

# Sozialmedizinischer Grundkurs II

Bad Nauheim, 02. Oktober 2010

---

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



Johann  
Wolfgang  
Goethe-Univ.

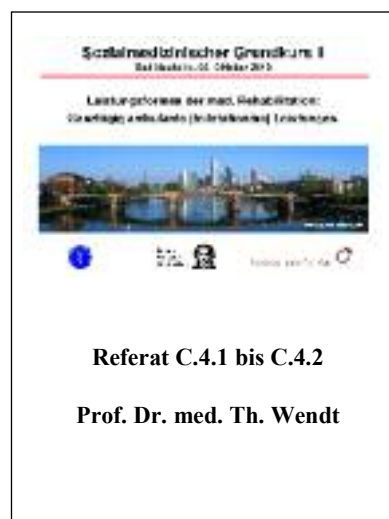


Kardiocentrum Frankfurt



## Literaturhinweise (zur Verfügung gestellt)

---



[www.prof-wendt.de](http://www.prof-wendt.de)



## Literaturhinweise (empfohlen)

---



## Literaturhinweise (alternativ)

---



## Literaturhinweise (empfohlen)

---



## Literaturhinweise (empfohlen)

---



## Literaturhinweise (empfohlen)

---



[www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de)



## Literaturhinweise (optional)

---



**Prozesseitlinie  
DRV**



**Therapieleitlinie  
DGPR**



**Leitlinie Aktivität  
DGPR**



## Literaturhinweise (optional)

---



## 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 Weidt\*

unter Mitarbeit von: Bettina Busch, Ulrike Caspa, Anette Eickhaus, Albrecht Falckebach, Katja Gilbert, Ina Heim, Gerhard Winter

**Zusammenfassung:** Im Rahmen einer 10-jährigen Pilotphase wurde bei 41 Patienten eine vierwöchige ambulante Phase-II-Rehabilitation Herzkranker in Anbindung an ein Akutkrankenhaus durchgeführt. Ziel war das Erreichen von funktioneller, psychologischer, sozialer und gesundheitlicher Rehabilitation sowie die eigene Rehabilitation.

Die Care und Rehabilitation von ambulanten Herzkranken ist ein zentrales Anliegen der Rehabilitation. Die frühe und sichere Identifizierung von Patienten, die ambulante Rehabilitation benötigen, stellt auf beiden

Seiten eine ungelöste Aufgabe dar. Eine Phase-II-Rehabilitation Herzkranker ist bei guter bis sehr guter Verträglichkeit und guter bis sehr guter Belastbarkeit mit guter bis sehr guter Belastbarkeit möglich. Mögliche Nachteile sind die Abhängigkeit von den Mitarbeitern und die Kosten der Rehabilitation. Ein strukturiertes Programm der ambulanten Rehabilitation ist nicht möglich, sondern geeignete Patienten als alternative Option zur Verfügung stehen.

\*Städtisches Klinikum Frankfurt am Main, Abteilung für Rehabilitation, Frankfurt am Main (Städtisches Klinikum)

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



## → 1996: Wechsel nach Bad Nauheim



Klinik Wetterau



Klinik Taunus II



Klinik Taunus I - Ödemklinik



## 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 Weydt, Alexander Beynon, Katja Gilsen, Thomas Jarman, Uta Kharitina, Harman Seyler, Constanze Sorgen

**Zusammenfassung:** Seit Januar 1977 wird an der Reha-Klinik Wetterau ein ambulant/teilstationäres Phase-II-Rehabilitationsprogramm durchgeführt. Das Reha-Programm ermöglicht eine kontinuierliche Reha nach dem akuten Myokardinfarkt. Patienten mit einer akuten Myokardinfarkt-Diagnose werden innerhalb von 48 Stunden in die Reha-Klinik aufgenommen. Die Reha erfolgt ambulant/teilstationär in der Reha-Klinik. Das Programm ist ambulant/teilstationär und ermöglicht eine kontinuierliche Reha nach dem akuten Myokardinfarkt. Die Reha erfolgt ambulant/teilstationär in der Reha-Klinik. Das Programm ist ambulant/teilstationär und ermöglicht eine kontinuierliche Reha nach dem akuten Myokardinfarkt.

