



Trendreport

Rehabilitation in Nordrhein-Westfalen

Beauftragt durch das Clustermanagement
Gesundheitswirtschaft.NRW



www.gesundheitswirtschaft-nrw.de



Gesundheitswirtschaft Nordrhein-Westfalen: Professionelle Netzwerke, gemeinsame Dachmarke.



Das Clustermanagement Gesundheitswirtschaft Nordrhein-Westfalen fördert seit 2008 die Strukturentwicklung und die Innovationspotenziale im Cluster Gesundheitswirtschaft.NRW. Dazu hat das Clustermanagement die erfolgreiche Vernetzung in sechs NRW-Gesundheitsregionen unterstützt. Im Ergebnis wurden die profilbildenden Kompetenzen

und Zukunftsthemen der Regionen nachhaltig weiterentwickelt und für das gesamte Land verfügbar gemacht.

Diese regionale Clusterbildung hat dazu beigetragen, dass die Gesundheitsregionen Aachen, Köln/Bonn, Münsterland, Ostwestfalen-Lippe, Ruhrgebiet und Südwestfalen professionelle Netzwerke auf- bzw. ausgebaut und unter der gemeinsamen Dachmarke „Gesundheitswirtschaft.NRW“ vereint haben.

Die sechs Gesundheitsregionen haben ihre spezifischen Kompetenzfelder eingebracht und verfügen über ein regionales Netzwerkmanagement. Sie haben ein Stärken- und Schwächenprofil erstellt und daraus Handlungsfelder sowie Zukunftsperspektiven abgeleitet. Sie haben regionale Foren für den Austausch unter Fachleuten eingerichtet und sie kooperieren, um gemeinsame öffentliche Auftritte, etwa bei Messen und Tagungen, zu organisieren. Gemeinsam bündeln sie ihre Interessen und den Austausch in der Arbeitsgemeinschaft Gesundheitsregionen.NRW.

Darüber hinaus haben die sechs Gesundheitsregionen ausgewählte Innovations- und Investitionsfelder definiert, die sie in einer abgestimmten Arbeitsteilung gemeinsam für das Land NRW vorantreiben. Dazu gehören: Medizintechnik (Region Aachen), Werkstoffe und Techniken für die Gesundheitswirtschaft (Süd-

westfalen), Klinikwirtschaft (Ruhrgebiet), Vernetzte Versorgung (Ostwestfalen-Lippe), Medizinische Prävention (Münsterland) und Gesundheit für Generationen (Köln/Bonn).

Die Erfahrungen der Clusterarbeit belegen eindeutig: Kompetenz- und Innovationsförderung durch eine landesweite Clusterstrategie kann nicht allein top-down erfolgen. Sie erfordert vielmehr eine Bottom-up-Strategie, die in erster Linie eine regionale Clusterbildung voraussetzt. Dieses gilt insbesondere für das Cluster Gesundheitswirtschaft, da gesundheitliche Versorgung überwiegend regional organisiert sein muss, um die öffentliche Daseinsvorsorge zu garantieren. Gleiches gilt für die Verbesserung der Lebensqualität und für die Schaffung und Sicherung von Arbeitsplätzen.

Trendreport „Rehabilitation in Nordrhein-Westfalen“

Der hier vorliegende Trendreport „Rehabilitation in Nordrhein-Westfalen“ skizziert eine weitere wesentliche Aufgabenstellung für die Arbeit im Clustermanagement. Der Auf- und Ausbau eines Trend- und Innovationsmonitorings für die Gesundheitswirtschaft steht unter der fachlichen Leitung des Instituts für Arbeit und Technik (IAT) in Gelsenkirchen. Das IAT legt hier im Auftrag des Clustermanagements einen zweiten Trendreport vor, der mit „Rehabilitation“ ein wichtiges Zukunftsfeld für die Gesundheitswirtschaft in NRW beschreibt.

Wir danken dem Team unter Leitung von PD Dr. Josef Hilbert und besonders der Autorin dieser Studie, Sandra Dörpinghaus, für die erkenntnisreiche Ausarbeitung.

Brigitte Meier

Clustermanagerin

Cluster Gesundheitswirtschaft Nordrhein-Westfalen

meier@gesundheitswirtschaft-nrw.de

www.gesundheitswirtschaft-nrw.de

Rehabilitation in NRW

Ein Trendreport

Sandra Dörpinghaus

Institut Arbeit und Technik

Februar 2011

Erstellt im Auftrag von:



Inhaltsverzeichnis:

Einleitung	3
1 Definition und Ziele von Rehabilitation.....	4
2 Rahmenbedingungen	5
3 Rehabilitation in Nordrhein-Westfalen	7
3.1 Rehabilitationsstandort NRW im Vergleich	8
3.2 Patientenwanderungsströme	9
3.3 Rehabilitationssektor als Wirtschaftsfaktor	12
3.4 Regionale Verteilung in Nordrhein-Westfalen	14
3.5 Indikationsbereiche	15
4 Trends und Herausforderungen.....	16
4.1 Rehabilitationsbedarf	16
4.1.1 Demografisch bedingter Anstieg des Rehabilitationsbedarfes.....	16
4.1.2 Geriatrische Rehabilitation.....	18
4.1.3 Kinderrehabilitation	20
4.2 Etablierung sektorenübergreifender Versorgungsmodelle.....	23
4.3 Bedeutungsgewinn ambulanter Rehabilitationen.....	25
4.4 Telemedizin in der Rehabilitation.....	27
4.5 Profilierung des Reha-Standortes Nordrhein-Westfalen.....	28
4.6 Betriebliche Gesundheitsförderung.....	29
4.7 Erschließung des Selbstzahlermarktes	31
5 Fazit.....	32
6 Anhang	34
6.1 Abbildungsverzeichnis	34
6.2 Tabellenverzeichnis.....	34
7 Literatur	35

Einleitung

Die medizinische Rehabilitation – insbesondere in stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen – stellt einen wichtigen Bestandteil des deutschen Gesundheitssystems dar. Hierbei sind in den letzten Jahren unterschiedliche Entwicklungstendenzen zu beobachten: Auf der einen Seite sieht sich der Rehabilitationsmarkt infolge gesundheitspolitischer Reformbemühungen erheblichen Kürzungen und Rationalisierungsmaßnahmen gegenüber, auf der anderen Seite erfährt die medizinische Rehabilitation jedoch derzeit eine Aufwertung, welche in einem engen Kontext mit den vorherrschenden gesellschaftlichen Trends steht: Insbesondere der demografische Wandel und Veränderungen im Krankheitsspektrum hin zu einer Zunahme chronischer Erkrankungen steigern den Bedarf an rehabilitativen Leistungen in Zukunft kontinuierlich. Darüber hinaus gewinnt die Sicherung und Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit von Beschäftigten sowohl aus individueller Perspektive als auch vor dem Hintergrund des wachsenden Bedarfes an qualifizierten Arbeitskräften und dem steigenden Fachkräftemangel an Bedeutung.

Der vorliegende Trendreport „Rehabilitation in NRW“ beschäftigt sich in diesem Zusammenhang mit aktuellen Trends und neuen Herausforderungen in der Rehabilitationslandschaft und ihrer Bedeutung für den Standort Nordrhein-Westfalen. Hierfür wird der Begriff der Rehabilitation definiert (Kapitel 1), allgemeine Rahmenbedingungen und Entwicklungstendenzen aufgezeigt (Kapitel 2), und der Vorsorge- und Rehabilitationsstandort Nordrhein-Westfalen anhand quantitativer Daten skizziert sowie eine Einordnung im Bundesvergleich – auch mit Blick auf Patientenwanderungsströme – gegeben (Kapitel 3). Das vierte Kapitel umfasst aktuelle Trends und Herausforderungen, vom steigenden Rehabilitationsbedarf über neue integrative Versorgungsmodelle und Kooperationsformen im Gesundheitswesen bis hin zu neuen Angeboten in der Rehabilitation, und versucht darzustellen, welche Bedeutung diese Trends für die Rehabilitation in NRW haben.

1 Definition und Ziele von Rehabilitation

Mit Maßnahmen der Rehabilitation wird allgemein das Ziel verfolgt, Personen bei der Wiederherstellung oder dem Erhalt der Leistungsfähigkeit zu unterstützen. Hierbei werden drei Ebenen unterschieden: Leistungen zur *medizinischen Rehabilitation* haben das Ziel, nach Erkrankungen die Leistungsfähigkeit einer Person wiederherzustellen, die Erhaltung seiner Erwerbsfähigkeit zu fördern und möglichen Behinderungen oder möglicher Pflegebedürftigkeit vorzubeugen. Leistungen zur *beruflichen Rehabilitation* fördern eine Eingliederung von Personen zurück in das Arbeitsleben. Die *soziale Rehabilitation* umfasst alle Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Sie zielt somit auf die Bewältigung der alltäglichen Anforderungen und der Wiedereingliederung in das soziale Umfeld.

Der Schwerpunkt der folgenden Ausführungen liegt auf dem Bereich der medizinischen Rehabilitation, bei dem grundsätzlich differenziert wird zwischen

- *medizinischen Vorsorgeleistungen*, die dazu dienen, eine Schwächung der Gesundheit zu beheben, Gefährdungen entgegenzuwirken und Einschränkungen zu vermeiden;
- *medizinischen Rehabilitationsleistungen*, welche bei bereits bestehenden Erkrankungen und Behinderungen ansetzen, mit dem Ziel diese zu beseitigen, zu verbessern und drohende Pflegebedürftigkeit zu verhindern;
- *Anschlussheilbehandlungen (AHBs)* als medizinische Rehabilitationsmaßnahmen, die unmittelbar an eine erfolgte Akutbehandlung anschließen und
- *Frührehabilitationen* in Akutkrankenhäusern.

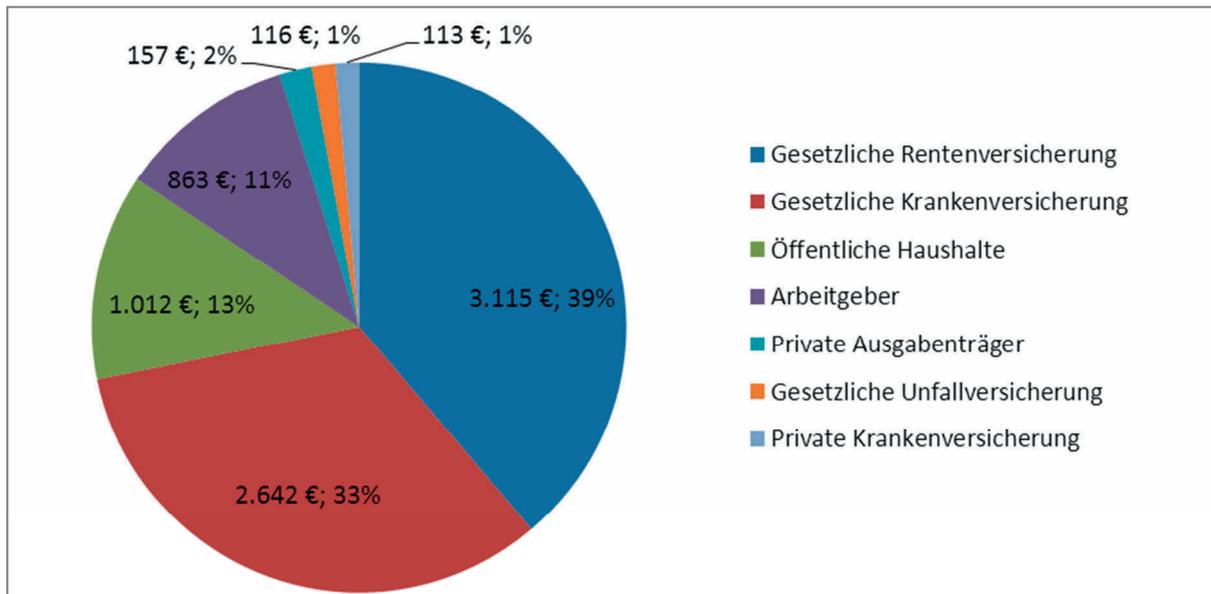
In der Regel werden medizinische Rehabilitationsmaßnahmen sowohl in stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen als auch in ambulanter Form durchgeführt, wobei der Fokus in Deutschland auf stationären Behandlungen liegt.

Vorsorge- bzw. Rehabilitationseinrichtungen sind demnach Einrichtungen, die der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation dienen, in denen fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal darauf eingerichtet sind, den Gesundheitszustand der Patienten nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln einschl. Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder Arbeits- und Beschäftigungstherapie, ferner durch andere geeignete Hilfen, auch durch geistige und seelische Einwirkungen, zu verbessern und den Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte zu helfen und in denen Patienten untergebracht und gepflegt werden können (gbe-bund.de).

Insgesamt betragen die Ausgaben für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen im Jahr 2008 in Deutschland über 8 Millionen Euro und machten somit rund 3 % der gesamten Gesundheitsausgaben aus, wobei der Großteil auf die drei Bereiche therapeutische und pflegerische Leistun-

gen (2,9 Mio. €), Unterkunft und Verpflegung (2,7 Mio. €) und ärztliche Leistungen (1,5 Mio. €) entfiel. Rehabilitationsleistungen sind aufgrund von unterschiedlichen Zielrichtungen Aufgabe der verschiedenen Sozialversicherungsträger, wobei insbesondere die gesetzliche Rentenversicherung mit 3,1 Mio. € im Jahr 2008 (39 %) und die gesetzliche Krankenversicherung mit 2,6 Mio. € (33 %) die Mehrzahl der Maßnahmen finanziert.

Abbildung 1: Ausgaben für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach Ausgabenträgern in Millionen Euro, 2008



Quelle: Statistisches Bundesamt 2010, Berechnung und Darstellung: IAT

Die Gesetzliche Rentenversicherung ist in der Regel zuständig, wenn durch eine Rehabilitation Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit abgewendet werden können (Stichwort: Reha vor Rente). Die Gesetzliche Krankenversicherung finanziert Rehabilitationsleistungen, um Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen oder ihre Verschlimmerung zu verhüten (Reha vor Pflege). Weitere Träger sind öffentliche Haushalte mit 13 % der Leistungen, Arbeitgeber mit 11 %, Private Träger, die gesetzliche Unfallversicherung sowie die private Krankenversicherung.

2 Rahmenbedingungen

Die Rehabilitation ist eine wichtige Säule der gesundheitlichen Versorgungslandschaft, wobei sich Deutschland insbesondere durch einen bedeutenden stationären Vorsorge- und Rehabilitationssektor auszeichnet. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und der damit verbundenen wirtschaftlichen Problematiken, mit welchen sich das System der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung konfrontiert sieht, steht auch der Bereich der Rehabilitation unter

enormen gesundheitspolitischen Neustrukturierungs- und Einsparbemühungen mit dem Ziel einer stärkeren Kosten-Nutzen-Orientierung.

