

„Aktuelle Herausforderungen für die medizinische Rehabilitation – wo stehen wir?“

Dr. med. Matthias Schmidt-Ohlemann

Kongress der DVfR
„Teilhabe – Anspruch und Wirklichkeit in der
medizinischen Rehabilitation“
14.-15.11. 2016 in Berlin

Teilhabe – Anspruch und Wirklichkeit in der medizinischen Rehabilitation: Aktuelle Herausforderungen für die medizinische Rehabilitation – wo stehen wir? (1)

Die Beantwortung dieser Frage erfordert einen normativen Bezugsrahmen:

- Menschenrechtlich: UN-BRK (Art 1, 26)
- Gesetzlich:
 - Grundgesetz für die BRD
 - BGG
 - SGB IX §§ 4, 26
 - Leistungsgesetze: SGB V, VI, VII, VIII
- Gemeinsamer Bezugspunkt :
Begriff der Behinderung als Grundlage für die Begründung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation.

UN Behindertenrechtskonvention (BRK)

Artikel 1: Zweck und Behinderungsbegriff

- Zweck dieses Übereinkommens ist es, die volle und gleichberechtigte Ausübung aller Menschenrechte und Grundfreiheiten durch alle behinderten Menschen zu fördern, zu schützen und zu gewährleisten und die Achtung ihrer angeborenen Würde zu fördern.
 - Der Begriff behinderte Menschen umfasst Menschen mit langfristigen körperlichen, seelischen, geistigen oder Sinnesschädigungen, die sie im Zusammenwirken mit verschiedenen Barrieren daran hindern können, gleichberechtigt mit anderen uneingeschränkt und wirksam an der Gesellschaft teilzunehmen.
- Keine Altersbegrenzung!

UN-BRK Artikel 26

Habilitation und Rehabilitation

- (1) Die Vertragsstaaten treffen wirksame und geeignete Maßnahmen, einschließlich betreffend die Unterstützung durch andere Menschen mit Behinderungen, um Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Einbeziehung und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren. Zu diesem Zweck organisieren, stärken und erweitern die Vertragsstaaten umfassende Habilitations- und Rehabilitationsdienste und -programme, insbesondere auf dem Gebiet der Gesundheit, der Beschäftigung, der Bildung und der Sozialdienste, und zwar so, dass diese Leistungen und Programme
- a) im frühestmöglichen Stadium einsetzen und auf einer multidisziplinären Bewertung der individuellen Bedürfnisse und Stärken beruhen;
 - b) die Einbeziehung in die Gemeinschaft und die Gesellschaft in allen ihren Aspekten sowie die Teilhabe daran unterstützen, freiwillig sind und Menschen mit Behinderungen so gemeindenah wie möglich zur Verfügung stehen, auch in ländlichen Gebieten.

.....

Rechtlicher Rahmen: Rehaziele (1)

SGB IX § 4

- (1) Die Leistungen zur Teilhabe umfassen die notwendigen Sozialleistungen, um unabhängig von der Ursache der Behinderung
1. die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern,
 2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug anderer Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern,
 3. die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern oder
 4. die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern.

Rechtlicher Rahmen: Rehaziele (2)

§ 26 SGB IX Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

- (1) Zur medizinischen Rehabilitation behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen werden die erforderlichen Leistungen erbracht, um
1. Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten
oder
 2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern.

Teilhabe – Anspruch und Wirklichkeit ... – wo stehen wir? (2)

- **Behinderung = Funktionelle Beeinträchtigungen und Beeinträchtigung der Teilhabe**
- Dies trifft das Selbstverständnis der Medizinischen Rehabilitation (MedReha) in Deutschland bislang nicht. Hier dominiert das medizinische, letztlich das kurative Paradigma und nicht das Teilhabeparadigma, das auf die Vermeidung von Behinderung und die Verbesserung der Teilhabe zielt:
Der Mensch mit Rückenschmerz, mit Rheuma, mit schwerer COPD oder mit einer psychischen Erkrankung sieht sich als krank, nicht als behindert, allenfalls als schwerbehindert, ebenso nicht der EU-Rentner. Dies gilt auch für seine Ärzte und Therapeuten.
- Das konzeptionelle Grundmuster im Alltag lautet: Gute Behandlung der Krankheit vermindert die funktionellen Beeinträchtigungen und verbessert damit auch (automatisch) die Teilhabe. Das ist unzureichend, wenn Beeinträchtigungen verbleiben. Das ist häufig der Fall. Heilung bleibt häufig aus: Chronische Krankheit.
- Auch für die MedReha der Rentenversicherung gilt dieses Grundmuster:
Zwar ist die Indikation für eine Rehaleistung die drohende EU, jedoch spielt die konkrete Teilhabe am Arbeitsleben und der Lebenswelt mit Behinderung eine untergeordnete Rolle und die Behandlung des Kranken steht im Vordergrund. (Problem erkannt: MBOR!)
- Expertenbefragung: Erwartung an künftige Reha: Mehr Teilhabeorientierung!
- Ausnahme: die umfängliche Betreuung der Unfallversicherung durch Berufshelfer

Zum Begriff der Teilhabe

- definiert als Einbezogenensein (und sich einbezogen fühlen zu können) in eine Lebenssituation.
- meint im umfassenden Sinne die Möglichkeit des Individuums, in der Gesellschaft als deren Teil und als Subjekt zu handeln, (**Capability approach**)
d.h. die ihm wichtigen und von seinem Umfeld erwarteten Rollen, Aufgaben, Funktionen und Aktivitäten in einer Gesellschaft auszuüben bzw. dazu befähigt und in die Lage versetzt zu sein.
- **Selbstbestimmte Teilhabe:** wenn individuelle und umweltbezogene Faktoren es einer Person ermöglichen, die ihr wichtigen und ihrer Lebenssituation entsprechenden Positionen selbstbestimmt auszuwählen, einzunehmen und auszufüllen. (**Partizipation im Sinne der ICF**)
- **Die relevanten Lebenssituationen sind:** Erziehung, Bildung, Arbeit, soziales Leben,
d.h. auch die durchgängige Entwicklung der Persönlichkeit zum Subjekt der jeweils eigenen Lebensführung (Individuum) und als bedeutsamer Teilnehmer an seinem primären und sekundären sozialen Netzwerk.
 - Der in der MedReha verwendete Begriff der Teilhabe ist oft sehr begrenzt und eng gefasst, mit Ausnahme in der psychosomatischen Rehabilitation, wo zwangsläufig die Gesamtheit der sozialen Beziehungen und der Lebenswelt Thema sein muss.
- Gelingende Teilhabe ist ein salutogenetischer Faktor.
- Teilhabe soll trotz vorhandener Beeinträchtigungen gelingen können.

