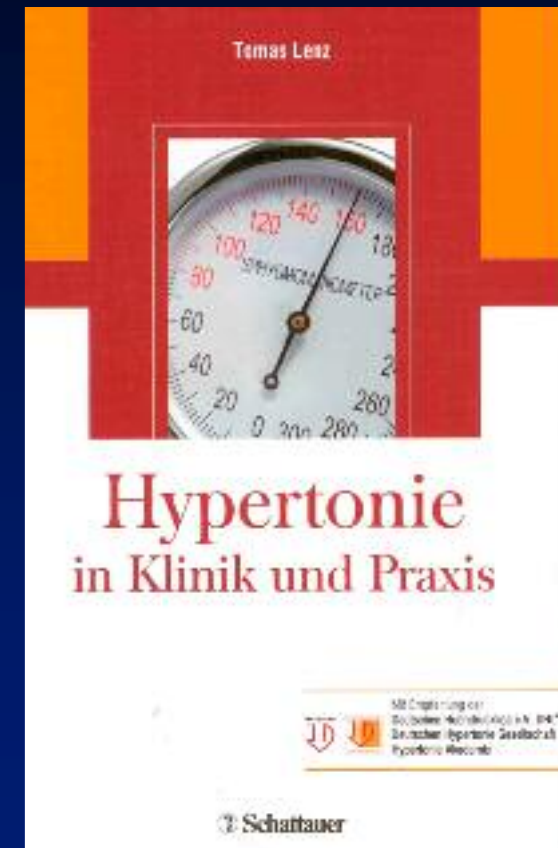
*zur ambulanten kardiologischen
Rehabilitation*

www.bar-frankfurt.de

Literaturhinweise (optional)



Lehrbuchartikel Reha-Zentrum Bad Nauheim



Eigene „Vorarbeiten“ Ambulante Reha

1.) Aufbau und Leitung mehrerer amb. Herzgruppen (81-95)



AHG VfL Goldstein, 1982

Eigene „Vorarbeiten“ Ambulante Reha

2.) Frankfurter Modell: Amb. AHB am Akutkrankenhaus (93-95)



Eigene „Vorarbeiten“ Ambulante Reha

2.) Frankfurter Modell: Amb. AHB am Akutkrankenhaus (93-95)



Eigene „Vorarbeiten“ Ambulante Reha

2.) Frankfurter Modell: Amb. AHB am Akutkrankenhaus (93-95)



Eigene „Vorarbeiten“ Ambulante Reha

2.) Frankfurter Modell: Amb. AHB am Akutkrankenhaus (93-95)



Eigene „Vorarbeiten“ Ambulante Reha

2.) Frankfurter Modell: Amb. AHB am Akutkrankenhaus (93-95)



Eigene „Vorarbeiten“ Ambulante Reha

2.) Frankfurter Modell: Amb. AHB am Akutkrankenhaus (93-95)



Eigene „Vorarbeiten“ Ambulante Reha

2.) Frankfurter Modell: Amb. AHB am Akutkrankenhaus (93-95)



Eigene „Vorarbeiten“ Ambulante Reha

2.) Frankfurter Modell: Amb. AHB am Akutkrankenhaus (93-95)

Ambulante Phase-II-Rehabilitation Herzkranker an einem im Ballungsraum Rhein-Main gelegenen Akutkrankenhaus: das Frankfurter Modell

Thomas Wendt¹

unter Mitarbeit von: Bettina Busch, Ulrike Crespo, Anette Edelmann, Albrecht Falkenbach, Katja Gilbert, Isa Heun, Gerhard Winten

Zusammenfassung: Im Rahmen einer einjährigen Pilotphase wurde bei 41 Patienten eine vierwöchige ambulante Phase-II-Rehabilitation Herzkranker in Anbindung an ein Akutkrankenhaus durchgeführt. Ziel war eine umfassende, wohnortnahe, individuelle, kardiologische Rehabilitation unter alltagsnahen Bedingungen.

Die kurz- und mittelfristigen somatischen Ergebnisse waren mit denen der stationären Rehabilitation vergleichbar. Die frühere und höhere berufliche Wiedereingliederungsrate der ambulant rehabilitierten Patienten muß auf Selektions-

phänomene zurückgeführt werden. Eine Phase-II-Rehabilitation Herzkranker ist bei gegebenen Voraussetzungen und unter Beachtung der Qualitätsstandards mit guten kurz- und mittelfristigen Ergebnissen auch ambulant in Anbindung an eine Akutklinik durchführbar. Mögliche Nachteile können sich durch das Arbeitsklima der Akutklinik und deren Lage im Ballungsraum ergeben. Ein derartiges Programm sollte stationäre Programme nicht ablösen, sondern geeigneten Patienten als alternative Option zur Verfügung stehen.

Schlüsselwörter: Rehabilitation · Anschlußheilbehandlung · Ambulant · Koronare Herzkrankheit

Herz 24: Suppl. I: 24-31 (1999)

→ 1996: Wechsel nach Bad Nauheim

Reha-Klinik huldigt zum Abschied ihrem „Koenig“

Seine Nachfolge als Leitender Arzt tritt Dr. Thomas Wendt an / 39-jähriger gilt als Spezialist in der Kardiologie

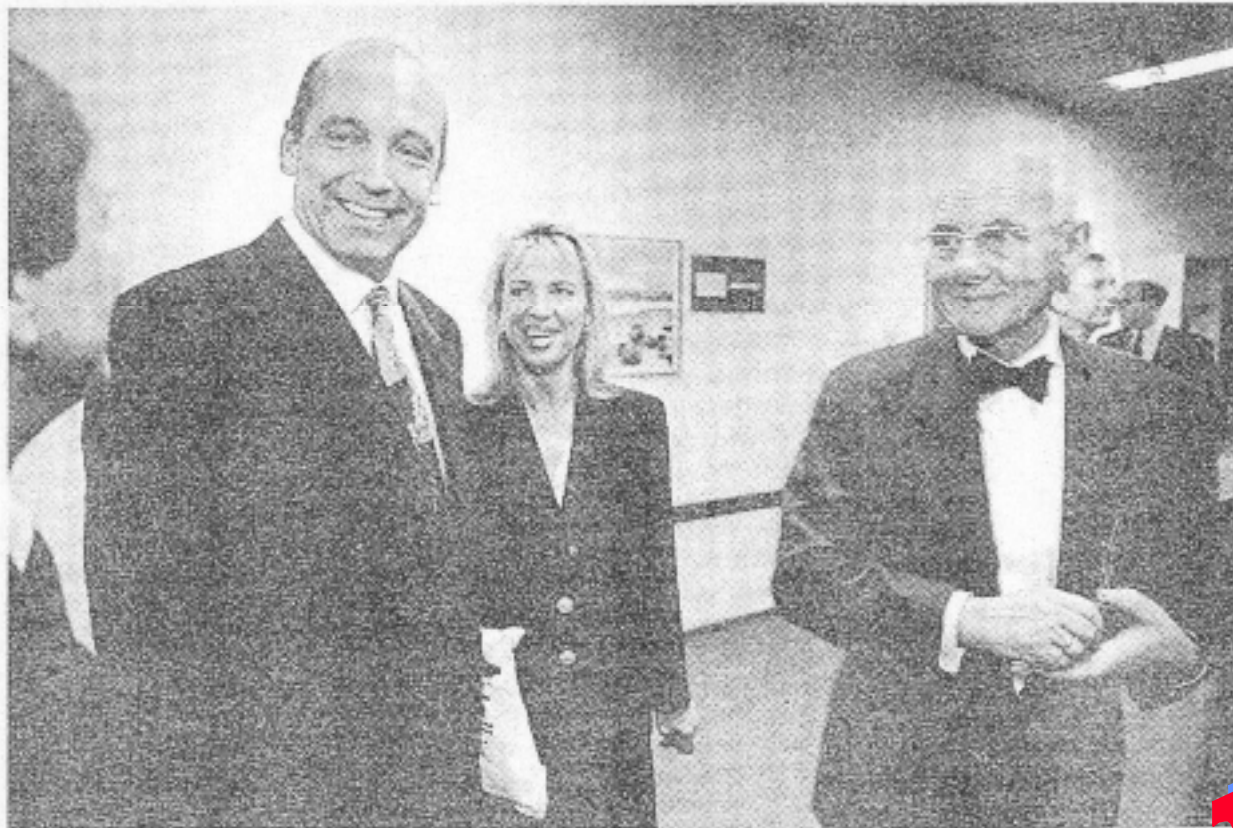
BAD NAUHEIM. Einen Abschied und einen Einstand hat die Reha-Klinik Wetterau der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) am Dienstag gefeiert. Der Leitende Arzt Dr. Wolfgang Koenig wurde in den Ruhestand verabschiedet. Seine Nachfolge tritt Privatdozent Dr. Thomas Wendt an. Er erfülle alle Voraussetzungen, ein würdiger Nachfolger Koenigs zu sein, sagte der Geschäftsführer der BfA, Direktor Peter Clausing; Wendt war Leitender Oberarzt am Zentrum für Innere Medizin der Universität Frankfurt.

Der Schwerpunkt seiner Arbeit in der Mainmetropole lag in der Kardiologie — Wendt richtete unter anderem die kardiologische teilstationäre Rehabilitation in der Uni-Klinik ein.

