



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Aktuelle Entwicklungen in der Rehabilitation

Uwe Koch

Vortrag anlässlich der IQMG-Jahrestagung am 14. 11. 2013 in Berlin

Gesellschaftliche und soziale Veränderungen

Deutschland

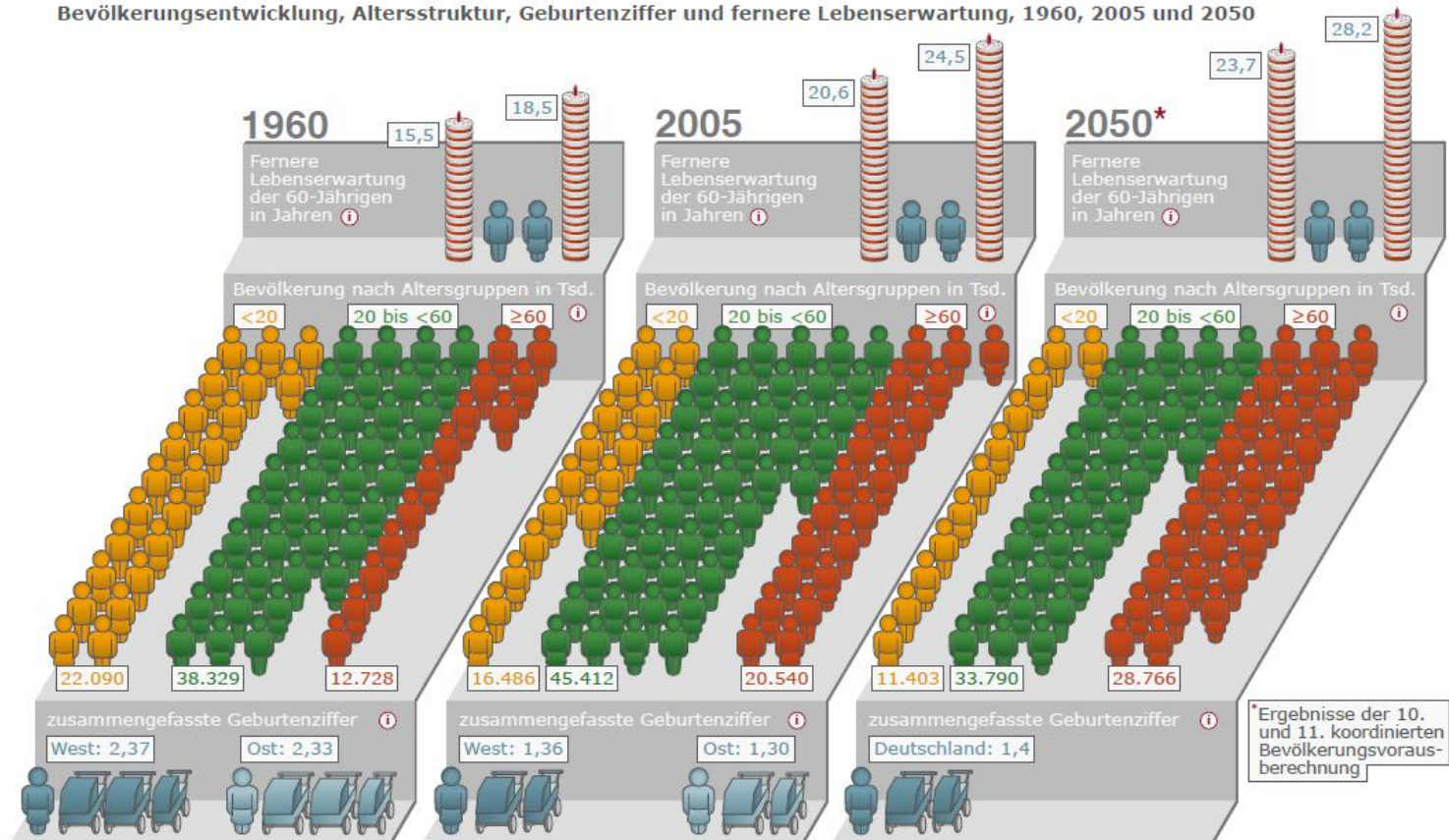
- **Alternde Gesellschaft:**
 - Zunahme chronischer Erkrankungen
 - Verlängerung der Lebensarbeitszeit
- **Zunehmender Mangel an qualifizierten Arbeitskräften**
- **Ressourcenverknappung:**
 - Zunahme von sozialer Ungleichheit?
 - Rationierung von Versorgungsangeboten?
- **Europabedingter Wettbewerb und Angleichung**