Das Reha-Programm von 1977 ermöglicht die ambulante Rehabilitation von Patienten mit akuter Myokardinfarkt-Diagnose. Das ambulant/teilstationäre Phase-II-Rehabilitationsprogramm wird an der Reha-Klinik Wetterau durchgeführt. Die Reha erfolgt ambulant/teilstationär in der Reha-Klinik. Das Programm ist ambulant/teilstationär und ermöglicht eine kontinuierliche Reha nach dem akuten Myokardinfarkt. Die Reha erfolgt ambulant/teilstationär in der Reha-Klinik. Das Programm ist ambulant/teilstationär und ermöglicht eine kontinuierliche Reha nach dem akuten Myokardinfarkt.

**Schlüsselwörter:** Rehabilitation, Ambulante Reha, Ambulant/teilstationäre Reha, Reha-Klinik Wetterau

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



## **Eigene „Vorarbeiten“ Ambulante Reha**

---

### **4.) Planung eines Amb. Reha-Zentrums in Ffm (2000 - 2008)**



## **Ganztägig ambulante Reha**

---

- **Rehabilitationsformen**
- **§§**
- **BAR ? → Frau Dr. Ernst**
- **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 Trainingsfahrad und ein Einkanale-EKG bekommen. Das EKG wurde regelmäßig an die Studienzentrale übermittelt, zwischendurch gab es einige ambulante Kontrolluntersuchungen. Nun befiehlt 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 vertrieben werden soll. Wie den Erfolg des innovativen Projektes hält 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 umgehend Seite 26

Cardio News 30.09.05



## → Ambulante telemedizinisch gestützte Phase III

---



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 → 2. Referat Berufsbegleitende...
- mobile geriatrische Rehabilitation
- BITH
- EAP
- AOTR



**Unterschwellige Angebote (1):**  
**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 BGU intensive, wohnortnahe, komplexe Physiotherapie. Wird heute noch von UF und Beihilfe an 450 zugelassenen Zentren bezahlt.

Anforderungen:

[www.dguv.de/landesverbaende/de/med\\_reha/eap/index.jsp](http://www.dguv.de/landesverbaende/de/med_reha/eap/index.jsp)

Im Bereich der GKV: **AOTR**



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

**AOTR** → ambulante orthopädisch / traumatologische Reha

Muß beim Kostenträger (VdAK, AEK) beantragt werden  
(FA Orthopädie, FA Phys. Rehab. Medizin, FA Unfallchirurgie)

Ganzheitliches Konzept mit interdisziplinärem Team

Typische Indikationen für EAP und AOTR:

- LWS-Syndrom, Spinalkanalstenose, Lumoischialgie
- Zust. n. TEP, Bandscheiben-OP, Hallux-OP, Achilles.-OP
- Arthrose mit Funktionsbeeinträchtigung (→ ICF !)
- Unfallfolgen (wenn keine Zuständigkeit der GUV)
- Rotatorenmanschettenrupturen
- Rheumatologische Erkrankungen



## 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



## §§

---

**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.**

*Gesetz zur Sicherung der nachhaltigen Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Rentenversicherung (RV-Nachhaltigkeitsgesetz) vom 21. Juli 2004*



## **§ 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**



## Formular 61

**K. Zusammenfassende Wertung**

A. Eingetragene Rehabilitationsleistung  ambulante Rehabilitation  ambulante Rehabilitation

B. Wesentliche Schwerpunkte

1. ärztlich überwachte Bewegungstherapie → Herz, Muskulatur
2. Lymphdrainage → Ödeme, Dekubitus
3. Traktion, Einzel-KSE → Hüfte

C. Zum Erreichen des individuellen Rehabilitationsziels werden folgende Maßnahmen ergriffen  
Geriatrische Rehabilitation, da die erforderliche physiotherapeutische Dreifachtherapie (s.o.) nicht in der nötigen Therapiedichte in der Wohnanlage erfolgen kann und zudem die ärztliche Überwachung dort nicht gewährleistet ist.