ICF und Teilhabe

➤ Art und Umfang der Teilhabe

- nicht abhängig vom Schweregrad der funktionellen Beeinträchtigung
- jedoch abhängig vom individuellen und gesellschaftlich bestimmten Gestaltungsraum

➤ Maßgeblich sind die Kontextfaktoren

- bei mittlerer Beeinträchtigung der Funktion können die Aktivitäten stärker und die Teilhabe sehr stark beeinträchtigt sein

In der Konzeption der ICF lässt sich dies so darstellen (nach Behrens et al. 2013):

(A) Funktion	0		X			10
Aktivitäten	0			X		10
Teilhabe	0				X	10
(B) Funktion	0		X			10
Aktivitäten	0	X				10
Teilhabe	0	X				10

(Grad der Beeinträchtigung (x) in einer Skala von 0-10)

Bei gleicher Beeinträchtigung der Funktionen können in Abhängigkeit von den Kontextfaktoren die Aktivitäten weniger stark beeinträchtigt und die Teilhabe in sehr hohem Umfang möglich sein.

Kontextfaktoren und medizinische Rehabilitation

Berücksichtigung u. Modifikation der Kontextfaktoren sind bislang Stiefkind der MedReha.

■ Ursachen:

- Art der Reha-Organisation (Wohnortferne)
- beschränkte Handlungsoptionen während der Rehabilitation (Zugang zu KF ist eingeschränkt)
- fehlender Zugang zum Sozialraum
- Unzureichende (finanzielle und personelle) Ressourcen
- gesetzliche und vereinbarte leistungsrechtliche Grundlagen und Grenzen, differenzierte Zuständigkeit im gegliederten System von Rehabilitation, kurativer Versorgung und privater Lebenswelt

■ Folgen:

- Handlungsbeschränkungen der Akteure in der medizinischen Rehabilitation, bis hin zur Resignation und Frustration
- Konsequenz ist eine Selbstbeschränkung und Verstärkung der Binnenorientierung auf die medizinischen Leistungen innerhalb der Rehabilitation selbst.

■ Aufgabe für die medizinische Reha!

- Kontextfaktoren zu erkennen und RehabilitandInnen zu befähigen oder sie und andere Beteiligte zu unterstützen, diese KF zu verändern. **ICF: Modifikation der Kontextfaktoren!**

Der Beitrag der Medizin zur Ermöglichung und Verbesserung der Teilhabe

- Die Medizin leistet einen erheblichen Beitrag zur Verbesserung der Teilhabe, in dem sie die krankheitsbedingten Beeinträchtigungen durch deren Behandlung beseitigen oder vermindern hilft.

Entsprechende Leistungselemente sind in § 26 SGB IX benannt.

- Leistungen der medizinischen Rehabilitation
 - Krankenbehandlung mit rehabilitativer Zielsetzung,
 - Rehabilitationsmedizinische Versorgung, d.h. Medizinische Versorgung im Zusammenhang mit anderen Rehabilitationssettings
- Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind insofern nur eine Teilmenge der Gesamtheit der Beiträge der Medizin zur Verbesserung der Teilhabe
 - Dies findet seinen gesetzlichen Ausdruck u.a. auch in § 27 SGB IX:
“Die in § 26 Abs. 1 genannten Ziele sowie § 10 gelten auch bei Leistungen der Krankenbehandlung.

Medizinische Rehabilitation

Leistungen der medizinischen Rehabilitation:

- Stationäre medizinische Reha
 - Ambulante medizinische Reha
 - Mobile medizinische Reha
 - Nachsorge
 - Rehasport und Funktionstraining
 - Leistungen in SPZ und Frühförderstellen
 - Ergänzende Leistungen
 - Rehaberatung hingegen ist Bestandteil des Verwaltungsverfahrens
- Von den Leistungen der medizinischen Rehabilitation sind Leistungen mit rehabilitativer Zielsetzung und rehamedizinische Leistungen zu unterscheiden.

Rehabilitationsmedizinische Leistungen --- Leistungen mit rehabilitativer Zielsetzung

1. Rehabilitationsmedizinische Versorgung

Soweit Leistungen nach § 26 SGB IX außerhalb der MedReha i. e. Sinne erbracht werden, werden diese leistungs- und leistungserbringerrechtlich nicht der MedReha zugeordnet. Sie können Bestandteil anderer Rehaleistungen oder Systeme sein, z. B.

- Berufliche Reha in BBW/BFW, WfbM (berufliche Bildung)
- Bildung (z. B. KiTas und Förderschulen mit interdisziplinären Teams)
- Eingliederungshilfe (interdisziplinäre Teams z.B. In WfbM, Tagesförderstätten, Wohneinrichtungen mit komplexem Versorgungsauftrag, Beratungsstellen)
- Öffentlicher Gesundheitsdienst

➔ Es gilt, die rehabilitationsmedizinischen Leistungen auch in Zukunft zu erhalten und ggf. bedarfsgerecht auszubauen.

2. Leistungen, die in § 26 SGB IX genannt sind, können **Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung** (§27 SGB V i.V.m. §§73,75 und § 27 SGB IX.) sein (“..mit rehabilitativer Zielsetzung) oder

3. **Bestandteil der Krankenhausversorgung** (u.a. § 39 SGB V) sein.

Rehabilitationsmedizinische Leistungen --- Leistungen mit rehabilitativer Zielsetzung --- medizinische Rehabilitation

- Es ist strittig, welche dieser Leistungen doch der MedReha zuzuordnen sind .
- Entscheidend : Alle Systeme sind für die Zielerreichung von Bedeutung und verhalten sich zu einander ergänzend und z. T. subsidiär.
- Das System MedReha ist lt. Gesetz bzw. nach Rechtsauslegung nicht klar beauftragt und nicht in der Lage, alle Aufgaben der rehabilitationsmedizinischen Versorgung zu übernehmen: Die rehabilitationsmedizinische, die vertragsärztliche und Krankenhausversorgung bleiben selbständig und von großer Bedeutung.
- Dies verkennt der Kabinettsentwurf des BTHG, in dem er die gesamten rehabilitativen Leistungen der Eingliederungshilfe, bislang § 53 Abs. 3, ausschließlich der MedReha zurechnet und somit rehabilitative Leistungen eines interdisziplinären Teams innerhalb der Eingliederungshilfe unmöglich macht, obwohl weder die medizinische Reha noch die vertragsärztliche Versorgung diese vollumfänglich leisten können!
- Damit sind nicht die kurativen Leistungen (auch hier gibt es Schnittstellenprobleme, z.B. Behandlungspflege) gemeint, sondern v.a. die Ermöglichung interdisziplinärer Teamarbeit und die unmittelbare Förderung der Teilhabe mit medizinischen Mitteln.