Auch sein Vorgänger ist ein Architekt medizinischer Aufbauleistungen in der Kardiologie. Unter seiner Regie wurde 1972 die Rehabilitationsklinik Wetterau eröffnet.

In der Klinik werden vorwiegend chronisch Herz- und Gefäßkranke aufgenommen. Viele Patienten kommen zu Anschlussheilbehandlungen aus umliegenden Universitätskliniken und Krankenhäusern in die Reha-Klinik.

Koenig wirkte bis heute in einer Reihe von medizinischen Institutionen maßgeblich mit und engagierte sich nicht zuletzt in der Landesärztekammer für die Aufrechterhaltung der ärztlichen Selbstverwaltung.



Frankfurter Rundschau 20.12.95

Eigene „Vorarbeiten“ Ambulante Reha

3.) Ambulant/teilstationäre Reha an einer Reha-Klinik (96-99)

Ambulant/teilstationäre Phase-II-Rehabilitation Herzkranker in einer im Ballungsraum Rhein-Main gelegenen Rehabilitationsklinik

Thomas Wendt, Alexander Bentjen, Katja Gilbert, Thorsten Janssen, Uta Khatibnia,
Hartmut Seyfert, Constantin Siegert¹

Zusammenfassung: Seit Januar 1997 wird an der Reha-Klinik Wetterau die ambulant/teilstationäre Phase-II-Rehabilitation als reguläres Programm angeboten. Im Rahmen einer prospektiven, kontrollierten Studie werden die in diesem Modus rehabilitierten Patienten mit einer eigenen stationären Kontrollgruppe, welche dieselben Ein- und Ausschlußkriterien erfüllt, vor und nach der Rehabilitation sowie nach sechs Monaten untersucht. Bislang wurden 118 Patienten nach einem akuten kardialen Ereignis ambulant/teilstationär rehabilitiert.

Es zeigten sich bezüglich der untersuchten somatischen Parameter kurz- und mittelfristig keine wesentlichen Unterschiede zwischen der ambulant/teilstationär und der stationär rehabilitierten Gruppe. Bezogen auf eine vierwöchige Rehabilitationsdauer ergab sich beim teilstationären Programm

eine Kostenersparnis von 26% gegenüber der stationären Rehabilitation, beim ambulanten Programm von 52%.

Die ambulant/teilstationäre Phase-II-Rehabilitation ist gleich effektiv wie das stationäre Programm, aber kostengünstiger. Wegen der Ein- und Ausschlußkriterien ist sie jedoch nur für bestimmte Patienten geeignet und kann wegen der Anforderungen nur an bestimmten Zentren angeboten werden. Die Rehabilitationsklinik am Rande des Ballungsraums bietet optimale Voraussetzungen zur Durchführung ambulant/teilstationärer Programme, da sie ein großes Einzugsgebiet hat, die Patienten gegen den Pendlerstrom zur Rehabilitation fahren, die Klinik über die notwendige Infrastruktur und Erfahrung verfügt und eine optimale Verkehrsanbindung vorliegt.

Schlüsselwörter: Rehabilitation · Anschlußheilbehandlung · Ambulant/teilstationär · Koronare Herzkrankheit

Herz 24: Suppl. I: 57-62 (1999)

Eigene „Vorarbeiten“ Ambulante Reha

4.) Planung eines Amb. Reha-Zentrums in Ffm (2000 - heute)



Ganztägig ambulante Reha

- **Rehabilitationsformen**
- **§§**
- **BAR ?**
- **BAR-Rahmenempfehlungen zur amb. Reha → DGPR**
- **Vergleichsstudie Bad Nauheim: amb. vs. stat. Reha**
- **Kostenvergleich allgemein**
- **Bedarfstrichter**
- **Ganztägig amb. kard. Reha in Hessen: Übersicht**
- **Hürden bei Gründung eines amb. RehaZentrums**
- **Argumente pro → Fazit**

Medizinische Reha: Rehabilitationsformen

- stationär (ganztägig mit Übernachtung, 7 T./Wo.)
- teilstationär (teils teils)
- ganztägig ambulant (i.d.R. Montag bis Freitag)
- at home (in USA und hierzulande für PKV)
- telemedizinische AR mit amb. Kontrollunters.

Telemedizinische AR mit ambulanten Kontrolluntersuchungen

Daten sind nicht bekannt, aber:

AOK will Home-Trainer als Anschluss-Reha!

Gut und effizient soll sie sein, die Reha, und möglichst nichts kosten. So sehen es die Kostenträger. Da kommt eine inzwischen abgeschlossene Untersuchung gerade recht: 300 Patienten hatten nach der Koronarchirurgie ein Trainingsfahrrad und ein Einkanal-EKG bekommen. Das EKG wurde regelmäßig an die Studienzentrale übermittelt, zwischendurch gab es einige ambulante Kontrolluntersuchungen. Nun bejubelt die AOK Westfalen-Lippe das „in-



Home-Reha auf Home-Trainer

tegratives Konzept mit innovativem und hochwertigem Charakter“, das nun als telemedizinisch begleitete Anschluss-Reha verbreitet werden soll. Wer den Erfolg des innovativen Projektes mit der konventionellen Anschluss-Reha vergleichen will, hat wenig Chancen: Bisher wurde nur eine Zwischenbilanz mit wenigen Patienten veröffentlicht. So leichtfertig sollte man den bewährten Reha-Methoden wohl doch nicht umgehen! Seite 26

Cardio News 30.09.05

→ Ambulante telemedizinisch gestützte Phase III

TELEMEDIZINISCH BASIERTE REHABILITATION

Nachhaltig von Nutzen

Die telemedizinische Betreuung von Kardiologiepatienten in der ambulanten Rehabilitation bietet Chancen für eine neue integrative Versorgungsstruktur, so das Ergebnis eines Pilotprojektes am Herz- und Diabeteszentrum Nordrhein-Westfalen.

Heinrich Körtke, Rolf Gero Heinze, Kerstin Bockhorst, Nikolas Mirow, Reiner Körfer

Vom IFAT (Institut für angewandte Telemedizin)
am Herz- und Diabeteszentrum NRW durchgeführtes Modell:
AUTARK (ambulante und telemedizinisch gestützte Anschluß-
Rehabilitation nach kardialem Erstereignis)

Dtsch Ärzteblatt 103: A2921-4 (2006)

→ Ambulante telemedizinisch gestützte Phase III

Methode: 170 Patienten nach Herz-OP, 92 % Männer

Ausschluß: EF < 30, BMI > 35, maligne Herzrhythmusstörungen innerhalb der ersten 30 Tage post-OP, Wundheilungsstörungen

Gruppen: 100 Patienten 12 Wochen ambulant vs. 70 Patienten 3 Wochen stationär

Programm: individuelle Schulung vor Einschluß einschl. Einweisung in das mobile EKG-Gerät, tägliches Heim-Trainingsprogramm

Dtsch Ärzteblatt 103: A2921-4 (2006)

→ **Ambulante telemedizinisch gestützte Phase III**

Ergebnisse: Stand 11/2006 (44 Absolventen)

- Hohe Patientenzufriedenheit
- Körperliche und psychische Leistungsfähigkeit stieg in beiden Gruppen an
- Weniger Angina pectoris in ambulanter Gruppe
- Kosten in ambulantem setting – 59%

Fazit:

...vielversprechendes Instrument für die Tertiärprävention.“

Dtsch Ärzteblatt 103: A2921-4 (2006)

Medizinische Reha: Rehabilitationsformen

- stationär
- teilstationär
- ganztägig ambulant
- at home
- telemedizinische AR mit amb. Kontrollunters.
- Intervall, Episode (orthopädische Reha)
- IRENA
- mobile geriatrische Rehabilitation
- BITH
- EAP
- AOTR

Unterschwellige Angebote: **tagesklinikähnlich: 3 – 5 Tage / Woche, 2 – 5 Std. / Tag**

EAP → von der UV eingeführt.

Weiterentwicklung der **BITH** (besonders indizierte Therapie für Sportler). Was für Sportler gut ist,...

Ziel: nach Akutversorgung in BGR intensive, wohnortnahe, komplexe Physiotherapie.

Wird heute noch von UF und Beihilfe bezahlt.

Anforderungen:

www.lvbg.de/lv/pages/aufgabe/m_reha/pdf_bild/eap1.pdf

Im Bereich der GKV: **AOTR** → Heilmittelverordnung

Ganztägig ambulante Reha

✓ Rehabilitationsformen

➤ §§

- BAR ?
- BAR-Rahmenempfehlungen zur amb. Reha → DGPR
- Vergleichsstudie Bad Nauheim: amb. vs. stat. Reha
- Kostenvergleich allgemein
- Bedarfstrichter
- Ganztägig amb. kard. Reha in Hessen: Übersicht
- Hürden bei Gründung eines amb. RehaZentrums
- Argumente pro → Fazit

Unterschwellige Angebote: tagesklinikähnlich: 3 – 5 Tage / Woche, 2 – 5 Std. / Tag

Im Zuge der Neufassung des § 40 SGB V, der ambulante Reha erstmals als GKV-Regelleistung definierte → Abschaffung von EAP und AOTR zu Lasten der GKV.

