

Was macht eine gute Reha aus?



IQMG Jahrestagung am 17. und 18.11.2016

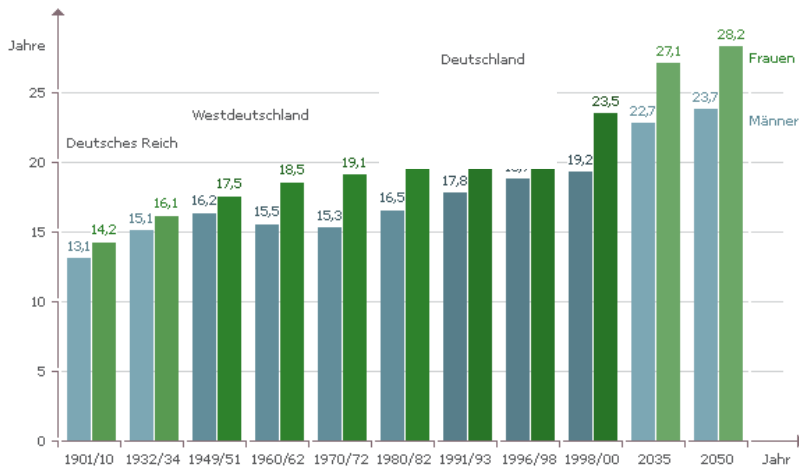
Gesellschaftliche und soziale Veränderungen

- **Alternde Gesellschaft:**
- **Veränderung des Krankheitsspektrums**
 - Zunahme von chronischen Erkrankungen und Multimorbidität
 - Zunahme von psychischen Belastungen und Erkrankungen
- **Ressourcenverknappung:**
 - Verlängerung der Lebensarbeitszeit
 - Zunahme von sozialer Ungleichheit?
- **Zunehmender Mangel an qualifizierten Arbeitskräften**
- **Europabedingter Wettbewerb und Angleichung**

Entwicklung der Lebenserwartung in Deutschland

Entwicklung der Lebenserwartung

Fernere Lebenserwartung im Alter von 60 Jahren, 1901 bis 2050, Stand: 2003

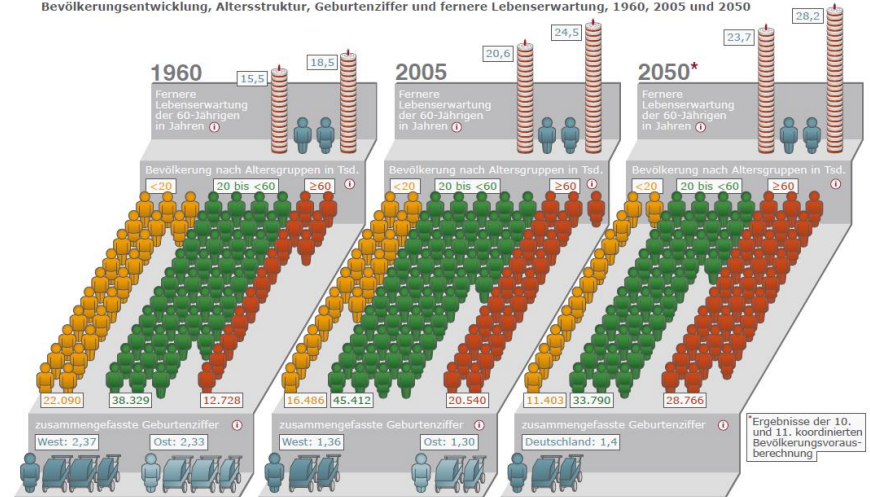


Quelle: Statistisches Bundesamt: Bevölkerung Deutschlands bis 2050
Lizenz: Creative Commons by-nc-nd/2.0/de
Stand: 2007

BY-NC-ND bpb: 2008 Bundeszentrale für politische Bildung

Demografischer Wandel

Bevölkerungsentwicklung, Altersstruktur, Geburtenziffer und fernere Lebenserwartung, 1960, 2005 und 2050



Quelle: Statistisches Bundesamt: Bevölkerung Deutschlands bis 2050. Ergebnisse der 10. und 11. koordinierten Bevölkerungsvorusberechnung
Lizenz: Creative Commons by-nc-nd/2.0/de
Stand: 2008

BY-NC-ND bpb: 2008 Bundeszentrale für politische Bildung

Veränderungen im Gesundheitssystem in Deutschland

- Stärkere Beteiligung des Patienten
- Entwicklung einer evidenzbasierten und individualisierten Medizin
- Vernetzte Versorgungskonzepte
- Zunehmende Verlagerung von stationärer zur ambulanten Versorgung
- Implementierung neuer Berufsgruppen, Verschiebung vor allem von ärztlichen Aufgaben, höhere Interprofessionalisierung
- Neue Technologien, insb. wachsende Bedeutung der Telekommunikation

Längerfristige Weiterentwicklungsperspektiven in der Medizinischen Rehabilitation

- **ICF-Orientierung** der Reha-Angebote
- **Partizipation** der Versicherten an den Entscheidungsprozessen
- Reha-Maßnahmen nur bei am valide diagnostizierten **Reha-Bedarf**
- **Schnittstellenbeseitigung** durch bessere Vernetzung
- Maßnahmen zur **Flexibilisierung** (zeitliche Verteilung)
- Unterschiedliche Formen der **ambulant Rehabilitation**
- **Prozessoptimierung** u.a. durch Leitlinien, technologisch gestützte Weiterentwicklung von Schulungsangeboten, medizinisch-beruflichen Maßnahmen, Vorbereitungs- und Nachsorgemaßnahmen
- Nutzung moderner **Informationstechnologien,**

