

**„Grenzen
überschreiten –
Horizonte erweitern“**

**Reha 2020 – Auf welche Entwicklungen
müssen sich Reha-Einrichtungen einstellen**

→ **Erster Direktor Hubert Seiter – DRV Baden-Württemberg**

Die Zukunft von Prävention und Rehabilitation bis 2013

Koalitionsvertrag vom 26.10.2009 Aussagen zu Prävention und Rehabilitation

Aus III. Sozialer Fortschritt - Durch Zusammenhalt und Solidarität

9. Gesundheit und Pflege

„Wir benötigen eine **zukunftsste Finanzierung...**
sowie **Solidarität** und **Eigenverantwortung**“

9.1 Gesundheit

„Bei Leistungen ... zur **med. Rehabilitation** sind die **Erfahrungen** mit Festzuschüssen, **Festbeträgen** und Mehrkostenregelungen **überwiegend positiv**“

Die Zukunft von Prävention und Rehabilitation bis 2013

Zur **Zukunft der Rehabilitation** (Koalitionsvertrag unter III. „Sozialer Fortschritt“ Nr. 9.1 „Gesundheit“):

„Qualifizierte Rehabilitation

Qualifizierte medizinische Rehabilitation ... nimmt im Gesundheitswesen einen immer **höheren Stellenwert** ein. Prävention, Rehabilitation und Pflege sind **besser aufeinander abzustimmen**. Prävention hat **Vorrang** vor Rehabilitation. Dem bisher nicht ausreichend umgesetzten Grundsatz Rehabilitation vor Pflege muss besser Rechnung getragen werden. **Abstimmung- und Schnittstellenprobleme** zwischen den Trägern müssen behoben werden.“

Die Zukunft von Prävention und Rehabilitation bis 2013

- Prävention und Rehabilitation werden im Koalitionsvertrag **ausdrücklich erwähnt**
- Betonung der **Eigenverantwortung**
- Betonung des Grundsatzes: **Prävention vor Rehabilitation vor Pflege**
- **Trägervielfalt** bleibt erhalten
- **Leistungen** sind besser aufeinander **abzustimmen** und **Schnittstellenprobleme** müssen **behoben** werden

Rehabilitation hat Zukunft über 2013 hinaus

Die **Nachfrage** nach Reha wird **steigen**

- **Demographie**

- Überalterung
- geburtenstarke Jahrgänge
- Erwerbstätigkeit älterer Personen nimmt zu

- **Krankheitsspektrum verändert sich**

- Multimorbidität
- Zunahme chronischer Krankheiten
- Die Ursache für Krankheiten verschieben sich vom somatischen in den psychosomatischen Bereich

- **Medizinisch-technischer Fortschritt**

- Mehr Krankheiten behandelbar

Zahlen, Daten, Fakten zur demographischen Basis einer solidarischen Rentenversicherung