§ 40 SGB V

(1) Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, um die in § 11 Abs. 2 beschriebenen Ziele zu erreichen,

§ 11 Abs. 2 SGB V

(2) Versicherte haben Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie auf unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, die notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mildern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.

→ Reha vor Pflege

§ 40 SGB V

(1) Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, um die in § 11 Abs. 2 beschriebenen Ziele zu erreichen, kann die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht, oder, soweit dies für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit medizinischen Leistungen ambulanter Rehabilitation erforderlich ist, in wohnortnahen Einrichtungen erbringen.

§ 13 (1) SGB IX: Gemeinsame Empfehlungen

**Die Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 5
(GKV, BA, UV, RV, KOV, KOF, ö. Jugendhilfe, Sozialhilfe)
vereinbaren
zur Sicherung der Zusammenarbeit nach § 12 Abs. 1
(nahtlos, zügig, einheitlich)
gemeinsame Empfehlungen.**



§ 13 (7) SGB IX: Auftrag an die BAR

¹Die beteiligten Rehabilitationsträger vereinbaren die gemeinsamen Empfehlungen im Rahmen der BAR im Benehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung und den Ländern auf der Grundlage eines von ihnen innerhalb der BAR vorbereiteten Vorschlags.

⁴Dem Vorschlag wird gefolgt, wenn ihm berechnigte Interessen eines Rehaträgers nicht entgegenstehen.

Ganztägig ambulante Reha

✓ Modi

✓ §§

➤ BAR ?

- BAR-Rahmenempfehlungen zur amb. Reha → DGPR
- Vergleichsstudie Bad Nauheim: amb. vs. stat. Reha
- Kostenvergleich allgemein
- Bedarfstrichter
- Ganztägig amb. kard. Reha in Hessen: Übersicht
- Hürden bei Gründung eines amb. RehaZentrums
- Argumente pro → Fazit



Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

Die BAR ist die gemeinsame Repräsentanz...
aller Verbände der GKV (Bundesverbände der AOKs,
BKKs, IKKs, landwirtschaftl. KKs, Verband der
Angestellten KKs, AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-
Verband, Knappschaft, See-KK), Unfallversicherung
(gewerbliche und landwirtschaftliche BGs,
Unfallkassen), GRV, Kriegsopferfürsorge,
Integrationsämter und Sozialhilfe, der Bundesagentur
für Arbeit, sämtlicher Bundesländer, des DGB, der
DAG, der KBV sowie der Bundesvereinigung
Deutscher Arbeitgeberverbände zu dem Zweck...



Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

Die BAR ist die gemeinsame Repräsentanz aller Verbände ... zu dem Zweck, die Maßnahmen der medizinischen, schulischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation zu koordinieren und zu fördern.



www.bar-frankfurt.de





Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

Der breite, umfassende Mitgliederkreis der BAR, ihre heterogene und fachbezogene Zusammensetzung, schafft die notwendige Klammer als gemeinsames Forum zum träger-, einrichtungs- und berufsübergreifenden Meinungs-, Erfahrungs- und Informationsaustausch, insbesondere zur Konsensfindung und Problemlösung.

www.bar-frankfurt.de



Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

1969 erfolgte die Gründung der BAR auf Initiative der Sozialpartner zur Sicherstellung und Gestaltung der Rehabilitation im Gesamtsystem der sozialen Sicherung – insbesondere durch Deregulierung und Dezentralisierung als bessere Alternative der Tendenz zur staatlichen Regelung.

www.bar-frankfurt.de



Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

Prinzip der Selbstverwaltung mit alternierenden Vorsitzenden der AN- und AG-Seite.

Organe der BAR:

- **Mitgliederversammlung als oberstes Organ**
- **Vorstand**
- **Haushaltsausschuß**
- **Ausschuß Gemeinsame Empfehlungen**
- **Arbeitskreis Reha und Teilhabe**
- **Sachverständigenräte**

www.bar-frankfurt.de



Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

Satzungsgemäß ist es primäres Ziel und Anliegen der BAR, darauf hinzuwirken, dass die Leistungen der Rehabilitation nach gleichen Grundsätzen zum Wohle der behinderten und chronisch kranken Menschen durchgeführt werden.

Neben den in der Satzung definierten Aufgabenschwerpunkten haben sich eine Vielzahl von weiteren Aufgabenfeldern (1 – 3) und Arbeitsbereichen (1 – 7) entwickelt:

www.bar-frankfurt.de



Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

Aufgabenfelder (1)

- **Erfahrungsaustausch und Kooperation aller in der Rehabilitation Beteiligten**
- **Inhaltliche und strukturelle Weiterentwicklung der Reha**
- **Erarbeitung von Konzepten für die Reha**
- **Sozialpolitische Positionsbestimmungen im Bereich Reha**
- **Beratung und Information der BAR-Mitglieder**

www.bar-frankfurt.de



Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

Aufgabenfelder (2)

- Beratung und Information von Politik, Verwaltung und Fachöffentlichkeit zur Förderung des Interesses und Verständnisses für die Probleme behinderter und chronisch kranker Menschen
- Anregung, Förderung und Initiierung von Verwaltungsvereinbarungen, -absprachen oder -richtlinien



Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

Aufgabenfelder (3)

- Trägerübergreifende Fort- und Weiterbildung
- Förderung des fachlichen Austauschs zwischen Forschung, Lehre und Praxis. Anregung und Förderung von Forschungsvorhaben
- Information und Aufklärung der Öffentlichkeit über die Möglichkeiten der Rehabilitation



Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

Arbeitsbereiche (1)

Medizinische Rehabilitation

- **BAR-Verzeichnis von stat. Reha-Einrichtungen**
- **Verzeichnis aktueller Rahmenempfehlungen**
- **Erfassung des Leistungsangebotes von Krebsberatungsstellen**

www.bar-frankfurt.de



Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

Arbeitsbereiche (2)

Teilhabe am Arbeitsleben

- **Modellprojekt REGINE = REGIonale NETzwerke zur beruflichen Reha (lern-)behinderter Jugendlicher**
- **Modellprojekt Case-management zur Erhaltung von Ausbildungs- und Beschäftigungsverhältnissen behinderter Menschen**
- **Hilfestellung für Unternehmen zur Einführung des BEM**

www.bar-frankfurt.de



Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

Arbeitsbereiche (3)

Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

- Bearbeitung von Grundsatzfragen
- Erarbeitung von Konzepten
- Bearbeitung von Einzelanfragen
- Erstellung von Statistiken und Studien
- Erarbeitung von Gem. Empfehlungen (z.B. QS)



Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

Arbeitsbereiche (4)

Fort- und Weiterbildung

- Schulung der MAs der gemeinsamen Servicestellen
- Unterstützung der Reha-Träger bei der Organisation eigener Angebote



Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

Arbeitsbereiche (5)

Internationale Zusammenarbeit

- Erstellung von Reha-Studien im europäischen Vergleich
- Internationale Konferenzen
- Vermittlung von Experten
- Repräsentanz in internationalen Gremien und Organisationen, z.B. gemeinsam mit der DVfR in der RI (Weltverband Rehabilitation International)

www.bar-frankfurt.de



Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

Arbeitsbereiche (6)

Barrierefreie Umweltgestaltung

- Anwendung der DIN-Normen
- Beratung der Länder und Behindertenbeauftragten
- Zusammenarbeit mit der Deutschen Bahn AG und Connex Regiobahn GmbH



Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

Arbeitsbereiche (7)

Gemeinsame Empfehlungen nach § 13 (7) SGB IX

- **Gemeinsame Empfehlungen der BAR in einem Band (u.a.: Integrationsfachdienste, Prävention nach § 3 SGB IX, Teilhabeplan, QS, Nahtlosigkeit, ...)**
- **Rahmenempfehlungen zur ambulanten Reha (Kardiologie, Neurologie, muskuloskeletal, dermatologisch, onkologisch, psychisch und psychosomatisch)**

Ganztägig ambulante Reha

- ✓ Modi
- ✓ §§
- ✓ BAR ?
- **BAR-Rahmenempfehlungen zur amb. Reha → DGPR**
 - Vergleichsstudie Bad Nauheim: amb. vs. stat. Reha
 - Kostenvergleich allgemein
 - Bedarfstrichter
 - Ganztägig amb. kard. Reha in Hessen: Übersicht
 - Hürden bei Gründung eines amb. RehaZentrums
 - Argumente pro → Fazit



Rahmenempf. zur amb. kard. Rehabilitation

*Rahmen-
empfehlungen*

*zur ambulanten kardiologischen
Rehabilitation*

www.bar-frankfurt.de



Rahmenempf. zur amb. kard. Rehabilitation

Seit 2000 in Kraft

In der Fassung vom 08. September 2005 → ICF

Reha-Bedürftigkeit

Reha-Fähigkeit

Reha-Prognose

Reha-Ziele



Rahmenempf. zur amb. kard. Rehabilitation

- **Ganzheitlicher Ansatz mit Fokus auf Teilhabe**
- **Strukturiertes Reha-Konzept**
- **Reha-spezif. Diagnostik mit Fokus auf Soz.-Med.**
- **Individueller Reha-Plan mit Fokus auf coping und Nachhaltigkeit, erstellt durch Rehateam, Beteiligung von Pat. und Angehörigen, ständig angepaßt, Kontakt zu SHGs**



Rahmenempf. zur amb. kard. Rehabilitation

- **Ärztliche Leitung und Verantwortung**

**Gebietsbezeichnung der Hauptindikation plus
mindestens 2-jährige vollzeitige reha- und soz.-med.
Erfahrung + Rehawesen oder Soz.-Med. oder FAPRM**

stets präsent und verfügbar

Vertreter idem



Rahmenempf. zur amb. kard. Rehabilitation

- **Arzt / Ärztin**

Die weiteren Ärzte müssen über die in den indikationsspezifischen Konzeptionen festgelegte Qualifikation bzw. klinische Erfahrung verfügen.