Einen großen Einfluss auf den Rehabilitationssektor hatten hierbei v.a. das Beitragsentlastungsgesetz und das Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz aus den Jahren 1996/1997 mit den zentralen Änderungen der Verkürzung der Regeldauer von Rehabilitationen und Kuren von vier auf drei Wochen, der Vergrößerung des Wiederholungsintervalls sowie der erhöhten Zuzahlungen für Patienten. Diese Neuerungen bewirkten auf dem Rehabilitationsmarkt einen Einbruch der Fallzahlen, die Belegungsrate ging um knapp 30% zurück (vgl. Hibbeler 2008: A1427). Zwar hat sich die Auslastung und die Belegung der Rehabilitationseinrichtungen in den darauf folgenden Jahren stabilisiert und zwischenzeitlich gar eine positive Entwicklung gezeigt, dennoch ist die Anzahl deutscher Vorsorge- und Rehabilitationskliniken insgesamt kontinuierlich rückläufig. Waren es vor Inkrafttreten der Reform im Jahre 1996 noch 1.404 Vorsorge- und Rehabilitationskliniken mit 189.888 Betten, so standen 2008 nur noch 1.239 Kliniken (-12 %) mit 171.060 Betten (-10 %) zur Verfügung. Im gleichen Zeitraum stieg jedoch die Zahl der Fälle um knapp 5 % an, bei einem Rückgang der durchschnittlichen Verweildauer der Patienten von über 30 Tagen auf 25,3 Tage (-16 %) (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Entwicklung zentraler Indikatoren der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Deutschland, 1994-2008

Jahr	Einrichtungen	Betten	Fallzahl	Ø Verweildauer
1996	1.404	189.888	1.916.531	30,2
1997	1.387	188.869	1.575.454	27,3
1998	1.395	190.967	1.746.345	26,4
1999	1.398	189.597	1.915.334	26,0
2000	1.393	189.822	2.046.227	25,8
2001	1.388	189.253	2.096.904	25,5
2002	1.343	184.635	2.041.272	25,5
2003	1.316	179.789	1.899.558	25,9
2004	1.294	176.473	1.889.362	25,1
2005	1.270	174.479	1.813.990	25,8
2006	1.255	172.717	1.836.681	25,6
2007	1.239	170.845	1.942.566	25,5
2008	1.239	171.060	2.009.526	25,3
Veränderung in %	-11,8	-9,9	+4,9	-16,2

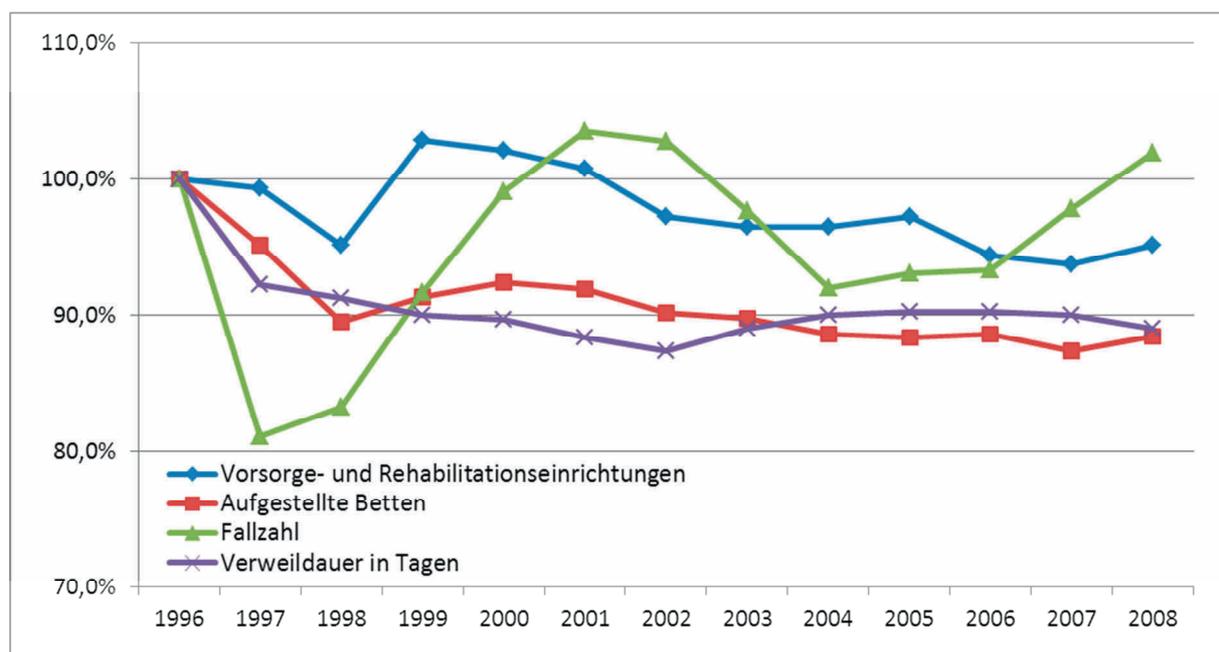
Quelle: Statistisches Bundesamt 2009a, Berechnung und Darstellung: IAT

Neben in der Vergangenheit zu beobachtenden allgemeinen rückläufigen Tendenzen im Bereich der medizinischen Rehabilitation haben jedoch einige Leistungsbereiche in den letzten Jahren ihre Bedeutung steigern können und somit auch zur Steigerung der Fallzahlen insgesamt beigetragen. Hierbei ist zum einen der deutliche Anstieg an Anschlussheilbehandlungen (AHBs), aber auch die Zunahme ambulanter Rehabilitationen zu nennen. Zudem sorgen der demografische Wandel und eine Verschiebung der Krankheitsbilder hin zu einer wachsenden Zahl chronischer Erkrankungen für eine (auch zukünftig) steigende Nachfrage nach medizinischen Rehabilitationsleistungen. So kommt eine aktuelle Studie des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung zu dem Ergebnis, dass allein unter demografischen Gesichtspunkten ein Anstieg der Rehabilitationsfälle um insgesamt 6,3 % bzw. um 0,43 % pro Jahr zwischen 2006 bis 2020 zu erwarten ist (Augurzky et al. 2009).

3 Rehabilitation in Nordrhein-Westfalen

Auch die nordrhein-westfälische Vorsorge- und Rehabilitationslandschaft war von den Einschnitten der Rahmengesetzgebung Mitte der 90er Jahre betroffen, welches sich v.a. am deutlichen Einbruch der Fallzahlen im Jahr 1997 zeigt. Gleichzeitig zeigt sich in NRW ebenfalls analog zur bundesweiten Entwicklung nach starken Schwankungen eine erneute – insbesondere in den letzten Jahren – positive Entwicklung der Fallzahlen bei einer geringeren Zahl an Einrichtungen, aufgestellten Betten und einer niedrigeren Verweildauer.

Abbildung 2: Entwicklung zentraler Indikatoren der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Nordrhein-Westfalen, 1991-2008, Index=1991

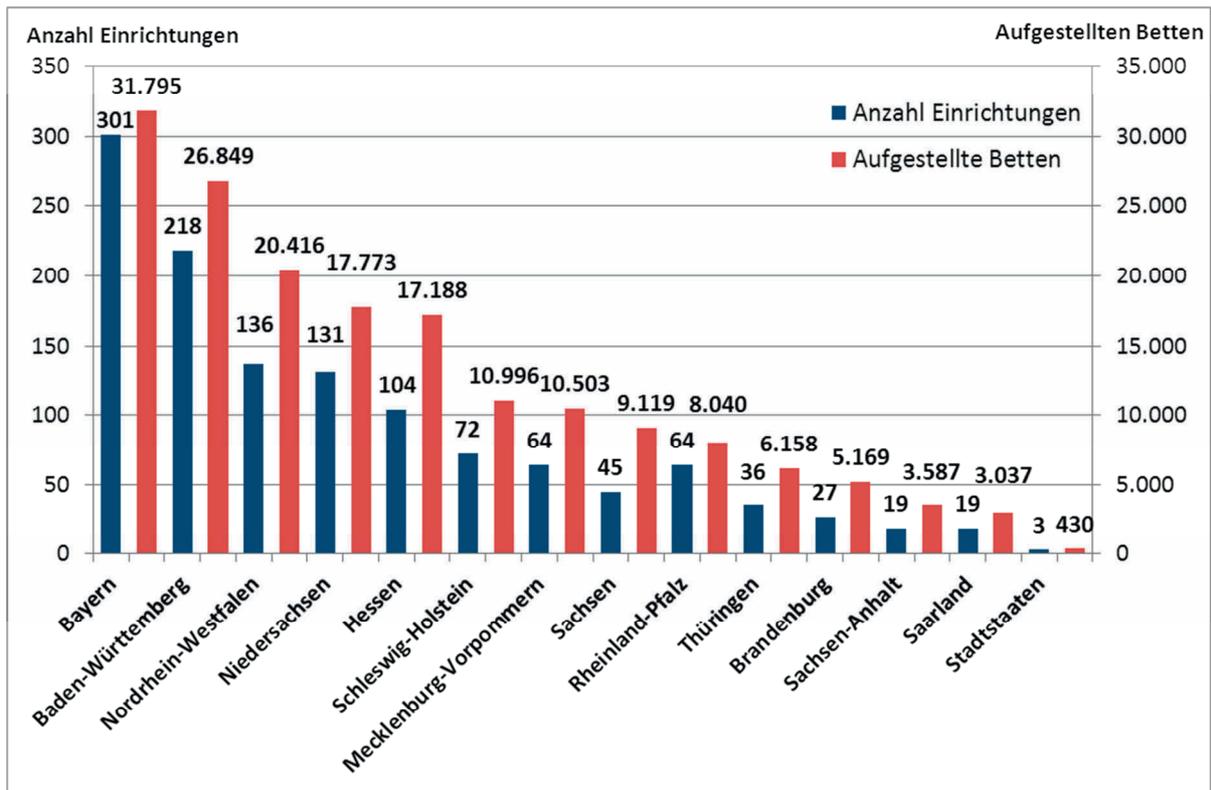


Quelle: Statistisches Bundesamt 2009a, Berechnung und Darstellung: IAT

3.1 Rehabilitationsstandort NRW im Vergleich

Im Jahr 2008 verfügt Nordrhein-Westfalen über insgesamt 136 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, die 20.416 aufgestellten Betten im Jahresdurchschnitt bereithalten. Somit zeichnet sich NRW durch eine dichte Versorgungslandschaft aus und ist nur nach Bayern mit 301 Einrichtungen und 31.795 Betten und Baden-Württemberg mit 218 Einrichtungen und 26.849 aufgestellten Betten drittgrößter stationärer Rehabilitationsanbieter in Deutschland.

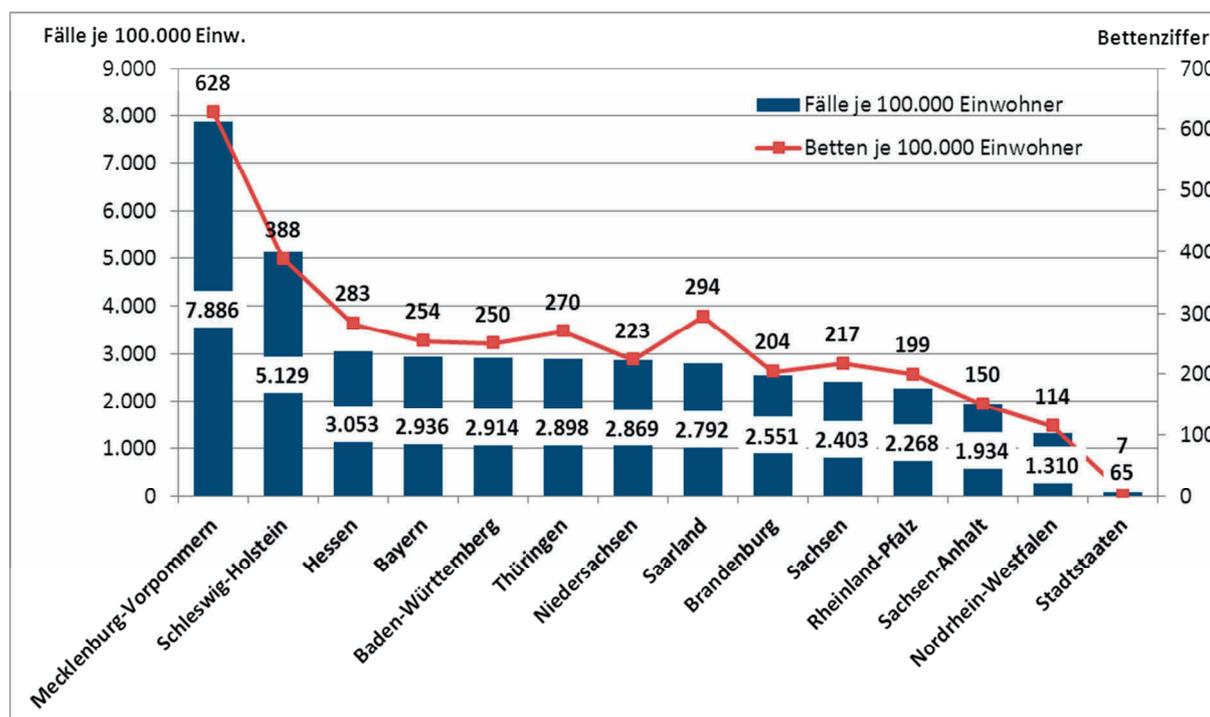
Abbildung 3: Anzahl Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und aufgestellte Betten nach Bundesländern, 2008



Quelle: Statistisches Bundesamt 2009a, Berechnung und Darstellung: IAT

Vergleicht man nun aber die vorgehaltenen Bettenkapazitäten und Fallzahlen pro 100.000 Einwohner, zeigt sich ein gänzlich anderes Bild. In dem Fall liegt Nordrhein-Westfalen mit einer Bettenziffer von 114 und 1.310 Fällen je 100.000 Einwohner – unter Nichtberücksichtigung der Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg – an letzter Stelle im Bundesvergleich. Die größte Dichte weist in dieser Hinsicht Mecklenburg-Vorpommern mit 7.886 Fällen sowie 628 Betten pro 100.000 Einwohner auf, welches einem sechsfachen Volumen von Nordrhein-Westfalen entspricht. Ebenfalls eine hohe Dichte und damit wichtiger Rehabilitationsstandort in Deutschland ist Schleswig-Holstein mit einer Fallzahl von 5.129 je 100.000 Einwohner sowie einer Bettenziffer von 388.