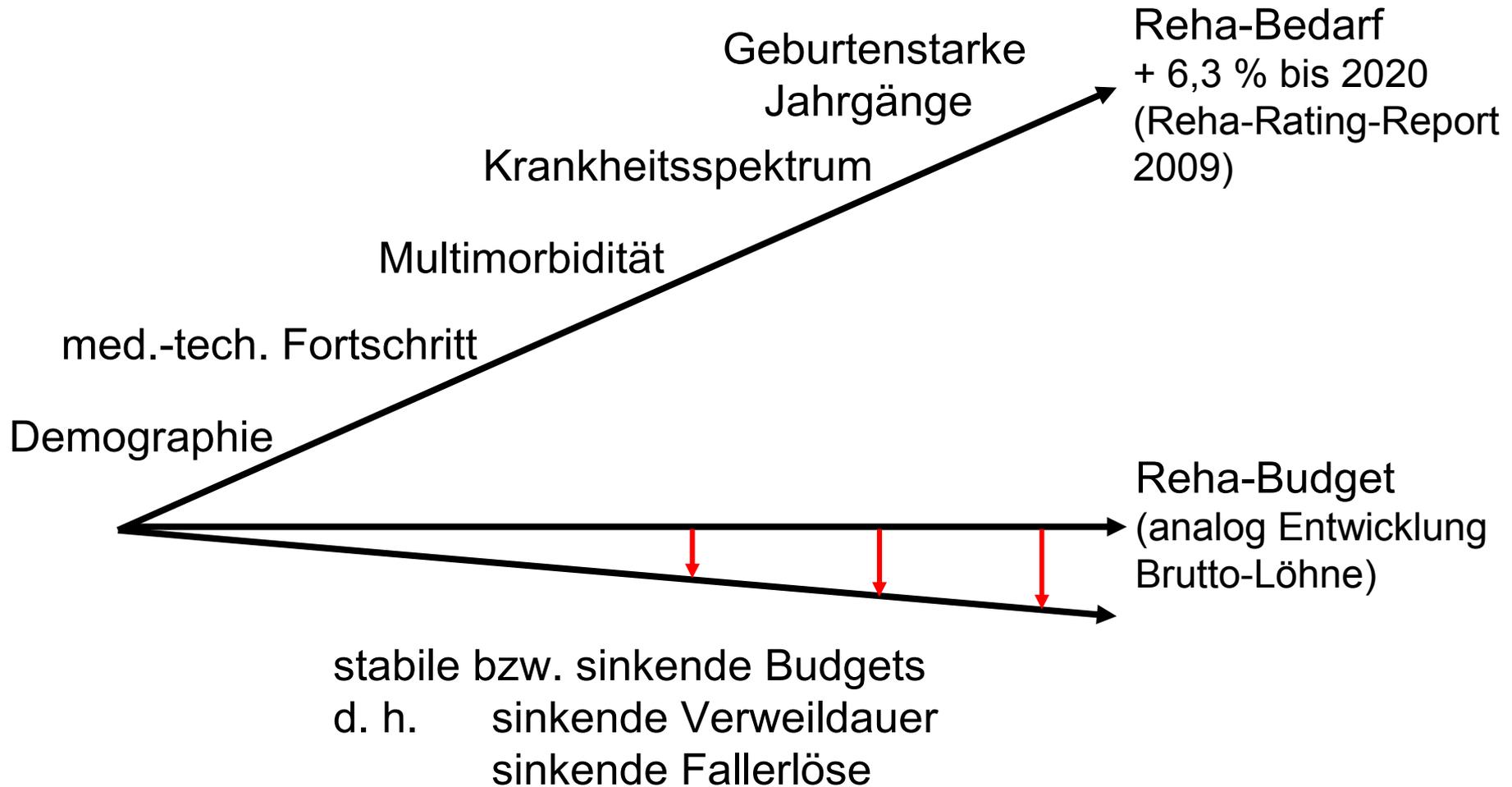
Steigende Lebenserwartung: Pro Jahr 6 – 8 Wochen
pro Generation ca. 4 Jahre

Längere Rentenbezugsdauer: 1960: 9 Jahre
2008: ca. 17 Jahre

Lebens-Balance: 38 Jahre: Kindheit, Schule
Ausbildung, Rente
38 Jahre: Lebensarbeitszeit

Gesellschaftliche Balance: ca. 42 Mio. Erwerbstätige erzeugen in Deutschland die Güter und Dienstleistungen die sie und 40 Mio. Kinder, Kranke, Arbeitslose und Rentner verbrauchen

Die Reha der Zukunft steht zunehmend unter Finanzierungsdruck



Folgen für die Nachfragerseite

Budgetstabilität und steigende Nachfrage heißt

- auf einer 1. Stufe **Rationalisierung**
 - Ressourcen- und Strukturenoptimierung
 - effektiverer und effizienterer Einsatz der Mittel

oder

- auf einer 2. Stufe **Priorisierung**
 - Leistungsgewährung nach bestimmten Kriterien

oder

- auf einer 3. Stufe **Rationierung**
 - Leistungsgewährung nach „Rasenmäher-Methode“

