

Integration beruflicher Module in die ambulante medizinische Rehabilitation

Partnerschaftliche Zusammenarbeit zum Wohl der Versicherten: LVA Baden-Württemberg, Ambulantes Zentrum für Rehabilitation und Prävention am Entenfang und Stiftung Rehabilitation in Karlsbad beschließen Kooperationsmodell

„Wie geht es beruflich mit mir weiter?“, das fragen sich viele Versicherte, die während der Durchführung einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme nicht wissen, ob sie ihren bisherigen Beruf weiter ausüben können oder sich aufgrund ihrer gesundheitlichen Einschränkungen beruflich neu orientieren müssen. Um hier schnell Klarheit zu schaffen, sollen jetzt im Rahmen eines einjährigen Modellprojekts bereits während der medizinischen Maßnahme berufliche Belastungserprobungen durchgeführt werden. Darüber hinaus verspricht sich die LVA Baden-Württemberg durch die nahtlose Verzahnung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation Kosteneinsparungen im Sinne einer wirtschaftlichen und effizienten Verwaltung.

Wie das Modell nun in die Praxis umgesetzt und damit mit Leben erfüllt werden soll und warum Rehabilitation überhaupt ambulant durchgeführt wird, das erfuhr „Spektrum“ in einem Gespräch mit dem geschäftsführenden Gesellschafter des ambulanten Zentrums für Rehabilitation und Prävention am Entenfang GmbH (AZR), Klaus-Michael Kalkbrenner, der ärztlichen Leiterin der neurologischen Rehabilitation beim AZR, Dr. Claudia Umbach, und dem Leiter der Abteilung „Leistungsbereich Karlsruhe“ bei der LVA Baden-Württemberg, Wolfgang Wehowsky. Das Gespräch führte Walter Bauer vom Regionalzentrum Karlsruhe Stadt der LVA Baden-Württemberg.

Spektrum: Herr Kalkbrenner, der Begriff der klassischen medizinischen Rehabilitation – landläufig auch Kur genannt – ist bei den meisten Antragstellern belegt mit dem Bild einer in reizvoller Landschaft gelegenen Klinik. Sie behandeln ihre Patienten ambulant, mitten in Karlsruhe. Warum?

Klaus-Michael Kalkbrenner: Wir haben das Ambulante Zentrum für Rehabilitation und Prävention im Jahr 1993 gegründet und wollten ganz bewusst unsere Erkenntnisse aus der stationären Rehabilitation umsetzen. Hier war in der Vergangenheit immer wieder festzustellen, dass es Patienten gibt, die ihr häusliches Umfeld nicht verlassen wollen oder können, sei es nun aus sozialen oder auch aus beruflichen Gründen. Dies war der Einstieg. Wir haben dann unsere Konzeption entwickelt und mit den wichtigsten Kostenträgern verhandelt. Im Jahr 1994 sind wir in die ambulante orthopädisch-traumatologische Rehabilitation eingestiegen; 1996 haben wir dann den Durchbruch für die neurologische Rehabilitation geschafft als erster ambulanter Rehabilitationsträger in Baden-Württemberg. Was zunächst mit

den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung begann, fand im Jahr 2001 seine gelungene Fortsetzung mit den großen Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung. Mit der LVA Baden-Württemberg und der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte konnten Verträge sowohl über Anschlussheilbehandlungen nach dem Aufenthalt in Akutkrankenhäusern als auch über Heilverfahren nach akuten und bei chronischen Erkrankungen geschlossen werden.

Spektrum: Es leuchtet ein, dass die Anschlussheilbehandlungen unmittelbar nach einem Krankenhausaufenthalt wohnortnah durchgeführt werden sollen. Was aber sind die Vorteile einer ambulanten Rehabilitation, zum Beispiel im Bereich der Neurologie?

Dr. Claudia Umbach: Auch im neurologischen Bereich wird die ambulante Rehabilitation von der Bevölkerung sehr gut angenommen. Lassen Sie mich allerdings eines vorwegschicken: Um die Rehabilitationsmaßnahme ambulant durchführen zu können, müssen gewisse Grundvoraussetzungen vorhanden sein. Im einzelnen müssen die Patienten sowohl ausreichend mobil als auch ausreichend belastbar sein. Der Behandlungstag ist relativ lang und damit auch anstrengend. Wenn es auch zwischendurch Pausen gibt, in denen sich die Patienten in dafür vorgesehene Ruheräume zurückziehen können, dauert ein Behandlungstag in der Regel bis zu sechs Stunden, die Fahrzeiten nicht inbegriffen. Bei intensiver Nutzung dieses Zeitrahmens kann dann aber insbesondere bei neurologischen Erkrankungen erfolgreich gearbeitet werden, da der Einzelne stark gefordert werden kann.