Abbildung 4: Anzahl der Fälle und Betten je 100.000 Einwohner nach Bundesländern, 2008



Quelle: Statistisches Bundesamt 2009a, Berechnung und Darstellung: IAT

3.2 Patientenwanderungsströme

Insgesamt zeichnet sich Nordrhein-Westfalen somit in absoluten Zahlen durch einen bedeutenden und leistungsstarken stationären Vorsorge- und Rehabilitationssektor aus, der jedoch gemessen an der großen Einwohnerzahl des Landes vergleichsweise klein ist. Dies bedeutet auch, dass NRW neben den Patienten in den eigenen Kliniken gleichzeitig noch viele Rehabilitationspatienten in andere Bundesländer „exportiert“. So haben in den nordrhein-westfälischen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten¹ mit 169.791 der insgesamt 208.453 Patienten 81,5 % ihren Wohnort ebenfalls im Bundesland, hinzukommen knapp 9 % Patienten aus dem angrenzenden Niedersachsen, die restlichen 10 % stammen aus dem übrigen Bundesgebiet sowie 0,3 % aus dem Ausland.

¹ Die Diagnosestatistik des Statistischen Bundesamts umfasst Patienten- und Wanderungsdaten nur für Einrichtungen mit über 100 Betten. Zwar machen Einrichtungen mit über 100 Betten an der Gesamtzahl der Einrichtungen nur etwas über die Hälfte aus, diese decken aber in NRW mit 208.453 der insgesamt 235.380 Fälle im Jahr 2008 (88,6 %) den Großteil der Patienten ab, so dass keine gravierende Verzerrungen der Wanderungsströme zu erwarten sind.

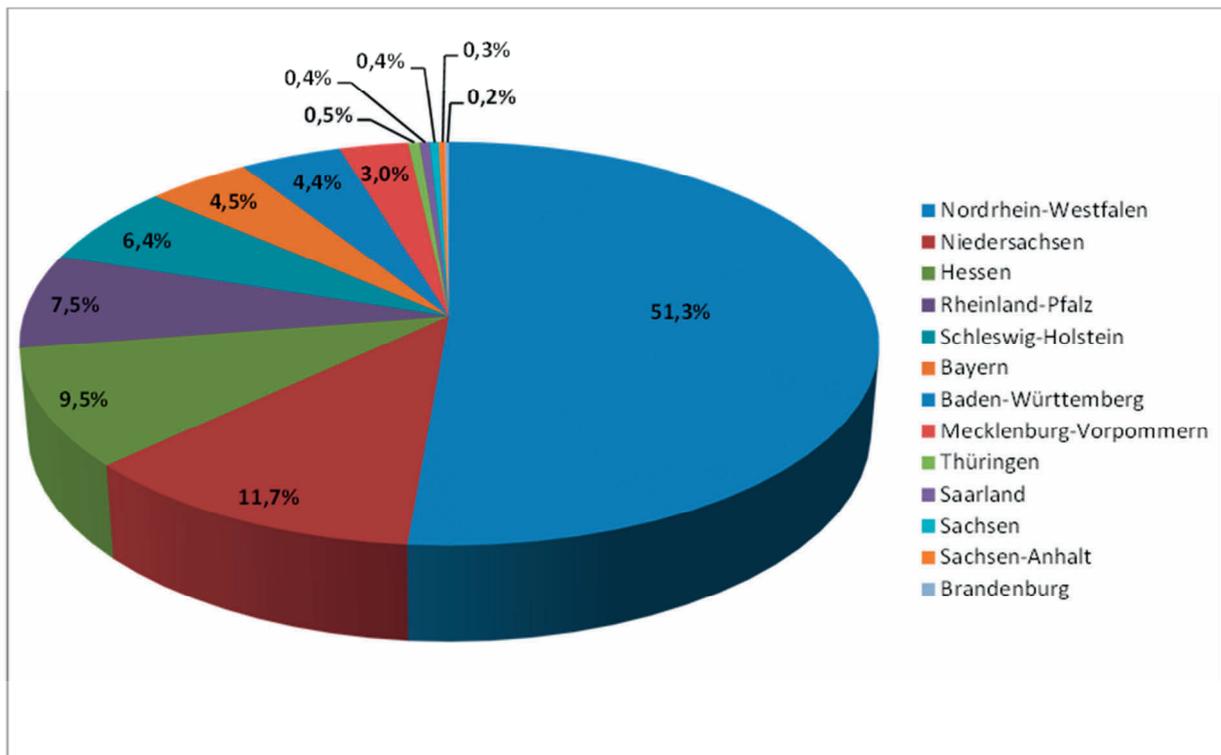
Tabelle 2: Aus den Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit über 100 Betten in NRW entlassene vollstationäre Patienten 2008 nach Herkunftsland

Herkunftsland	Anzahl	in %	Herkunftsland	Anzahl	in %
Nordrhein-Westfalen	169.791	81,5%	Berlin	1.052	0,5%
Niedersachsen	17.911	8,6%	Thüringen	701	0,3%
Hessen	4.397	2,1%	Sachsen	687	0,3%
Rheinland-Pfalz	3.214	1,5%	Sachsen-Anhalt	676	0,3%
Schleswig-Holstein	1.994	1,0%	Ausland	626	0,3%
Bremen	1.980	0,9%	Brandenburg	552	0,3%
Bayern	1.657	0,8%	Mecklenburg-Vorpommern	377	0,2%
Baden-Württemberg	1.424	0,7%	Saarland	277	0,1%
Hamburg	1.137	0,5%	Insgesamt	208.453	100,0%

Quelle: Statistisches Bundesamt 2009b, Berechnung und Darstellung: IAT

Betrachtet man nun die Reha-Patienten mit Wohnort Nordrhein-Westfalen, zeigt sich, dass mit 51 % nur etwas über die Hälfte der Patienten für die Rehabilitationsbehandlung auch in den Kliniken im eigenen Land bleibt. Zudem lassen sich 11,7 % der nordrhein-westfälischen Patienten in Niedersachsen, 9,5 % in Hessen, 7,5 % in Rheinland-Pfalz und 6,4 % im nördlichsten Bundesland Schleswig-Holstein behandeln.

Abbildung 5: Behandlungsorte der Rehabilitationspatienten mit Wohnort in NRW, 2008



Quelle: Statistisches Bundesamt 2009b, Berechnung und Darstellung: IAT

In absoluten Zahlen ausgedrückt bedeutet dies: Nordrhein-Westfalen hat einen Zustrom von gut 38.000 Rehabilitationspatienten im Jahr 2008 erfahren. Bei einer gleichzeitigen Patientenabwanderung von über 160.000 ergibt sich somit eine negative Wanderungsbilanz im Bereich der Rehabilitation von 122.236 und eine Abwanderungsquote von -58,6 %. Im Bundesvergleich wird diese Abwanderungsquote nur noch von Brandenburg übertroffen. Hohe positive Wanderungssalden hingegen konnten die Länder Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein erzielen.

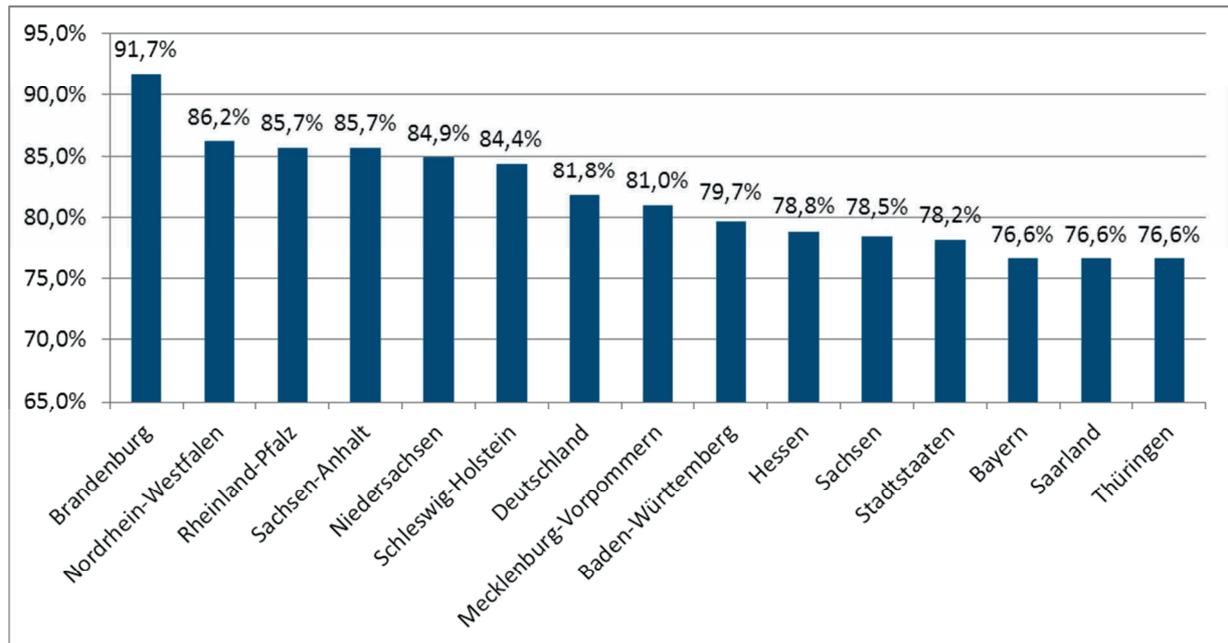
Tabelle 3: Reha-Patientenströme in NRW, 2008

Fallzahl	208.453
Patientenzustrom	38.662
Patientenabwanderung	160.898
Nettowanderung	122.236
Abwanderungsquote	-58,6%

Quelle: Statistisches Bundesamt 2009b, Berechnung und Darstellung: IAT

Trotz der hohen Patientenabwanderungen aus Nordrhein-Westfalen in Vorsorge- und Rehabilitationskliniken anderer Bundesländer, zeichnen sich die Einrichtungen in NRW durch überdurchschnittlich hohe Auslastungszahlen aus. So beträgt die durchschnittliche Auslastung der nordrhein-westfälischen Einrichtungen im Jahr 2008 86,2 % und liegt damit nur hinter Brandenburg auf dem zweithöchsten Auslastungsniveau und weit über dem Bundesdurchschnitt von 81,8 %. Dies bedeutet auch, dass Patientenabwanderungen aus NRW in andere Bundesländer vermutlich auch unter Aspekten der für die Einwohnerdichte geringen stationären Rehabilitationskapazitäten erfolgen. Darüber hinaus wird ein Teil der Rehabilitationen von Sozialversicherungsträgern finanziert, die über eigene Einrichtungen verfügen, die größtenteils aber nicht in Nordrhein-Westfalen, sondern in anderen Bundesländern liegen. In diesem Fall haben die Träger allein unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten ein Interesse daran, Patienten bevorzugt in ihre eigenen Kliniken zu schicken. Zudem spielt auch die Nutzung von geologischen ortsgebundenen Gegebenheiten wie zum Beispiel dem Seeklima als natürliches gesundheitsförderndes Heilmittel eine Rolle.

Abbildung 6: Auslastung der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in %, Deutschland, 2008

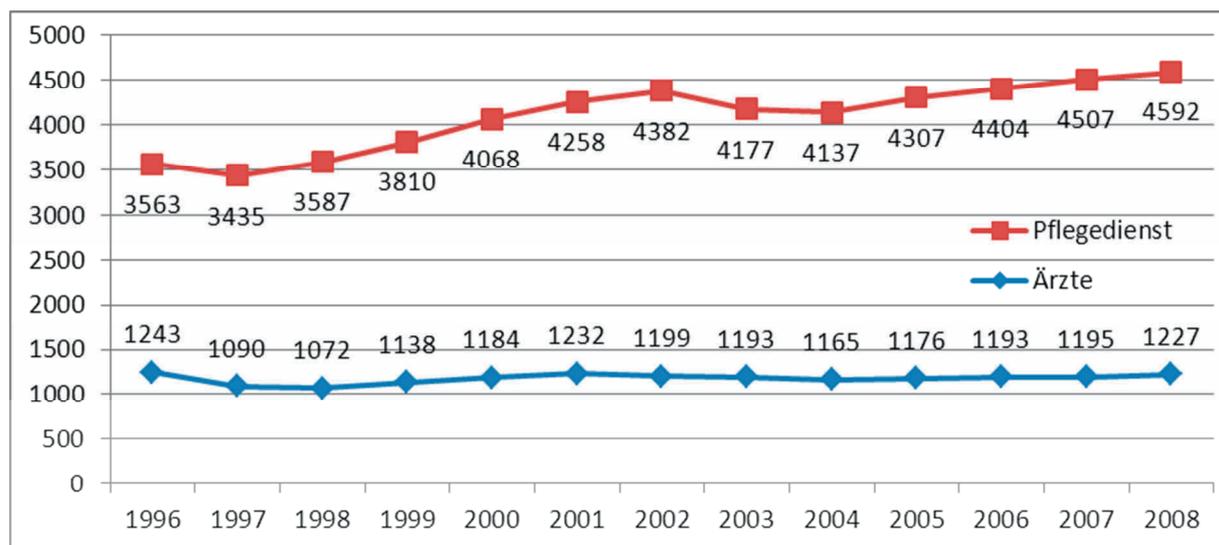


Quelle: Statistisches Bundesamt 2009a, Berechnung und Darstellung: IAT

3.3 Rehabilitationssektor als Wirtschaftsfaktor

Die stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen stellen für Nordrhein-Westfalen nicht nur unter medizinischen Versorgungsaspekten, sondern auch unter wirtschaftlichen und beschäftigungspolitischen Gesichtspunkten einen relevanten Sektor dar. Im Jahr 2008 waren in den Einrichtungen in NRW insgesamt 15.591 Beschäftigte tätig, hierunter 1.227 hauptberuflich tätige Ärzte sowie 4.592 Mitarbeiter im Pflegedienst. Insbesondere das Pflegepersonal konnte seine Beschäftigungsrelevanz in den letzten Jahren bis auf geringe Ausnahmen kontinuierlich steigern.

Abbildung 7: Personal im ärztlichen und pflegerischen Dienst in den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in NRW, 1996 - 2008



Quelle: Statistisches Bundesamt 2009a, Berechnung und Darstellung: IAT

Neben der Beschäftigung und der direkten Wertschöpfung sichern die nordrhein-westfälischen Vorsorge- und Rehabilitationskliniken zusätzlich indirekte und induzierte Wertschöpfungseffekte im Land, die durch die Nachfrage der Kliniken in vorgelagerten und Zulieferbereichen sowie Ausgaben und Konsumeffekte der Patienten und Beschäftigten entstehen.² Diese sind insofern für das Land NRW von Interesse, da Rehabilitationskliniken einer Standortfixierung unterliegen und zwar teilweise auch abhängig vom Konjunkturgeschehen sind, indem Erwerbstätige aus Angst um den Verlust des Arbeitsplatzes in Krisenzeiten auf längerfristige Vorsorge- oder Rehabilitationsphasen verzichten, jedoch in weitaus geringerem Ausmaß als andere Branchen.

