

Workshop Reha 2020 Freiburg 11./12.12.09

„Neue Rollen- und Aufgabenverteilung in der Rehabilitation“

→ Referat Erster Direktor Hubert Seiter – DRV Baden-Württemberg
„Reha 2020: Auf welche Entwicklungen müssen sich die Reha-Einrichtungen einstellen?“

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 **zukunfts feste 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

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

„Prävention zielgerichtet gestalten

*Unsere Präventionsstrategie wird Vorhandenes bewerten und aufeinander abstimmen, nationale und internationale Erfahrungen und Erkenntnisse analysieren sowie auf bewährten Programmen und Strukturen aufbauen, diese weiterentwickeln und sie in die Fläche bringen. Dazu bedarf es einer **klaren Aufgaben- und Finanzverteilung** unter Berücksichtigung und **Stärkung der vorhandenen Strukturen.**“*

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**

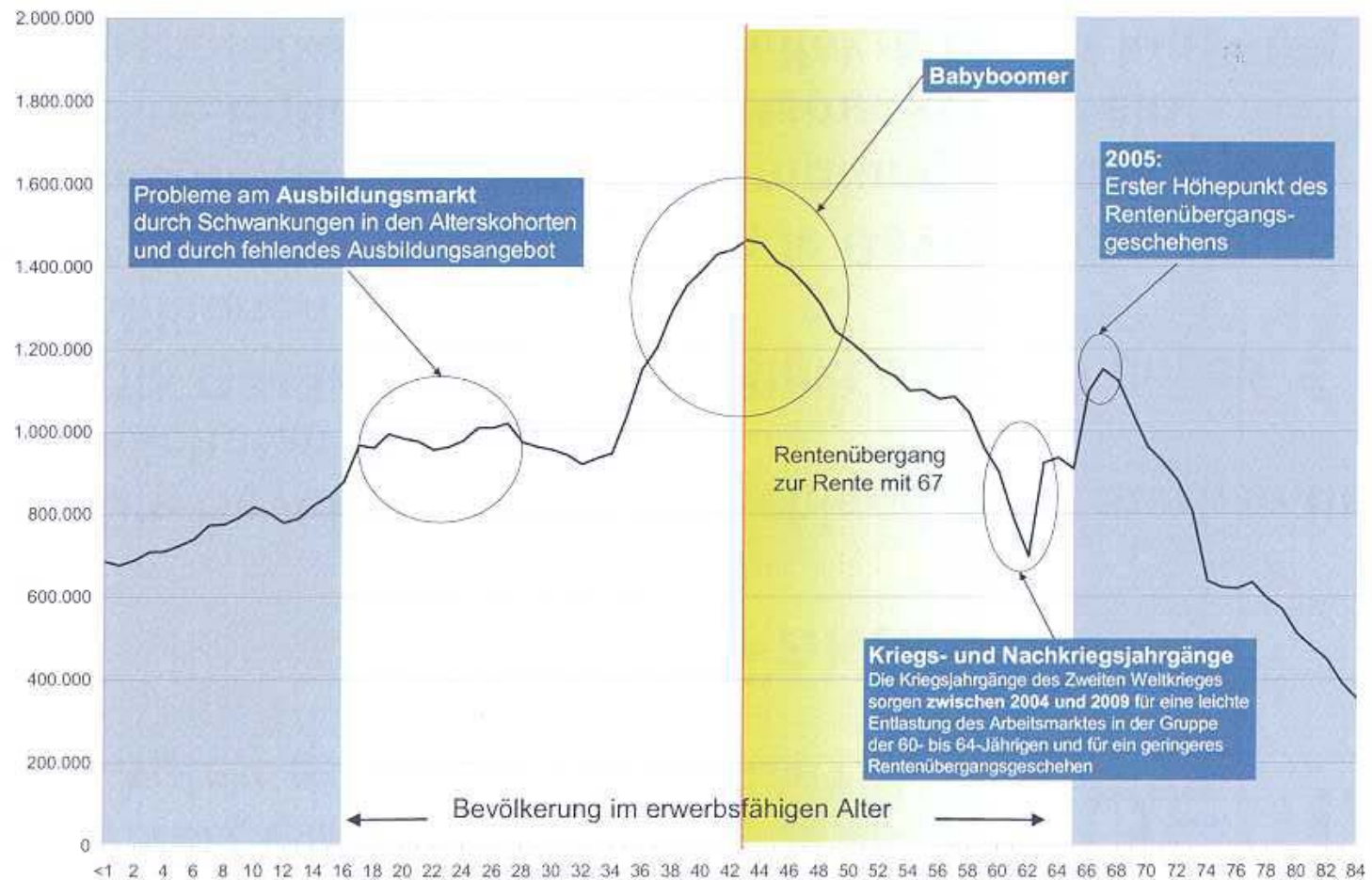
- Multimorbidität
- Zunahme chronischer Krankheiten
- Die Ursache für Krankheiten verschieben sich vom somatischen in den psychosomatischen Bereich