Spektrum: Bei der klassischen stationären Rehabilitation hat der Patient immer ein neues Umfeld, er lässt die Sorgen des Alltags zu Hause, lernt neue Menschen kennen und hat die Möglichkeit, mit Psychologen und Therapeuten umfassende Einzelgespräche zu führen. Oft haben gerade die Sorgen und Probleme des Alltags einen ursächlichen Zusammenhang mit dem Krankheitsbild. Bei der ambulanten Rehabilitation findet naturgemäß all dies nicht statt. Ein Nachteil?

Dr. Claudia Umbach: Für viele Patienten mag es durchaus zutreffen, dass eine gewisse Distanz vom häuslichen Umfeld oder gar von einem familiären Konfliktherd von Vorteil ist. Da, wo das gewünscht wird oder medizinisch notwendig ist,

ist eine stationäre Maßnahme die richtige Entscheidung. Auf der anderen Seite ist das Therapieangebot in der ambulanten Rehabilitation identisch mit dem aus dem stationären Bereich. Auch wir haben hier am Entenfang neben der kontinuierlichen fachärztlichen Betreuung auch Psychologen, Sozial- und Ernährungsberater sowie Krankenschwestern. Therapeuten aus allen Bereichen betreuen, führen und beraten unsere Patienten. In dieser Richtung mangelt es also an nichts. Im Vordergrund stehen für uns die Patienten, die die Trennung von der Familie als Nachteil erleben. Dies ist zum Beispiel dann der Fall, wenn sie vor der Rehabilitationsmaßnahme schon längere Zeit im Krankenhaus waren. Auch die Betreuung von Kindern ist oft ein wichtiges Entscheidungsmerkmal für die ambulante Rehabilitation. Für Kinder kann es sehr schwierig sein, wenn sie einen Elternteil für mehrere Wochen entbehren müssen. Hier kann dann die soziale Entfremdung ein großes Problem sein, das schwerer wiegt als kurzzeitig entpflichtet zu werden und Abstand vom Alltag zu haben.

Spektrum: Es gibt also, je nach Einzelfall, gute Gründe sowohl für die stationäre als auch für die ambulante Rehabilitation. Herr Wehowsky, die LVA Baden-Württemberg unterhält in eigener Trägerschaft mehrere Rehabilitationskliniken im „Bäderland“ Baden-Württemberg. Gibt es unter dem Gesichtspunkt knapper werdender Ressourcen nicht sogar einen Konkurrenzkampf mit den ambulanten Rehabilitationszentren um jeden einzelnen Patienten?

Wolfgang Wehowsky: Eine Konkurrenzsituation ergibt sich nur bei oberflächlicher Betrachtungsweise. Denn sowohl unsere eigenen Kliniken als auch die Vertragseinrichtungen haben die Eigenschaften und die Voraussetzungen, auch ambulante Rehabilitationsmaßnahmen durchzuführen. So können beispielsweise Patienten in unserer Klinik Höhenblick in Baden-Baden von ihrem Wunsch- und Wahlrecht Gebrauch machen und dort anstelle einer stationären Maßnahme eine ambulante Behandlung wählen. Grundsätzlich haben wir die Möglichkeit, selbst als Kostenträger ambulante Maßnahmen in unseren eigenen Kliniken gezielt durchzuführen. Allerdings bleibt festzuhalten, dass das Hauptaugenmerk in unseren eigenen Kliniken und auch in den Belegeinrichtungen der stationären Rehabilitation gilt; eine ambulante Behandlung soll hier nur ergänzend angeboten werden. Die Grundstruktur eines ausschließlich ambulanten Anbieters ist auf einen ganz bestimmten Personenkreis ausgerichtet, so dass ich hier nicht von einer Konkurrenzsituation sprechen möchte. So haben wir beispielsweise festgestellt, dass eine ambulante Maßnahme immer mehr in Fällen der Anschlussrehabilitation von den Patienten gewünscht wird. Dies wird verständlich, wenn man bedenkt, dass die stationäre Rehabilitation im unmittelbaren Anschluss an einen stationären Krankenhausaufenthalt gerade bei Familien mit Kindern problematisch sein kann. Die von Frau Dr. Umbach hierfür dargelegten Beweggründe sind sicherlich einleuchtend.