Medizinische Rehabilitation steht im Kontext der kurativen Versorgung und der individuellen Lebensführung

Kurative Versorgung
hausärztliche Versorgung
Fachärztliche Versorgung
Arzneitherapie
Heilmittel
Hilfsmittel
Arbeitsunfähigkeit
Psychotherapie
Peer Group
Mobilitätstraining
Berufsberatung
Krankenhausbehandlung
Prof. Pflege/Pflegeheim
Stat./amb. Eingliederungshilfe

**Medizinische
Rehabilitation**

persönliche Bewältigungsstrategien
Vermeidung von Belastungen
Verhaltensänderung
Selbstmedikation
Sport, Bewegung
Sportgeräte
Arbeitsplatzänderung/-wechsel
Ehe-/Familien- und Lebensberatung
primäres soziales Netz/Selbsthilfe
Barrierefreiheit der Lebenswelt
eigene Fort- und Weiterbildung
Langzeit-AU
Familienpflege
persönliche Assistenz

Medizinische Reha der gesetzl. Rentenversicherung (DRV) 2014

<u>MedReha gesamt (Fälle)</u>	<u>1 014 763 (100 %)</u>	<u>3 947 Mio €</u>
davon		
ambulant	141 147 (14%)	
Kinder u. Jugendliche	31 384 (3%)	
davon Anschlussreha	337 618 (35 %)	
Neubildungen	152 260 (16%)	
Entwöhnungen	50 485 (5%)	

Anträge: 1.724.277, davon bewilligt: 1.135.087

Medizinische Reha der gesetzl. Krankenversicherung

GKV 2015 (destatis/ BAR)

<u>MedReha gesamt (Fälle)</u>	<u>741 521</u>	<u>Fälle</u>	<u>2 961 Mio € (2014)</u>
ambulant	90 512		
Kinder u. Jugendliche	4 541		
Anschlussreha	602 005		
Neubildungen	16 281		
Abhängigkeitserkrankungen	9 003		
geriatrisch	65 383		
> 65 Jahre	584 674		
<hr/>			
Frührehabilitation (§ 39 SGB V)	282 397		
geriatrisch	247 232		
<hr/>			
SPZ und Frühförderung			312 Mio €
Rehasport und Funktionstraining			214 Mio €
<hr/>			
Für 39,176 Mio Nichterwerbspersonen			

Anspruch und Wirklichkeit:

I. Gesellschaftliche Aufgaben

Wird die Medizinische Reha ihren gesellschaftlichen Aufgaben gerecht?

1. Als Bestandteil von Behandlungskonzepten auch mit **kurativer Funktion**
 - *in hohem Maße in Form der Anschlussrehabilitation.*
 - *So gewollt?*
2. Als Instrument zur Wiederherstellung oder Verbesserung **selbstbestimmter Teilhabe**, Inklusion und Lebensqualität
 - *Hierauf beziehen sich die meisten Kritikpunkte (s.u.: Zieldimensionen)*
3. Als Instrument zur Verminderung des **Bezuges von Sozialleistungen, z. B.**
 - a. Frührente (Voll-/Teilrente)
 - b. Eingliederungshilfe
 - c. Krankengeld
 - e. Pflegeleistungen
 - f. Weitere Kosten der Krankenbehandlung
 - g. Arbeitslosengeld/Grundsicherung

Die Bedeutung der MedReha für die Aufgaben 3 b und 3 g ist plausibel, jedoch nicht hinreichend untersucht.

Anspruch und Wirklichkeit:

II. Richtige Personen in der Reha?

Werden die „richtigen“ Personen erreicht und ausreichend versorgt? Unterversorgung?

- **Hinweise auf Unterinanspruchnahme** durch Menschen mit Pflegebedürftigkeit, Migrationshintergrund, vorbestehenden kognitiven Behinderungen, psychiatrischen Diagnosen, erworbenen Hirnschädigungen (Dauer!) sowie durch geriatrische PatientInnen, FrührentnerInnen vor Rentenbezug, Rheumakranke, pflegende Angehörige, Arbeitslose, Nichterwerbstätige, Alleinerziehende, Menschen in Armut
(⇒ Kongress-Workshop: „Reha individualisieren“)
- Erfolgt die **Identifikation und Zuweisung von relevant Teilhabebeeinträchtigten** zuverlässig? (Schwere- und Relevanzkriterien)
- **„richtige Zielsetzungen“**: Erfolgt Reha nicht nur zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit sondern auch ausreichend für andere wichtige gesellschaftliche Funktionen: Eltern, Pflegende, Vereine etc.?

Anspruch und Wirklichkeit:

III. Berücksichtigung/Modifikation der Kontextfaktoren

Gelingt es, auch die Kontextfaktoren zu beeinflussen: „Verhältnisrehabilitation“?

- Bislang aus der Medizinischen Reha sehr schwierig, da dazu die Personen und Institutionen des primären und sekundären Netzwerkes einbezogen werden müssen
- Regionale oder IT-gestützte Netzwerkarbeit erforderlich
- Besondere Ressourcen erforderlich
- Mobile Rehabilitation leistet das vorbildlich und wäre auch betriebsnah denkbar.
- Fallbegleitung und Case Management

Grenzen der medizinischen Reha: Vernetzung und Kooperation

(⇒ Kongress-Workshops: “Übergänge optimieren” und “Regional zusammenarbeiten”)

- Arbeitswelt muss mannigfaltige Arbeitsplätze auch für leistungsgeminderte Arbeitnehmer bieten
- Öffentliche Mobilität muss gesichert werden
- Armut/soziale Ungleichheit als Risikofaktor ist zu bekämpfen

Anspruch und Wirklichkeit:

IV. Optimale Gestaltung der Medizinischen Rehabilitation zur Zielerreichung?

Können die grundsätzlich erreichbaren Ziele in der heutigen Form und Qualität der Reha optimal erreicht werden: Qualität bzw. Wirkungsgrad?

Zweifel, da die Angebote nicht dem individuellen Bedarf ausreichend entsprechen hinsichtlich:

- *Flexibilisierung der Dauer*
- *Flexibilität zwischen ambulant und stationär*
- *Personalbestand angemessen? Sozialarbeit!*
- *Beratungskompetenz aller Akteure in der Reha ausreichend?*
- *Individuum bezogenes Zeit/Therapeutenbudget ausreichend?*
- *Berufliche Orientierung nur im Rahmen von MBOR?*
- *Verhaltensmedizinisch orientierte Reha: nur wenige Personen?*
- *Indikationsspezifisch vs. Multimorbidität*
- *(Vor)Informationen ausreichend verfügbar?*
- *Einbezug des primären sozialen Netzwerkes /Sozialraumes möglich?*
- *Zu starke medizinische kurative Orientierung*
- *Hilfsmittelversorgung während der Reha ist unzureichend und muss effizient werden*

Anspruch und Wirklichkeit:

V. Wirkungskontrolle und Evidenz

Gibt es eine zuverlässige Wirkungskontrolle?