Eine Studie der Prognos AG aus dem Jahr 2009 hat darüber hinaus erstmals den wirtschaftlichen Nutzen der medizinischen Rehabilitation in Deutschland berechnet. Das Ergebnis: Bereits heute erhält die Volkswirtschaft für jeden in die medizinische Rehabilitation investierten Euro 5 Euro zurück. In den nächsten Jahren steigt die volkswirtschaftliche Rendite der Expertise zufolge weiter deutlich an, von rund 5,8 Mrd. Euro im Jahr 2005 auf rund 23 Mrd. Euro im Jahr 2025. Berechnet wurden diese Erkenntnisse auf Basis der Daten der Deutschen Rentenversicherung in den Indikationsbereichen Kardiologie, Pneumologie, Orthopädie (Rückenschmerzen), Psychosomatik und Sucht (vgl. Prognos AG 2009).

² Vgl. hierzu exemplarisch Prognos AG 2010.

3.4 Regionale Verteilung in Nordrhein-Westfalen

Mit Blick auf die regionale Verteilung der Vorsorge- und Rehabilitationskliniken in Nordrhein-Westfalen ist festzuhalten, dass der Regierungsbezirk Detmold mit 43 Einrichtungen, 8.845 aufgestellten Betten und einer Fallzahl von 106.920 Patienten im Jahr 2008 den bedeutendsten Standort in NRW darstellt. Der Regierungsbezirk Detmold gleicht geografisch der Region Ostwestfalen-Lippe, welche nicht nur regional sondern auch unter überregionaler Perspektive mit den Standorten Bad Oeynhausen, Bad Salzuflen, Bad Lippspringe und Bad Driburg eine der dichtesten Kur- und Heilbäderregionen Deutschlands darstellt.

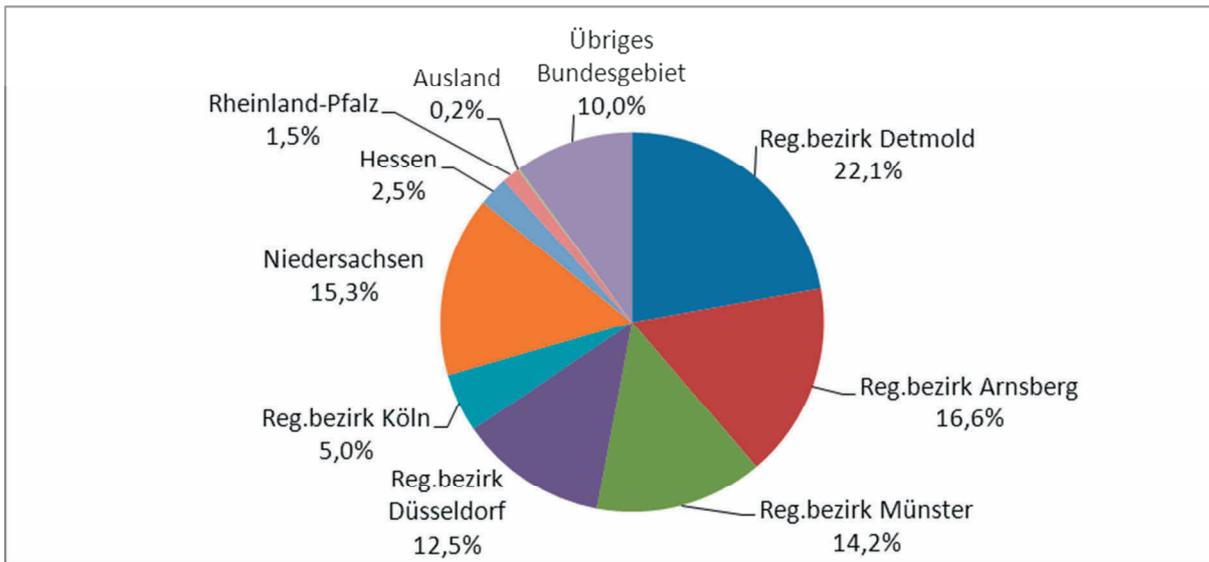
Tabelle 4: Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Betten und Fallzahlen nach Regierungsbezirken in NRW, 2008

	Anzahl Einrichtungen	Aufgestellte Betten	Fallzahl
Detmold	43	8.845	106.920
Arnsberg	40	5.828	60.613
Köln	31	3.342	38.314
Düsseldorf	14	1.828	21.395
Münster	8	573	8.139
NRW gesamt	136	20.416	235.380

Quelle: Information und Technik NRW 2009a, Berechnung und Darstellung: IAT

Die Bedeutung der Region Ostwestfalen-Lippe für den Rehabilitationsbereich in Nordrhein-Westfalen verdeutlicht sich auch am Blick auf die Wanderungsströme und Herkunftsgebiete der Patienten in den Kliniken im Regierungsbezirk Detmold. Insgesamt 71 % der Patienten haben ihren Wohnsitz auch in NRW, hierunter nur 22 % im Bezirk Detmold, zudem 17 % in Arnsberg, 14 % in Münster, 13 % in Düsseldorf und 5 % in Köln. Es zeigt sich, dass die 43 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen im Raum Detmold für die Versorgung der nordrheinwestfälischen Patienten einen bedeutenden Standort darstellen. Aber auch unter überregionaler Perspektive zeichnet sich Ostwestfalen-Lippe durch Versorgungsströme über NRW-Durchschnitt aus: jeder vierte in den ostwestfälischen Rehabilitationseinrichtungen behandelte Patient kommt nicht aus NRW. Der Hauptanteil stammt aus dem angrenzenden Niedersachsen (15 %), zudem stammen 2,5 % der Patienten aus Hessen, 1,5 % aus Rheinland-Pfalz sowie weitere 10 % aus dem übrigen Bundesgebiet. Das Ausland hat als Herkunftsgebiet mit 0,2 % hingegen kaum eine Bedeutung.

Abbildung 8: Herkunft der in Rehabilitationseinrichtungen im Kreis Detmold behandelten Patienten, 2008



Quelle: Information und Technik NRW 2009b, Berechnung und Darstellung: IAT

Neben Detmold stellt auch die Region Arnsberg ein „Überschuss-Gebiet“ dar, welches bedeutet, dass mehr Patienten in den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen behandelt werden als dort zahlenmäßig Patienten ihren Wohnsitz haben. Im Regierungsbezirk Köln halten sich die Zahl der Patienten nach Wohnort und nach Behandlungsort in etwa die Waage, während die Bezirke Münster und Düsseldorf als „Defizit-Gebiete“ bezeichnet werden können, das heißt, dass entsprechend der Bevölkerungsdichte weniger Patienten in den vorhandenen Kliniken behandelt werden.

3.5 Indikationsbereiche

Wie auch bundesweit stellt die Orthopädie in Nordrhein-Westfalen mit 6.341 aufgestellten Betten den größten Indikationsbereich der Vorsorge- und Rehabilitationslandschaft dar, gefolgt von der Inneren Medizin mit 4.732 Betten und der Neurologie mit 3.477 aufgestellten Betten im Jahr 2008. In den letzten Jahren deutlich an Relevanz zulegen konnten insbesondere die Bereiche der Psychiatrie und Psychotherapie, welche im Jahr 2008 12,6 % aller aufgestellten Betten ausmachten, die Psychotherapeutische Medizin sowie der Bereich der geriatrischen Rehabilitation.

Tabelle 5: Aufgestellte Reha-Betten nach Indikationsbereichen NRW, 2008

Fachrichtung	Aufgestellte Betten	in %
Orthopädie	6.341	31,1%
Innere Medizin	4.732	23,2%
Neurologie	3.477	17,0%
Psychiatrie und Psychotherapie	2.571	12,6%
Psychotherapeutische Medizin	1.695	8,3%
Geriatric	942	4,6%
Sonstige Fachbereiche	327	1,6%
Kinderheilkunde	153	0,7%
Physikalische und rehabilitative Medizin	83	0,4%
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	80	0,4%
Haut- und Geschlechtskrankheiten	15	0,1%

Quelle: Statistisches Bundesamt 2009a, Berechnung und Darstellung: IAT

4 Trends und Herausforderungen

4.1 Rehabilitationsbedarf

4.1.1 Demografisch bedingter Anstieg des Rehabilitationsbedarfes

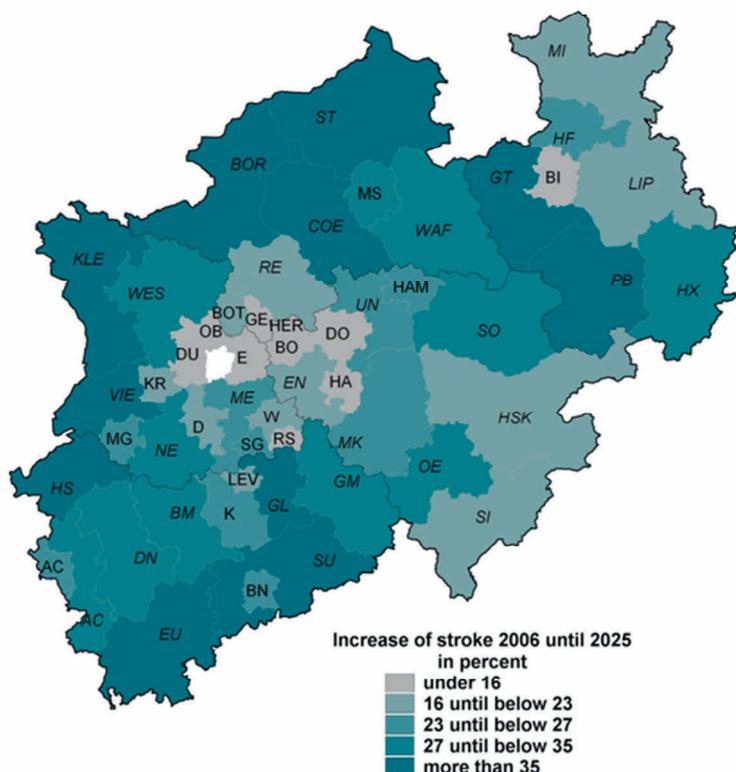
Wie bereits angesprochen, wird in Zukunft rein unter demografischen Gesichtspunkten der Rehabilitationsbedarf weiter ansteigen. Schon heute stellt die Gruppe der über 65-Jährigen mit 100.500 Fällen der insgesamt in nordrhein-westfälischen Rehabilitationseinrichtungen mit über 100 Betten behandelten 208.453 Fälle fast die Hälfte der Patienten in den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Hiervon entfällt mit 29.917 Fällen knapp jede dritte Rehabilitationsmaßnahme von älteren Patienten auf Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes, ein weiterer wichtiger Bereich sind mit 25.109 Fällen und damit rund ein Viertel der Fälle Erkrankungen des Kreislaufsystems (Information und Technik NRW 2009b).

Hierbei variiert die Betroffenheit von Erkrankungen in den unterschiedlichen Regionen NRWs zum Teil erheblich. So ist das Ruhrgebiet als Region mit einer vergleichsweise alten Bevölkerung von Krankheitsbildern, welche in höheren Altersklassen überproportional vertreten sind, besonders betroffen. Auch für die Zukunft werden die Häufigkeiten für die verschiedenen Erkrankungen aufgrund der unterschiedlichen Bevölkerungsentwicklungen in den Kreisen und kreisfreien

Städten NRWs in unterschiedlichem Maß ansteigen. Abbildung 9 verdeutlicht dies exemplarisch an der prognostizierten Entwicklung der Schlaganfallhäufigkeit in NRW von 2006-2025.

Abbildung 9: Entwicklung der Schlaganfallhäufigkeit in NRW, 2006-2025

Entwicklung Schlaganfallhäufigkeit in NRW 2006 - 2025
(2006 n=41.050; 2025 n=52804)



Quelle: Bandemer / Bartig / Sorgenfrei 2008: 4

Insgesamt wird die Zahl der Schlaganfälle in Nordrhein-Westfalen bis 2025 um ca. 29 % zunehmen, hierbei wird das Ruhrgebiet jedoch weniger betroffen sein als andere Regionen in NRW. So weisen beispielsweise die Kreise Coesfeld, Rhein-Sieg, Gütersloh, Paderborn oder Kleve Zuwachsraten der Schlaganfallhäufigkeit von über 35 % auf, hingegen belaufen sich die prognostizierten Zuwächse in den Städten Gelsenkirchen, Hagen, Duisburg, Essen und Herne nur etwa auf 5 %. Ein Blick auf die Schlaganfallhäufigkeit im Verhältnis zur Einwohnerzahl zeigt jedoch, dass die vergleichsweise positive Entwicklung des Ruhrgebietes auf zu erwartende Bevölkerungsrückgänge in dieser Region zurückzuführen ist (vgl. Bandemer / Bartig / Sorgenfrei 2008).

Zusammenfassend lässt sich somit resümieren, dass im Zuge des demografischen Wandels aufgrund der Zunahme von Erkrankungen, die im Alter überproportional vertreten sind und für die – zumindest teilweise – Rehabilitationsbedarf nach der Akutbehandlung entsteht, die Anforderung

rungen und der Bedarf an Rehabilitationen in Zukunft in Nordrhein-Westfalen weiter steigen wird.

Zusätzlich stellt der Faktor der Verweildauerkürzung im Akutbereich einen weiteren Einflussfaktor auf Rehabilitationsbedarf und -herausforderungen dar. Im Zuge der Reduktion der Verweildauer im Krankenhaus und einem zeitigeren Übergang der Patienten in die Rehabilitationsmaßnahmen, kommt dem Vorhandensein entsprechender Angebote sowie der Kontinuität und Vernetzung zwischen Akutversorgung und Rehabilitation gerade bei älteren Patienten eine hohe Bedeutung zuteil. Dies gilt umso mehr für Krankheitsbilder, bei denen der frühzeitigen Nachsorge und Rehabilitation eine verbesserte Heilungschance beigemessen wird. Unter den 30 häufigsten Diagnosen von Patienten über 65 Jahren betrifft dies insbesondere das prognostizierte Kürzungspotenzial der Versorgungstage in den vier Diagnosen Hirninfarkt (I63), Schlaganfall (I21), Hüft- sowie Kniegelenksendoprothesen (M16 bzw. M17), die in den meisten Fällen eine Rehabilitation nach sich ziehen.