Rationalisierung heißt Flexibilisierung

- Trägerübergreifende **Vernetzung** von Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege
- obligatorische **Integration** der Reha der DRV in die IV- bzw. DM-Programme der KV
- Die **Erfolge** der Reha durch eine Nachsorgestrategie **sichern**
- **Individualisierung** des Angebotes
 - stationär, ambulant (Vollzeit), ambulant-berufsbegleitend, Kombination medizinischer und beruflicher Reha-Angebote, Intervallmaßnahmen, mobile Reha (im Betrieb/zuhause)

Rationalisierung heißt mehr Effizienz/Effektivität

- Kooperationen
 - der Leistungserbringer bzw. Leistungsanbieter untereinander
- Optimierung von **Struktur- und Prozesskosten** durch Überprüfung des Leistungsangebotes auf
 - Notwendigkeit
 - Wirtschaftlichkeit (Eigenleistung oder Outsourcing)
- Zielorientierung der Reha
 - Zugang zur Reha anders gestalten
 - Vernetzung von Reha und Arbeitswelt

Zukunftsweisende Kooperationsmodelle

Berufsorientierte Rehabilitation am Beispiel MBO-Kompakt

Eine Kooperation der Rehaklinik Am Kurpark Bad Kissingen und der Klinik Bavaria Bad Kissingen

- **Zielgruppe:** Rehabilitanden, bei denen fraglich ist, ob sie an ihren bisherigen Arbeitsplatz aus gesundheitlichen Gründen zurückkehren können
- **Zielsetzung:** Klärung der Möglichkeiten der beruflichen Wiedereingliederung - „Erhalt“ der Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz
- **Verfahrensablauf:** Entsprechende Rehabilitanden werden während der medizinischen Reha in der Rehaklinik am Kurpark ermittelt. Im Anschluss an die medizinische Reha erfolgt eine medizinisch-berufsorientierte Intensivwoche in der Klinik Bavaria.

Zukunftsweisende Kooperationsmodelle

Die Betriebsärztliche Rehabilitation B.Ä.R

Ein Projekt der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg in Zusammenarbeit mit dem Verband der Deutschen Werks- und Betriebsärzte

- Rehabilitationsleistungen werden direkt über den Werks- oder Betriebsarzt eingeleitet
- Dadurch frühzeitige Identifikation eines Rehabilitationsbedarfs
- Vernetzung der Kompetenzen
- Zielgerechte und frühzeitige Rehabilitationsleistungen
- Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit
- Kontrolle und Sicherung des Rehabilitationserfolges
- Unterstützung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements § 84 SGB IX

Zukunftsweisende Kooperationsmodelle

„Adipöse Kinder“ – stationäre Rehabilitation und ambulante Nachsorge durch Patientenschulungsprogramme

- Projekt der DRV Baden-Württemberg und der AOK Baden-Württemberg für übergewichtige Kinder und Jugendliche

Auftakt

dreiwöchige stationäre
Rehabilitation
zur Gewichtsreduktion
in ausgewählten
Rehabilitationskliniken

Kostenträger DRV BW



Fortsetzung

am Wohnort mit einem
einjährigen ambulanten
Schulungsprogramm durch
einen örtlichen
Programmanbieter

Kostenträger AOK

Folgen für die Anbieterseite (1)

→ Marktstrukturen ändern sich

- **ambulante** Reha wächst stärker als der stationäre Bereich
 - 17 % der Patienten werden in der eigenen Region behandelt
 - 30 % in einer Nachbarregion
 - 53 % in einer weiter entfernten Region(Reha-Rating-Report 2009)
- **Abbau** von (Über)- Kapazitäten
 - 2006 gab es 1.255 Reha-Kliniken; 9,5 % weniger als 1997
 - 2006 gab es 173.000 Betten; 8,6 % weniger als 1997
 - bis 2020 fallen 16 % wirtschaftlich schwache Reha-Kliniken weg.(Reha-Rating-Report 2009)