Altersaufbau der Bevölkerung

Deutschland

■ 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 Bevölkerungsvorausberechnung
Lizenz: Creative Commons by-nc-nd/2.0/de
Stand: 2008

Veränderungen im Gesundheitssystem

Deutschland

- Zunehmende Verlagerung von stationärer zur ambulanten Versorgung
- Vernetzte Versorgungskonzepte
- Stärkere Beteiligung des Patienten
- Entwicklung einer evidenzbasierten und individualisierten Medizin
- Neue Technologien, insb. wachsende Bedeutung der Telekommunikation

Längerfristige Weiterentwicklungsperspektiven

in der Medizinischen Rehabilitation

- ICF-Orientierung und Partizipation
- frühe und valide Reha-Bedarfsfeststellung
- Schnittstellenbeseitigung durch bessere Vernetzung
- Maßnahmen zur Flexibilisierung, Ausbau der ambulanten Rehabilitation
- **Prozessoptimierung** durch QS-Maßnahmen, Leitlinien, Weiterentwicklung von Schulungsangeboten, medizinisch-beruflichen Maßnahmen, Nachsorge, Nutzung moderner Informationstechnologien, Vorbereitung und Nachsorge
- Evidenzbasierung durch Reha-Forschung

Erweiterte Aufgabenstellungen

für die Rehabilitation

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

Stärkung von Patientenbeteiligung und Patientenkompetenz

Konzepte zur Stärkung der Selbstbeteiligung und praktische Umsetzung

Konzepte	Partizipative Entscheidungsfindung	Beteiligung am Management der Erkrankung	Beteiligung auf der Ebene der Planung und Bewertung von Versorgungsleistungen
Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> – Vermittlung medizinischer Fachinformation – Entscheidungshilfen (Decision Aids) – Patientenschulungen – Ärztliche Fortbildungsmaßnahmen 	<ul style="list-style-type: none"> – Chronic Care Model – Krankheitsspezifische Patientenschulungen – Indikationsübergreifende Patientenschulungen – Expert-Patient-Schulungen – Zielvereinbarungen 	<ul style="list-style-type: none"> – Bewertung der Ergebnisqualität durch Patientenbefragungen – Beteiligung bei der Entwicklung von Leitlinien



Frühe und valide Feststellung des Reha-Bedarfs

Voraussetzungen und eingeleitete Entwicklungen

- **reha-spezifische Bedarfskriterien**
 - unzureichend definierte Kriterien des Reha-Bedarfs, Unschärfe in Abgrenzung zwischen Akutversorgung und Rehabilitation
 - perspektivisch: Operationalisierung und Umsetzung von ICF-Konzepten
- **Instrumente**
 - Durch forschungsgestützte Entwicklungen in zwischen einzelne praktikable und valide (Screening-)Verfahren verfügbar
- **Implementierung neuer Verfahren**
 - bei sozialmedizinischen Prüfdiensten und im Krankenhaus modellhafte Erprobung
 - begrenzte Praktikabilität, Innovationswiderstände
 - perspektivisch: verbesserte Reha-Kompetenz niedergelassener Ärzte
- **Zuweisungssteuerung durch Nutzung elektronisch gespeicherte Informationen**
 - Struktur- und Prozessinformationen der Träger u.a. aus den QS-Programmen

Schnittstellen als fortbestehendes Problem

Zugang zur Rehabilitation:

- **durch niedergelassene Versorger:** Informationsstand und Interessenskollision
- aus der **Akutklinik:** Fehlen rehabilitativer Einheiten an Akutkliniken
früher : Verzicht auf oder Latenz bezüglich der Einleitung von Rehamaßnahmen
heute zunehmend: sehr frühe (zu frühe) Verlegung unter dem DRG-bedingten wegen des Versorgungsdrucks in den Krankenhäusern

Übergänge nach Entlassung aus Reha:

- rehabilitative Nachsorge als Aufgabe der niedergelassenen Versorger: fragliches Interesse, Kompetenz und Handlungsmöglichkeiten (Budget)

Lösungsversuche:

- Früh-, Akut-, Anschlussreha
- Integrationsversorgung: Reha der DRV eher sekundär beteiligt

Flexibilisierung von Leistungsangeboten

Zielsetzung:

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

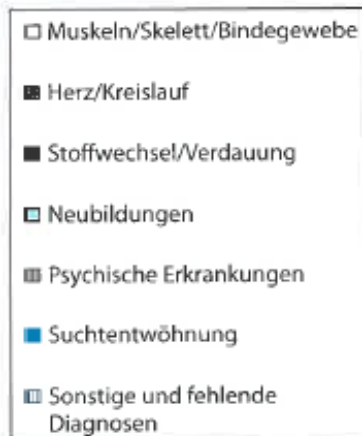
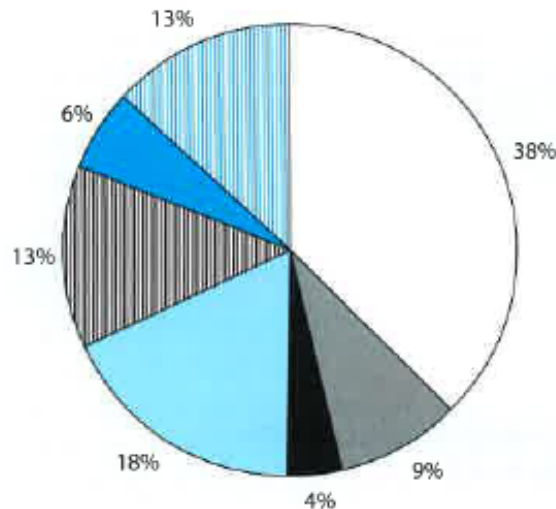
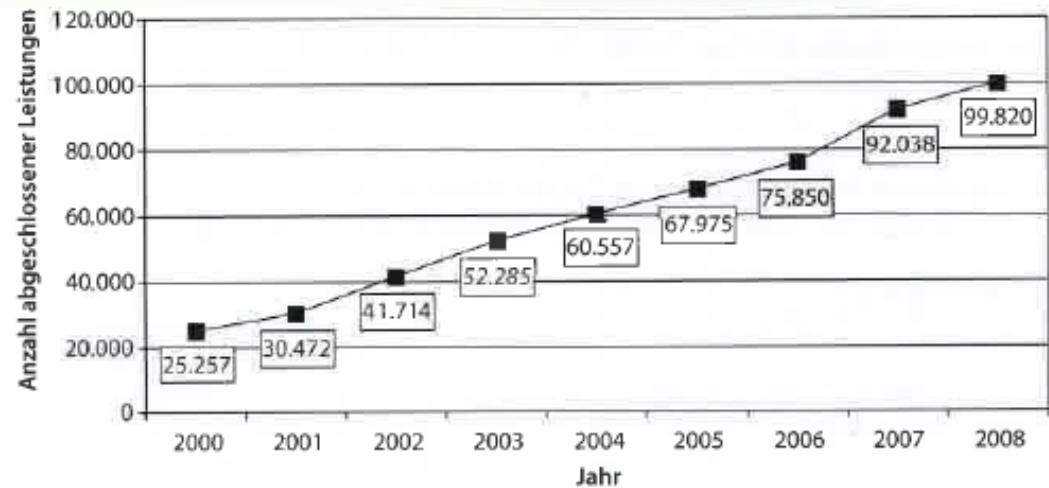
Strategie:

- 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

Entwicklung der ambulanten Rehabilitation



Somatische Reha:

Behandlungstage in der amb. Reha 25-30 Tage weniger

Ambulante Rehabilitation als Beitrag zur Flexibilisierung

Aktueller Stand und Probleme

- 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**

Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation

Programme:

- **DRV seit 1994 flächendeckende** Etablierung eines umfassenden externen **QS-Programms**, seit 2000 auch GKV
- **Schwerpunkt des QS-Programms: Struktur- und Prozessqualität**
- **Ergebnisevaluation: Patientenzufriedenheit**

Bewertung:

- erhebliche Fortschritte bezüglich der **Verfahrensentwicklungen**
- Stärkung der **Akzeptanz** der medizinischen Rehabilitation
- unklar, wie und ob die Ergebnisse in den Einrichtungen für das **Qualitätsmanagement und -verbesserungen** genutzt werden
- unklar, wie und ob die Kostenträger die Ergebnisse für die **Belegungssteuerung** nutzen

Rehabilitationswissenschaftliche Programme

Programmziele

- Steigerung von Umfang und Qualität der Rehaforschung
- transferierbares Wissen zur Verbesserung der Versorgung
- langfristige Etablierung regionaler Kompetenznetzwerke für die Reha-Forschung

Förderinstrumente:

- Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“ (BMBF & DRV,1998-2005)
- Förderschwerpunkt Chronische Erkrankungen und Patientenorientierung (BGMBF, DRV, GKV, PKV)
- Programme der Versorgungsforschung (BMBF)

Fazit zu den reha-wissenschaftlichen Förderschwerpunkten

- **Schub für die Reha-forschung** in inhaltlicher, methodischer u. organisatorischer Sicht,
- Entwicklung einer funktionsfähigen regionalen **Forschungsinfrastruktur**
- Erheblicher **Erkenntnisgewinn** für die Weiterentwicklung der Rehabilitation, keine volle Ausschöpfung der **Transfermöglichkeiten**
- Stärkung der **wissenschaftlichen Orientierung** bei den Rehaträgern und in den Rehaeinrichtungen,
- Zunahme der **Akzeptanz der Rehabilitation** in den medizinischen Fachgesellschaften, Fakultäten. Fortbestehendes Problem: Fehlende Möglichkeit, **RCTs** durchzuführen
- Trotzdem: Medizinische Rehabilitation noch weit von Evidenzbasierung entfernt. Erfordernis von einer **Kontinuität**.

Kritische Fragen bezüglich des Rehabilitationserfolges und des Reha-Bedarfs

- Dominierende Ergebniskriterien: **Patientenzufriedenheit** und Lebensqualität, objektive Parameter eher vernachlässigt
- in einzelnen Indikationsbereichen und Teilgruppen deutliche Hinweise auf fehlende oder eher **schwache Effekte** der Reha-Maßnahmen
- Die **Bedarfsdiskussion** einseitig orientiert an Problemlagen, unberücksichtigt: fehlende bzw. schwache Ergebnisqualität.
- Die **Dosis** einzelner rehabilitativer Interventionen ist suboptimal und damit nicht erfolgversprechend.
- Übereinstimmend konstatiertes wachsender Reha-Bedarf bisher ohne Entsprechung in den **Reha-Etats**

Ansätze zur Prozessoptimierung

- Entwicklungen und Implementierung von **Leitlinien** (Therapiestandards)
- Weiterentwicklung der **Schulungsangebote** (*Schwerpunkt der Förderung, Zentrum Patientenschulung e.V. in Würzburg*)
- Entwicklung und Erprobung von **Vorbereitungs- und Nachsorgemaßnahmen**
- Nutzung moderner **Informationstechnologien**
- medizinisch-berufliche Maßnahmen (**MBOR**)

Nutzung neuer Technologien

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

Erweiterte Aufgabenstellungen für die Rehabilitation

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

MBO-Modelle und institutionelle Rahmenbedingungen

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

Neue Aufgabenstellungen für MBOR

- schrittweise Verlängerung der gesetzlich vorgegeben **Lebensarbeitszeit** (Beginn 2012)
- **Herausforderung** für die Politik und die Rentenversicherung: längere berufliche Verweildauer durch rehabilitative Fördermaßnahmen sicher zu stellen
- **Bisherige MBOR Maßnahmen** fokussieren dieses Ziel noch nicht im erforderlichen Maße.
- Erforderlich: ein **Gesamtkonzept mit stark präventiver Orientierung**

Gestiegener Bedarf an Frührehabilitation

DRG-Folgen

- Bei Erreichen der **unteren Grenzverweildauer** (DRG)
Veranlassung früherer Verlegung in die Rehabilitation durch
das Medizincontrolling (Ausnahme Neurologie)
- **Folgen**
 - Zunahme der **Direktverlegungen** (Ausnahme Geriatrie)
 - Patienten kommen **kranker** in die Rehabilitation,
erforderlich: ein höherer Betreuungsaufwand
 - **Reha-Verweildauer** bleibt weitgehend konstant

Gestiegener Bedarf an Frührehabilitation zu klärende Fragen

- Rehabilitationsfähigkeit
- Versorgungsqualität der rehabilitativen Maßnahmen
- Angemessenheit der Reha-Verweildauer
- erreichter Behandlungserfolg: Funktionsniveau, selbstständige Lebensführung, Lebensqualität u.a.
- Auswirkungen auf Behandlung anderer Reha-Patienten
- Ökonomische Auswirkungen für die Rehabilitationseinrichtungen

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

- Die Rehabilitation in Deutschland hat im internationalen Vergleich einen hohen Entwicklungsstand.
- In den letzten beiden Jahrzehnten haben gravierende Veränderungsprozesse stattgefunden, trotzdem bestehen einzelne grundsätzliche Probleme fort.
- 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 mühsam erarbeitet werden.

Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit!

