



**IQMG Jahrestagung am 29. und 30.11.2017**

**Prof. Dr. Dr. Uwe Koch-Gromus**

- **Alternde Gesellschaft, Verlängerung der Lebensarbeitszeit, Zunahme sozialer Ungleichheit (?)**
- **Zunehmender Mangel an qualifizierten Arbeitskräften, Zuwanderung**
- **Grundlegende Veränderung der Arbeitswelt durch Digitalisierung**
- **Globalisierungseffekte und europabedingter Wettbewerb**
- **Behandlungsspektrum: Zunahme von chronischen Erkrankungen, Multimorbidität und psychischen Erkrankungen**
- **erweiterte Behandlungsmöglichkeiten und daraus resultierend Ressourcenverknappung**

## Einige daraus abgeleitete erweiterte Aufgabenstellungen für die Rehabilitation

- Mit zunehmender Lebenserwartung der Bevölkerung wächst auch der Bedarf an **rehabilitativen Maßnahmen, die Pflegebedürftigkeit verhindern** oder verzögern
- Wegen Verlängerung der Lebensarbeitszeit wächst der Bedarf an die **berufliche Leistungsfähigkeit erhaltende Rehabilitationsmaßnahmen**
- Wegen Verkürzung der stationären Behandlung im Krankenhaus wächst der Bedarf an **Frührehabilitation**

# (Angestrebte) Veränderungen in der Rehabilitation

- ICF-Orientierung, stärkere Beteiligung des Patienten, Stärkung der Patientenrechte  
Erforderlich: effiziente Rehabilitationsberatung
- Steuerung der Reha-Inanspruchnahme an Qualitätskriterien
- Entwicklung einer evidenzbasierten und individualisierten Rehabilitation durch  
Implementierung von Leitlinien und Rehabilitationsforschung
- Flexibilisierung, ambulante Formen der Rehabilitation
- Vernetzte Versorgungskonzepte zur Schnittstellenbeseitigung
- Medizinisch-berufliche Maßnahmen, Vorbereitungs- und Nachsorgemaßnahmen
- Einsetzen innovativer Technologien sowie von Strategien zur Nutzung der  
Digitalisierung
- Neue rehabilitative Handlungsfelder: Früh-Reha, Reha im Krankenhaus,  
geriatrische Reha

## **Anspruch:**

- Individuelle Beratung und Information als Unterstützung eines zielgenaueren Zugangs
- Beratung als ein wesentlicher Baustein für die Begleitung im Prozess

## **Aktueller Stand:**

- Reha-Informationscenter, Reha-Beratung, Online-Servicestelle und Firmenservice

## **Perspektive:**

- Proaktiv Beratung/Unterstützung nach definierten Kriterien anbieten
- Bedarfsorientierte Fallbegleitung mit personenzentriertem Ansatz
  - für Rehabilitanden mit Bedarfen, die verschiedene Leistungen erfordern
  - Management von Leistungsübergängen

## Qualitätsindikatoren



Folgende Qualitätsindikatoren sollen berücksichtigt werden:

- Rehabilitandenzufriedenheit
- subjektiver Behandlungserfolg
- KTL-Auswertung
- RTS- Auswertung
- Ergebnisse des Peer Review
- Berücksichtigung weiterer Qualitätsindikatoren  
(z.B. Beschwerdequote, Entlassungsbrieflaufzeit)  
fakultativ – Entscheidung obliegt dem Federführer

Ein rv-weit konsentierter Leitfaden liegt im Entwurf vor

- Dominierende Ergebniskriterien: **Patientenzufriedenheit** und Lebensqualität
- In einzelnen Indikationsbereichen und Teilgruppen deutliche Hinweise auf fehlende oder eher **schwache Effekte**
- Die **Dosis** einzelner rehabilitativer Interventionen ist suboptimal und damit nicht erfolgsversprechend.
- Übereinstimmend konstatiert wachsender Reha-Bedarf bisher ohne Entsprechung in den **Reha-Etats**

# Ambulante Rehabilitation - Aktueller Stand und Probleme

- Grenzen in **Nicht-Ballungsräumen**, erhebliche Unterschiede zwischen den Ländern
- **Zuweisungssteuerung** stark beeinflusst durch die Verfügbarkeit der Angebote sowie Versichertenpräferenz
- Bisher **fehlende Vernetzung** mit Hilfsmöglichkeiten der Familie, Arbeitsplatz, am Ort verfügbare Hilfen
- **BAR-Vorgaben** schränken 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

- 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)

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

Gründung: 2000 , 225 Mitglieder (Personen und Institutionen)

Interdisziplinäres Verständnis, Multiprofessionell, wissenschaftliche Unabhängigkeit

Kommissionen und Arbeitsgruppen (u.a. Leitlinien, Aus- und Weiterbildung, Reha und Arbeit, Reha und Recht, Methoden

Mitveranstalter von Kongressen insbes. des Reha-wissenschaftliches Kolloquium

Nachwuchsförderung, Wissenschaftspreis

Grundsatzpapiere, Stellungnahmen, Publikationen

**„Workshop DGRW 2025“ (Erkner) am 16. und 17.11.2017**

Felder der Weiterentwicklung: interne und externe Vernetzung der DGRW, Aus-, Fort- und Weiterbildung, DGRW und rehabilitative Versorgung. Neue Felder der DGRW in der Rehabilitation

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