Folgen für die Anbieterseite (2)

→ Marktstrukturen ändern sich

- Verbleibende **Einrichtungen werden größer**
- **Anstieg der durchschnittlichen Belegung** der verbleibenden Einrichtungen
 - Auslastung privater Reha-Kliniken 2006: 71,3 %
- **Gezielte Steuerung** der Patienten durch Ketten bzw. über integrierte Versorgungsnetzwerke (regionale Versorgungspfade)

Folgen für die Anbieterseite (3)

→ Neue Marktteilnehmer treten auf

- Direktüberweisung aus Akut- in Reha-Kliniken
1997: 320.000
2006: 680.000
 - Kapazitätsabbau im Akut-Bereich/**Umwidmung** in Reha-Betten?
- Leistungsausführung in **anderen Einrichtungen** (z. B. Altersheime) Umsetzung Reha vor Pflege
- **Mobile Reha** (aufsuchende Reha im Betrieb/zu Hause)
- Reha im **Ausland**

Folgen für die Anbieterseite (4)

→ Kundenbedürfnisse müssen verstärkt berücksichtigt werden

- gestiegenes **Gesundheitsbewusstsein**
- zunehmende **Mündigkeit** und Anspruchshaltung der Patienten
- Patientenorientierung durch **zielgruppenspezifische Angebote**

Folgen für die Patienten

→ Mehr Eigenverantwortung

- Eigenbeteiligung in Form von höheren **Zuzahlungen**
- Einbringung von **Urlaub**

Folgen für die Arbeitgeber

→ Stärkere **Beteiligung an der Finanzierung**, wenn junge Fachkräfte knapp werden und Frühverrentung nicht durch Solidargemeinschaft finanziert wird.

→ **Tarifvertrag** „Betriebliche Gesundheit“?

„last but not least“ Prävention stärken!