Wie die medizinische und die berufliche Rehabilitation möglichst nahtlos verzahnt werden können, soll mit einem neuen Kooperationsmodell erprobt werden. Im Gespräch dazu (v.r.n.l.): Klaus-Michael Kalkbrenner, geschäftsführender Gesellschafter des ambulanten Zentrums für Rehabilitation und Prävention am Entenfang GmbH (AZR), Dr. Claudia Umbach, ärztliche Leiterin der neurologischen Rehabilitation beim AZR, und Wolfgang Wehowsky, Leiter der Abteilung „Leistungsbereich Karlsruhe“ bei der LVA Baden-Württemberg.

Spektrum: Herr Kalkbrenner, lassen Sie uns nach diesen grundsätzlichen Ausführungen nun über das zur Zeit in Ihrem Haus laufende Modellprojekt zur Integration beruflicher Module in die ambulante Rehabilitation sprechen. Wie kam es dazu?

Klaus-Michael Kalkbrenner: Ausgangspunkt unserer Überlegungen war die Erkenntnis, dass sich viele unserer Patienten bereits während der medizinischen Therapie darüber Gedanken machen, wie es nach der Beendigung der Rehabilitationsmaßnahme mit ihnen weitergeht. Die meisten möchten so schnell wie möglich wieder an ihren alten Arbeitsplatz zurückkehren. Dies ist bei den derzeitigen Gegebenheiten am Arbeitsmarkt sicherlich leicht nachzuvollziehen. Aber leider gibt es immer wieder Fälle, in denen die Rückkehr an den alten Arbeitsplatz fraglich erscheint. Genau hier setzt unser Modellprojekt an. Durch eine integrierte Belastungserprobung schon während der ambulanten Rehabilitation sollen das verbliebene Restleistungsvermögen festgestellt und gegebenenfalls die erforderlichen Schritte zur Wiederaufnahme der Berufstätigkeit aufgezeigt werden. Ergibt sich dabei die Notwendigkeit einer beruflichen Neuorientierung, wird eine solche bereits zu diesem frühen Zeitpunkt vorbereitet. Wie bereits mehrfach erwähnt, ist unser Kerngeschäft die medizinische Rehabilitation. Für die Durchführung dieses Projekts war es somit erforderlich, einen Partner zu finden, der räumlich in unserer Nähe liegt und dessen Hauptaufgabe die berufliche Rehabilitation beinhaltet. Mit der SRH berufliche Rehabilitation gGmbH in Karlsbad haben wir dafür den idealen Partner gefunden.

Spektrum: Mit der Verzahnung von medizinischen und beruflichen Elementen geht auch die LVA Baden-Württemberg in der Rehabilitation neue Wege. Wie sieht die praktische Umsetzung nun konkret aus?

Wolfgang Wehowsky: Unser Haus darf für sich in Anspruch nehmen, auch schon in der Vergangenheit auf dem Gebiet der Rehabilitation richtungsweisende Neuerungen vorangetrieben zu haben. Daneben gilt es, wirtschaftliche Aspekte nicht aus den Augen zu lassen. Eine zeitlich enge Verzahnung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation führt zu Kosteneinsparungen und trägt somit dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit in der Verwaltung Rechnung. Nun zur praktischen Umsetzung: Als erstes gilt es, für dieses Projekt die geeigneten Patienten auszusuchen. Bereits in diesem frühen Stadium ist die Einbindung der sozialmedizinisch ausgebildeten Fachärzte sowie der Reha-Fachberater von Vorteil. Mit unserem Modellprojekt wollen wir ausschließlich solche Versicherte ansprechen, die voraussichtlich wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig werden können. Der teilnehmende Personenkreis kommt zunächst für die ersten beiden Wochen ins AZR zur ambulanten medizinischen Rehabilitation. Während dieser Zeit entwirft ein Team aus Medizinern, Reha-Fachberatern, Berufspädagogen und Sozialberatern gemeinsam mit dem Versicherten einen Trainingsplan zur Klärung der arbeitsplatzbezogenen Fragen. Anschließend kommt der Versicherte bis zu einer Woche nach Karlsbad-Langensteinbach, wo an einem nach den persönlichen Voraussetzungen gestalteten Arbeitsplatz die derzeitige Belastbarkeit erprobt wird. Daran anschließend findet noch ein zweitägiges Nachsorgeprogramm statt, in dessen Verlauf die Ergebnisse der beruflichen Orientierung und Belastungserprobung aufgearbeitet und gegebenenfalls ausgefallene Therapie nachgeholt wird.