Flexibilisierung von Leistungsangeboten

Zielsetzung:

- Individualisiertes rehabilitationsmedizinisches Angebot, um Zufriedenheit, Effektivität und längerfristigen Erfolg zu erhöhen

Strategie:

- Orientierung der im Einzelfall zur Anwendung kommenden Maßnahmen am individuellem Bedarf und Zielen in Hinblick auf Art, Dichte sowie zeitlicher Verteilung der Leistungen und des Rehabilitationssettings

Aktueller Stand und Probleme

- deutliche Diskrepanz zwischen hohem Anspruch und Realisierung – zeitlich und inhaltlich „normierte“ Angebote dominieren
- verdeckte Gleichsetzung von Flexibilisierung mit Verkürzung der Behandlungsdauer
- Überforderung der beteiligten Institutionen in der Umsetzung

- Grenzen in **Nicht-Ballungsräumen**, erhebliche Unterschiede zwischen den Ländern: HH, RP, Saar, Berlin (30-26%), Meck-Pom (5%)
- **Zuweisungssteuerung** stark beeinflusst durch die Verfügbarkeit, Erreichbarkeit und Zumutbarkeit der Angebote sowie durch die Präferenz der Versicherten
- Bisher **fehlende Vernetzung** mit Hilfsmöglichkeiten der Familie, Arbeitsplatz, am Ort verfügbare Hilfen
- **BAR-Vorgaben** schränken die im Einzelfall erforderliche Flexibilität bezüglich Art, Umfang und Zeitpunkt der Leistungserbringung ein
- Fehlende Vereinbarkeit mit **gleichzeitiger Berufstätigkeit**

- Begrenzte Beeinflussbarkeit der Prädiktoren des „Return to Work“
- Sehr gut entwickelte diagnostische Ansätze, aber begrenzte Verfügbarkeit evaluierter Interventionsprogramme
- Erreichbarkeit der Ziele vor dem Hintergrund der personellen und zeitlichen Rahmenbedingungen

Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation

Status

- **DRV seit 1994 flächendeckende** Etablierung externer **QS-Programms mit**
- **Schwerpunkt auf Struktur- und Prozessqualität**
- Stärkung der **Akzeptanz** der medizinischen Rehabilitation

Erforderlich:

- Klinikinterne Nutzung der Ergebnisse für **Qualitätsmanagement und -verbesserungen**
- Kostenträger: Nutzung der Ergebnisse für die **Belegungssteuerung**
- **Ergebnisorientierte** Rehabilitationssteuerung und Honorierung
- Flächendeckende Implementierung von **Leitlinien**

Nutzung neuer Technologien

- **Online-Antragsstellung**
- **Datenaustausch:** Reha-Einrichtung und Leistungserbringer
- **Zugangssteuerung** nach medizinischen, organisatorischen, ökonomischen und bei besonderen Bedarfslagen (Angebote)
- **Klinikinformationssysteme** (Vernetzung, elektronische Krankenakte)
- **Internetbasierte Diagnostik**
- **Therapieplanung** (z.B. nach Rehabilitanden-Management-Kategorien)
- **Internetbasierte Nachsorgeprogramme**
- **E-Bericht** als elektronischer Bericht (Gestaltung, Kommunikation)

Erweiterte Aufgabenstellungen für die Rehabilitation

- Wegen Verlängerung der Lebensarbeitszeit wächst der Bedarf an die **berufliche Leistungsfähigkeit erhaltende Rehabilitationsmaßnahmen:** Gegenwärtige MBOR-Ansätze reichen nicht aus müssen weiterentwickelt
- Wegen Verkürzung der stationären Behandlung wächst der Bedarf an **Frührehabilitation:** Krankenhaus zunehmend auch Standort von Reha
- Mit zunehmender Lebenserwartung der Bevölkerung wächst auch der Bedarf an **rehabilitativen Maßnahmen, die Pflegebedürftigkeit verhindern** oder verzögern

Gesundheit und Rehabilitation im Alter

Gegenwärtige Situation:

- Prinzip „**Rehabilitation vor Pflege**“ breit akzeptiert
- konzeptuell angemessene Einrichtungen **allenfalls in Modellen**
- zahlreiche strittige Fragen insbesondere auch organisatorischer Natur
- **fehlende Verantwortungsübernahme** der verantwortlichen Kostenträger

Herausforderung:

- **Entwicklung**, Erprobung und Evaluation von Angebotsformen, die den Verbleib im bisherigen Lebensumfeld ermöglichen
- Entwicklung, Erprobung und Evaluation von Angeboten, die **in Pflegeeinrichtungen implementierbar** sind
- Modelle zur **Überwindung von Schnittstellenproblemen** zwischen ambulanter und stationärer medizinischer Versorgung, Pflegeeinrichtungen, häuslichem Umfeld und rehabilitativer Versorgung

Fazit

- In den nächsten beiden Jahrzehnten werden gravierende Veränderungsprozesse stattfinden. Vor allem Demographie und Ökonomie bedingt stellen sich neue Herausforderungen für die Rehabilitation.
- **Schnelle und flexible Lösungen kann es nicht geben,** seriöse Veränderungen und Fortschritte müssen wie in der Wissenschaft mühsam erarbeitet werden.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