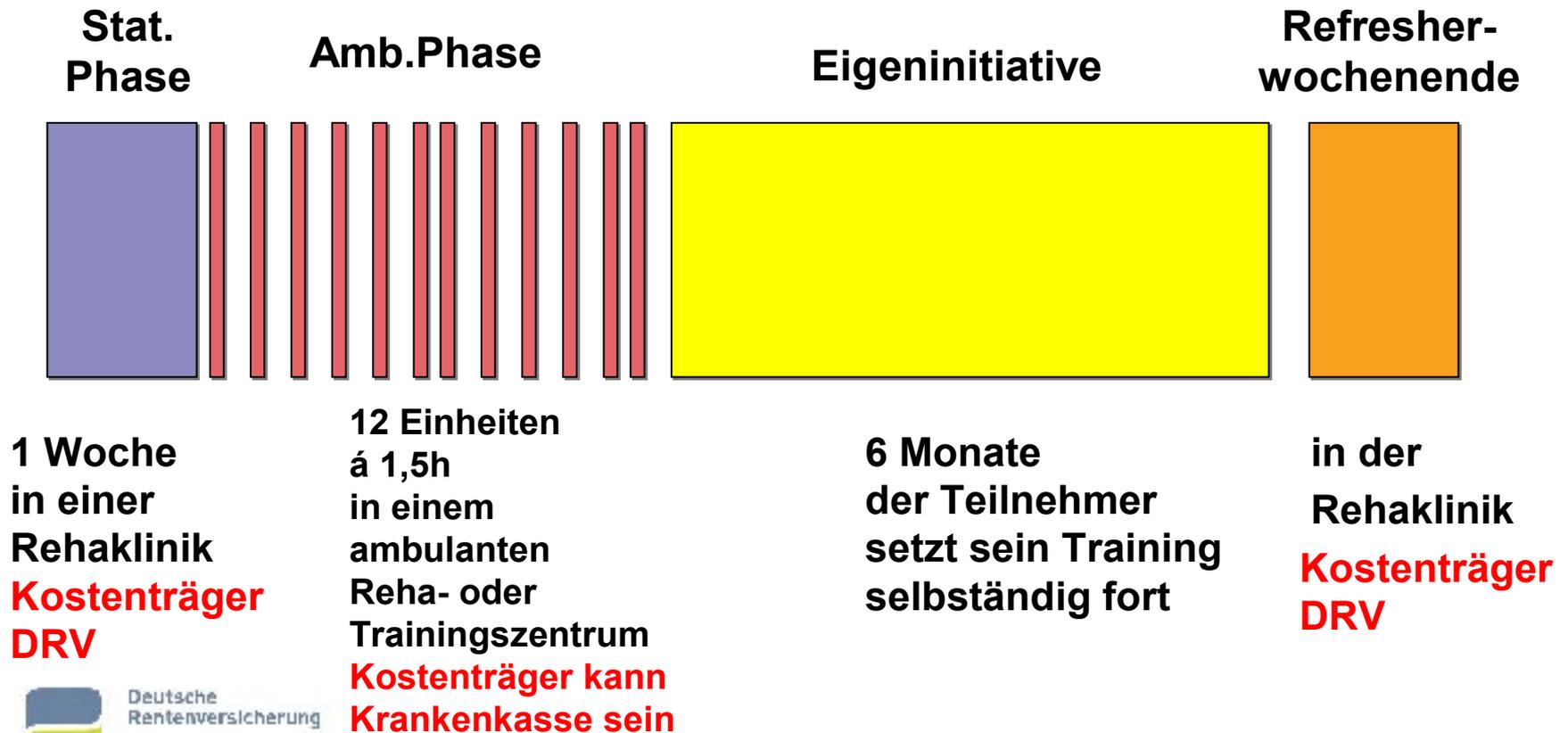
- Frühzeitige betriebliche/präventive Intervention **reduziert Reha-Bedarf**
- Prävention erlaubt **flexible Angebote** (Art, Ort, Dauer, Finanzierung)
- **Neues Denken** der Kostenträger ist gefordert
 - Gesetzliche Vorgaben nicht als Einschränkung sondern als Herausforderung betrachten
 - Neue Kooperationsformen erproben (organisatorisch und finanziell)

Prävention am Beispiel von „Betsi“ – Beschäftigungsfähigkeit teilhabeorientiert sichern

**Ein Modell der Deutschen
Rentenversicherung Baden-
Württemberg, Bund und
Westfalen**



Betsi ist ein Kooperationsmodell!



An wen richtet sich Betsi?

Beschäftigte mit beeinflussbaren Risikofaktoren wie z.B

- Fettstoffwechselstörung
- Übergewicht
- muskuläre Defizite des Halteapparates
- Bluthochdruck
- Diabetes Mellitus
- mangelnde Beweglichkeit der Wirbelsäule

Erste Beeinträchtigungen am Arbeitsplatz liegen vor

Prävention/Rehabilitation muss neu definiert werden

→ **Solidarbereich**, z. B.