Spektrum: Wie werden die von beiden Seiten gewonnenen Erkenntnisse jetzt zusammengefügt?

Klaus-Michael Kalkbrenner: Der Vorteil dieses Verzahnungsmodells liegt auf der Hand. Bereits nach drei oder vier Wochen haben wir zum einen den medizinischen Entlassungsbericht und zum anderen das Ergebnis der durchgeführten Belastungserprobung auf dem Tisch. Somit können wir uns ein genaues Bild über die Belastbarkeit und das derzeitige Leistungsvermögen unseres Rehabilitanden machen. Darauf aufbauend gibt es nun zwei Fallgestaltungen. Falls eine Rückkehr ins Erwerbsleben möglich ist, werden wir gemeinsam mit dem Patienten einen Eingliederungsplan entwerfen, in dem die erforderlichen Schritte zur Wiederaufnahme der Berufstätigkeit aufgezeigt werden. Sofern eine berufliche Neuorientierung erforderlich und erfolgversprechend ist, können sofort berufliche Alternativen aufge-

zeigt und ausgearbeitet werden. Damit dies in der Praxis auch funktioniert, ist eine intensive Zusammenarbeit der drei beteiligten Partner erforderlich. Ich möchte sogar noch einen Schritt weitergehen und dieses Dreiecksverhältnis zwischen der LVA Baden-Württemberg, der SRH-Gruppe und dem AZR um einen ganz wichtigen vierten Partner ergänzen, der ebenfalls in das Projekt eingebunden werden sollte. Ich spreche hier vom Arbeitgeber unseres Patienten in Person des Werksarztes oder des Personalchefs. Von dieser zusätzlichen Vernetzung verspreche ich mir wertvolle Erkenntnisse für eine noch höhere Qualität der Therapie in der medizinischen Rehabilitation.

Spektrum: Frau Dr. Umbach, können Sie uns bitte zur Veranschaulichung ein konkretes Fallbeispiel nennen?

Dr. Claudia Umbach: Erlauben Sie mir, über mein Fachgebiet Neurologie zu sprechen. Wir haben hier oft junge Patienten, die neurologisch erkrankt sind und Zukunftsängste haben, weil sie nicht wissen, wie es beruflich mit ihnen weitergeht. Ein häufiges Krankheitsbild ist die Multiple Sklerose, die in der Regel schubförmig verläuft, wobei es immer wieder zu schweren neurologischen Störungen kommt. Wenn nun ein solcher junger Mensch eine schwere Lähmung des rechten Armes erfährt und die Funktionen medizinisch nur zum Teil wieder aufgebaut werden können, muss geprüft werden, ob er seine bisherige Tätigkeit wieder leisten kann. Es stellt sich die Frage, ob die Funktionsfähigkeit der Hand dafür ausreichend ist und ob auch die Konzentrationsfähigkeit, die psychische Belastbarkeit für seine Arbeit, die in der Regel unter Zeitdruck und Leistungsdruck zu leisten ist, noch ausreichen. Um in solch einem Fall rasch Klarheit über das weitere Vorgehen zu finden, bietet das beschriebene Modellprojekt geradezu ideale Voraussetzungen.

Spektrum: Eine abschließende Frage an Sie, Herr Kalkbrenner. Wie ist der zeitliche Rahmen dieses Modellprojekts und was passiert anschließend?

Klaus-Michael Kalkbrenner: Das Modellprojekt ist zunächst für die Dauer eines Jahres bis einschließlich März 2006 ausgelegt. Das AZR wird in Zusammenarbeit mit ihren Kooperationspartnern eine Dokumentation über die durchgeführten Fälle erstellen. Wenn die Einzelfallauswertung den erhofften Erfolg aufweist, würden wir uns natürlich darüber freuen, wenn das Modell von der LVA Baden-Württemberg in den Regelbetrieb übernommen werden könnte.

Spektrum: Frau Dr. Umbach, meine Herren, herzlichen Dank für dieses Gespräch.