Rahmenempf. zur amb. kard. Rehabilitation

- **Physiotherapeut / Krankengymnast**

staatl. Anerkennung als ... ggfls. mit
indikationsspezif. Zusatzqualifikation oder
Weiterbildung
plus

mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als ...
in einer Rehabilitationseinrichtung.

...gilt für jeden MA jeder Berufsgruppe !

→ *Master- und Bachelorabschlüsse ???*



Rahmenempf. zur amb. kard. Rehabilitation

- Räumliche Ausstattung (> 4 h Ruhe- u. Speiseraum)
- Apparative Ausstattung
- Behandlungselemente ärztliche Behandlung
 Arznei- und Verbandmittel
 KTL-Leistungen
- Leistungsbewilligung vorher
- Verlängerungskriterien
- E-Bericht
- Teilnahme an QS



Rahmenempf. zur amb. kard. Rehabilitation

- **Behandlungsfrequenz und Reha-Dauer:**
mindestens vier bis maximal sechs Std. / Tag
an fünf bis sechs Tagen / Woche
Flexibilisierung mit Streckung möglich
Bei geschlossenen Gruppen keine längere Wartezeit
als vor stat. Reha.
- **Verantwortung**
Die während der amb. Reha gewonnenen med.
Daten müssen anderen behand. Ärzten b.B.
zugänglich sein.



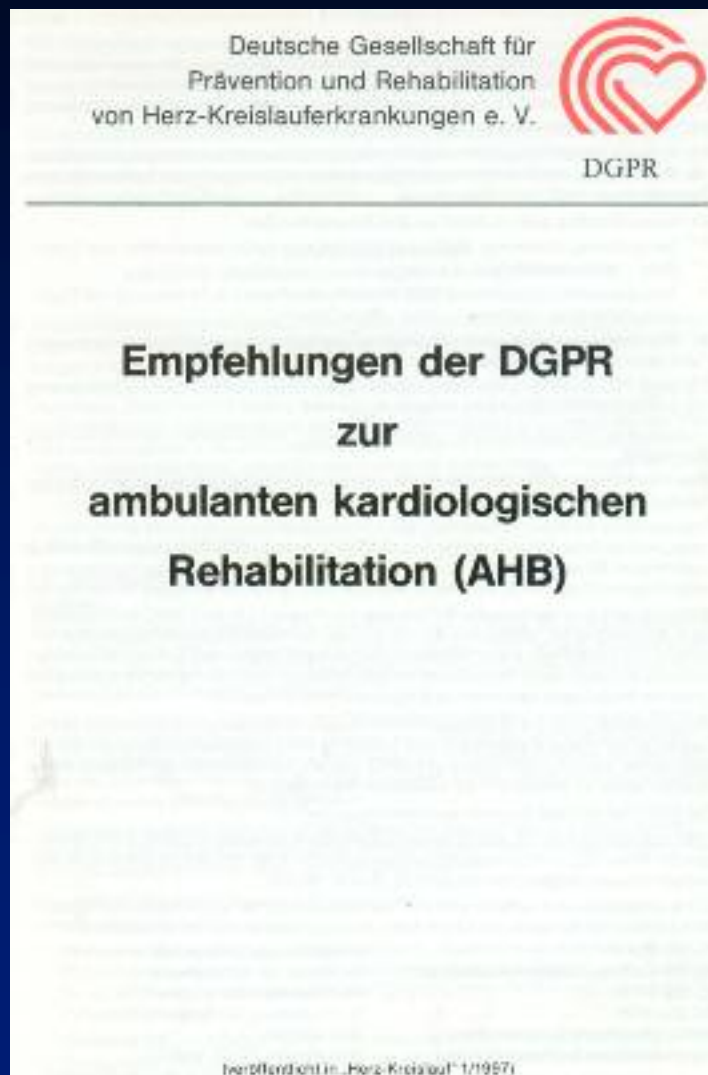
Rahmenempf. zur amb. kard. Rehabilitation

- Personalschlüssel bei 40 Plätzen

Sportlehrer/Physiotherapeut	1:13 bis 1:15
Arzt	1:16 bis 1:20
Pflege / med. Fachangestellte	1:20
Leitender Arzt / Stellvertreter	1:40
Klinischer Psychologe	1:40
Diätassistent	1:80
Sozialarbeiter	1:80



Rahmenempf. zur amb. kard. Rehabilitation

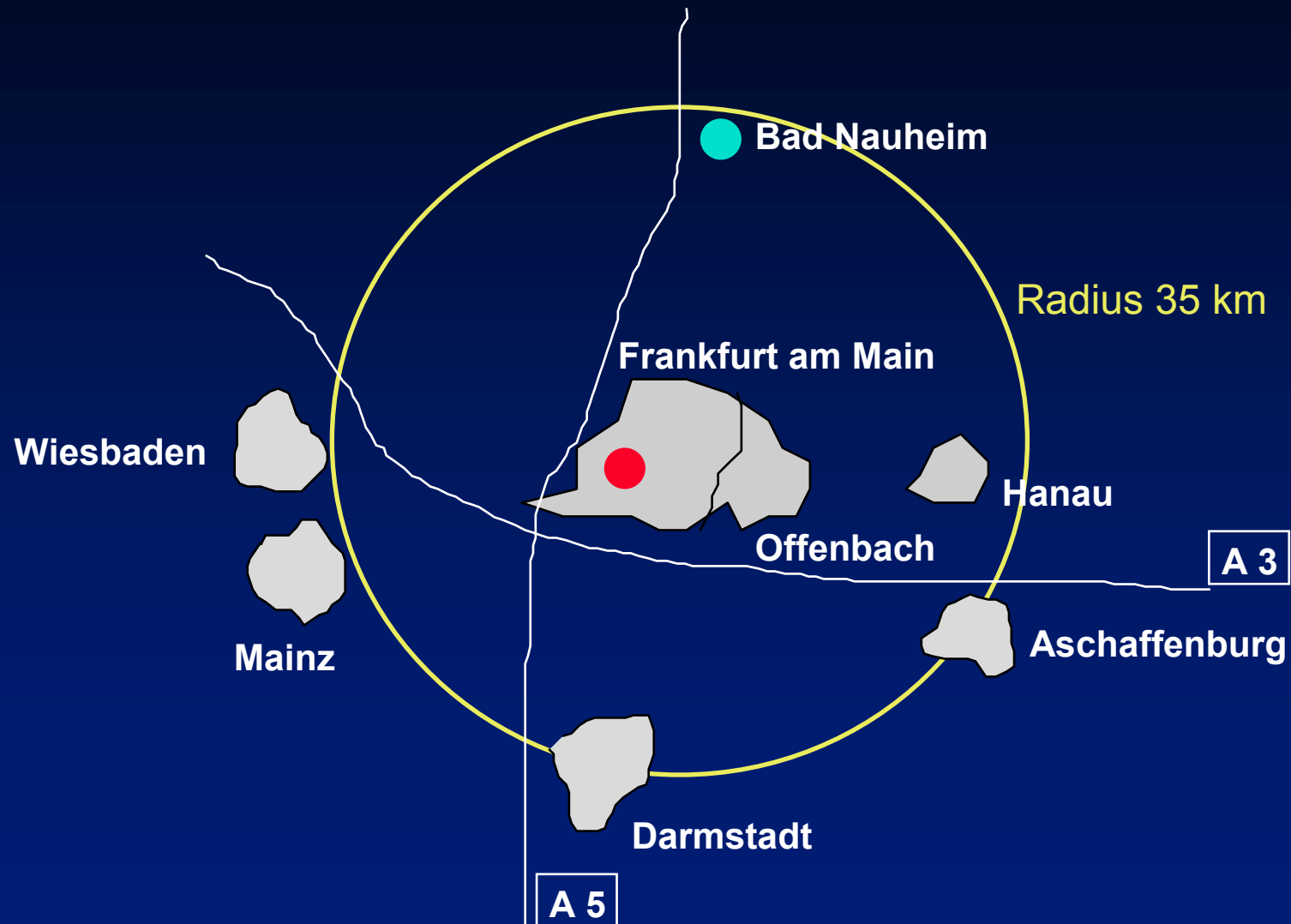


www.dgpr.de

Ganztägig ambulante Reha

- ✓ Modi
- ✓ §§
- ✓ BAR ?
- ✓ BAR-Rahmenempfehlungen zur amb. Reha → DGPR
- Vergleichsstudie Bad Nauheim: amb. vs. stat. Reha
 - Kostenvergleich allgemein
 - Bedarfstrichter
 - Ganztägig amb. kard. Reha in Hessen: Übersicht
 - Hürden bei Gründung eines amb. RehaZentrums
 - Argumente pro → Fazit