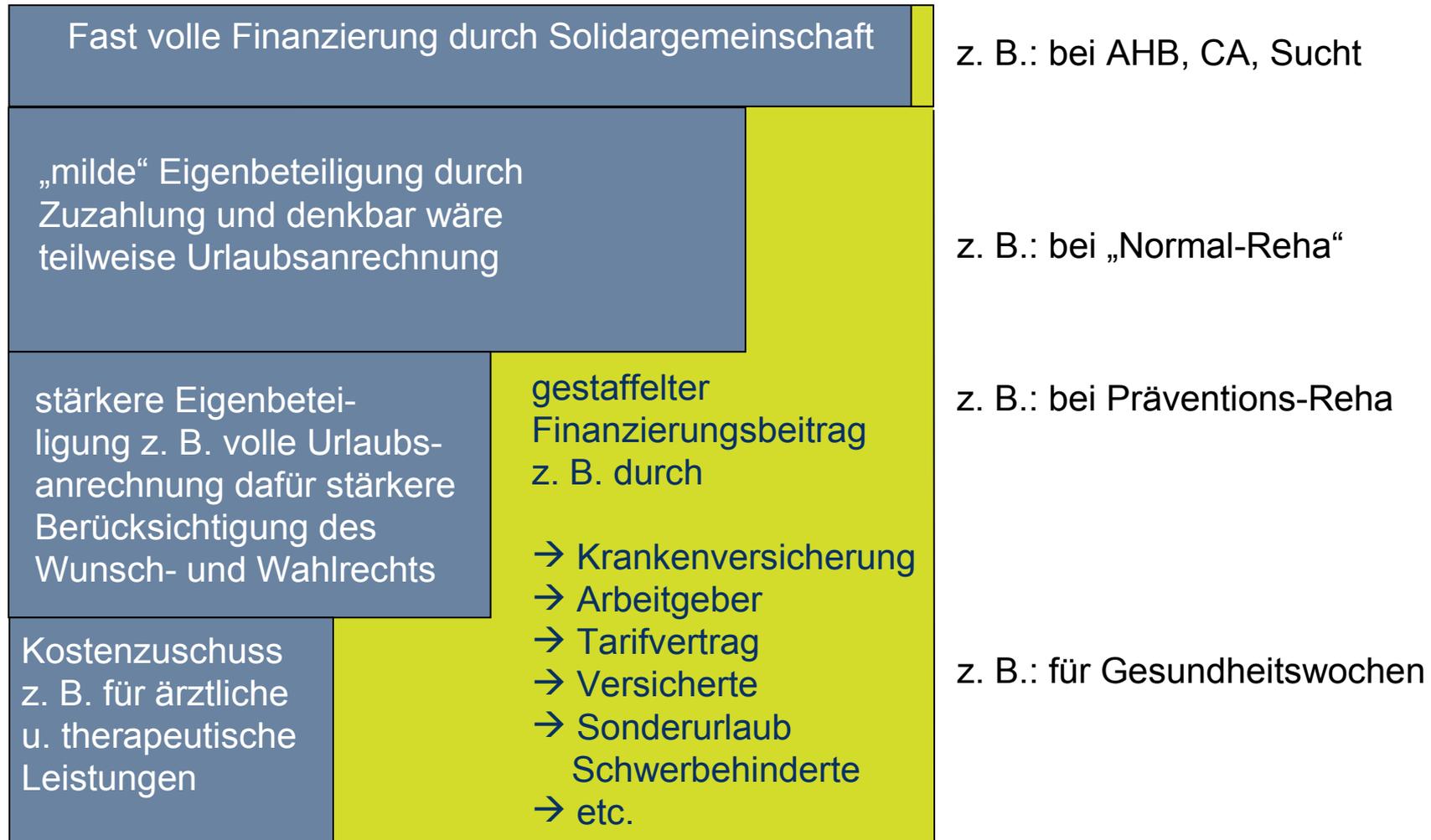
- Anschlussrehabilitation
- Rehabilitation bei Suchterkrankungen