D. Vorliegende Rehabilitationsleistung  ist  ist geeignet  ist nicht geeignet

E. Nächst erkrankte unter Telefonnummer:  durch die Krankenkasse  durch den GEM

F. Besondere Hinweise  
Dauernde vollständige Abhängigkeit von Pflege  
Sohn ist Anwalt

Zurück

Original für die Krankenkasse

*Vergütung  
überwiegend  
außerhalb des  
Budgets  
(ca. EUR 36.-)*



## § 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

---

**<sup>1</sup>Die 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.**

**<sup>4</sup>Dem Vorschlag wird gefolgt, wenn ihm berechnigte  
Interessen eines Rehaträtgers 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...**

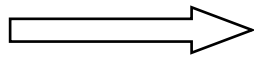




## Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

---

**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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://www.bar-frankfurt.de)





**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**

[www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de)



**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**

[www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de)





## 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](http://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 (betriebliches Eingliederungsmanagement)**

[www.bar-frankfurt.de](http://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)**

[www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de)



## Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

---

### Arbeitsbereiche (4)

#### Fort- und Weiterbildung

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

[www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de)





## 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](http://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

[www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de)





## 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 ? → Frau Dr. Ernst**
- **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

---



[www.bar-frankfurt.de](http://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**

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



## Rahmenempf. zur amb. kard. Rehabilitation



[www.dgpr.de](http://www.dgpr.de)



## Literaturhinweise (optional)

---



## Ganztägig ambulante Reha

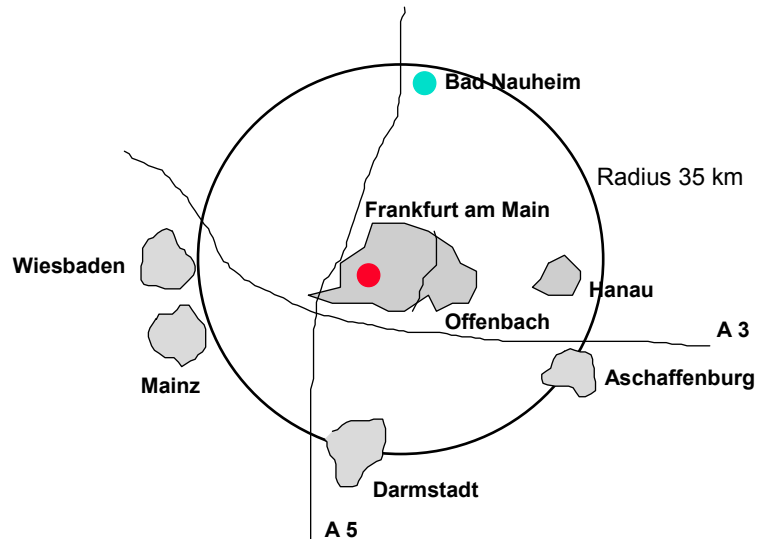
---

- ✓ 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:

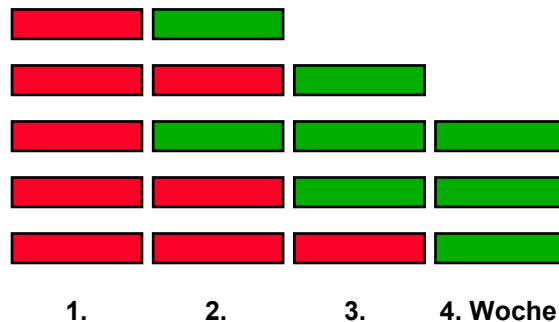
- diagnostische Ausstattung
- umfassendes Therapieangebot
- interdisziplinäres, qualifiziertes Team
- räumliche Voraussetzungen
- Kostentransparenz
- Patientenzahlen / Bedarf
- QS

