

U. Kalinka, J. Kleditzsch

# Ambulante wohnortnahe Rehabilitation bewirkt gute Ergebnisse und zufriedene Patienten

Rehazentrum  
Dresden-Strehlen

## Zusammenfassung

Im Rahmen einer wissenschaftlichen Evaluierung im Reha-Zentrum Dresden-Strehlen wurde die Effizienz der ambulanten wohnortnahen Rehabilitation „awR“ untersucht. Die „awR“ entspricht dabei inhaltlich der „Erweiterten ambulanten Physiotherapie“ (EAP) und der von den Berufsgenossenschaften bezeichneten „Ambulanten orthopädisch-traumatologischen Rehabilitation“ (AOTR).

Es werden in einer retrospektiven Kohortenstudie 432 Patientenunterlagen ausgewertet, um Aussagen zum Therapieerfolg der ambulanten Rehabilitation bei 379 orthopädisch-traumatologischen und 53 neurologischen Indikationen in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht und Krankheitsbild treffen zu können.

Weiterhin wurden aus 173 Patientenfragebögen verschiedene Parameter der Patientenzufriedenheit ermittelt und den objektiven Ergebnissen gegenübergestellt.

Die Rehabilitationsziele wurden in ca. 80% der Fälle erreicht, die Beurteilung der Behandlungsergebnisse aus Patientensicht erfolgte in mehr als 85% mit gut bzw. sehr gut.

Der Stellenwert der ambulanten Rehabilitationsmethode und Problemfelder aus Sicht der Autoren werden erörtert.

**Schlüsselwörter:** Rehabilitation, EAP, AOTR, ICIDH

## Methode und Ergebnisse

In einer retrospektiven Kohortenstudie wurden im Rehabilitationszentrum Dresden-Strehlen 432 Rehabilitationsfälle ausgewertet.

Dabei handelte es sich in 11,4% (n = 53) um neurologische Indikationen und in 88,6% (n = 379) um orthopädisch/traumatologische Krankheitsbilder, die zur systematischen Auswertung in weitere acht Diagnosegruppen unterteilt wurden (siehe Abb. 1).

Bezogen auf die Anzahl der Behandlungstage gab es zwischen den Indikationsgruppen (s.o.) und den Altersgruppen geringe, jedoch keine statistisch signifikanten Unterschiede. Insgesamt waren durchschnittlich 21,6 (zwischen 10 und 50) Behandlungseinheiten notwendig.

### \* Erläuterung der Diagnose-Codes: (Indikationsgruppen)

- 1 Neurologische Erkrankungen
- 2 konservativ behandelte degenerative Wirbelsäulenerkrankungen
- 3 operativ behandelte degenerative Wirbelsäulenerkrankungen
- 4 operativ behandelte degenerative Erkrankungen der unteren Extremität
- 5 operativ behandelte (post)traumatische Erkrankungen der unteren Extremität
- 6 konservativ behandelte degenerative Erkrankungen d. unteren Extr.
- 7 operativ behandelte (post)traumatische Erkrankungen d. oberen Extr.
- 8 konservativ behandelte (post)traumatische Erkrankungen d. ob. Extr.
- 9 Sonstige Erkrankungen (Amputation, rheumat. Erkrankungen, etc.)

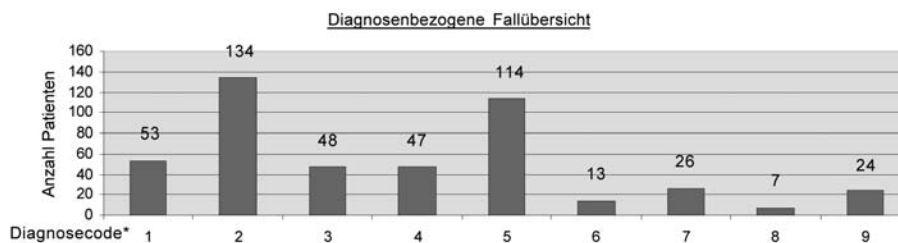


Abb. 1: Zusammensetzung der Behandlungsindikationen zur „awR“ (Diagnosecodierung siehe unten)

Das Durchschnittsalter der Patienten betrug 44,4 (7-85) Jahre, das Verhältnis der männlichen (48,3%) und weiblichen (51,7%) Rehabilitanden war ausgeglichen.