→ **Eigenbeitrag** bei konventionellen Rehabilitations- und Präventionsmaßnahmen

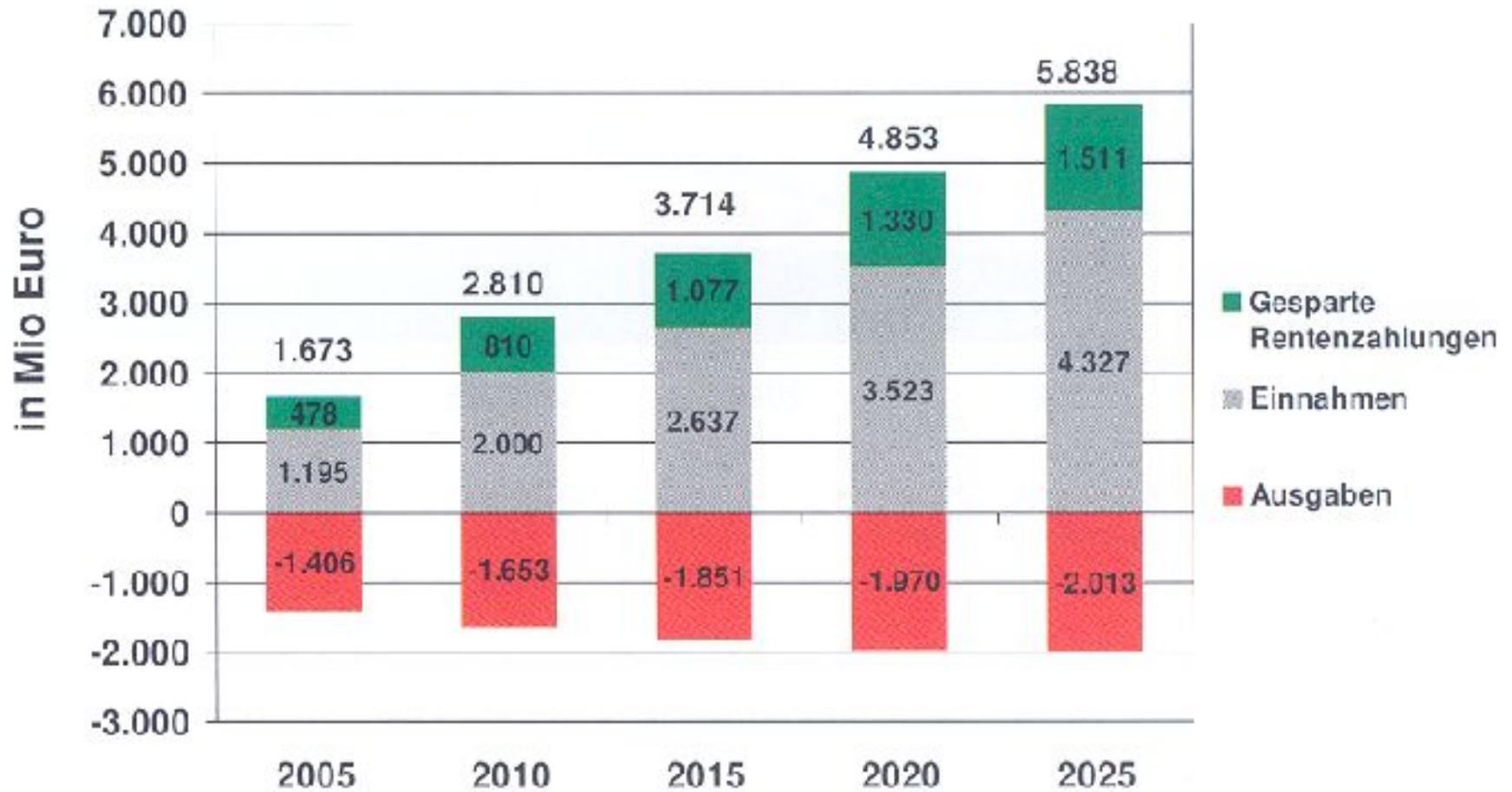
Vgl. auch (Koalitionsvertrag unter III. „Sozialer Fortschritt“ Nr. 9 „Gesundheit und Pflege“): **„Wir benötigen ... Solidarität und Eigenverantwortung“**

Solidarität und Eigenverantwortung müssen sich ergänzen (Stufenmodell Prävention und Reha in finanziell schwierigen Zeiten).

Stufenmodell Prävention/Rehabilitation



Und ganz zum Schluss: Rehabilitation rechnet sich!



**„Grenzen
überschreiten –
Horizonte erweitern“**

→ Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!