

„Reha individualisieren“ - ein Themenfeld im BMAS-Projekt „RehaInnovativen“

- Dr. Rolf Buschmann-Steinhage
Leiter des Bereichs Reha-Wissenschaften
Deutsche Rentenversicherung Bund
- Workshop beim DVfR-Kongress 2016
am 14.-15. November 2016 in Berlin

- Einleitung
- Entwicklungslinien
- Raster
- Übergreifend
- Reha-Zugang
- Rehabilitation

Prof. Dr. Markus Bassler (DRV Braunschweig-Hannover,
Rehazentrum Oberharz)

Holger Borner (BAG Selbsthilfe)

Dr. Rolf Buschmann-Steinhage (DRV Bund, DGRW)

Dr. Jean-Jacques Glaesener (BG-Klinik Hamburg)

Prof. Dr. Bernd Greitemann (DRV Westfalen, Klinik
Münsterland)

Dr. Monika Kücking (GKV-Spitzenverband)

Dr. Paul Reuther (Neurologische Therapie RheinAhr)

Marion Rink (Deutsche Rheuma-Liga, BAG Selbsthilfe)

Prof. Dr. Will Spijkers (RWTH Aachen)

Prof. Dr. Dr. Paul-Walter Schönle (Maternus Kliniken)

Was bedeutet „Reha individualisieren“?

- Die Rehabilitation richtet sich in ihren Zielen und in ihrem Vorgehen an den je individuellen Bedarfen der Leistungsberechtigten aus. (Bedürfnis nicht identisch mit Bedarf)
- Die Reha-Ziele und die Wege zu ihrer Erreichung werden gemeinsam zwischen dem/der Leistungsberechtigten und dem die Rehabilitation Durchführenden (z. B. Reha-Team) vereinbart.
- Die für die Erreichung der vereinbarten Reha-Ziele notwendigen Leistungen werden erbracht.
- Die Reha-Ziele sind hinreichend konkret und berücksichtigen alle relevanten Ebenen sowie Domänen der ICF. (neben Endzielen ggf. auch Zwischenziele)
- Reha individualisieren bedeutet auch, die Rehabilitationsleistungen zu flexibilisieren.

- Demografie (mehr ältere, alte und betagte Menschen; mehr Multimorbidität; schrumpfendes Arbeitskräftepotential)
- Migration
- selbstbewusstere, informiertere Leistungsberechtigte
- knapp bleibende Ressourcen (Fachkräfte, Finanzmittel)
- sich ändernde Arbeitswelt („Arbeit 4.0“).

Raster für Analyse und Vorschlägen

Drei Dimensionen für ein Raster/eine Systematik:

- (1) Zeit
- (2) Handlungsebenen
- (3) Personengruppen

Erste Dimension für ein Raster/eine Systematik:

Zeit

chronologischer typisierter Ablauf des Reha-Prozesses:

- (Prävention)
- Bedarfserkennung
- Bedarfsfeststellung
- Zugang in die Rehabilitation
- Durchführung der Rehabilitation
- nachgehende Leistungen

Zweite Dimension für ein Raster/eine Systematik:

Handlungsebenen

Mikroebene: Interaktion zwischen den Leistungsberechtigten und den sie rehabilitierenden Personen (z. B. Therapeuten)

Mesoebene: insbesondere Organisation und Handeln der Rehabilitationsdienste, -einrichtungen und –träger

Makroebene: gesetzliche, andere rechtliche und übergreifende ökonomische Rahmenbedingungen

Dritte Dimension für ein Raster/eine Systematik:

Personengruppen

Gruppen von Leistungsberechtigten mit besonderen Bedarfen,

wie z. B. Menschen mit erheblichen neurologischen Beeinträchtigungen, mit psychischen Störungen, mit Multimorbidität, im hohen Alter, mit Migrationshintergrund, nach Polytrauma

- Spannungsfeld Individualisierung vs. Standardisierung
- Beteiligung der Betroffenen von Anfang an
- Wunsch- und Wahlrecht in Leistungsgesetzen und in der Praxis
- angemessene Beratung für alle Betroffenen
- komplexe Problem- und Bedarfslagen
- Case Management
- Migration und Diversity

Reha-Zugang

- frühzeitiges Erkennen von Reha-Bedarf
- Welche Faktoren verhindern den Zugang zur Reha?
- rechtzeitige adäquate individuelle Bedarfsfeststellung
- Regeln für die Teilhabeplanung (wer? Verbindlichkeit)
- Bedarfsfeststellung und Teilhabeplanung: Orientierung an der ICF
- eigenständiges umfassendes Reha-Assessment vor Beginn der Rehabilitation als Teil der Bedarfsfeststellung?

Rehabilitation (1)

- Werden die individuell erforderlichen Leistungen mit Hinblick auf die geänderten Zielgruppen vorgehalten?
- besondere Leistungen/Konzepte für Menschen mit Hirnschädigungen und seelischen Erkrankungen bzw. sensorischen Erkrankungen
- Flexibilisierung der Reha-Formen
- Früh- und frühere Rehabilitation (wie Phasen B und C in der Neurologie) auch für andere Indikationen?
- nachgehende Teilhabeleistungen im Sinne der Phase E auch für andere Indikationen?

Rehabilitation (2)

- stärkere Teilhabeorientierung der rehabilitativen Praxis (mit Kontextfaktoren im Sinne der ICF)
- Spezialisierung und Schwerpunktbildung von Reha-Einrichtungen oft sinnvoll
- flächendeckende Barrierefreiheit von Reha-Einrichtungen (z. B. leichte Sprache)
- Finanzierung (z. B. persönliche Assistenz) klären
- Bedarf an Reha-Leistungen in der Zukunft? Welche Leistungen werden benötigt? Sind heutige Leistungsangebote dann noch zeitgemäß?
- Wo gibt es akute Probleme/Versorgungslücken?

Rehabilitation (3)

- Personenzentrierung: ggf. nicht mehr Leistungen/Kosten, aber bessere Allokation der verfügbaren Mittel
- Fachkräftemangel in der/Fachkräftesicherung für die Rehabilitation
- individualisiertere Rehabilitation → leistungsorientiertere Vergütung
- Nutzung neuer Medien hilfreich für Individualisierung der Rehabilitation

Forschung

- mehr trägerübergreifende Forschung
- Hindernisse für eine erfolgreiche Reha? bei welchen Personengruppen?
- Auswirkungen der Personenzentrierung auf die Rehabilitation und deren Wirksamkeit?
- Entwicklung adäquater Erhebungsinstrumente und –verfahren für Teilhabe und Lebensqualität

**„Reha individualisieren“ -
ein Themenfeld im BMAS-Projekt
„RehaInnovativen“**

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

rolf.buschmann-steinhage@drv-bund.de