Auffällig war ein signifikant geringeres Durchschnittsalter in der Diagnosegruppe 5 (Verletzungen der unteren Extremität) von 31,4 Jahren, was jedoch erwartungsgemäß erscheint, da jüngere Patienten (sportlich) aktiver sind und sich dementsprechend häufiger derartige Verletzungen (v.a. am Knie- und Sprunggelenk) zuziehen.

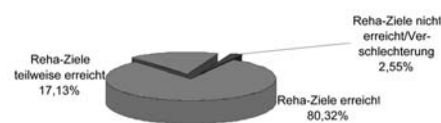


Abb. 2: Diagramm Ergebnisse aller 432 ausgewerteten Rehabilitationsfälle

Die Beurteilung der Rehabilitationsergebnisse erfolgte an Hand der dokumentierten klinischen Parameter zu Beginn und am Ende der Rehabilitation und durch Einbeziehung des ärztlichen Abschlußberichtes.

Im Ergebnis der Auswertung wurden die gestellten Rehabilitationsziele von 80,3% der Patienten erreicht, von 17,1 % teilweise erreicht und in 2,6% nicht erreicht (Abb.2).

In der Betrachtung hinsichtlich des Alters waren die Patienten mit guten Behandlungsergebnissen durchschnittlich ca. 2,5 Jahre jünger als die Vergleichsgruppe mit teilweise erreichten Rehabilitationszielen und um 12,8 Jahre jünger als die Patienten, die das Reha-Ziel nicht erreichten (Abb.3). Diese Altersdifferenz ist statistisch signifikant ( $p = 0,025$ ) und erscheint erwartungsgemäß, da mit zunehmendem Alter naturgemäß Heilungs- und

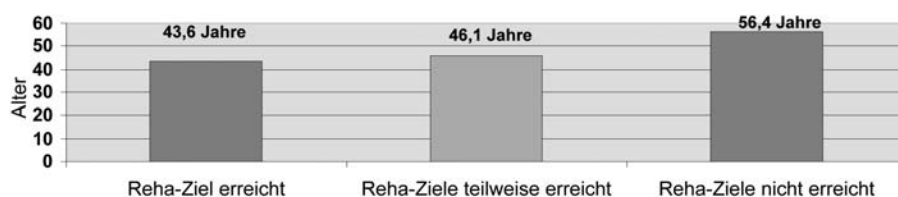


Abb. 3: Diagramm zur Darstellung des Durchschnittsalters der Patienten in Bezug auf das Reha-Ergebnis.

Regenerationsverläufe langsamer und problematischer sind. Die, gemessen an der Zahl der Therapieeinheiten, nicht erfolgte Mehrbehandlung älterer Patienten (s.o.) hätte diesen Trend ggf. verhindern können.

Die Bezeichnung „*wohnortnahe* Rehabilitation“ hat bei der Mehrzahl der Patienten ihre Berechtigung, da 85 % der Patienten in einer Entfernung von bis zu 10 km vom Reha-Zentrum wohnen. Die Untersuchung der *Patientenzufriedenheit* erfolgte durch die Auswertung von 173 Fragebögen. Der Nachbeobachtungszeitraum betrug durchschnittlich 19 Monate und erlaubt damit auch Aussagen zur Nachhaltigkeit einer solchen Rehabilitationsmassnahme. Den Rehabilitationserfolg beurteilten 85,5 Prozent der befragten Patienten mit „gut“ bzw. „sehr gut“, was die klinische Bewertung (s.o.) noch übertrifft (Abb. 4).

Als wesentliche Erfolge der Rehabilitation wurden durch die Patienten vor allem folgende (vorgegebene) Aussagen als zutreffend bezeichnet: Besserung des allgemeinen Wohlbefindens (n = 90), Linderung von Schmerzen (n = 86), Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit (n = 76), Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit (n = 54) und Steigerung des seelischen Wohlbefindens (n = 48). Dies belegt, dass neben rein somatischen Aspekten auch psychische und soziale Faktoren eine wesentliche Rolle für die Patienten spielen. Die Wohnortnähe und der Verbleib im familiären und sozialen Umfeld wurde von 65 % der Patienten als nennenswerter Vorteil der „awR“ aufgeführt.