- Zahlreiche Untersuchungen belegen die Wirksamkeit, auch im Hinblick auf die Ziele, z. B. Erhalt der Erwerbsfähigkeit.
- Es fehlt eine vergleichende Rehabilitationsforschung hinsichtlich verschiedener Formen (Elemente, Intensitäten, Settings), Kontexte (individuelle Teilhabeziele, Zeitpunkte, Dauer) und Zielgruppen (Multimorbide, Mehrfachbehinderte, Pflegebedürftige).
- Die Untersuchung von Lübke zur geriatrischen Rehabilitation bei Pflegebedürftigen belegt dies und weist auf die Herausforderungen solcher Studien hin (Lübke 2014).
- Es fehlt an einer Evaluation auf der Teilhabeebene: Teilhabeforschung ist noch zu entwickeln, insbes. Mangel an Methoden und Instrumenten.
- Eine Wirkungskontrolle ist nach Zielen zu differenzieren!!
- Der Nachweis von Evidenz in bisheriger Form wird als unzureichend angesehen: Ist das bisherige Konzept für Evidenz im Hinblick auf die verschiedenen Wirkungen geeignet?
- Evidenz hat wesentlich die Erreichung der jeweils individuumbezogenen Ziele zu messen. Dies setzt eine individuelle Verständigung über die Ziele voraus!

Anspruch und Wirklichkeit:

VI. Gesellschaftliche Veränderungen

Wird das System der medizinischen Rehabilitation den gesellschaftlichen Bedingungen und Veränderungen gerecht?

- älter werdende Bevölkerung
- älter werdende Arbeitnehmer
- Gefährdung/Verkleinerung und Schwund primärer sozialer Netzwerke
- hohe Anforderungen am Arbeitsplatz an Leistungsfähigkeit, Kompetenz und Qualifikationen der Arbeitnehmer
- Schwund einfacher und bei nicht maximaler Leistungsfähigkeit besetzbarer Arbeitsplätze
- hohe und zunehmende Zahl pflegender Angehöriger und wachsender Bedarf an Pflegekräften
- Knappheit/Mangel an medizinischem Personal mit medizinischer und rehabilitativer, d.h. kommunikativer und sozialer Kompetenz
- relativ hoher Anteil an Menschen in schwierigen Lebenslagen
- Der Bedarf an medizinischer Rehabilitation wird steigen!

Anspruch und Wirklichkeit:

VII. Nutzererwartungen

Wird medizinische Reha den Erwartungen der Nutzer gerecht?

- Die Zufriedenheit ist bei ca. 2/3 der Nutzer gut.
- Es gibt zahlreiche Einzelberichte über Nichtgelingen: Erwartungen nicht erfüllt, Problemlagen nicht erfasst, Inkompetenz, zu wenig Teilhabe
- Berichte über mangelnde Anerkennung und Achtsamkeit
- Beratung wird vermisst.
- Positives Urteil v. a. bei Anschlussreha, weniger bei chronifizierten Verläufen mit komplexen Problemlagen
- Methodische Probleme der Erfassung der Nutzerzufriedenheit
- Zeitmangel der Therapeuten und Ärzte wird durchgängig beklagt
- Teilhabebereiche nicht bearbeitet (subjektiv teilweise nicht im Focus!)

Anspruch und Wirklichkeit:

VIII. Erwartungen der Akteure

Wird die Arbeit in der MedReha den Erwartungen ihrer Akteure (MitarbeiterInnen) gerecht?

- Arbeitsplatzzufriedenheit (Vereinbarkeit mit Familie)
- Lage des Arbeitsplatzes fernab von Ballungsgebieten
- Zeitdruck und Arbeitsverdichtung
- Hohe Standardisierung und fehlende Möglichkeit individueller intensiver Ansprache
 - Konsequenz ist eine Selbstbegrenzung unter Aussparung von Teilhabegesichtspunkten: Konzentration auf die medizinische Problematik oder Flucht in die Routine
 - Reduktion von Komplexität als Überlebensstrategie
- Teamarbeit kommt zu kurz
- Verlust der Beziehung zu vor- und nachgelagerten Lebensbereichen: Realitätsferne und mangelnde Erfahrung
- Mangelnde Beratungs-/Gesprächsführungskompetenz
- Konfliktempfinden bei der Leistungsbeurteilung und mangelnde Handlungsoptionen
- Mangelnde “Selbstwirksamkeit” – Arbeit z. T. nur Zwischenstation

Anspruch und Wirklichkeit:

IX. Sozialraumbezug

Ist die Medizinische Rehabilitation in den Sozialraum integriert und kann sie die Ressourcen des Sozialraumes nutzen/beeinflussen?

(⇒ Kongress-Workshops: "Regional zusammenarbeiten")

- Große Unterschiede ambulant/stationär, wenngleich weniger als erwartet.
- Mobile Reha ideal vernetzt.
- Einige Kliniken nutzen gezielt regionale Vernetzung und übernehmen Beratungs- und Versorgungsaufgaben (Ermächtigung) – wird durch Belegungspolitik der Träger jedoch teilweise konterkariert.
- Für Teilhabeorientierung in der MedReha ist die Kenntnis des entsendenden Sozialraums, für die Erarbeitung von Teilhabeförderungsstrategien die Kenntnis des aufnehmenden Sozialraums entscheidend:
Arbeitgeber, Schwerbehindertenvertretung, Betriebsarzt, Rehaträger, IFD-Angebote, Beratungsinfrastruktur, Selbsthilfe, medizinische Infrastruktur, Bildungsressourcen, 2. Arbeitsmarkt, Eingliederungshilfe, u.a.
- Option der Vorberatung und der Nachsorge aus einer Hand (Weiterbehandlung, vgl. z.B. Modellprojekte zur Psychosomatik)

Anspruch und Wirklichkeit:

X. Finanzierung

Sind die finanziellen Mittel ausreichend und richtig alloziert?