(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

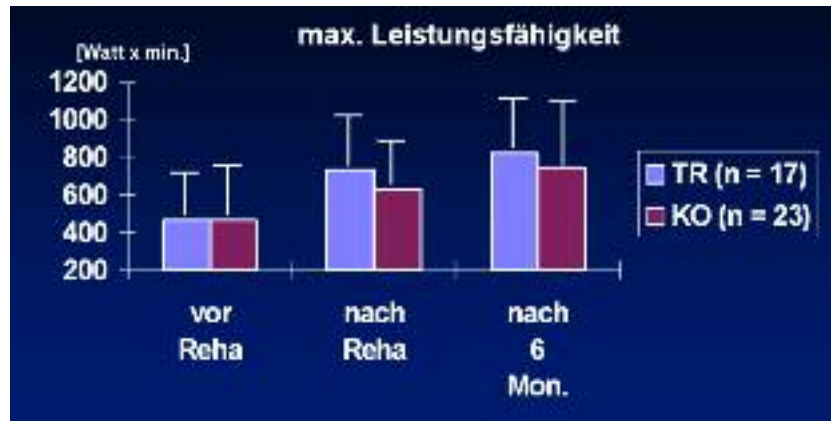
---

- 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



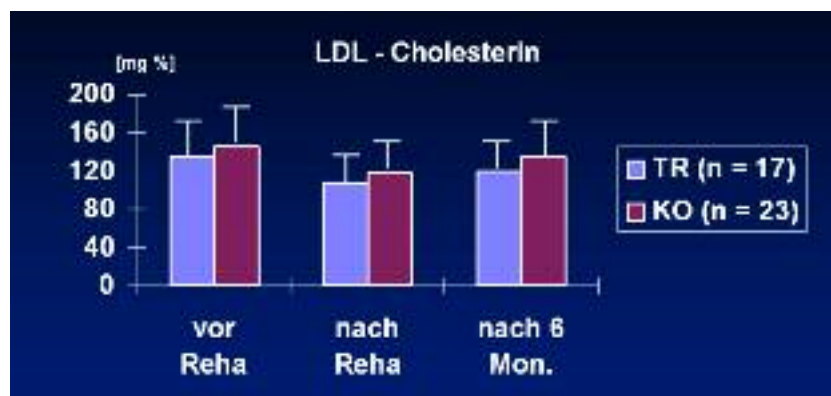
## Studie: Teilstationäre vs. stationäre AHB



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 (Aufnahme, Zimmerreinigung, Eingangsdiagnostik, Labor)

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



## Studie: Teilstationäre vs. stationäre AHB

---

### Klinik Wetterau: Kosten im Vergleich (2010)

	Tagessatz	3 Wo.	Ersparnis
stationäre Reha	129	2709	
teilstationäre Reha	10+7 T.	1927	- 29%
ganzt. amb. Reha	91	1365	- 50%



## **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 - 135
Marktpreis KHK stat. PKV:	350 - 450



## 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 115 EUR kosten 3 Wochen stat. AHB = 2415 EUR

→ Kostenersparnis auf 3 Wochen: immer noch - 25%



### **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.“**

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



### **Kostenvergleich (4) ganztägig amb. vs. stat. Reha**

**Wegen der unterschiedlichen Ein- und Ausschlußkriterien kommen viele ambulante Leistungen jedoch on top, d.h. werden nicht anstatt erbracht, sodass das Gesamtrehavolumen der Kostenträger bei gleichen Bewilligungskriterien *ansteigen* müßte.**