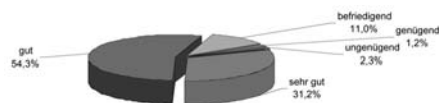


Abb. 4: Bewertung des Rehabilitationserfolges aus Patientensicht

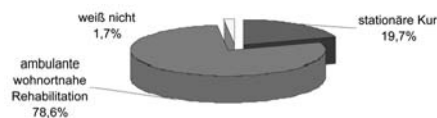


Abb. 5: Entscheidung der Patienten zur Wahl: ambulante Reha oder stationäre Kur

Ein weiterer Ausdruck für die hohe *Patientenakzeptanz* der ambulanten wohnortnahen Rehabilitation ist deren Einschätzung in 78,6 Prozent, wieder die ambulante Rehabilitationsform einer stationären Kur vorzuziehen (Abb. 5).

## Diskussion

1. Es war eine relativ starre Verordnungsweise der Überweiser hinsichtlich der *Anzahl der Behandlungstage* erkennbar. Eine individuelle und dem Rehabilitationsfortschritt angepasste Therapie sollte angestrebt werden. In der Praxis könnten, z.B. ähnlich wie im Krankenhaus die „DRG“ s“, Fallpauschalen einen Anreiz schaffen (ggf. auch Sonderentgelte bei schweren Verlaufsformen).

2. Bei einer Erfolgsquote von 80,3 % und weiteren 17,1% Teilerfolgen kann von einer hohen Effizienz der „awR“ gesprochen werden. Weitere, vorzugsweise prospektive, Studien werden notwendig sein, um eine allgemein gültige Aussage treffen zu können und die hier aufgezeigten Trends zu bestätigen. Die Erarbeitung einheitlicher Bewertungsinstrumente, die einrichtungübergreifend Verwendung finden, ist dazu erforderlich.

Bei chronisch Kranken bestehen häufig neben Schädigungen der Körperstrukturen und Funktionen deutliche subjektive und psychosoziale Beeinträchtigungen, für die ebenfalls günstige Rehabilitationseffekte nachweisbar sind. Deshalb sollte bei zukünftigen Untersuchungen auch eine Verlaufsdokumentation und -auswertung von Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen entsprechend der ICDH-Klassifikation der WHO erfolgen. Entsprechende Instrumente existieren bereits, wie z.B. der IRES- Fragebogen (Indikatoren des Reha- Status) oder der FFBH (Funktionsfragebogen Hannover) an einzelnen Einrichtungen (Merkesdal, Mau 1999).

3. Die subjektive Einschätzung der Patienten die den Fragebogen zur durchgeführten „awR“ beantwortet haben, lässt den Rückschluss auf eine hohe Patientenzufriedenheit zu. Die individuell angepasste Behandlung und die Wohnortnähe wurden besonders häufig positiv hervorgehoben, die subjektiv empfundene Besserung des Gesundheitszustandes und damit der Lebensqualität und des Aktivitätsgrades der Patienten wurden sehr deutlich zum Ausdruck gebracht. Die Einschätzung der Patienten fällt hinsichtlich des

Erfolges der Rehabilitation etwas besser aus, als die befundbezogene objektive Auswertung. Gründe dafür können in einer weiteren Stabilisierung bzw. Besserung auch nach Abschluss der Rehabilitation gefunden werden. Hier stellen aber sicher auch der persönliche Eindruck des Patienten, Dankbarkeit für erzielte Verbesserungen, die Zuwendung des Personals und die Ausstrahlung der Einrichtung wichtige Einflussfaktoren dar.

Bei einer Vergleichsstudie zwischen stationärer und teilstationärer Rehabilitation in der Fachklinik Ichenhausen (Haase et al. 1998) konnten ähnlich gute Erfolge aus Patientensicht festgestellt werden. Für den teilstationären Bereich fiel der Rehabilitationserfolg bei der Mehrzahl der Variablen sogar etwas besser als für den stationären Bereich aus. Auch hier wurde ein subjektiver Gesundheitszuwachs durch die Rehabilitation und der Verbleib im alltäglichen Lebensumfeld als wesentlicher Vorteil festgestellt.