Abbildung 10: Potenzial zur Verweildauerreduktion in den TOP 30 Diagnosen über 65 Jahre

TOP 30 Prozent Diagnosen über 65 Jahre			Versorgungstage		
ICD	Bezeichnung	Fallzahl	durchschn. Verweildauer	Aktuell	Reduzierungspotenzial
I50	Herzinsuffizienz	306.191	11	3.460.998	1.623.852
I63	Hirninfarkt	174.282	13	2.228.993	1.531.865
I20	Angina pectoris	169.254	5	838.561	330.799
I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	151.337	6	903.981	298.633
I21	Akuter Myokardinfarkt	142.581	9	1.250.402	680.078
S72	Fraktur des Femurs	132.150	16	2.169.322	1.376.422
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	126.219	6	724.520	219.644
J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	124.621	10	1.219.249	471.523
E11	Typ-2-Diabetes	123.632	13	1.564.228	946.068
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	123.310	6	678.286	61.736
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	121.612	11	1.384.610	776.550
J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankung	120.424	10	1.236.784	514.240
I70	Atherosklerose	115.423	12	1.412.627	1.066.358
C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	109.809	8	880.037	1.565
M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	99.394	13	1.341.596	844.626
R55	Synkope und Kollaps	92.350	5	484.657	299.957
K80	Cholelithiasis	87.594	7	587.233	324.451
G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	80.626	7	529.284	287.406
	Summe	2.400.809		22.895.366	11.655.771

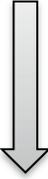
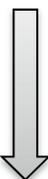
Quelle: InEK Begleitforschung 2008, Statistisches Bundesamt Diagnosestatistik 2008, eigene Berechnung und Darstellung

4.1.2 Geriatrische Rehabilitation

Unter der Perspektive der Alterung der Gesellschaft wird nicht nur allgemein der Rehabilitationsbedarf in den verschiedenen Indikationsbereichen zukünftig ansteigen, auch kommt der geriatrischen Rehabilitation als spezialisierte Fachdisziplin für ältere Menschen eine herausragende Stellung zu. Hierbei ist der geriatrische Patient nach Definition der Arbeitsgruppe der Bundesar-

beitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V., der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V. gekennzeichnet durch eine vorrangig geriatrietypische Multimorbidität und ein höheres Lebensalter (in der Regel 70 Jahre und älter) und benötigt eine interdisziplinäre Behandlung mit spezieller Berücksichtigung der individuellen Lebenssituation:

Abbildung 11: Behandlungskonzept geriatrischer Patienten

Charakteristika des geriatrischen Patienten	
	Altersbedingte strukturelle und funktionelle Veränderungen von Organen und Geweben Funktionseinschränkungen mit reduzierten Reservekapazitäten Erhöhte Vulnerabilität Multimorbidität Drohende oder manifeste Einschränkungen der selbstständigen Lebensführung
Spezifischer Behandlungsbedarf	
	Umfassende Berücksichtigung des medizinischen, funktionellen und sozialen Status Einbeziehung persönlicher und externer Kontextfaktoren Transsektoraler/Interdisziplinärer/Multiprofessioneller Ansatz Behandlungsfokussierung auf Lebensqualität, Teilhabe und Selbstständigkeit Kontinuität des Behandlungsprozesses
Geriatrisches Behandlungskonzept	
	Identifikation des speziellen Behandlungsbedarfes (z.B. Screening, Assessment) Generalistische Behandlungsplanung und Durchführung Steuerung der transektoralen, interdisziplinären und multiprofessionellen Therapie Einbeziehung des Patienten und des sozialen Umfelds

Quelle: Bundesverband Geriatrie 2010: 14

Im Bereich der geriatrischen Versorgungsstrukturen liegt der Versorgungsschwerpunkt in Nordrhein-Westfalen auf der Akutmedizin. So entfielen im Jahr 2007 79,5 % aller geriatrischen Einrichtungen und 77,5 % aller aufgestellten geriatrischen Betten auf den Akutsektor. Die stationäre geriatrische Rehabilitation wurde im Jahr 2007 in NRW von 14 Einrichtungen mit 892 Betten und zehn teilstationären Plätzen übernommen (Statistisches Bundesamt 2009)³. Somit macht der Anteil geriatrischer Rehabilitationsbetten an allen stationären Rehabetten lediglich 4,4 % im Jahr 2007 aus.

Zur Weiterentwicklung der geriatrischen Versorgung in Nordrhein-Westfalen werden derzeit verschiedene Konzepte diskutiert und zum Teil auch bereits erprobt. Hierzu gehört die engere

³ Entgegen der offiziellen Daten des Statistischen Bundesamtes verzeichnet der Bundesverband Geriatrie für Nordrhein-Westfalen insgesamt 18 Rehabilitationsrichtungen mit geriatrischem Schwerpunkt, welche 1.124 Betten und 109 teilstationäre Plätze bereithalten (vgl. hierzu Bundesverband Geriatrie 2010).

Vernetzung der Geriatrie mit den Disziplinen Innere Medizin, Chirurgie, Neurologie mit dem Ziel einer besseren Identifikation und Versorgung geriatrischer Patienten, die Etablierung von Geriatriezentren, um verschiedene Versorgungsleistungen aus einer Hand anbieten zu können sowie die Bildung eines Versorgungsverbundes Geriatrie im Sinne eines Modellprojektes unter geriatrischen Kliniken zur Verbesserung des Schnittstellen- und Überleitungsmanagements (Bundesverband Geriatrie 2010).

Neben den bereits vorhandenen geriatrischen Vorsorge- und Rehabilitationskliniken spielt der Ausbau ambulanter und auch mobiler Versorgungsstrukturen in den nächsten Jahren eine Rolle. Den Grundstein hierfür bietet die Gesundheitsreform 2007 (GKV-WSG), die neben der Stärkung des Rechtsanspruchs auf Leistungen der medizinischen Rehabilitation auch die Mobile Rehabilitation ausdrücklich als Leistungsform zur medizinischen Rehabilitation im SGB V (§ 40) verankert. Mobile Rehabilitation ist eine Sonderform der ambulanten wohnortnahen Rehabilitation, bei dem aufsuchende Rehabilitationsmaßnahmen durch ein interdisziplinäres Team in der Häuslichkeit des Rehabilitanden erbracht werden und welche somit auch für Patienten in stationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt werden kann. Ziel ist es, der bis dato vorherrschenden Unterversorgung multimorbider Patientinnen und Patienten mit erheblichen Funktionsbeeinträchtigungen entgegenzuwirken. Dabei werden wichtige Kontextfaktoren und Ressourcen, wie die häusliche Umgebung, das soziale Umfeld und die Familie in die Rehabilitationsmaßnahmen einbezogen (MDS 2007).

Problematisch hingegen erweisen sich bei älteren pflegebedürftigen Patienten unklare Finanzierungs- und Abgrenzungsstrukturen der Kostenträger, wodurch der Zugang zur Rehabilitation für diese Zielgruppe erschwert wird. Insbesondere der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ als Zielrichtung von Rehabilitationsmaßnahmen ist in der Praxis nicht erfolgreich implementiert und insofern durch Fehlanreize geprägt, als dass die Kosten durch die gesetzlichen Krankenversicherungen getragen werden, die Erfolge (oder Misserfolge) jedoch an andere Stelle – in der Pflegeversicherung – verzeichnet werden. Gegen eine Trennung der Finanzierungslast für Rehabilitationsmaßnahmen und für eine Beteiligung der Pflegeversicherung als Träger der Rehabilitation von Pflegebedürftigen spricht sich in diesem Kontext auch die Kommission des 6. Altenberichts der Bundesregierung aus (BMFSFJ 2010). Darüber hinaus wirken sich die noch unzureichend vorhandenen, nicht flächendeckenden Versorgungsstrukturen hemmend auf die Inanspruchnahme von Rehabilitationen bei älteren Menschen aus.

4.1.3 Kinderrehabilitation

Viele gesundheitswirtschaftliche Diskussionen konzentrieren sich vor dem Hintergrund des demografischen Wandels stark auf das Altern der Gesellschaft und die Etablierung entsprechender Angebotsstrukturen für ältere Patienten. Hierbei wird jedoch vernachlässigt, dass auch die Kin-

der- und Jugendgesundheit zu einer zentralen Zukunftsherausforderung gehört, die im Rehabilitationsbereich noch unterrepräsentiert und somit in weiten Teilen von Unterversorgung betroffen ist. Insgesamt wurden im Jahr 2008 im gesamten Bundesgebiet 37.586 Kinderrehabilitationen der Deutschen Rentenversicherung durchgeführt. Zu den häufigsten Gründen für eine stationäre Heilbehandlung von Kindern und Jugendlichen zählen neben Asthma und psychischen Störungen auch die Therapie von Adipositas oder sonstiger Überernährung mit 18,4 % und somit fast jeder fünften durchgeführten Rehabilitationsmaßnahme.

Tabelle 6: Stationäre Kinderrehabilitation durch die Deutsche Rentenversicherung nach Diagnosen, 2008

Insgesamt	37.568
Asthma bronchiale	9.113
Psychische und Verhaltensstörungen ohne organische Störungen	7.538
Adipositas und sonstige Überernährung	6.918
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	3.314
Krankheiten des Atmungssystems ohne akute Infektionen	2.303
Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	1.920
Sonstige Krankheiten	1.822
Keine Aussage möglich	1.102
Krankheiten des Nervensystems	813
Diabetes mellitus	632
Bösartige Neubildungen	552
Chronische und nicht näher bezeichnete Bronchitis	428
Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege	393
Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	331
Entzündliche Polyarthropathien	184
Krankheiten des Verdauungssystems	169
Krankheiten der Niere und des Harnsystems	36

Quelle: Deutsche Rentenversicherung Bund 2009a, Berechnung und Darstellung: IAT

Mit Blick auf Nordrhein-Westfalen ist zu konstatieren, dass zwar insgesamt 5.639 Kinder und Jugendliche mit Wohnort in NRW im Jahr 2008 an einer stationären Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen haben, lediglich 1.490 Leistungen haben jedoch in Nordrhein-Westfalen stattgefunden (Deutsche Rentenversicherung Bund 2009a). Dies bedeutet, dass im Bereich der Kinderrehabilitation eine besonders große Abwanderung aus Nordrhein-Westfalen stattfindet.

Schaut man sich nun einmal beispielhaft die Prävalenz des Erkrankungsbildes Adipositas und Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen an, zeigt sich, dass der Bedarf an Kinderrehabilitatio-

nen auch in Nordrhein-Westfalen vorhanden ist und in Zukunft weiter ansteigen wird. So waren bei der Schuleingangsuntersuchung (im Alter von 6 Jahren) im Jahr 2007 in NRW 4,7 % der untersuchten Mädchen und Jungen adipös sowie weitere 6,5 % übergewichtig. Neben den flächendeckenden Daten der Schuleingangsuntersuchungen werden in Nordrhein-Westfalen zudem punktuell Schulentlassungsuntersuchungen durchgeführt. Wenngleich diese Daten nicht als repräsentativ angesehen werden können, so spiegeln sie dennoch die Tendenz wieder, dass bei Schulentlassung der Anteil der übergewichtigen und adipösen Jugendlichen gegenüber der Eingangsuntersuchung überproportional ansteigt und sich die Gewichtsproblematik somit während der Schulzeit noch verschärft (LIGA.NRW 2008).

Hierbei sind die Krankheitsbilder Adipositas und Übergewicht sowohl innerhalb der Bevölkerung als auch regional ungleich verteilt. Auffallend sind insbesondere höhere Werte bei Jugendlichen, Kindern aus Städtereichen, Kindern aus Familien mit niedrigem Bildungsstand und Kindern mit Migrationshintergrund (eine andere Erstsprache als deutsch). So lässt sich beispielsweise eine erhöhte Prävalenz adipöser Kinder im Ruhrgebiet aufzeigen, und auch der Anteil der übergewichtigen oder adipösen Kinder und Jugendliche mit Migrationsgrundhintergrund ist mit (9,3 % bzw. 7,4 %) gegenüber den Mädchen ohne Migrationshintergrund (5,9 % bzw. 3,6 %) auffallend höher. Jungen mit Migrationshintergrund sind sogar doppelt so häufig adipös (8,4 %) wie Jungen ohne Migrationshintergrund (3,7 %) (LIGA.NRW 2007).

Besonders bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang der Vergleich zwischen dem Anteil der adipösen Kinder mit Migrationshintergrund und der Teilnahme von Migranten an Maßnahmen zur stationären Kinderheilbehandlung. Mit lediglich 19 Teilnehmern und damit einem Anteil von 0,33 % an allen Kinderrehabilitationsteilnehmern aus Nordrhein-Westfalen sind ausländische Kinder und Jugendliche deutlich unterrepräsentiert, obwohl sie häufiger von Erkrankungen betroffen sind und der Anteil an Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund unter 18 Jahren in NRW allgemein (36,2 %) sowie speziell in den Ballungsgebieten in Nordrhein-Westfalen hoch ausfällt.⁴

Aber auch die allgemeine Abwanderung für Rehabilitationsmaßnahmen aus Nordrhein-Westfalen ist insofern zu kritisieren, als dass die aufgeführten Erkenntnisse am Beispiel von Adipositas und Übergewicht auf einen hohen Zusammenhang zwischen Sozialstruktur, Wohnraum und Krankheitsprävalenz hinweisen und somit für eine wohnortnahe und zielgruppenspezifische Organisation der Rehabilitationsangebote sprechen.

⁴ Vgl. hierzu IT.NRW: Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen nach Migrationsstatus

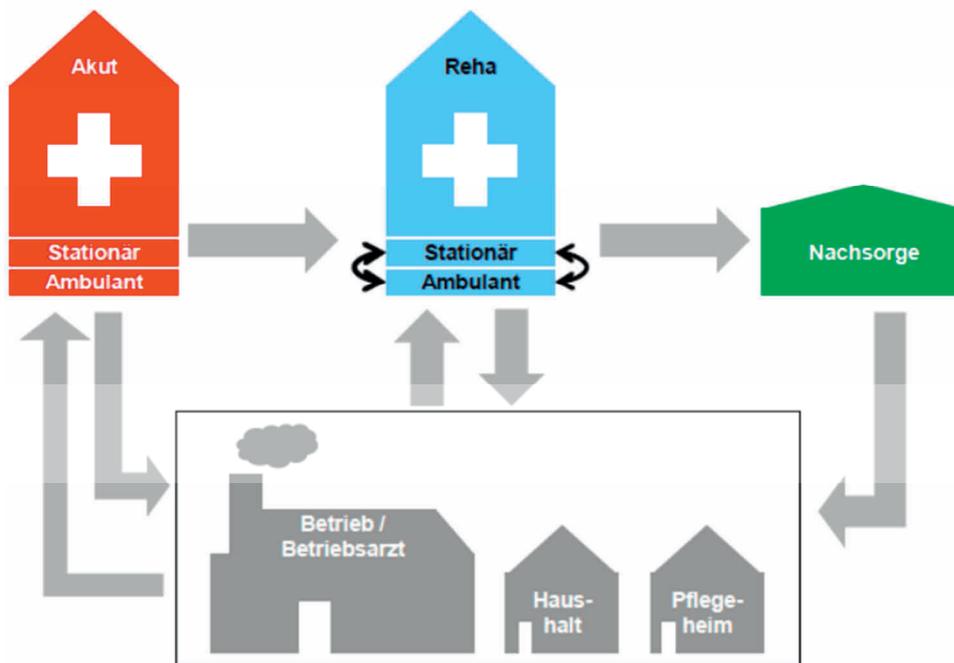
4.2 Etablierung sektorenübergreifender Versorgungsmodelle

Ein Bereich, der in den letzten Jahren innerhalb der medizinischen Rehabilitation seine Bedeutung erheblich steigern konnte, ist die Anschlussheilbehandlung. So hat bereits in der Vergangenheit die Zahl der AHBs im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung kontinuierlich zugenommen – von 151.902 im Jahr 1998 auf 275.756 Fälle im Jahr 2008 und macht somit mittlerweile einen Anteil von 30 % an allen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der DRV aus (Deutsche Rentenversicherung 2009b).