Ambulante ● und teilstationäre ● AHB im Ballungsraum Rhein-Main



Teilstationäre und ambulante Rehabilitation

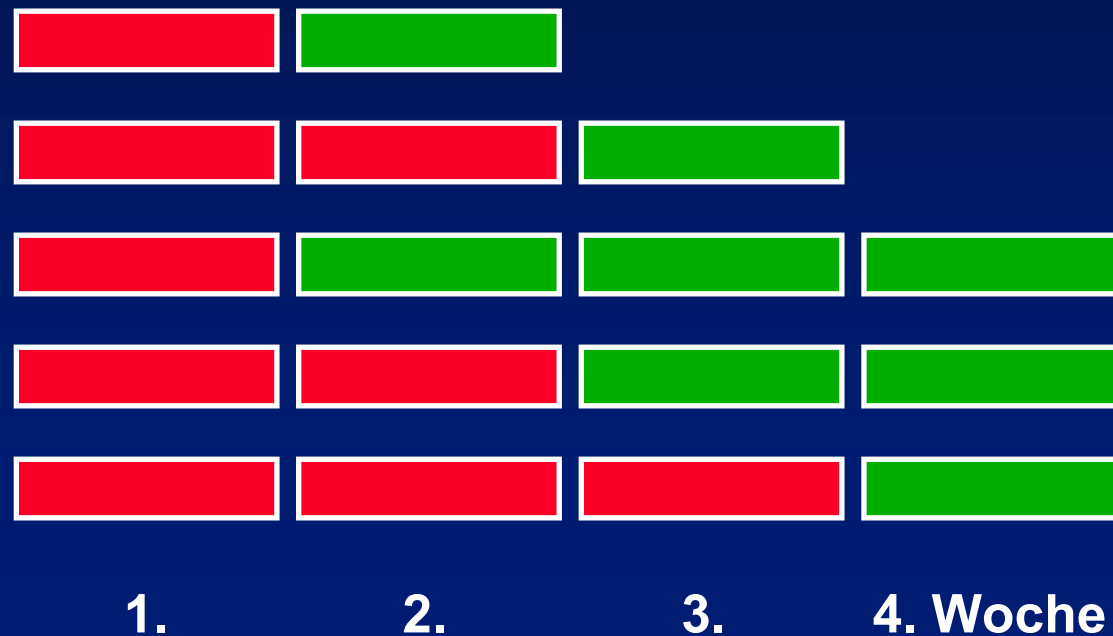
Voraussetzungen:

- diagnostische Ausstattung
- umfassendes Therapieangebot
- interdisziplinäres, qualifiziertes Team
- räumliche Voraussetzungen
- Kostentransparenz
- Patientenzahlen / Bedarf
- QS

(DAngVers 3: 78-83, 1995)

Studie: Teilstationäre vs. stationäre AHB

Methodik: In der ersten, **stationären** AHB-Woche Abgleichung der Ein- und Ausschlußkriterien und Angebot an die Patienten, den zweiten Teil der AHB im **ambulanten** Modus durchzuführen. → 50 vs. 50 matched pairs.



Studie: Teilstationäre vs. stationäre AHB

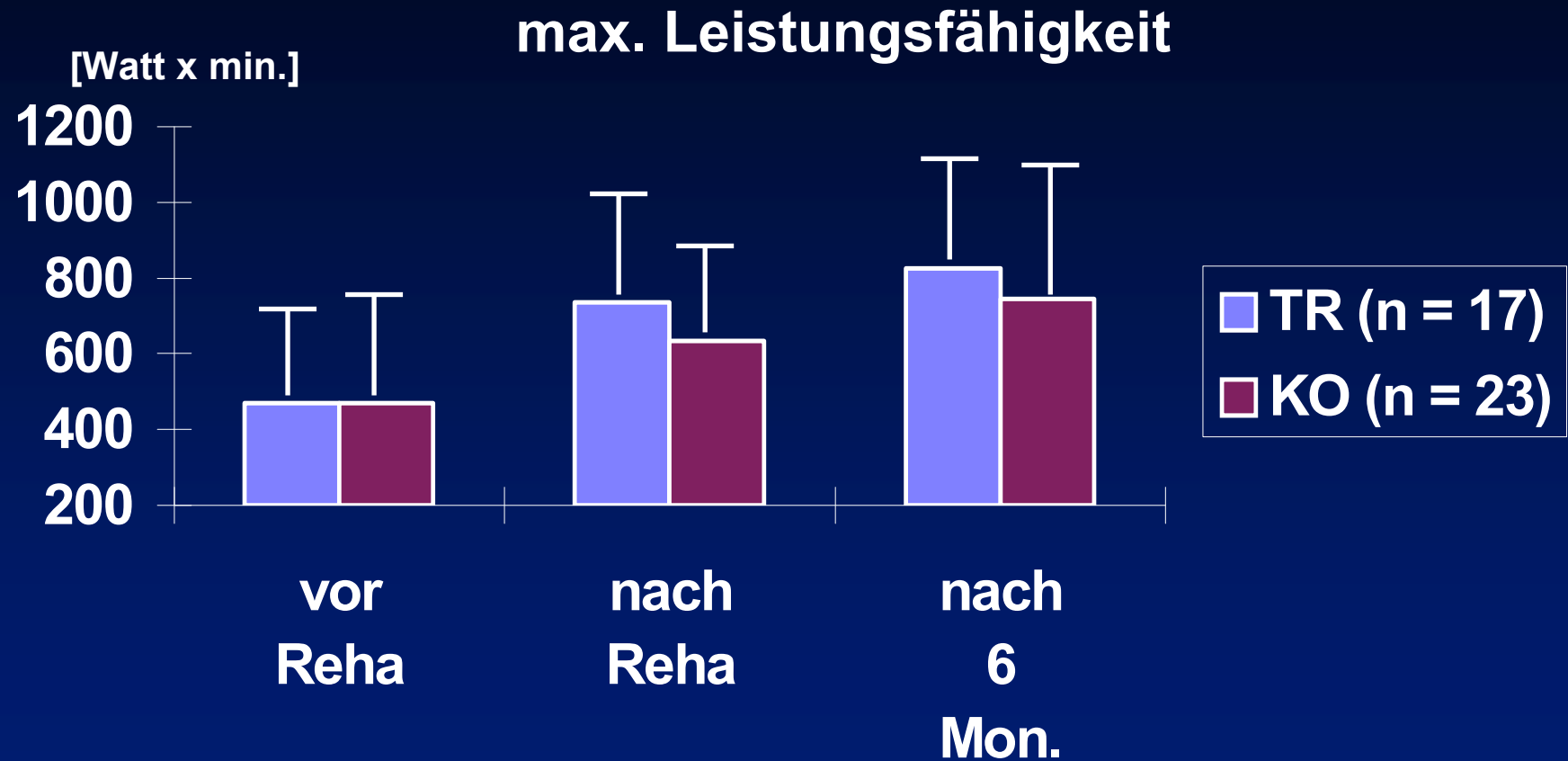
Einschluß:

- ausreichend abgeklärtes Krankheitsbild
- > 75 Watt oder > 1 Watt / kg KG
- psychosozial stabil
- < 45 min. einfache Wegstrecke
- kooperationsbereiter Patient

Ausschluß:

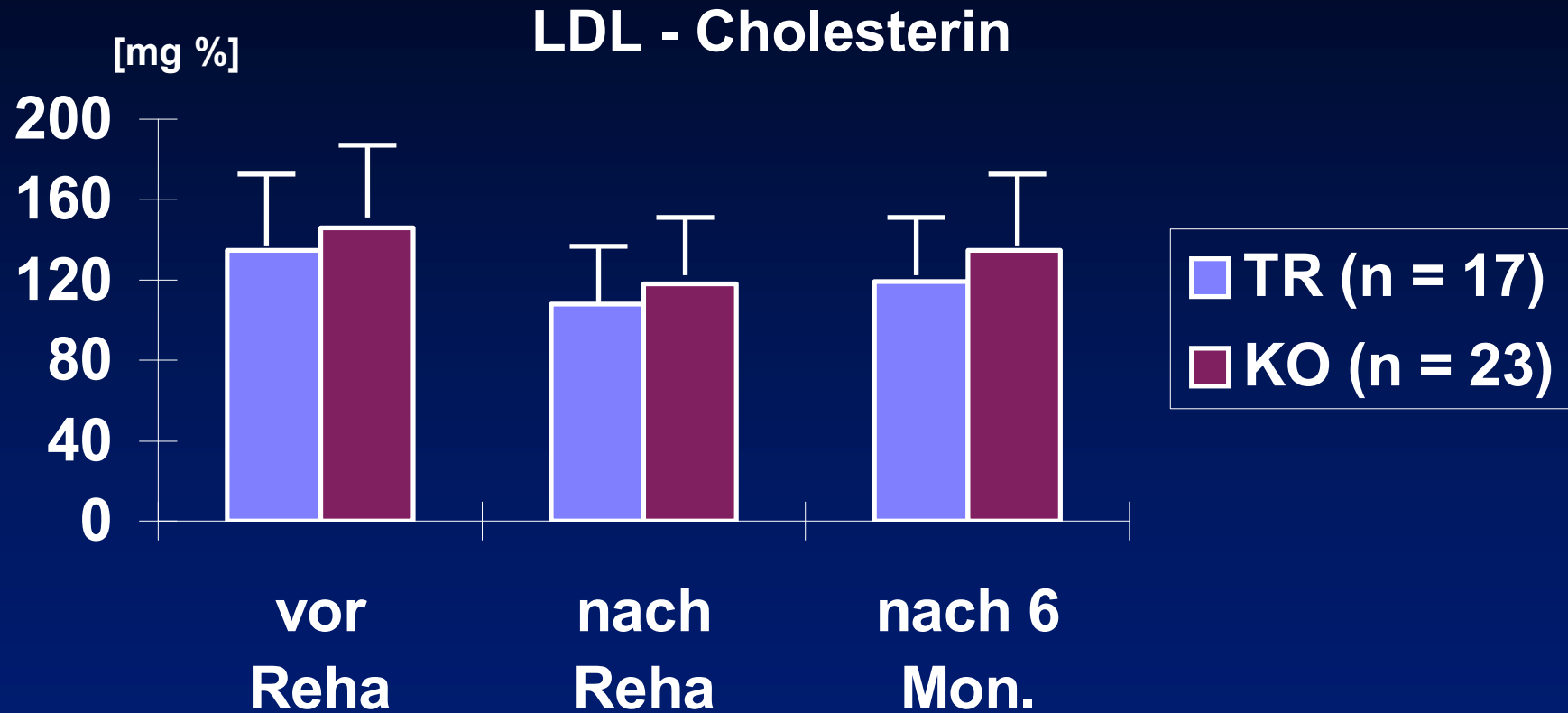
- Notwendigkeit zeitweise Distanzierung
- Multimorbidität
- instabile AP
- NYHA III bis IV
- relevante Rhythmusstörungen
- Zust. n. Synkope oder Reanimation außerhalb von OP oder Infarkt
- laufende parenterale Therapie