Gute Ergebnisse werden auch in einer Diplomarbeit der Deutschen Sporthochschule zu Köln berichtet. (Ch. Schulz, 1998) Hier wurde die ambulante mit der stationären Rehabilitation in einem Kölner Krankenhaus im Rahmen einer Fragebogenauswertung untersucht und festgestellt, dass u.a. 88,5 Prozent der ambulant rehabilitierten Patienten das Therapieprogramm als sehr effektiv erlebten, während es bei der stationären Rehabilitation nur 54,5 Prozent waren. Die überwiegende Mehrheit der ambulanten Patienten hielt auch hier den Kontakt zu Familie und Freunden für wichtig. Anfahrtsweg und die Rehabilitationsmassnahmen selbst wurden von den ambulanten Patienten nicht als Belastung empfunden.

4. Die Wohnortnähe als Bestandteil des Reha-konzeptes wird von den meisten Patienten sehr positiv aufgenommen und von 65% der Befragten auch als nennenswerter Vorteil aufgeführt. In unserer Untersuchung war die Entfernung zwischen Reha-Zentrum und Wohnort in 85% der Fälle nicht grösser als 10 km. Als tolerierbar werden von Experten für die ambulante Rehabilitation Entfernungen von ca. 30 km oder 45 Minuten Fahrzeit angesehen (Bürger, Koch 1999). Die Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln und ausreichende Parkmöglichkeiten für Selbstfahrer spielen ebenfalls eine sehr wichtige Rolle.

5. Die Vorteile der Ambulanten wohnortnahen Rehabilitation passen auch in das Konzept des *Gesundheitsstrukturgesetzes*, welches unter anderem („Reha vor Rente“/„ambulant vor stationär“) fordert, mehr Behandlungsmaßnahmen aus dem stationären in den ambulanten Bereich zu verlagern, um auf diesem Wege Kosten einzusparen, ohne auf medizinischem Gebiet Nachteile für den Patienten hinnehmen zu müssen.

Seitens des Gesetzgebers rückt die ambulante Rehabilitation und ihre Evaluierung stärker in den Fokus des Interesses. Im Gesetzentwurf zur Gesundheitsreform 2000 wurden in den §§ 40ff und 137 d des Sozial-Gesetzbuches V (SGB V) Rechtsgrundlagen für die Gewährung und verstärkte Durchführung ambulanter Rehabilitationsmassnahmen und die damit verbundene Notwendigkeit von Qualitätssicherungsmassnahmen formuliert (Albrecht et al. 2000). Eine schlüssige Einbindung in die medizinische Versorgungskette und die Schnittstellendefinition für die teilstationäre und ambulante Rehabilitation stehen jedoch noch aus (Finkbeiner 2000).

Es liegen bisher noch keine sicheren und konkreten Ergebnisse über die finanziellen Dimensionen einer möglichen Kostenersparnis mit der „awR“ vor. Verglichen mit einer stationären Rehabilitation ist eine Verringerung der Kosten (s.u.) zu erwarten. Andererseits besteht die Möglichkeit, dass dieses Behandlungsangebot Patienten erreicht, die bisher keine solch umfangreiche Rehabilitationsmaßnahme bekommen hätten und damit u.U. sogar Mehrkosten für die Versicherungen entstehen.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Kostenersparnis durch Reduktion von Arbeitsunfähigkeitszeiten und Vermeidung von Frühberentungen bei im Erwerbsleben stehenden Patienten. Wie BfA-Experte Schillinger berichtete, sind die Ausgaben für die medizinische Rehabilitation für die Rentenversicherungsträger eine „lohnende Investition“. So sind z.B. die bei der BfA versicherten Rehabilitanden zu 44 Prozent in einem Zeitraum von fünf Jahren nach Abschluss der Reha-Massnahme noch ununterbrochen erwerb-

stätig. Weitere 23 Prozent bleiben mit Unterbrechungen erwerbstätig, ohne aus dem Erwerbsleben vollständig auszuschneiden. Damit verbleiben mehr als zwei Drittel aller Rehabilitanden nach Durchführung von Maßnahmen noch im Erwerbsleben, obwohl ihnen bei der Bewilligung der medizinischen Rehabilitationsmassnahmen die Arbeitsmarktsituation nicht gerade entgegenkommt und wegen einer geminderten Erwerbsfähigkeit immer mehr in die Erwerbsunfähigkeit überwechseln oder den Vorruhestand antreten (Clade 2000).