Mit der Umstellung auf das neue Finanzierungssystem – eingeführt durch das Fallpauschalengesetz aus dem Jahre 2002 – der bis dato geltenden „tagesgleichen Pflegesätze“ zu einem System der diagnoseorientierten Fallpauschalen (DRGs) im Akutversorgungsbereich und der damit verbundenen Verkürzung der Liegezeiten im Krankenhaus wird es auch in Zukunft verstärkt zu einem schnelleren Übergang der Patienten in die Rehabilitation und einer weiteren DRG-induzierten Steigerung der Fallzahlen von Anschlussheilbehandlungen kommen. Kliniken, die verstärkt Anschlussheilbehandlungen anbieten, werden demzufolge größere Wachstumschancen haben als solche, bei denen Heilbehandlungen im Fokus stehen (Augurzky et al. 2007: 17).

In diesem Kontext rücken auch innovative Modelle zur Vernetzung von Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken, die auf ein besseres Management der Schnittstelle zwischen Akutversorgung und Nachsorge abzielen, aber auch sektorenübergreifende Kooperationen mit anderen Leistungsanbietern in den Fokus. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen hierfür sind mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG 2003) und mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG 2007), welches eine Stärkung der Rehabilitation und einen Rechtsanspruch der Versicherten auf Versorgungsmanagement zwischen den verschiedenen Bereichen zum Ziel hat, bereits geschaffen worden. In eine gleiche Richtung geht auch die Idee der Integrierten Versorgung, durch die sektorenübergreifende Versorgungsmodelle zum Abbau von Ineffizienzen und einer Verbesserung der Versorgungsqualität auf den Weg gebracht werden sollen (Amelung / Sydow / Windeler 2009). Vor allem bei der Versorgung großer Gruppen chronisch Kranker wird die Integration von Rehabilitation, Prävention und Kuration für notwendig gehalten.

Abbildung 12: Sektorenübergreifende Vernetzung



Quelle: Augurzky et al. 2009

Eine engere Verzahnung zwischen Akutmedizin und Nachsorge ist somit von Bedeutung, um die neuen Herausforderungen vor dem Hintergrund der mit der DRG-Einführung einhergehenden Verkürzung der Verweildauer von Patienten im Krankenhaus und somit einem früheren Übergang in die Rehabilitationsmaßnahmen begegnen zu können. Eine Rolle spielt zudem die zunehmende Spezialisierung und Fragmentierung der Versorgungsprozesse im Krankenhausbereich, welche zwar zum einen Ansatzpunkte für indikationsbezogene Zusammenarbeit setzt, gleichzeitig jedoch mit Blick auf den Patienten und seinen Wünschen nach umfangreichem und ganzheitlichem Informationsfluss nicht mehr gerecht wird. An Relevanz gewinnen werden in diesem Zusammenhang insbesondere Ansätze, welche auf Lösungen der Schnittstellenprobleme wie zum Beispiel Informationsweitergabe, Abstimmungsdefizite bei der Planung der Weiterbehandlung nach der Akutversorgung, der mangelnden Vernetzung zwischen ambulanter und stationären Rehabilitation sowie zwischen Rehabilitationsphasen und der Einbindung der Patienten setzen.

Verstärkte Kooperationsbeziehungen zwischen Akutversorgern und Rehabilitationsanbietern bieten in NRW nicht nur allgemeine Vorteile im Sinne von Steigerungen der Effizienz und Versorgungsqualität, sondern können speziell zwischen Ballungszentren mit einer hohen Krankenhausdichte und den Rehabilitationsstandorten in Nordrhein-Westfalen einen Beitrag dazu liefern, die Anreize für nordrhein-westfälische Patienten zu stärken, nach der Akutversorgung auch die Rehabilitationsmaßnahme im eigenen Bundesland zu absolvieren. Insbesondere mit Blick auf die in Kapitel 3.5 aufgezeigten Tendenzen, dass ein Großteil der Patienten in den nordrhein-

westfälischen Rehabilitationseinrichtungen auch seinen Wohnsitz auch in NRW hat, sich gleichzeitig jedoch im Bereich der Rehabilitation zudem noch zahlreiche Patienten mit Wohnsitz in NRW außerhalb des Landes behandeln lassen, können solche Brückenschläge der wichtigen Rehabilitationsstandorte beispielsweise in Ostwestfalen-Lippe zu Entsenderegionen wie der Ballungsregion Ruhrgebiet neue Wege der Rehabilitation in Nordrhein-Westfalen ebnen.

4.3 Bedeutungsgewinn ambulanter Rehabilitationen

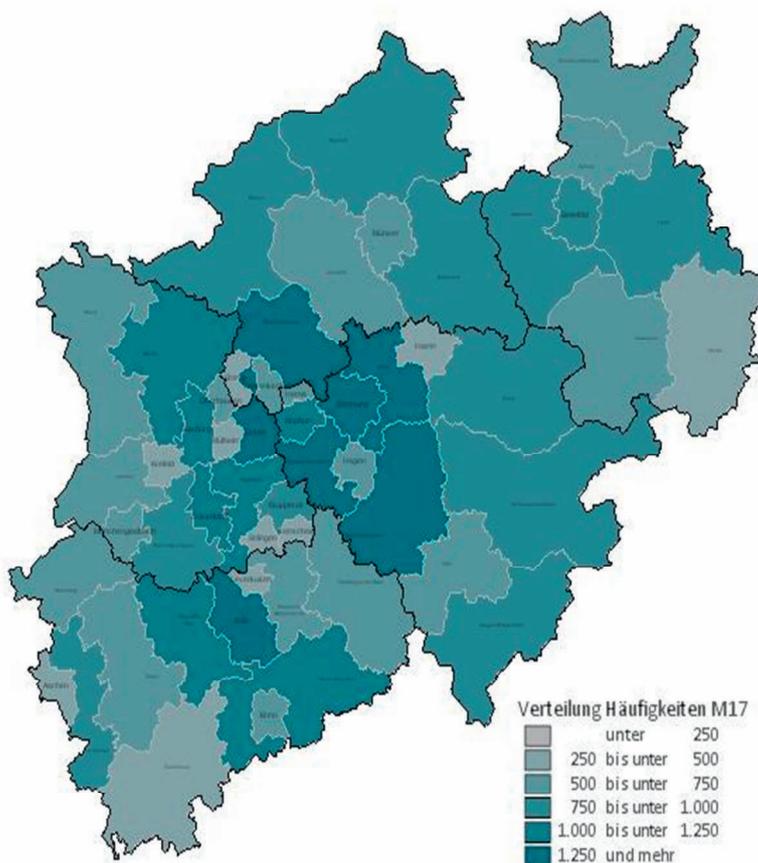
Bis Mitte der 90er Jahre wurden in Deutschland Rehabilitationsmaßnahmen fast ausschließlich in stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt, welche anders als Krankenhäuser nicht regional und patientennah vorhanden sind. Hier lag vor allem der Gedanke zugrunde, dass Rehabilitationen außerhalb der Belastungen des häuslichen Umfelds der Genesung und Bewältigung der Krankheitsfolgen besonders förderlich sind. Vor dem Hintergrund von Überlegungen, wie auch das Vorsorge- und Rehabilitationsgeschehen flexibler sowie auch kostengünstiger gestaltet werden kann, hat die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation bereits 1995 erste Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation verabschiedet, welche zunächst modellhaft umgesetzt wurden. Mit In-Kraft-Treten des SGB IX zum im Jahr 2001 wurde in § 19 Abs. 2 festgeschrieben, dass Leistungen zur Teilhabe unter Berücksichtigung der persönlichen Umstände in ambulanter bzw. ganztägig ambulanter Form erbracht werden, soweit die Ziele im Einzelfall mit vergleichbarer Wirkung erreichbar sind. Dies entspricht in Ansätzen dem auch im Bereich der Krankenversorgung vorherrschenden Grundsatz „ambulant vor stationär“, wird aber im Bereich der Rehabilitation nicht annähernd so konsequent verfolgt.

Mittlerweile hat sich der ambulante Rehabilitationssektor mit einer Vielzahl an Angeboten und Einrichtungen etabliert, zum einen als ambulante Behandlungsmöglichkeiten in stationären Rehabilitationseinrichtungen, zum anderen hat sich insbesondere in Ballungszentren – in denen eine große Anzahl von Patienten erreicht werden kann – eine Reihe von eigenständigen ambulanten Rehabilitationszentren gebildet. So hat im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung die Zahl der ambulanten Rehabilitation im Zeitraum von 1998 bis 2008 von 14.115 auf 99.820 zugenommen und somit den Anteil an allen Rehabilitationsleistungen in diesem Zeitraum von 2,2 % auf 10,6 % steigern können (Deutsche Rentenversicherung 2009b). In Ballungszentren wird heute schon zum Teil eine ambulante Reha-Quote von über 20 % erreicht. Demgegenüber ist allerdings im ländlichen Bereich die Quote deutlich geringer. Der Schwerpunkt der Leistungen im ambulanten Rehabilitationsbereich ist die Behandlung aufgrund von Erkrankungen des Skeletts, der Muskeln oder des Bindegewebes, hier sind die Anteile mit 69 % der Frauen und 59 % der Männer im Jahr 2008 wesentlich höher ausgeprägt als im stationären Bereich (Deutsche Rentenversicherung 2010).

Da die ambulante Rehabilitation bei gleicher Leistung kostengünstiger und somit für die Träger unter wirtschaftlichen Aspekten vorteilhafter ist und auch für den Patienten durch die Nähe zum Wohnort und der damit einhergehenden möglichen Integration in den Alltag vor Ort Vorteile bringt, wird diese Leistungsform auch in Zukunft weiter an Bedeutung gewinnen. Besondere Vorteile liegen zudem darin, dass eine Vernetzung zwischen Rehabilitation, Versicherten und Arbeitsstädte auf regionaler Ebene möglich ist. Dies ist im Hinblick auf die berufliche (Wieder-) Eingliederung des Versicherten von spezieller Relevanz.

Nordrhein-Westfalen hat als dichtbesiedeltes Bundesland und demnach einer hohen Zahl potenzieller Patienten für ambulante Rehabilitationsmaßnahmen auf relativ engem Raum gute Voraussetzungen, ambulante Rehabilitationseinrichtungen insbesondere in den Ballungsräumen zu etablieren. Abbildung 13 verdeutlicht darüber hinaus, dass beispielsweise die Häufigkeiten von Arthrosen des Kniegelenks im Ruhrgebiet überproportional vertreten sind und sich demnach gute Ansatzpunkte für ambulante orthopädische Rehabilitationsmaßnahmen bieten. Besonders hohe Fallzahlen von Kniegelenksarthrosen finden sich demnach in den Kreisen Recklinghausen, Unna, Dortmund, Essen, Köln, dem Ennepe-Ruhr- sowie dem Märkischen Kreis.

Abbildung 13: Regional Verteilung der Häufigkeit von Gonarthrose (Arthrose des Kniegelenks) (ICD 10 – M17) nach Patientenwohntort in NRW (n=43.344)



Quelle: Krankenhausentlassungsstatistik 2008, Forschungsdatenzentrum des Bundes und der Länder, eigene Berechnung und Darstellung

Insgesamt ist die Rehabilitationslandschaft in Nordrhein-Westfalen mit Blick auf den Ausbau ambulanter Rehabilitationsangebote bereits auf einem guten Weg, der auch in Zukunft weiter verfolgt werden sollte.

4.4 Telemedizin in der Rehabilitation

Telemedizin als Instrument zur Übertragung und Überwachung von medizinischen Informationen gewinnt momentan nicht nur in der Akutversorgung an Relevanz, sondern bietet auch für die Rehabilitation gute Chancen für den Ausbau neuer integrativer Versorgungsmodelle. Hierbei kann die Telemedizin in unterschiedlichem Maße eine Rolle spielen, sowohl für Maßnahmen in der stationären Rehabilitation selber, in der Unterstützung der ambulanten Rehabilitation aber auch im Bereich der Nachsorge nach einem stationären Rehabilitationsaufenthalt.

Gute Erfolge im Bereich der ambulanten telemedizinisch unterstützten Rehabilitation konnten in Nordrhein-Westfalen in diesem Zusammenhang in der Vergangenheit bereits am Institut für angewandte Telemedizin (IFAT) am Herz- und Diabeteszentrum NRW in Bad Oeynhausen gewonnen werden. Das Projekt AUTARK (Ambulante und telemedizinisch unterstützte Anschlussrehabilitation nach kardiologischem Erstereignis) ist ein ambulantes Rehabilitationsprogramm für Patienten nach Herzinfarkten oder Herzoperationen, das gezeigt hat: hinsichtlich der körperlichen und psychischen Leistungsfähigkeit erweisen sich stationäre und ambulante telemedizinisch gestützte Rehabilitation als gleichwertig, jedoch steigt die körperliche und psychische Lebensqualität nur in der ambulanten Gruppe signifikant an. Gleichzeitig lagen die Kosten für die zwölfwöchige ambulante Rehabilitationsmaßnahme um circa 59 % niedriger als die stationäre Therapie (Körtke et al. 2005). Zudem kann eine ambulante telemedizinisch unterstützte Rehabilitationsmaßnahme einen Beitrag dazu leisten, die Lebensstilveränderungen z.B. in der Folge eines Herzinfarktes oder eines Schlaganfalls in die Alltagsprozesse zu integrieren und somit auch die Akzeptanz und Eigenverantwortung von Rehabilitationsmaßnahmen durch eine Flexibilisierung zu erhöhen (Körtke et al. 2006). Darüber hinaus können ambulante telemedizinische Rehabilitationsprogramme für unterversorgte Gebiete eine bedeutende Rolle spielen.