## Ganztägig ambulante Reha

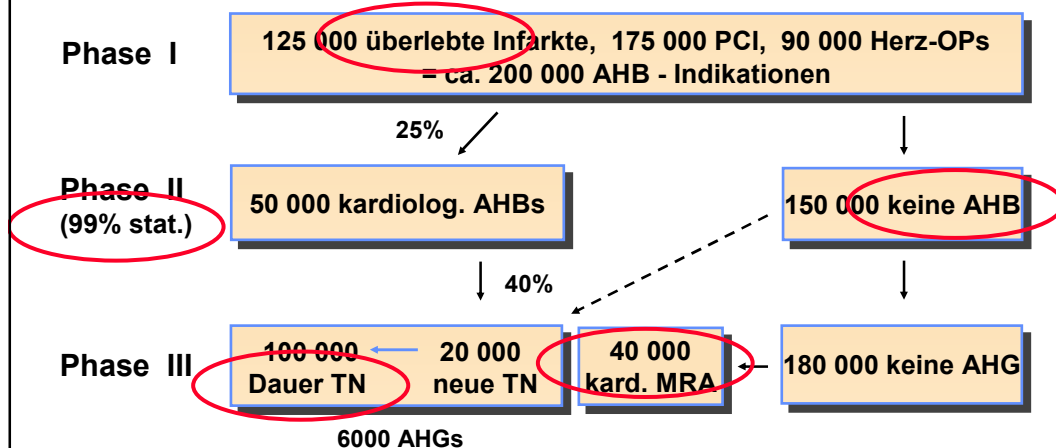
---

- ✓ 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



### KHK-Rehabilitanden 2002 (ICD 410-414) Kardiologischer Bedarfstrichter (1)

---



Quellen: DHS, DGK, DGTHG, VDR, DGPR, Wendt



## Koronar-Revaskularisationen 2009

---

**Stent-PCI 241 439**

**CABG 58 495**

Quellen: DGK, DGTHG



## Anträge und Bewilligungen (RV) 2000 und 2009

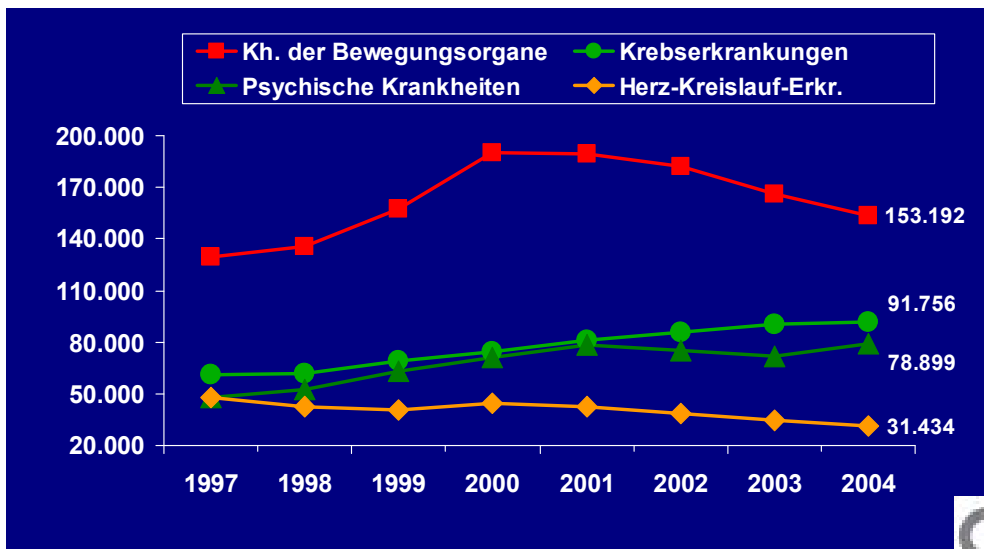
---



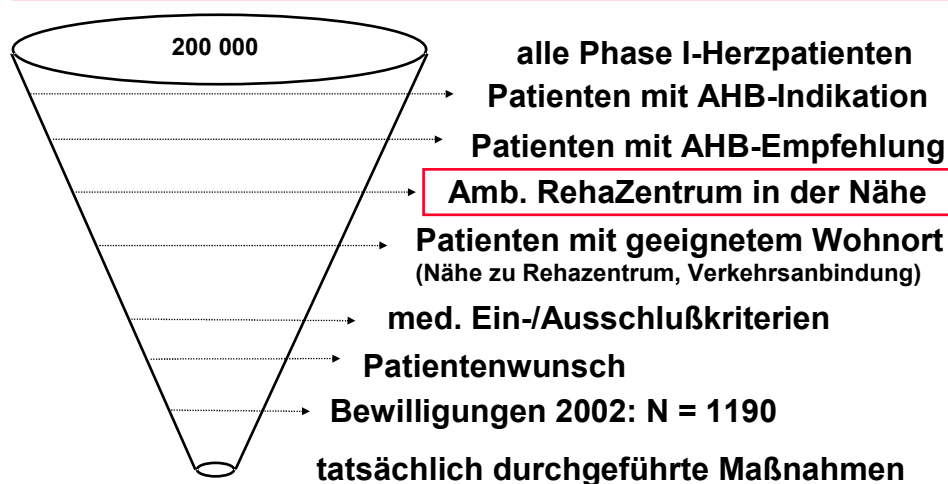
*Dtsch Ärztebl (107) 34-35: C 1412 (vom 30.08.2010)*