Studie: Teilstationäre vs. stationäre AHB



Wendt, Th. et al, HERZ 24 (Suppl I): 57-62 (1999)

Studie: Teilstationäre vs. stationäre AHB



Wendt, Th. et al, HERZ 24 (Suppl I): 57-62 (1999)

Studie: Teilstationäre vs. stationäre AHB

3 Hauptgründe für eine amb. AHB (n = 50)

- 82% Ich fühle mich in meiner gewohnten Umgebung wohler.
- 61% Ich begrüße die Möglichkeit einer stufenweisen Rückkehr in den Alltag.
- 43% Nach meiner Zeit im Akutkrankenhaus wollte ich nicht wieder eine stationäre Behandlung.

Wendt, Th. et al, HERZ 24 (Suppl I): 57-62 (1999)

Studie: Teilstationäre vs. stationäre AHB

3 Hauptgründe für eine stat. AHB (n = 50)

- 69% Unter Rund-um-Betreuung fühle ich mich wohler.
- 57% Ich glaube, daß die stationäre Reha besser ist.
- 50% Die tägliche Hin- und Rückfahrt ist mir zu anstrengend.

Wendt, Th. et al, HERZ 24 (Suppl I): 57-62 (1999)

Studie: Teilstationäre vs. stationäre AHB

- + gleiche klinische outcomes wie stationär
- + Einbettung *der* Schnittstelle in den AHB-Prozeß
- + einheitliche Teamphilosophie
- + Befunde unmittelbar verfügbar und vergleichbar
- Stationen verlieren ihre mobilsten Patienten
- Stationen haben höheren Durchsatz

Wendt, Th. et al, HERZ 24 (Suppl I): 57-62 (1999)

Studie: Teilstationäre vs. stationäre AHB

Klinik Wetterau: Kosten im Vergleich (2003)

	Tagessatz	3 Wo.	Ersparnis
stationäre Reha	99,70	2094	
teilstationäre Reha	10+7 T.	1500	- 28%
ganzt. amb. Reha	71,90	1079	- 49% - 28%

Ambulante und teilstationäre AHB Herzkranker im Ballungsraum Rhein-Main

Zusammenfassung beider Studien (Ffm + BN):

- **gleich effektiv, aber kostengünstiger**
- **hohe Akzeptanz bei Zuweisern und Patienten**
- **nur für bestimmte Patienten**
- **nur an geeigneten Zentren
(Ballungsraum, Infrastruktur, Team)**
- **hohe Nachfrage im Rhein-Main-Gebiet**
- **am Kurort schwierig**

Ganztägig ambulante Reha

- ✓ Modi
- ✓ §§
- ✓ BAR ?
- ✓ BAR-Rahmenempfehlungen zur amb. Reha → DGPR
- ✓ Vergleichsstudie Bad Nauheim: amb. vs. stat. Reha
- Kostenvergleich allgemein
 - Bedarfstrichter
 - Ganztägig amb. kard. Reha in Hessen: Übersicht
 - Hürden bei Gründung eines amb. RehaZentrums
 - Argumente pro → Fazit

Kostenvergleich (1) ganztägig amb. vs. stat. Reha

Der Wegfall der „Hotelpauschale“ wird mehr als ausgeglichen vor allem durch:

- den im Ballungsraum (= wohnortnah) im Vergleich zum Kurort (= wohnortfern) höheren Mietzins
- die - wie auch immer – einzukalkulierenden täglichen Wegekosten hin und zurück
- die zu erwirtschaftenden Investitionen, die in der stat. Einrichtung längst abgeschrieben sind

Marktpreis KHK ganzt. amb.: 85 - 95 EUR

Marktpreis KHK stationär: 95 - 125

Kostenvergleich (2) ganztägig amb. vs. stat. Reha

Darüber hinaus wird in der Kostendiskussion meist „vergessen“, dass der stationäre Tagessatz an 7 Tagen / Woche anfällt, der ganztägig ambulante nur an 5 Tagen / Woche, d.h.:

Bei einem „realistischen“ amb. Tagessatz von 120 EUR kosten 3 Wochen ganzt. amb. AHB = 1800 EUR, bei einem mittleren stat. Tagessatz von 110 EUR kosten 3 Wochen stat. AHB = 2310 EUR

→ Kostenersparnis auf 3 Wochen: - 22% !

Kostenvergleich (3) ganztägig amb. vs. stat. Reha

„Eine Kostenanalyse (für die Indikation Orthopädie) zeigt, dass ein Reha-Zentrum, das exakt nach den Vorgaben der BAR geführt werden soll, nicht einmal kostendeckend, sondern nur mit erheblichem Defizit über 200.000 EUR jährlich betrieben werden kann.“

www.klinischesportmedizin.de/Auflage_2002_12/Kosten.pdf

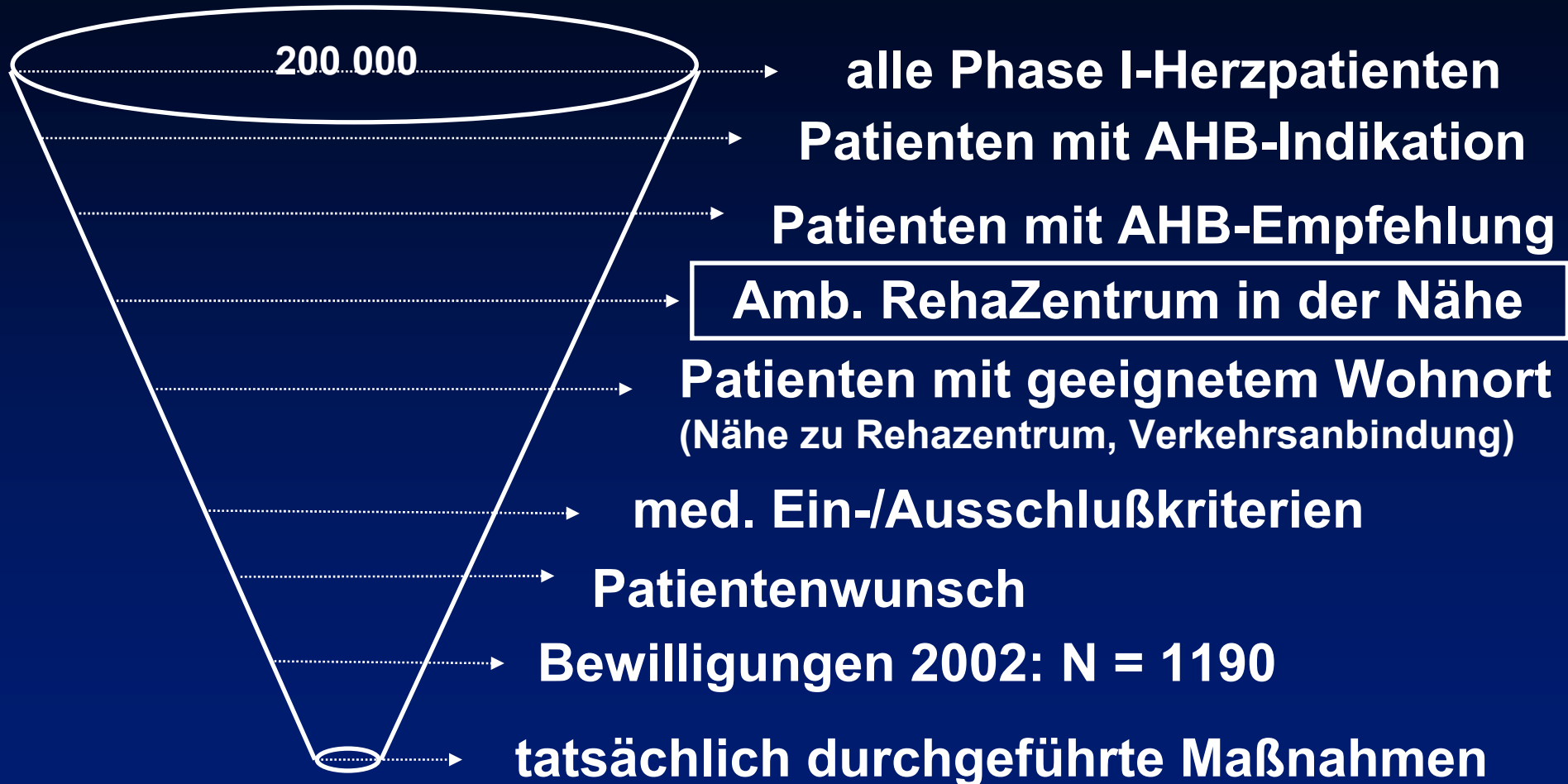
Busse, M., Thomas, M., KCS 3: 115-121 (2002)