6. Der *Bedarf* für ambulante Formen der Rehabilitation, nicht nur in der Orthopädie und Traumatologie ist derzeit noch nicht konkret definiert und der Aufbau eines entsprechenden Versorgungsangebotes befindet sich in der Bundesrepublik Deutschland noch im Entwicklungsstadium. Er stösst z.T. auch auf Widerstände, vermutlich u.a. auch deshalb, weil er, insbesondere in Zeiten rückläufiger Antragseingänge und Minderbelegungen in vielen Reha-Kliniken, die Interessen der bereits bestehenden Anbieter von rehabilitativen Leistungen berührt (Bürger, Koch 1999).

7. Eine isolierte Kostenermittlung der eigentlichen Rehabilitation ist sicherlich rechnerisch immer möglich, aber ohne Einbeziehung der Ausgaben für Arbeitsunfähigkeiten (Krankengeld), evtl. resultierende Berentungen, Hausarzt- und Facharztconsultationen, Medikamente, ggf. Krankentransporte und Folgebehandlungen (der Reha-Diagnose) über einen definierten Zeitraum nicht vollständig. Weiterhin müssten die weitere Mortalität und Morbidität Berücksichtigung finden. Die Kostendiskussion sollte allerdings nicht zur Folge haben, dass angesichts leerer Kassen Quantität und Qualität der Therapie schlechter werden, sondern dass durch Optimierung von Therapie- und Administrationsprozessen das hohe Niveau der Rehabilitationsmedizin erhalten und verbessert werden kann.

Der Patient sollte vor dem ethischen Hintergrund unseres Handelns im Zentrum unserer Bemühungen stehen und nicht zum Verlierer im Abwägungsprozess zwischen dem gesundheitspolitisch Wünschenswerten und dem finanziell Machbaren werden (Geißler 1998).

## Fazit

Es kann festgestellt werden, dass die ambulante wohnortnahe Rehabilitation überwiegend gute Behandlungsergebnisse erreicht, was auch die hohe Patientenzufriedenheit widerspiegelt. Die vorgemerkte Therapie ist geeignet, in kürzester Zeit bessere funktionelle Ergebnisse herzustellen sowie die Gefahren von Wiederholungsverletzungen und Spätschäden zu mindern. (Peil, 1996)

Eine Fortführung dieser Rehabilitationsmethode ist gerechtfertigt. Die weitere Optimierung des Prozessmanagements, insbesondere eine enge Verknüpfung zwischen Klinik und Reha-Einrichtung sowie des administrativen Umfeldes sollten erfolgen.

Die mittlerweile erfolgte und in diversen Verträgen zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern verankerte Neukonzeptionierung hat die ehemalige „EAP“ bzw. „awR“ inhaltlich erweitert und beinhaltet jetzt auch Komponenten der sozialen und beruflichen Rehabilitation. Diese sind in den Rahmenempfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) vom 20. Oktober 2000 für die ambulante muskuloskelettale, neurologische und kardiologische Rehabilitation ebenfalls verankert. Mit diesem Ansatz wird dem Paradigmenwandel von der ehemals allein indikationsbezogenen Wiederherstellung von Funktionsstörungen zur umfassenden Rehabilitation von Fähigkeitsstörungen und sozialen Beeinträchtigungen der Patienten Rechnung getragen.

Eine Neukonzeptionierung des Qualitätsmanagements durch Erstellung einheitlicher Bewertungsinstrumente in Anlehnung an die ICDH 2 und weitere Multicenterstudien sollten erfolgen, um umfassende und statistisch hinterlegbare Ergebnisse vorzulegen.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:  
Uwe Kalinka  
Facharzt für Allgemeinmedizin  
Am Wasserwerk 13 F  
01109 Dresden