## Med. Reha – Indikationsentwicklung (BfA)



## Ganztägig ambulante AHB 2002: Bedarfsplanung Kardiologischer *Bedarfsstrichter* (2)

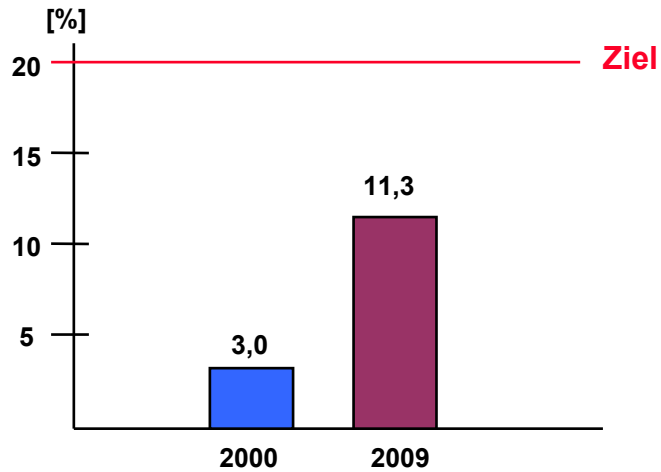


**2002:**

**< 1%**

(stat. AHB: 20%) polit. Ziel: 20%

## Ganztägig ambulante Reha (RV) 2000 und 2009 alle Indikationen



Dtsch Ärztebl (107) 34-35: C 1412 (vom 30.08.2010)



## 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**

---

**...in eigenständigen ambulanten Einrichtungen:**

**1** (+ 4 Pilot)



## Ganztägig amb. kard. Reha in Hessen

---

**Alice-Hospital**  
DARMSTADT



**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](http://www.alice-hospital.de)*



## Ganztägig amb. kard. Reha in Hessen

---



*Darmstädter Echo 06.01.2006*



## Ganztägig amb. kard. Reha in Hessen

---



[www.aliceparkreha.de](http://www.aliceparkreha.de)



## Ganztägig amb. kard. Reha in Hessen (Pilot 1)

---



**Erstes Gesundheitszentrum  
außerhalb Bayerns:**

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



## Ganztägig amb. kard. Reha in Hessen (Pilot 2)

Ärztliche Leitung:

**Dr. Ansgar Schultheis**

Facharzt für Allgemeinmedizin, Sport- und Badearzt

**Michael Waldeck**

Facharzt für Chirurgie



in Bad Vilbel



Empfang



Vibrations-  
training



Kreislauf-  
training



MTT

[www.netzwerk-koerper.de](http://www.netzwerk-koerper.de)



## Ganztägig amb. kard. Reha in Hessen (Pilot 3)

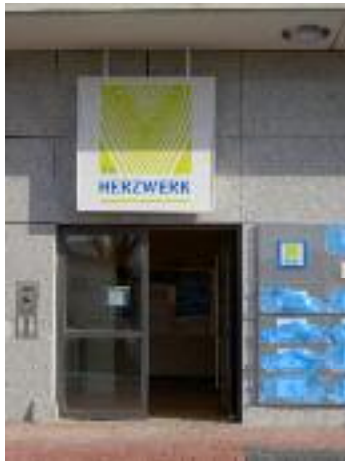


Sportorthopädische Praxis + Kardiologische Praxis  
Sportstudio auf 1500 m<sup>2</sup> nebenan

[www.sportklinik-badnauheim.de](http://www.sportklinik-badnauheim.de)



## Ganztägig amb. kard. Reha in Hessen (Pilot 4)



3. und 4. Etage (1000m<sup>2</sup>)



Gründer und Initiatoren der kardiologischen  
Fittnesseinrichtung des CCB sind das  
medizinische Versorgungszentrum CCB  
und dessen leitende Ärzte.