Ganztägig ambulante Reha

- ✓ Modi
- ✓ §§
- ✓ BAR ?
- ✓ BAR-Rahmenempfehlungen zur amb. Reha → DGPR
- ✓ Vergleichsstudie Bad Nauheim: amb. vs. stat. Reha
- ✓ Kostenvergleich allgemein
- Bedarfstrichter
 - Ganztägig amb. kard. Reha in Hessen: Übersicht
 - Hürden bei Gründung eines amb. RehaZentrums
 - Argumente pro → Fazit

Ganztägig ambulante AHB 2002: Bedarfsplanung

→ **Bedarfstrichter** ←



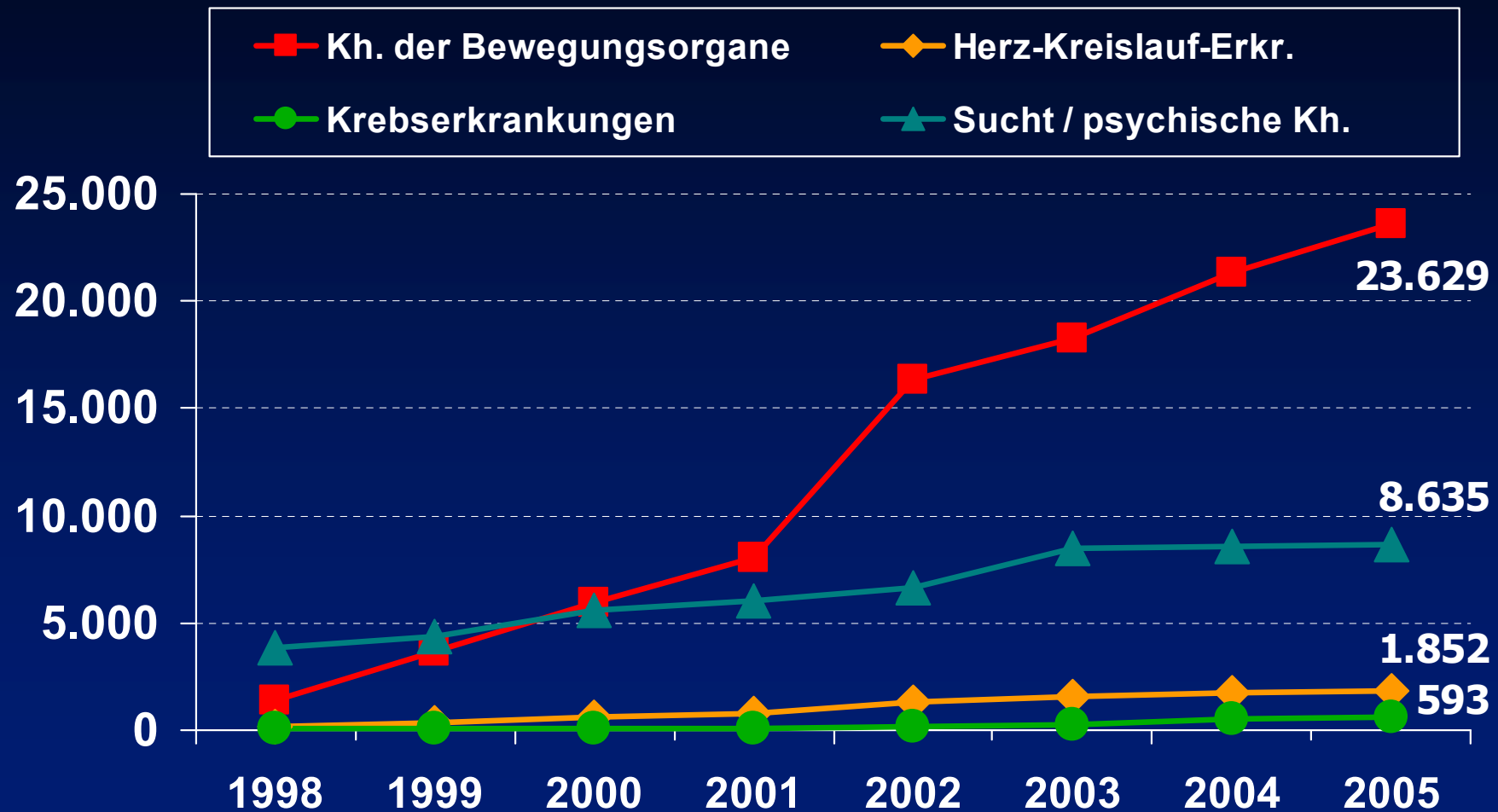
2002:

< 1%

(stat. AHB: 20%)

polit. Ziel: 20%

Ganztägig ambulante Reha zu Lasten der DRV-Bund: Indikationsentwicklung 1998 - 2005



Quelle: INFOSYS - Bewilligungen incl. AHB u. Sucht

Ganztägig ambulante Reha

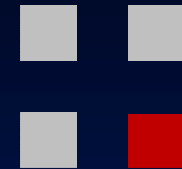
- ✓ Modi
- ✓ §§
- ✓ BAR ?
- ✓ BAR-Rahmenempfehlungen zur amb. Reha → DGPR
- ✓ Vergleichsstudie Bad Nauheim: amb. vs. stat. Reha
- ✓ Kostenvergleich allgemein
- ✓ Bedarfstrichter
- **Ganztägig amb. kard. Reha in Hessen: Übersicht**
 - **Hürden bei Gründung eines amb. RehaZentrums**
 - **Argumente pro → Fazit**

Ganztägig amb. kard. Reha in Hessen: Übersicht



Ganztägig amb. kard. Reha in Hessen: N = 1 (+1)