- Beispiele für Unterfinanzierung werden zahlreich genannt (u.a. Geriatrische Reha, vgl. div. Gutachten).
- Teilhabeorientierung verlangt (etwas) mehr Ressourcen, abhängig von dem Angebot spezifischer teilhabefördernder Leistungen (Bsp: 1 Beratungsgespräch 1 Stunde zusätzlich je Woche bei 20 Rehabilitanden = ½ Stelle).
- Ressourcen für KTL-erfüllung immer richtig alloziert?
- Renditeerwartungen der Eigentümer werden aber offenbar erfüllt (Ankäufe).
- Modellprojekte werden oft nicht in die Regelfinanzierung übernommen.
- Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen sind methodisch extrem schwierig und bisher im Hinblick auf viele Teilhabeziele nicht realisiert.
- Modulartige Erweiterung mit entsprechender Finanzierung sind nicht konsentiert.
- Kostendruck der Rehaträger lässt den gut beeinflussbaren Bereich der Reha nicht wirklich wachsen.

Zieldimensionen der medizinischen Rehabilitation allgemein

- Verminderung der funktionellen Beeinträchtigungen
- Verbesserung der selbstbestimmten Teilhabe
- Mitwirkung an der Beseitigung von Barrieren und Erschließung von Förderfaktoren
 - auch bei Vorliegen und Persistenz einer nicht nur vorübergehenden relevanten funktionellen Beeinträchtigung bzw. „Behinderung“
 - d. h. Entwicklung eines angepassten „neuen“ Lebensführungskonzeptes mit neuem Selbstverständnis, z. B. als „Behinderter“ und
 - Orientierung an der Selbstbestimmung, die zu oft mit Selbständigkeit gleichgesetzt wird.

Zieldimensionen der medizinischen Rehabilitation

Arbeit, Erziehung, Bildung, Ausbildung

Beitrag zur Befähigung zur Teilhabe am Arbeitsleben

- Erwerbsfähigkeit und Arbeitsplatz sichern, Fehlzeiten vermindern
- Teilhabe heißt auch: zeitlicher Rahmen passt, qualifizierte Arbeit, gute Entlohnung, gute Leistungsfähigkeit, gute soziale und kollegiale Beziehungen, Erreichbarkeit, Entwicklungsmöglichkeiten, keine Gesundheitsgefährdung, Selbstverwirklichung, Karriere

Beitrag zur Befähigung zu Erziehung, Bildung und Ausbildung

- Erfolgreiche Teilnahme an Kita, Schule, Hochschule, beruflicher Bildung ermöglichen
- Teilhabe heißt auch: Integration in peer group, Freundschaften, gelingendes Familienleben, Hobbies ausüben, Chancen nutzen, gesund leben, optimales Bildungsniveau erreichen, Fort- und Weiterbildung, auch zur Lehre.

Zieldimensionen der medizinischen Rehabilitation

soziale Teilhabe

Beitrag der MedReha zur Befähigung zur sozialen Teilhabe sollte mehr Bedeutung erlangen!

- Pflegebedürftigkeit vermeiden, vermindern
- Im primären und sozialen Netzwerk seine gewünschten Rollen angemessen ausüben zu können (Vater, Mutter, Verein, Nachbarschaft...), d.h. soziale Kompetenzen zu erhalten und zu fördern
- Pflege leistbar zu machen und für die Pflegenden gute Pflegebedingungen zu schaffen
- Selbstbestimmung zu verwirklichen und die Erfahrung von Selbstwirksamkeit zu machen, auch bei Behinderung und Pflegebedürftigkeit
- Sich am gesellschaftlichen Leben aktiv und kompetent zu beteiligen (Befähigungsansatz)
- Bei Bedarf Hilfe zu geben und zu erhalten (Prinzip der Gegenseitigkeit)
- Andere zu unterstützen (auch ein sozialstaatliches Prinzip: Subsidiarität)
- Armut zu vermeiden bzw. mit begrenzten finanziellen Mitteln zurecht zu kommen (setzt Kompetenzen und Leistungsfähigkeit voraus).
- Bezug von sozialen Leistungen, insbesondere der Eingliederungshilfe vermeiden bzw. vermindern

Teilhabeorientierung in der medizinischen Rehabilitation verwirklichen! (1)

Um dies zu erreichen, müssen **Bezüge zur Lebenswelt** auch in der medizinischen Reha einen festen Platz haben bei denen, die eine dauerhafte Beeinträchtigung (trotz medizinischer Rehabilitation) behalten, d.h.

- Probleme bei der Teilhabe thematisieren und Bewusstsein schaffen
- Beraten und Lösungsmöglichkeiten suchen
 - Auf der personalen Ebene
 - Auf der Ebene des primären sozialen Netzwerkes
 - Auf der Ebene der anderen Kontextfaktoren
- Ggf. eine Bedarfsermittlung für Leistungen der beruflichen Reha oder der sozialen Reha während der medizinischen Rehabilitation durchführen und so die Bedarfsfeststellung der Rehaträger zu erleichtern/zu ermöglichen/anzubahnen.
- Im Rahmen eines Netzwerkes die notwendigen Veränderungen oder Leistungen (am Arbeitsplatz, zu Hause, im Hinblick auf Therapie etc.) bereits konkret anbahnen oder gar zu vereinbaren

Teilhabeorientierung in der medizinischen Rehabilitation verwirklichen! (2)

1. Es gilt insbesondere im Fall einer nicht nur vorübergehenden funktionellen relevanten Beeinträchtigung bei der **Entwicklung eines neuen Lebensentwurfes** zu unterstützen.
2. Dazu bedarf es innerhalb der medizinischen Rehabilitation einer gesundheits- und behinderungsbezogenen Lebensführungshermeneutik als Haltung und als Methode.
3. Dies bedeutet einen selbstreflexiven Umgang der medizinischen Experten mit ihren Erkenntnissen und eine eigene **Beratungskompetenz**.
4. Diese Unterstützung bei der **Lebensorientierung** erfordert verschiedene **methodische Zugänge**:
 - zum Körper bspw. zur Psyche
 - zum Individuum als handelnder Person
 - zur Gruppe (peer group, Mitpatienten)
 - zum primären sozialen Netzwerk
 - zum sekundären sozialen Netzwerk
 - zur Arbeitswelt

Teilhabeorientierung in der medizinischen Rehabilitation verwirklichen! (3)

Notwendige Eigenschaften der medizinischen Rehabilitation:

5. **Teilhabeorientierte Ansätze** existieren bereits bei der Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation und der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation sowie in der Psychosomatik
 - *Diese steht nur für wenige Patienten zur Verfügung*
6. Zur individuellen Umsetzung wird eine personenbezogene **Fallbegleitung** benötigt (sog. Casemanagement, nicht identisch mit Fallmanagement der Rehaträger)
 - *Dies fehlt vollständig im Bereich der GKV praktisch vollständig, findet sich bei der RV in geringem Umfang und systematisch bei der UV*
 - *Die Chance einer Etablierung dieser Leistung im BTHG wurde vertan*
7. Es bedarf einer hohen Qualität und Kapazität an sozialarbeiterischer **Beratung im Hinblick auf die Teilhabe.**
 - *Diese ist derzeit nicht ausreichend verfügbar*
8. Es bedarf einer hohen **Beratungskompetenz** insbesondere der Stationsärzte und der Primärtherapeuten.
 - *Diese ist im Hinblick auf Teilhabe noch nicht ausreichend vorhanden und wird noch unzureichend systematisch gefördert. Allerdings ist diese durch das Rollenverständnis bislang nicht gedeckt (u.a. auch ein Rekrutierungsproblem des Personals).*

Teilhabeorientierung in der medizinischen Rehabilitation verwirklichen! (4)

Notwendige Eigenschaften der medizinischen Rehabilitation (Fortsetzung):

9. Es bedarf bei komplexen Teilhabeproblemen und komplexen medizinischen Fragestellungen eines **interdisziplinären Teams**, das tatsächlich patientenbezogen zusammenarbeitet.
 - *Teamarbeit in der medizinische Reha ist zwar konstitutiv, wird jedoch nur eingeschränkt gelebt*
(⇒ Kongress-Workshops “Teilhabeorientierung – Anforderungen an ein interdisziplinäres Team“)
10. Es bedarf am Ende der medizinischen Reha nicht allein einer sozialmedizinischen Beurteilung und Begutachtung sondern einer **Klärung und -ermittlung des Veränderungsbedarfes und möglicher Ziele**.
12. Darauf aufbauend sollten Leistungen zur Teilhabe oder andere Handlungsmöglichkeiten konkret erörtert und in eine **Teilhabeplanung** eingebracht werden.
 - *Die Ergebnisse können wesentliche Voraussetzungen für die Bedarfsfeststellung und Leistungsentscheidung der Rehaträger sein.*
13. Es bedarf einer spezifischen, auf die konkrete zu pflegende Person bezogenen **Beratung und Begleitung von pflegenden Angehörigen** (Vgl. Projekt der BG Gesundheit)
 - *Ihre Beratung im Rahmen geriatrischer Rehabilitation ist wegen mangelnder Ressourcen und Verfügbarkeit der Angehörigen nicht ausreichend gewährleistet*
14. Elemente der medizinischen Rehabilitation sollten in der neurologischen **Reha-Phase E** verfügbar sein: diese ist als Brücke zur Inklusion für alle Indikationen bei relevanter Teilhabebeeinträchtigung erforderlich.

Beispiel für Ziele:

Wann ist Rehabilitation für den alten Menschen ein Erfolg? (1)

1. Wenn Pflegebedürftigkeit vermieden wird: Reha vor Pflege
 2. Wenn Pflegebedürftigkeit/Behinderung auf Dauer bleibt: Reha bei Pflegebedürftigkeit
 - zu Hause bleiben
 - (weiterhin) selbst über das Alltagsleben bestimmen
 - weniger fremdbestimmt werden und weniger Angst vor Verletzungen/Fremdbestimmung haben, weniger Ohnmacht empfinden müssen
 - möglichst weitgehend das tun können, was man vorher getan hat
 - möglichst weitgehend das erleben können, was man vorher erlebt hat
 - Beziehungen zu wichtigen Personen erhalten
 - neue Lebensperspektiven entwickeln können - neue Arrangements und neues Verständnis der eigenen Rolle im familiären Kontext finden
 - die eigene Versorgung ist gesichert
- ➔ Gefühl von Einbezogenheit (enhanced sense of belonging): Teilhabe und Inklusion (UN-BRK)
- ➔ Gefühl von Kontrollkompetenz und Selbstwirksamkeit
- ➔ Gefühl von Achtung, Wertschätzung, Zuneigung, "Bedeutung haben"
- ➔ Gefühl für eine gute Zukunft: "noch ein paar gute Jahre haben können"

Beispiel für Ziele:

Wann ist Rehabilitation für den alten Menschen ein Erfolg? (2)

1. Wenn Betroffene und/oder ihre Bezugspersonen möglichst wenig beschwerlich (mit wenig Krankheitslast) leben können
2. Wenn Betroffene keine/weniger Schmerzen haben
3. Wenn Betroffene bei den Alltagstätigkeiten selbständig sind
4. Wenn die Pflege gut klappt (Bezugsperson, Achtsamkeit)
5. Wenn die notwendige Unterstützung für das Leben zu Hause, ggf. mit Pflegedienst gesichert ist
6. Wenn die Angehörigen weniger belastet werden
7. Wenn Krankheiten gut behandelt und (neue) Krankenhausbehandlungen vermieden werden
8. Wenn das medizinische Management zu Hause funktioniert

Der Erfolg hängt offensichtlich sehr stark von den individuellen Bewältigungsstrategien für Beeinträchtigungen im Alter und von Faktoren außerhalb der medizinischen Reha ab!

Wann ist Rehabilitation für den alten Menschen ein Erfolg?

(3) --- Kontextfaktoren außerhalb der Reha

Welche Kontextfaktoren sind für das Erreichen o.g. Ziele förderlich (außerhalb der Reha)?

Neben der Rehabilitationsmaßnahme sind weitere Faktoren für die Teilhabe relevant und sollten nach Möglichkeit auch in der Rehabilitation bearbeitet bzw. beeinflusst werden.

- Bereits vor der Reha (in der kurativen Behandlung) werden rehabilitative Aspekte berücksichtigt. (Vgl. § 27 SGB IX, Frühreha als Teil der Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V))
- Die Hilfsmittelversorgung ist bedarfsgerecht und auf Teilhabe und nicht nur primär auf Pflegeererleichterung orientiert
- Die Heilmittelversorgung wird bedarfsgerecht und teilhabeorientiert durchgeführt
- Die Angehörigen sind informiert, angeleitet und wirken mit (Empowerment)
- Die Pflege ist fach- und bedarfsgerecht verfügbar einschl. aktivierender Pflege
- Andere Ressourcen (Bezugs- und Assistenzpersonen) werden erschlossen
- Die Wohnung ist behindertengerecht
- Wichtige Lebensorte können erreicht werden
- Die Kommunikation im primären sozialen Netzwerk funktioniert (heute einschließlich moderner Kommunikationsmedien)

Beispiel:

Teilhablesicherungskonzept: Sitzen

1. 3-6 stündiges Sitzen ist zentrale Voraussetzung zur Inklusion!
2. Einen bettlägerigen „Dauerpflegefall“ muss es heute nicht mehr geben!!
3. Voraussetzungen für ein Sitzen im mobilen Stuhl von 3 bis 6 Stunden:
 - Keine Schmerzen
 - Stabiler Kreislauf
 - Kein Toilettengang erforderlich
 - Transfers gesichert (i. d. R. durch 1 Person!!)
 - Vorbeugung Decubitus
 - Facilitierung von Bewegungen
 - Signalgeber und Notruf vorhanden
 - Keine Unterbrechung von PEG/O2 Gabe
 - Möglichkeiten für eigenes Handeln und Beteiligung sind gegeben
 - Attraktivität durch Ermöglichung von Mobilität und Teilhabe
 - u.a.