Eine weitere Einsatzmöglichkeit telemedizinischer Betreuung ist in der Nachsorge nach einem stationären Rehabilitationsaufenthalt zu sehen – entweder um die Erfolge der Rehabilitation nach Beendigung der Maßnahme noch zu verbessern oder um diese in das häusliche oder berufliche Umfeld zu integrieren und somit einen nachhaltigen Behandlungserfolg zu erzielen. Gerade nach der Entlassung aus einer stationären Rehabilitationsmaßnahme bestehen noch erhebliche Entwicklungspotenziale, um den Patienten zu unterstützen, die Reha-Erfolge auch in den Alltag zu transferieren. Dies meint zum einen die nachträgliche Überwachung von Patienten, wie es Zielsetzung zum Beispiel des Projektes MeDiNa (Mikrosystemtechnik für ganzheitliche telemedizinische Dienstleistungen in der häuslichen Nachsorge) an der RWTH Aachen ist. So werden im

Rahmen von MeDiNa Instrumente entwickelt, welche es Kliniken und nachsorgenden Ärzten ermöglichen, zentrale Parameter älterer kardiologischer Patienten nach der Rehabilitation zu überwachen und bei Unregelmäßigkeiten frühzeitig intervenieren zu können.⁵ Auch denkbar sind im Bereich der telemedizinischen Nachsorge von Rehabilitationspatienten Programme und Übungen zur Fortführung der Rehabilitationsprogramme im häuslichen Umfeld (beispielsweise aus den Bereichen Logopädie oder Physiotherapie), wobei das Leistungsniveau der Patienten per Fernüberwachung durch die Klinik kontrolliert wird.

4.5 Profilierung des Reha-Standortes Nordrhein-Westfalen

Vor dem Hintergrund des Bedeutungsgewinns ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen zeichnen sich auch für den stationären Bereich der Vorsorge- und Rehabilitationskliniken neue Herausforderungen ab. Diese gehen in die Richtung, dass der Ausbau und eine verstärkte Inanspruchnahme von ambulanten wohnortnahen Maßnahmen gleichzeitig mit Einbußen in der stationären Rehabilitationsszene einhergehen. Für den stationären Rehabilitationsbereich in Nordrhein-Westfalen bedeutet dies, dass es sich in Zukunft mehr profilieren muss, um die hohen Auslastungszahlen der Vergangenheit beibehalten zu können. Geeignete Stellschrauben für Kliniken sind in diesem Zusammenhang die Schaffung von Transparenz der Leistungen und die Etablierung geeigneter Vermarktungsstrategien.

Ein Beispiel für eine Initiative im Bereich der Krankenhäuser ist der Klinik-Führer Rhein-Ruhr, in dem sich 51 Krankenhäuser aus dem Ruhrgebiet und den angrenzenden Regionen mit 270 Fachabteilungen auf freiwilliger Basis beteiligen. Ziel des Klinik-Führers ist es, dem Patienten einen Überblick über Angebote und Qualität der teilnehmenden Kliniken aus dem Ruhrgebiet zu geben. Hierzu werden Daten und Informationen aus Befragungen von Patienten und niedergelassenen Ärzten sowie der Leistungskennzahlen der Krankenhäuser und einer Qualitätsanalyse zusammengeführt und aufbereitet⁶. Einen positiven Zusammenhang zwischen Qualitäts- und Transparenzbemühungen und Erfolg der Einrichtung haben im Jahr 2008 Wissenschaftler der Universität Witten/Herdecke am Beispiel des Klinik-Führers Rhein-Ruhr nachgewiesen. Die zentralen Ergebnisse der Studie sind folgendermaßen zusammenzufassen: Krankenhäuser, die ihre Leistungsdaten freiwillig darstellen, werden stärker nachgefragt als solche, die nicht im Klinik-Führer sind. Zweitens: Häuser, die im Klinikführer qualitativ gut abschneiden, können ihren Marktanteil ausbauen, die anderen verlieren Patienten. Drittens: Kliniken, die schlecht bewertet werden, können überwiegend Patienten aus der direkten Umgebung gewinnen (vgl. Wübker / Sauerland / Wübker 2008). Eine Übertragung des Klinik-Führers – auch auf Vorsorge- und Reha-

⁵ <http://www.fir.rwth-aachen.de/forschung/forschungsprojekte/medina-01fc08056>

⁶ <http://www.kliniken-rhein-ruhr.de/>

bilitationskliniken – wird derzeit intensiv in einigen Bundesländern diskutiert und könnte sich auch für NRW mit seinem gut ausgebauten Rehabilitationsbereich vorteilhaft erweisen.

Ein weiterer wichtiger Baustein zur Profilierung des Rehastandortes Nordrhein-Westfalen ist unter dem Thema „Evidenzbasierte Rehabilitation“ zusammenzufassen. In diesem Zusammenhang geht es darum, die vorhandenen Forschungsaktivitäten in NRW um Fragestellungen zu aktuellen Entwicklungen in der Rehabilitationsszene zu erweitern, beispielsweise zu Erfolgen von ambulanten und stationären Rehabilitationsmaßnahmen. Nur wenn es dauerhaft gelingt, die gesundheitlichen und gesundheitsökonomischen Erfolge der Rehabilitation zu bestätigen, werden auch zukünftig die Sozialversicherungsträger, Arbeitgeber und Privatzahler bereits sein, in Rehaleistungen zu investieren. Dies wird in NRW exemplarisch bereits verfolgt, beispielsweise mit Projekten, die darauf abzielen, den Behandlungserfolg von ambulanten und stationären Rehabilitation in einigen Indikationsbereichen zu vergleichen.⁷

Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch die Bündelung der Kompetenzen, um diese auch nach außen hin sichtbar zu machen. Mit dem Netzwerk Rehabilitationsforschung Nordrhein-Westfalen der Gesellschaft für Rehabilitationsforschung Nordrhein-Westfalen e.V. (GfR) besteht in NRW ein gut ausgebautes Netzwerk in der Forschungslandschaft, welches das Ziel verfolgt, bestehende Forschungsaktivitäten in NRW zu bündeln, Transparenz zu schaffen und somit auch Ansatzpunkte für die Nutzung von Synergien offen zu legen.⁸

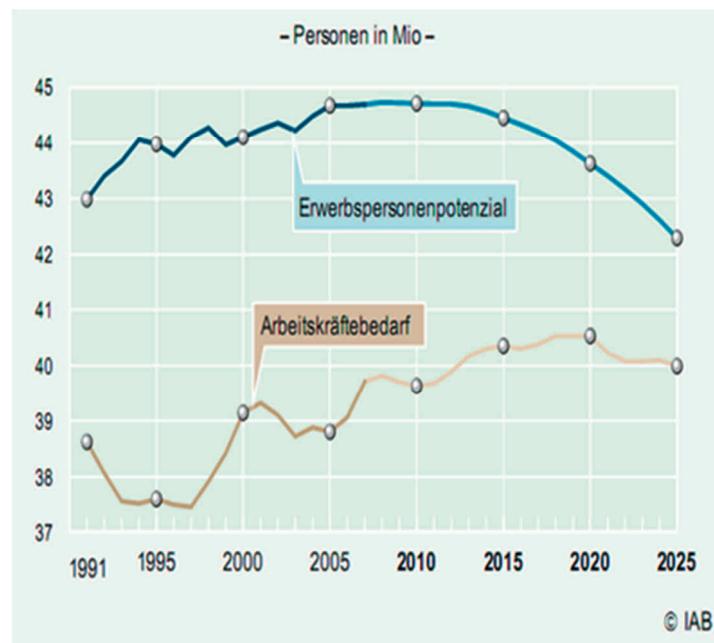
Als weiterer Schwerpunkt wäre zudem der Ausbau der Forschungsaktivitäten in Nordrhein-Westfalen zum Thema betriebliche Gesundheitsförderung analog zu einem Auf- und Ausbau eines Schwerpunktes „Gesundheit im Arbeitsleben“ (vgl. Kap. 4.6) denkbar.

4.6 Betriebliche Gesundheitsförderung

Auf betrieblicher Ebene wird die Gesundheit der älter werdenden Belegschaft im demografischen Wandel eine große Herausforderung der nächsten Jahre darstellen. So wird für die kommenden Jahre mit einer deutlichen Verknappung des Erwerbspersonenpotenzials und somit weniger verfügbaren Arbeitskräfte in Deutschland gerechnet. Prognosen des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung beziffern zunächst einen moderaten Rückgang des Erwerbspersonenpotenzials bis 2015 um rund 200.000, dieser verstärkt sich aber nach 2015, so dass 2025 das Erwerbspersonenpotenzial um insgesamt 2,4 Millionen niedriger ausfallen könnte als heute.

⁷ Vgl. hierzu exemplarisch von Orde, A.; Schott, T.; Iseringhausen, O. Behandlungsergebnisse der kardiologischen Rehabilitation und Kosten-Wirksamkeits-Relationen - Ein Vergleich stationärer und ambulanter Versorgungsformen Rehabilitation 2002; 41: 119-129. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York.

⁸ www.rehaforschung-nrw.de

Abbildung 14: Erwerbspersonenpotenzial und Arbeitskräftebedarf bis 2025

Quelle: Schnur / Zika 2007

Eine Vielzahl von Branchen steht demnach vor der Aufgabe, nach Wegen zu suchen, um angesichts einer wachsenden Fachkräftekonkurrenz die Nachfrage nach qualifizierten Arbeitskräften auch einlösen zu können. Somit gewinnt die Sicherung und Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit von Beschäftigten sowohl aus individueller Perspektive – dies gilt umso mehr, als dass sich Arbeitnehmer im Zuge der Erhöhung des Rentenalters länger als zuvor den Lebensunterhalt mit eigener Arbeit erstreiten müssen – als auch vor dem Hintergrund des wachsenden Bedarfes an qualifizierten Arbeitskräften und dem steigenden Fachkräftemangel an Bedeutung (Prognos AG 2009).

In diesem Kontext bietet es sich für die nordrhein-westfälische Vorsorge- und Rehabilitationslandschaft mit ihren medizinischen Kompetenzen an, einen Schwerpunkt „Gesundheit im Arbeitsleben“ zu etablieren, in dem Präventions- und Rehabilitationsangebote in enger Zusammenarbeit mit den Betrieben abgestimmt werden, um die Arbeitsbelastungen und -ausfälle zu reduzieren.

4.7 Erschließung des Selbstzahlermarktes

Viele Vorsorge- und Rehabilitationskliniken haben sich in den letzten Jahren auf den Weg gemacht, ihr Angebotsspektrum zusätzlich zu den klassischen Angeboten zu erweitern und neue Marktsegmente außerhalb der sozialversicherungsfinanzierten Gesundheitsmarktes zu erschließen. Insbesondere in Kurorten – aber auch bei anderen Rehaeinrichtungen – ist der Trend erkennbar, touristische Angebote zur Gesundheitsförderung, Prävention und auch Rehabilitation auszubauen, um von der steigenden Bereitschaft der Gesellschaft, privates Geld in die eigene Gesundheit zu investieren, profitieren zu könnten.

Ein Feld, welches für die Rehabilitationsszene von Interesse ist, ist das des Medical Wellness. Hierbei stellt Medical Wellness eine Verbindung aus medizinischen Leistungen mit Angeboten aus dem Bereich der herkömmlichen Entspannungswellness dar, womit vorwiegend Selbstzahler angesprochen werden. Zur Zielgruppe vom Medical Wellness gehören nicht nur alle diejenigen, die ihrer Gesundheit etwas Gutes tun möchten und unter keinen bekannten Vorbelastungen leiden, sondern unter anderem auch Personen mit Rückenbeschwerden, rheumatischen Erkrankungen, Herz-Kreislauferkrankungen und deren begünstigenden Risikofaktoren wie Diabetes, Bluthochdruck, Übergewicht, aber auch all jene, die unter stressbedingten Beschwerden und Störungen leiden. Es handelt sich somit nicht nur um unspezifische Initiativen für mehr Lebensqualität, sondern um die gezielte Vorbeugung, Heilung und Nachbehandlung spezifischer Krankheiten durch eine Veränderung der Lebensweise.

Untersuchungen zufolge wird insbesondere der Medical Wellness-Tourismus als spezielle Form des Gesundheitstourismus in Zukunft auf erhebliche Nachfrage stoßen. So kommt eine aktuelle Studie des Instituts für Freizeitwirtschaft zum „Gesundheitstourismus der Deutschen bis 2020“ zu dem Ergebnis, dass sich die Zahl der Interessenten des Medical Wellness Urlaubs zwischen 2007 und 2020 mehr als verdoppelt und er sich somit zukünftig auf dem Markt etablieren und eine Konkurrenz gegenüber dem traditionellen Gesundheitsurlaub darstellen wird (Institut für Freizeitwirtschaft 2008).

Vorsorge- und Rehabilitationskliniken können in diesem Kontext durch ihre medizinische Expertise sowie durch die Tatsache, dass sie als klassische Anbieter im Gesundheitswesen bereits das Vertrauen der Kunden und Patienten gewonnen haben, profitieren. Zudem verfügt NRW mit seinen zahlreichen Heilbädern über Vorsorge- und Rehabilitationskliniken in attraktiver Lage mit kurörtlicher Infrastruktur. Für die Zukunft wird es von entscheidender Bedeutung sein, inwiefern die medizinischen Anbieter bereit sind, sich auf die veränderten Marktstrukturen und Anforderungen, welche sich durch die Angebote für den Medical Wellness Bereich ergeben, einzustellen und sich diesen anzupassen, um sich neben der Konkurrenz auch aus dem Dienstleistungssektor profilieren zu können.

Ein gelungenes Beispiel der Verknüpfung der medizinischen Kompetenzen mit gesundheitstouristischen Angeboten in Nordrhein-Westfalen stellt die Arbeitsgemeinschaft WellnessPlus TeutoburgerWald (bis Ende 2010 TeutoWellness 50plus) dar. Die Initiative entstand aus einem Kooperationsprojekt des Teutoburger Wald Tourismus e.V. (TWT e.V.), des Zentrums für Innovation in der Gesundheitswirtschaft OWL (ZIG) und der Wirtschaftsentwicklungsgesellschaft (WEGE) Bielefeld mbH mit dem Ziel, gemeinsam mit Partnern aus den Bereichen Hotels- und Pensionen, Wellness und Freizeit sowie Tourismus ganzheitliche Wellness- und Gesundheitsangebote – zunächst speziell für die Zielgruppe der über 50-Jährigen, mittlerweile ist das Angebotspektrum auch generationenübergreifend wie auch auf die Bereiche Radfahren und Wandern ausgeweitet worden – anzubieten.⁹

5 Fazit

Nordrhein-Westfalen verfügt mit seinen 136 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und 20.416 aufgestellten Betten im Jahr 2008 über einen der größten stationären Vorsorge- und Rehabilitationssektoren in Deutschland. Hierbei stellt die Region Ostwestfalen-Lippe den bedeutendsten Standort innerhalb NRWs dar. Dies gilt jedoch nur mit Blick auf die absoluten Zahlen, gemessen an den Fallzahlen und Betten je 100.000 Einwohner befindet sich NRW hingegen aufgrund der hohen Einwohnerdichte des Landes nur vor den Stadtstaaten am Ende des Bundesländervergleichs.