Alice-Hospital
D A R M S T A D T

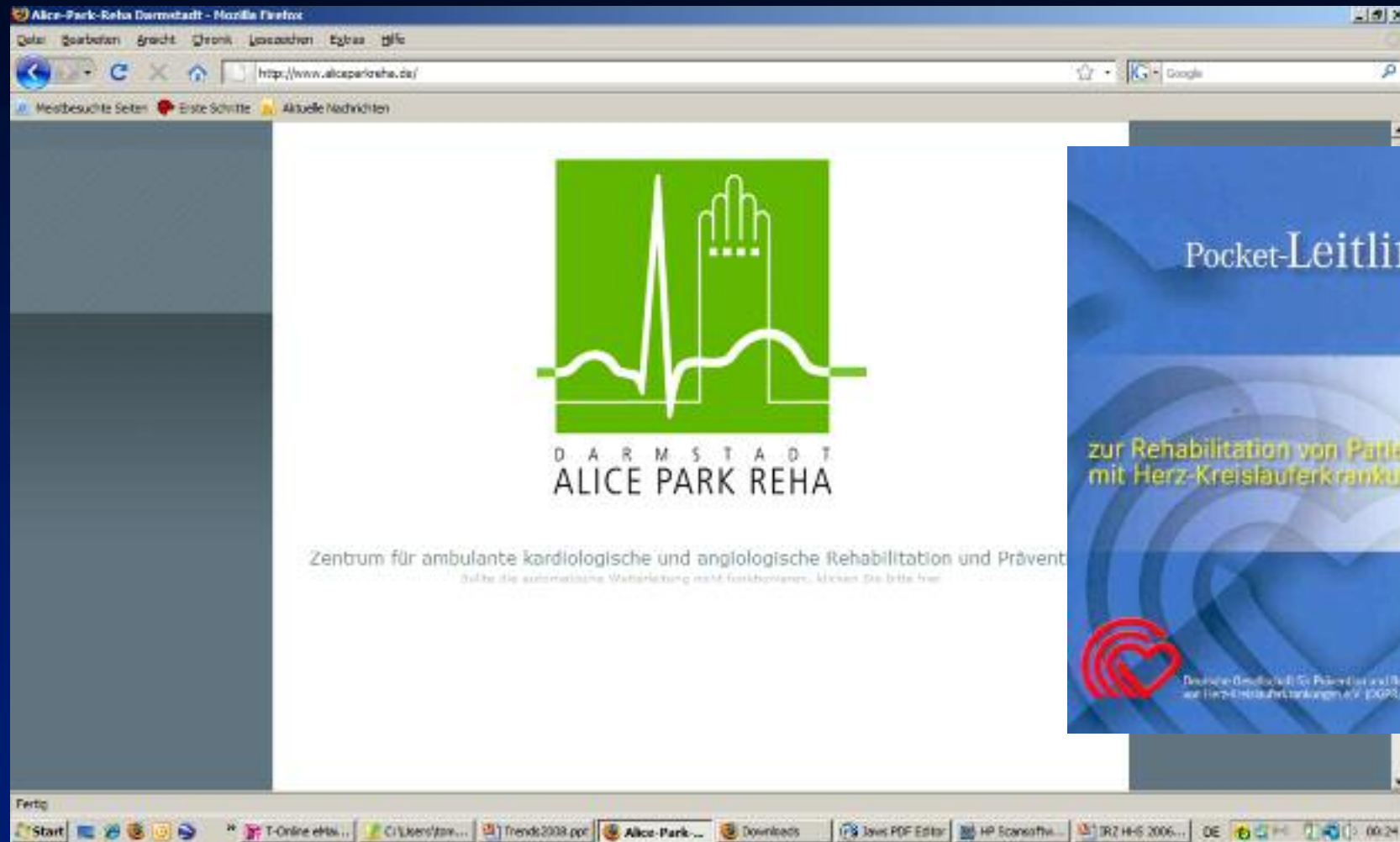


Alice-Hospital mit:

- Tagesklinik
- angegliedertem Ärzte-Haus I
(Innere, Kardiologie, Chirurgie)
- Neues Ärzte-Haus II mit
Betreibergesellschaft für
ambulante kardiologische Reha

www.alice-hospital.de

Ganztägig amb. kard. Reha in Hessen: N = 1



www.aliceparkreha.de

Ganztägig amb. kard. Reha in Hessen: N = +1



Neu in Frankfurt



**Erstes Gesundheitszentrum
außerhalb Bayerns:**

- **Präventionskurse (mit Förder-
möglichkeit durch die GKV)**
- **AHB (GKV, RV)**
- **Präventionsangebote für
Mitarbeiter der DeKaBank**

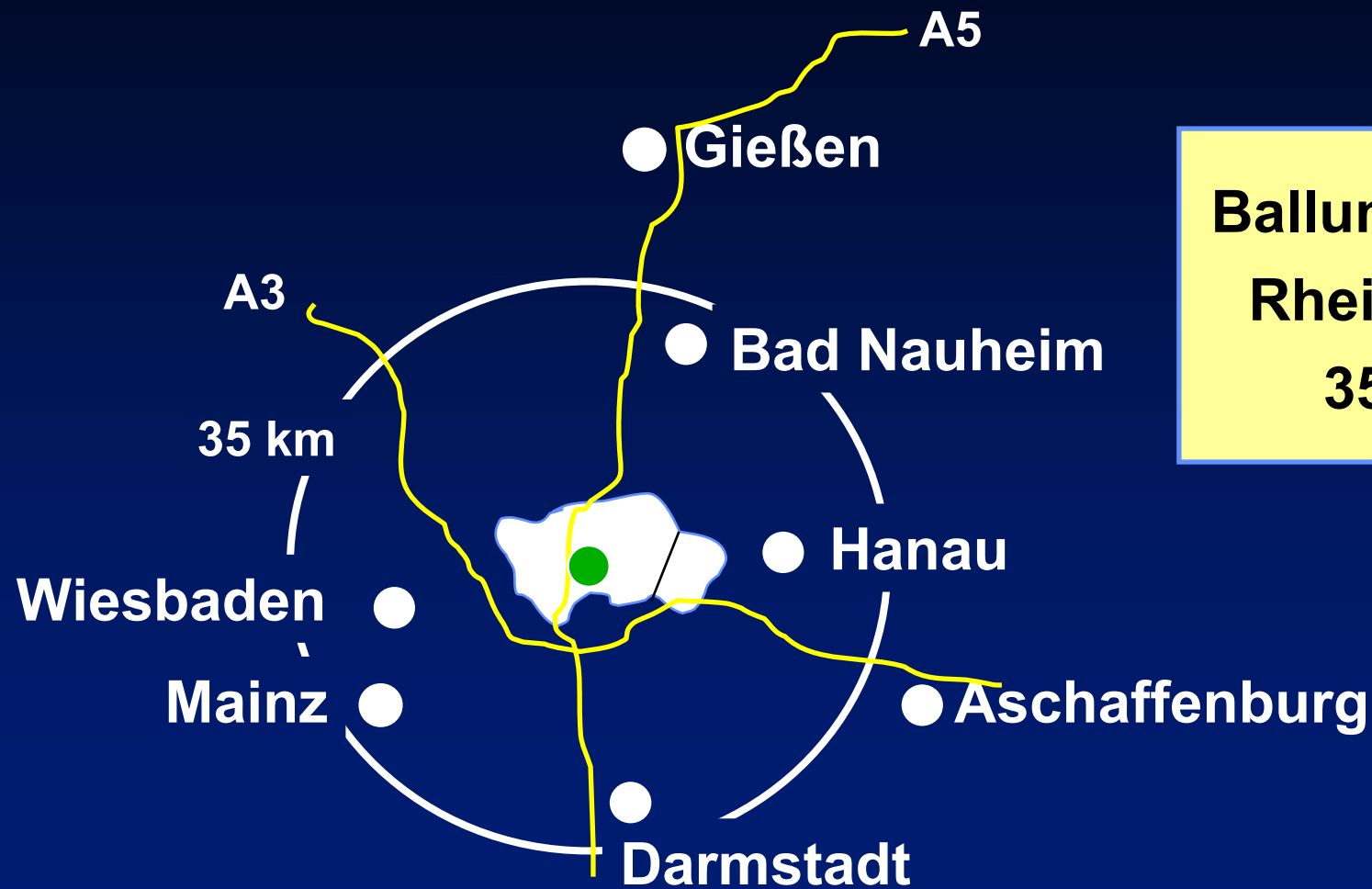
Ganztägig ambulante Reha

- ✓ Modi
- ✓ §§
- ✓ BAR ?
- ✓ BAR-Rahmenempfehlungen zur amb. Reha → DGPR
- ✓ Vergleichsstudie Bad Nauheim: amb. vs. stat. Reha
- ✓ Kostenvergleich allgemein
- ✓ Bedarfstrichter
- ✓ Ganztägig amb. kard. Reha in Hessen: Übersicht
- Hürden bei Gründung eines amb. RehaZentrums
 - Argumente pro → Fazit

Hürden bei der Gründung eines amb. RehaZentr.



Ballungsraum Rhein-Main: weißer Fleck in D



**Ballungsraum
Rhein-Main
35 km**

Hürden: Standortfrage

- Anbindung an öff. Verkehrsmittel
- Nähe zu Akut-Krankenhaus (Radiologie, Wäscherei, ...)
- Nähe zu Terrainareal
- Gymnastikhalle?
- Schwimmbad?
- Mietpreis und –dauer
- Barrierefreiheit
- Brandschutz
- auf einer Ebene / verschachtelt?

Hürden: Zuweisung / Belegungsvertrag / Rechtsform

- Kooperation exklusiv / mehrere Partner
- Erfüllung der BAR-Empfehlungen → Belegungsvertrag
- Sozialmedizinische Kompetenz
- Rechtsform → TVöD
→ Betriebsrat

Hürden: Kostenkalkulation

- **Rentable Betriebsgröße ab 100 Plätzen**
- **Rendite bei ganzjähriger 100%-iger Belegung < 3%**
- **→ mehrere Indikationen**
- **→ weitere Angebote:**
 - IV
 - DMP
 - Fitneßstudio
 - AHGs, SHGs
 - Gesundheitsakademie

Ganztägig ambulante Reha

- ✓ Modi
- ✓ §§
- ✓ BAR ?
- ✓ BAR-Rahmenempfehlungen zur amb. Reha → DGPR
- ✓ Vergleichsstudie Bad Nauheim: amb. vs. stat. Reha
- ✓ Kostenvergleich allgemein
- ✓ Bedarfstrichter
- ✓ Ganztägig amb. kard. Reha in Hessen: Übersicht
- ✓ Hürden bei Gründung eines amb. RehaZentrums
- Argumente pro → Fazit

6 Argumente pro

1. Politischer Wille (20% ambulante Maßnahmen)
2. Markt: ca. 40% (on top)
3. Staubsauger für stat. Reha
4. Partner für teilstat. Angebote
5. Partner für IV und DMP
6. Keine Probleme mit EuGH

Ganztägig ambulante Reha: Fazit



Die Hürden liegen sehr hoch...

Ganztägig ambulante Reha: Fazit



Ich
werde
nicht
verweigern...

Ganztägig ambulante Reha: Fazit



Ich will aber auch keine
Bruchlandung machen...

Ganztägig ambulante Reha: Fazit



Sondern ich
werde es weiter
versuchen...

Ganztägig ambulante Reha: Fazit



...und danke für Ihre
Aufmerksamkeit!

>>> www.prof-wendt.de