Rehabilitationsbedarf Pflegebedürftiger – eine unterversorgte Personengruppe?!

(Daten aus Rothgang et al: RehaXI-Studie, Kurzbericht 2014)

- Schon lange wird immer wieder vermutet, dass bei Pflegebedürftigen ein höherer Rehabedarf besteht, als sich z.B. aus der Befürwortung von Rehaleistungen bei der Pflegebegutachtung ergibt. Die Empfehlungsquote lag 2010 bei 1,1 % der Erstbegutachtungen.
- Hinweise darauf ergaben die Resultate bei der Begutachtung mit dem neuen Begutachtungsassessment (NBA) mit 4,1 % gegenüber herkömmlich 1,4 % Rehabedarf bei den Erstbegutachteten (Windeler et al 2011).
- In der sog. Reha XI Studie untersuchten Rothgang et al. die Reha-Begutachtungen bei 3247 Antragsstellern und fanden durch Anwendung eines zweistufigen Begutachtungsverfahrens eine Reha-Indikation bei 6,3 % der Erstbegutachteten.
- Bei der Validitätsprüfung durch Zweitbegutachtung durch einen erfahrenen Arzt des MDK einer quotierten Stichprobe von 264 Fällen stellten diese in 18,2 % eine Reha-Indikation. Dies ist ein hoher und bislang empirisch nicht bekannter Wert.
- Durch systematische Einführung des verbesserten Begutachtungsverfahrens konnten jetzt (Stand August 2016) in der Routine 2,9 % Reha-Indikationen bei Pflegeerstbegutachtungen gestellt werden. (Breuninger 2016).

Rehabilitationsbedarf Pflegebedürftiger – Forschungsprojekt (1)

- Angesichts o.g. Datenlage und zugleich zur Klärung eines möglichen Bedarfes an mobiler Rehabilitation und deren Erfolgsaussichten bei Pflegeheimbewohnern hat das BMG ein Forschungsvorhaben zur Ermittlung des Rehabedarfes bei Pflegeheimbewohnern ausgeschrieben.
- Im Rahmen einer multizentrischen Studie (vgl. Janssen/Köhler, 2016, Behrens 2016) werden 600 Pflegeheimbewohner und 150 Kurzzeitpflegegäste an 5 Standorten in 12 verschiedenen Pflegeheimen untersucht, darunter auch 92 Patienten in 2 Pflegeheimen in Bad Kreuznach (KH).
- In KH wurden diese durch 2 rehaerfahrene Ärzte ausführlich untersucht, wobei die Daten des Musters 61 vollständig neben weiteren Informationen erhoben wurden.
- Die Ergebnisse aller Standorte wurden einem peer review Verfahren durch die Rehaärzte der verschiedenen Standorte anhand zufällig ausgewählter Fälle unterzogen.
- Ferner erfolgte eine Überprüfung von 20 zufällig ausgewählten Fällen durch 2 MDK-Gutachter ohne Bezug zum Projekt nach ihren üblichen Kriterien einer Aktenbeurteilung. Dabei fanden sich 16 Übereinstimmungen, 1x Klärungsbedarf, 2 x Verneinung einer positiven Entscheidung, 1x Verneinung einer negativen Entscheidung.

Rehabilitationsbedarf Pflegebedürftiger – Forschungsprojekt (2)

Erste Ergebnisse der Rehabedarfsermittlung bei PflegeheimbewohnerInnen in Bad Kreuznach (2016)

Es wurden untersucht:

92 streng zufällig ausgewählte BewohnerInnen von 2 Pflegeheimen in Bad Kreuznach (N=92)

Soziodemograph. Daten:	Anzahl	in %
Pflegestufe	0	7,6
	1	43,5
	2	25
	3	23,9
	92	100
Männer	20	21,7
Frauen	72	78,3
> 90 Jahre	46	50

Rehabilitationsbedarf Pflegebedürftiger – Forschungsprojekt (3)

Erste Ergebnisse der Rehabedarfsermittlung bei PflegeheimbewohnerInnen in Bad Kreuznach (2016) -2-

	Anzahl	in %	Bemerkung
Rehabedürftig	62	67,4	(Handlungsbedarf)
Empfehlung Heil- und Hilfsmittel	42	45,6	(Rehaablehnung: Zufriedenheit oder keine Motivation für Maßnahme)
Indikation für Reha	20	21,7	(Patient/in und Betreuer/in nur mit mobiler Rehabilitation einverstanden!!)
Nicht rehabedürftig	30	32,6	(kein Handlungsbedarf, z. T. mit wenigen Heil- u. Hilfsmitteln versorgt)

Klienten mit Rehaindikation nach 8 Wochen (N= 20)		(in % von N=92)
verstorben	5 (25 %, N=20)	5,4 %
Reha begonnen	7 (35 %, N=20)	7,6 %
Reha nicht umgesetzt	8 (40 %, N=20)	8,7 %
Hausarzt lehnt ab	4 (20%, N=20)	4,3 %
noch offen	4 (20 %, N=20)	4,3 %

Rehabilitationsbedarf Pflegebedürftiger – Forschungsprojekt (4)

Erste Ergebnisse der Rehabedarfsermittlung bei PflegeheimbewohnerInnen in Bad Kreuznach --- F A Z I T ---

- In Bad Kreuznach wurde in zwei Pflegeheimen bei 20 der 92 zufällig ausgewählten BewohnerInnen in 21,7 % eine Rehaindikation festgestellt.
- Von diesen erhielten inzwischen 7 Personen eine Rehaleistung in Form mobiler Rehabilitation (Kostenträger Krankenkassen), d.h. bei 7,6 % liegt eine Bestätigung der Entscheidung des Untersuchers durch Entscheidung des Rehaträgers vor.
- An den anderen Standorten zeigen sich ähnliche Ergebnisse, die jedoch noch nicht exakt ausgewertet sind.
- Diese explorative Studie in der realen Versorgung zeigt, dass die Ergebnisse der Validierungsstudie im Rahmen des Reha XI- Projektes nicht unwahrscheinlich sind.
- Die PatientInnen und Angehörigen haben in allen Fällen auf der Durchführung der Rehabilitation als mobile Reha bestanden.
- Die Verfügbarkeit von mobiler Rehabilitation eröffnet Reha-chancen für eine Personengruppe, die Reha-chancen in anderen Reha-formen nicht nutzen kann.