Eröffnung: 01. September 2008



## Ganztägig amb. kard. Reha in Hessen (Pilot 4)



Cardiotraining  
Intervalltraining bei CHF



Personal Training



Krafttraining



Rehabilitatives Training (Orthop.)



Ernährungsberatung



Wellness und Entspannung



3-D Funktionstraining



Kinderbetreuung

[www.ccb-herzwerk.de](http://www.ccb-herzwerk.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**



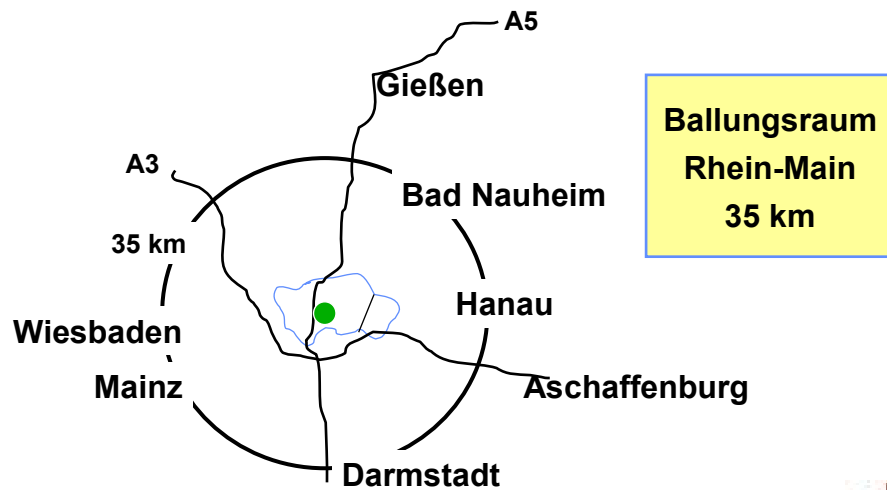
## **Hürden bei der Gründung eines amb. RehaZentr.**

---




## **Ballungsraum Rhein-Main: weißer Fleck in D**

---



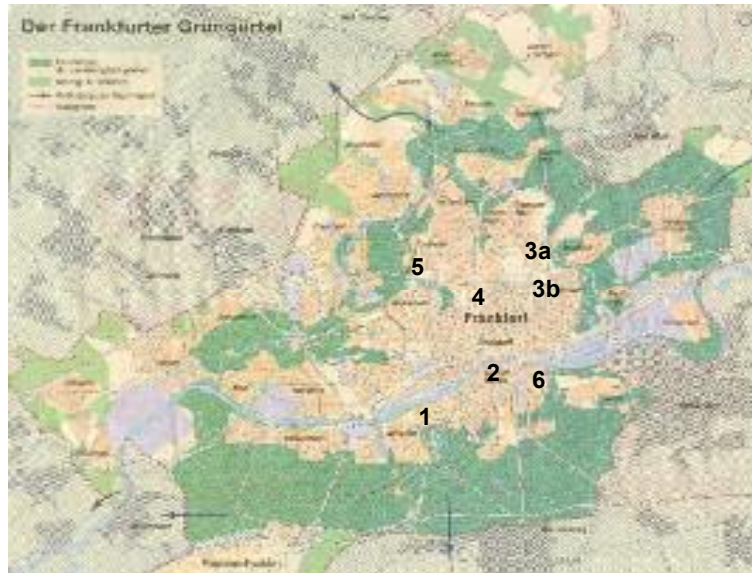
## **Hürden: Standortfrage**

---

- **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: Standortfrage

---



## 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 und einem Tagessatz von 100 EUR: **< 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 BAR-Hürden liegen sehr hoch...

...man bekommt nur die Hälfte dessen vergütet, was man eigentlich benötigt...



...daher sind schon viele daran gescheitert !