Auch bei den Patientenwanderungen im Bereich der Rehabilitation zeigt sich ein ähnliches Bild: Zwar sind in den Einrichtungen mit über 100 Betten im Land Nordrhein-Westfalen 81,5 % der Patienten aus NRW, gleichzeitig bleiben aber insgesamt nur 51,3 % der Patienten mit Wohnort in Nordrhein-Westfalen für eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme auch in den Kliniken im Land. So verzeichnen die Einrichtungen in Nordrhein-Westfalen zwar hohe Auslastungszahlen, darüber hinaus besteht aber noch ein beträchtliches Patientenpotenzial von 160.898 Patienten im Jahr 2008, welches nicht im Land gehalten wird.

Für ein Bundesland, welches seit Jahren konsequent auf den Ausbau der Gesundheitswirtschaft setzt und das Thema für sich propagiert, bedeuten diese Tendenzen, dass im Bereich der Rehabilitation noch Entwicklungspotenziale bestehen. Dies gilt umso mehr vor dem Hintergrund, dass infolge des demografischen Wandels – aber auch beispielsweise in der Kinderrehabilitation – der Rehabilitationsbedarf in Zukunft weiter ansteigen wird.

Ein aussichtsreiches Feld für Nordrhein-Westfalen ist der Ausbau ambulanter, wohnortnaher Rehabilitationsstrukturen, welche im Rehabilitationsmarkt bereits in der Vergangenheit an Bedeutung gewonnen haben und welche sich voraussichtlich auch in Zukunft aufgrund von Vortei-

⁹ <http://www.wellnessplus-teutoburgerwald.de/>

len wie der Möglichkeit zur Integration in das häusliche und betriebliche Umfeld wie auch unter dem Kostenaspekt weiter verbreiten werden. Hierbei bieten sich in NRW vor allem Ballungsgebiete, in denen eine große Zahl an Patienten erreicht werden kann, für ambulante Rehabilitationszentren an, aber auch im ländlichen Raum könnten ambulante Rehabilitationsmaßnahmen durch stationäre Einrichtungen übernommen werden, wobei auch die Nutzung telemedizinischer Instrumente eine Rolle spielen kann.

Darüber hinaus wird in Zukunft von entscheidender Bedeutung sein, inwiefern es in Nordrhein-Westfalen gelingt, die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in sektorenübergreifende Versorgungsmodelle einzubinden, um so die Attraktivität des Standortes NRW weiter zu erhöhen.

6 Anhang

6.1 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Ausgaben für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach Ausgabenträgern in Millionen Euro, 2008.....	5
Abbildung 2:	Entwicklung zentraler Indikatoren der Vorsorge- und Rehabilitations- einrichtungen, Nordrhein-Westfalen, 1991-2008, Index=1991	7
Abbildung 3:	Anzahl Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und aufgestellte Betten nach Bundesländern, 2008	8
Abbildung 4:	Anzahl der Fälle und Betten je 100.000 Einwohner nach Bundesländern, 2008	9
Abbildung 5:	Behandlungsorte der Rehabilitationspatienten mit Wohnort in NRW, 2008	10
Abbildung 6:	Auslastung der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in %, Deutschland, 2008.....	12
Abbildung 7:	Personal im ärztlichen und pflegerischen Dienst in den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in NRW, 1996 - 2008	13
Abbildung 8:	Herkunft der in Rehabilitationseinrichtungen im Kreis Detmold behandelten Patienten, 2008.....	15
Abbildung 9:	Entwicklung Schlaganfallhäufigkeit in NRW, 2006-2025.....	17
Abbildung 10:	Potenzial zur Verweildauerreduktion in den TOP 30 Diagnosen über 65 Jahre ...	18
Abbildung 11:	Behandlungskonzept geriatrischer Patienten	19
Abbildung 12:	Sektorenübergreifende Vernetzung	24
Abbildung 13:	Regional Verteilung der Häufigkeit von Gonarthrose (Arthrose des Kniegelenks) (ICD 10 – M17) nach Patientenwohnort in NRW (n=43.344).....	26
Abbildung 14:	Erwerbspersonenpotenzial und Arbeitskräftebedarf bis 2025	30

6.2 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Entwicklung zentraler Indikatoren der Vorsorge- und Rehabilitations- einrichtungen, Deutschland, 1994-2008	6
Tabelle 2:	Aus den Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit über 100 Betten in NRW entlassene vollstationäre Patienten 2008 nach Herkunftsland	10
Tabelle 3:	Reha-Patientenströme in NRW, 2008	11
Tabelle 4:	Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Betten und Fallzahlen nach Regierungsbezirken in NRW, 2008	14
Tabelle 5:	Aufgestellte Reha-Betten nach Indikationsbereichen NRW, 2008.....	16
Tabelle 6:	Stationäre Kinderrehabilitation durch die Deutsche Rentenversicherung nach Diagnosen, 2008	21

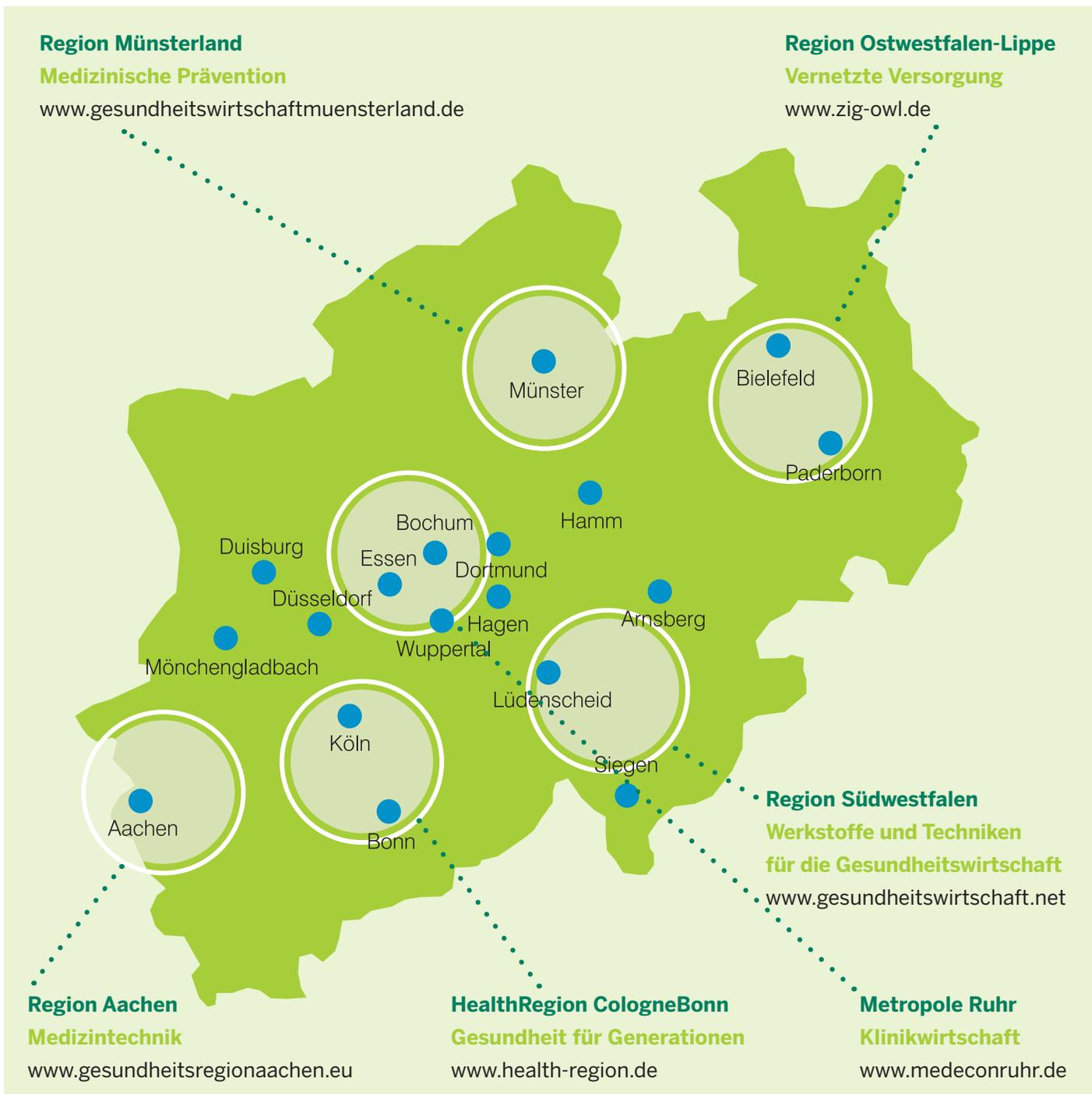
7 Literatur

- Amelung, V. / Sydow, J. / Windeler, A. (2009): Vernetzung im Gesundheitswesen. Wettbewerb und Kooperation. Kohlhammer: Stuttgart.
- Augurzky, B. / Krolop, S. / Lemm, M. / Schmidt, H. / Schmitz, H./ Schwierz, C. (2009): Reha Rating Report 2009 – Trägerische Erholung?. RWI Materialien 50. Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI): Essen.
- Augurzky, B. / Krolop, S. / Schmidt, H. / Schmitz, H. / Schwierz, C. (2007): Reha Rating Report 2007. Die Reha vor der Marktberreinigung. Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI): Essen.
- Bandemer, S. von / Bartig, B. / Sorgenfrei, U. (2008): Kosten von Schlaganfall in NRW und Ansätze zur Prävention. Forschung Aktuell, Nr. 12/2008. Institut Arbeit und Technik: Gelsenkirchen.
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2010): Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Altersbilder in der Gesellschaft. Bericht der Sachverständigenkommission an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin.
- Bundesverband Geriatrie (Hrsg.) (2010): Weißbuch Geriatrie. Die Versorgung geriatrischer Patienten: Strukturen und Bedarf – Status Quo und Weiterentwicklung. Eine Analyse durch die GEBERA Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Beratung mbH. Kohlhammer: Stuttgart.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2010): Reha-Bericht 2010. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik. Berlin.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2009a): Statistik der Deutschen Rentenversicherung Rehabilitation. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, sonstige Leistungen zur Teilhabe und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben der gesetzlichen Rentenversicherung im Jahre 2008. Band 174. Berlin.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2009b): Rentenversicherung in Zeitreihen. Ausgabe 2009. DRV Schriften Band 22. Berlin.
- Hibbeler, B. (2008): Rehabilitationskliniken. Auf der Suche nach dem eigenen Profil. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 105, Heft 26, S. 1426-1429.
- Information und Technik Nordrhein-Westfalen (2009a): Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Nordrhein-Westfalen 2008. Düsseldorf.

- Information und Technik Nordrhein-Westfalen (2009b): Diagnosestatistik in Nordrhein-Westfalen 2008. Düsseldorf.
- Institut für Freizeitwirtschaft (2008): Der Gesundheitstourismus der Deutschen bis 2020. Marktchancen für Health-Care-, Anti-Aging-, (Medical-) Wellness- und Beauty-Urlaub. Institut für Freizeitwirtschaft: München.
- Körtke, H. / Heinze R.G. / Bockhorst, K. / Mirow, N. / Körfer, R. (2006): Telemedizinisch basierte Rehabilitation. Nachhaltig von Nutzen. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 103, Heft 44, S. A2921-2924.
- Körtke, H. / Zittermann, A. / El-Arousy M. / Zimmermann, E. / Wienecke, E. / Körfer, R. (2005): Eine telemedizinisch betreute Studie zur ambulanten Rehabilitation von Patienten nach kardiochirurgischen Operationen. In: Medizinische Klinik 100/2005, S. 383-389.
- Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit (LIGA.NRW) (2008): Schulärztliche Untersuchungen in Nordrhein-Westfalen. Jahresbericht 2006. Düsseldorf.
- MDS (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.) (2007): Rahmenempfehlungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation.
- Prognos AG (2010): Volkswirtschaftliche Relevanz der Reha-Kliniken in Schleswig-Holstein. Studie im Auftrag der Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein e.V. (KGSH) mit Unterstützung des Verbandes der Privatkliniken in Schleswig-Holstein e.V. (VPKSH). Basel/Berlin.
- Prognos AG (2009): Die medizinische Rehabilitation Erwerbstätiger – Sicherung von Produktivität und Wachstum. Studie im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V. (DEGEMED), Verband der Privatkliniken Nordrhein Westfalen e.V. (VDPK NRW), Verband der Privatkliniken in Thüringen e.V. (VPKT). Basel.
- Schnur, P. / Zika, G. (Hrsg.) (2007): Arbeitskräftebedarf bis 2025. Die Grenzen der Expansion. IAB (Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung). Kurzbericht Nr. 26/2007.
- Statistisches Bundesamt (2010): Gesundheit. Ausgaben 2008. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2009a): Gesundheit. Grunddaten der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Fachserie 12 Reihe 6.1.2 Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2009b): Gesundheit. Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Fachserie 12 Reihe 6.2.2 Wiesbaden.
- Wübker, Ansgar / Sauerland, Dirk / Wübker, Achim (2008): Wie Qualitätsinformationen die Krankenhauswahl beeinflussen – eine empirische Untersuchung. Diskussionspapier Nr. 15 der Wissenschaftlichen Hochschule Lahr.

Die sechs Gesundheitsregionen in NRW und ihre Themenpatenschaften.

www.gesundheitswirtschaft-nrw.de





Exzellenz NRW
Cluster Nordrhein-Westfalen

unterstützt durch:



EUROPÄISCHE UNION
Investition in unsere Zukunft
Europäischer Fonds
für regionale Entwicklung

Die Landesregierung
Nordrhein-Westfalen



Gesundheitscampus Nordrhein-Westfalen
Strategiezentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen



IMPRESSUM

Herausgeber:

Clustermanagement Gesundheitswirtschaft
Nordrhein-Westfalen
Brigitte Meier, Clustermanagerin
c/o ZIG – Zentrum für Innovation
in der Gesundheitswirtschaft OWL
Jahnplatz 5, 33602 Bielefeld
Fon 0521 5432-72
Fax 0521 5432-89
info@gesundheitswirtschaft-nrw.de
www.gesundheitswirtschaft-nrw.de

Stand: Februar 2011

www.gesundheitswirtschaft-nrw.de