Evidenz

Zentrale Frage: Korreliert die Identifikation von Rehapotentialen mit dem Rehaerfolg?

Wichtige Studien:

- Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014, Kap. 4 Rehabilitation einschl. Zusatzgutachten Raspe
<http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/18/019/1801940.pdf>
- Norbert Lübke: Explorative Analyse vorliegender Evidenz zu Wirksamkeit und Nutzen von rehabilitativen Maßnahmen bei Pflegebedürftigen im Hinblick auf eine mögliche Anwendbarkeit im Rahmen der Feststellung des Rehabilitationsbedarfs bei der Pflegebegutachtung. Gutachten 5.11.2015.
www.kcgeriatrie.de/.../2015-Gutachten%202659-2015-kcg-Endfassung_151105.pdf
- Johann Behrens: Vertrauensbildende Entzauberung: Evidence- und Eminenz-basierte professionelle Praxis. In Z. f. Soziologie Jg. 32, Heft 3, Juni 2003, S. 262–26
<http://www.zfs-online.org/index.php/zfs/article/viewFile/1135/672>

Welche Barrieren gibt es für eine Weiterentwicklung der medizinischen Reha mit Teilhabeorientierung?(1)

- Es gibt wenig Innovationen bzw. sie werden nicht in die Regelversorgung überführt
- Gute Ideen werden nicht umgesetzt, da kaum Macht bei den primären Akteuren
- Die Leistungserbringer verteidigen den Status quo
 - Sie erwarten Einbußen
 - Sie befürchten mangelnde Refinanzierung – scheuen Verluste bei Innovationen
 - Sie erwarten wenig Unterstützung durch Rehaträger
 - Sind einem traditionellen Rollenverständnis verhaftet
- Die Rehaträger sind am Status quo orientiert
 - Befürchten Mehrausgaben und eine unkontrollierbare Dynamik, vgl. AOTR

Welche Barrieren gibt es für eine Weiterentwicklung der medizinischen Reha mit Teilhabeorientierung? (2)

- Evidenz durch Forschung wird verlangt – Voraussetzungen in Form neuer Angebote dafür oft nicht geschaffen, Evaluation nicht möglich oder nicht geplant.
 - Forschungsdefizite gestatten keine belastbare Teilhabemessung
- Der gesetzliche Rahmen für die Medizinische Rehabilitation setzt z. T. enge Grenzen
- Spannungsfeld Vergütung
 - Neue Leistungen benötigen oft mehr Geld
 - Einzelmodule werden nicht gewünscht
 - Misstrauen: Kostensituation nicht transparent
 - Klinikübernahmen durch private gewinnorientierte Unternehmen finden statt
 - Finanzielle Spielräume werden unterschiedlich beurteilt
 - Innovative Vorschläge werden wegen mangelnder “Rentabilität” ausgebremst

Zusammenfassende Thesen (1)

1. Mehr Teilhabeorientierung in der MedReha ist erforderlich und möglich durch: Thematisierung, Information, Beratung, Zielorientierung und Einbezug der Lebenswelt und des primären sozialen Netzwerkes
2. Bedarfsermittlung, Teilhabe- und lebensweltbezogene Handlungsplanung bei relevanter Teilhabebeeinträchtigung für alle Lebensbereiche, insbesondere die Arbeitswelt (Return to work)
3. bei relevanter nicht nur vorübergehender Teilhabebeeinträchtigung ggf. Einleitung des Bedarfsfeststellungsverfahrens.
4. Einführung der Phase E bei allen Indikation für Rehabilitanden mit relevantem Teilhaberisiko und Umsetzung der Empfehlungen der DVfR und BAR
5. Verminderung der Unterversorgung bestimmter Personengruppen durch Beseitigung von Barrieren für die Inanspruchnahme (Zuweisung, Ressourcen, Beratung)

Zusammenfassende Thesen (2)

6. Flexibilisierung der medizinischen Rehabilitation in Dauer und Form
7. Flächendeckende mobile Rehabilitation
8. Regionale Vernetzung jeder Reha-Einrichtung (Sozialraumorientierung)
9. Erprobung Vernetzung wohnortferner Reha-Einrichtungen mit Sozialräumen per IT
10. medizinische Reha-Angebote für psychiatrisch Kranke, ambulante Reha-Angebote für Kinder- und Jugendliche, Pflegebedürftige und Pflegende Angehörige,
11. flächendeckende fachübergreifende Frühreha im Krankenhaus sowie für bedarfsgerechte Beatmungsentwöhnung (Weaning)
12. Zielgruppenorientierung mit besonderem Schwerpunkt auf die Personen, die auch nach einer Reha noch eine relevante Teilhabebeeinträchtigung haben bzw. erwarten lassen

Zusammenfassende Thesen (3)

13. Entwicklung von Qualifikation, Selbstverständnis und Professionalität im Sinne einer Lebensführungshermeneutik
14. Personenbezogene Fallbegleitung und Case-Management als Leistung
15. Verbesserte Hilfsmittelversorgung während der medizinischen Reha
16. Etablierung einer teilhabebezogenen, nicht nur funktionalen Nachsorge
17. Modulare Leistungsgestaltung ermöglichen!
18. Etablierung einer Teilhabeforschung

Zusammenfassende Thesen (4)

19. Erhaltung und Förderung rehabilitationsmedizinischer Versorgung in Reha-Einrichtungen und Diensten, insbesondere in der Bildung, beruflichen Reha und der Eingliederungshilfe:
20. Änderung des SGB IX-Entwurfes (BTHG) in § 90 entsprechend der Forderung der DVfR (und aller ExpertInnen der medizinischen Rehabilitation)
21. Förderung der Teilhabeorientierung bei den Leistungen der Krankenbehandlung
22. Erweiterung des Handlungsspielraumes der Rehaträger durch Bereitstellung von Einzelleistungen

Teilhabeorientierung in der medizinischen Rehabilitation gelingt!

- durch Entwicklung einer Diskurskultur zur Überwindung des Argwohns zwischen Leistungserbringern und Leistungsträgern in Richtung einer innovationsfreudigen Atmosphäre!
- durch Entschlossenheit und Mobilisierung von Ressourcen zur Umsetzung der Ideen

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Sie sind herzlich eingeladen zur Mitarbeit in der DVfR!

Näheres unter www.dvfr.de

Kontakt: Tel.: 0 62 21 – 187 901 - 0
Fax: 0 62 21 - 16 60 09
Mail: info@dvfr.de