- **Medizinisch-technischer Fortschritt**

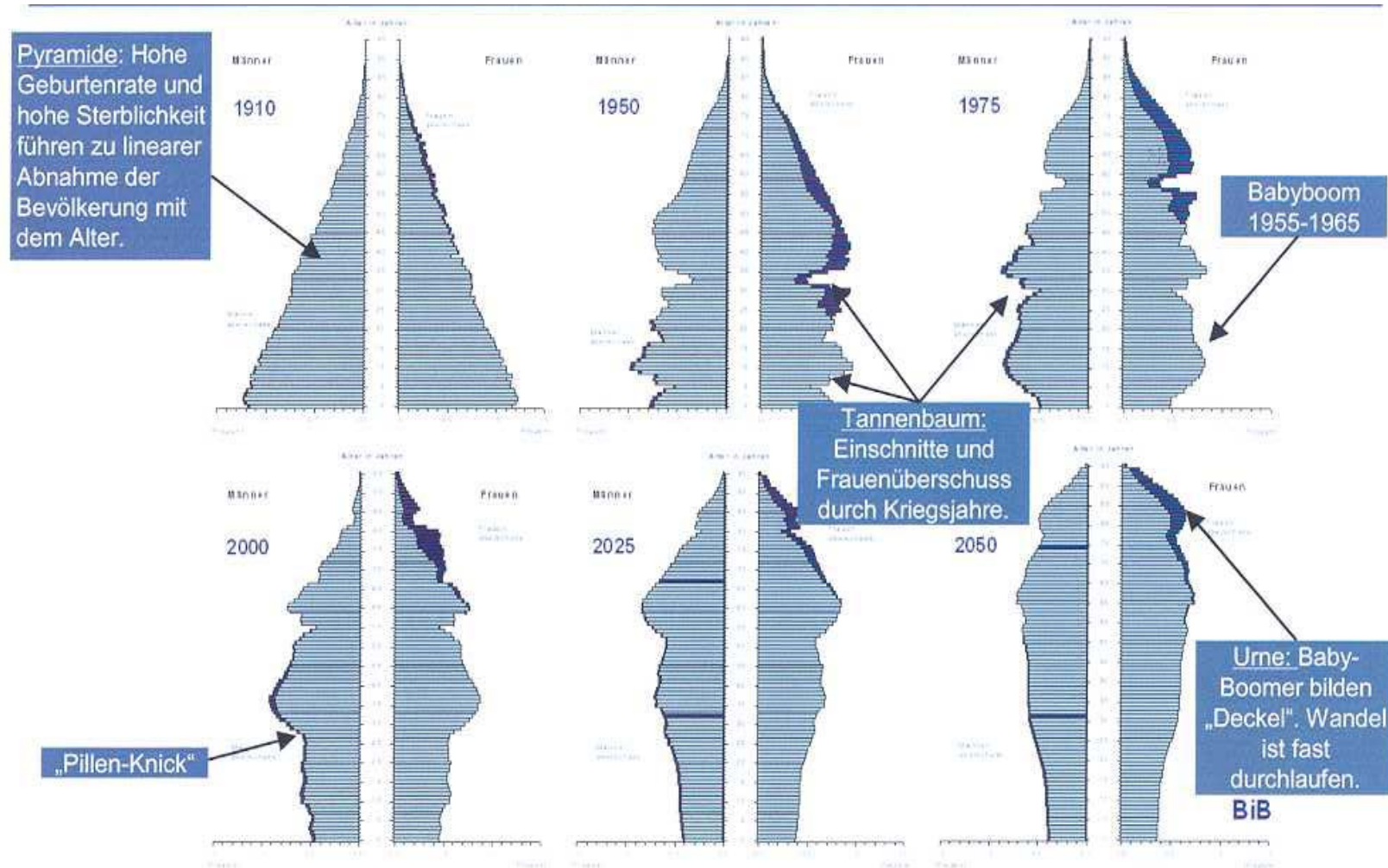
- Mehr Krankheiten behandelbar

Demographie in Deutschland und Europa

Bevölkerungsstand nach Altersjahren in 2007 in Deutschland

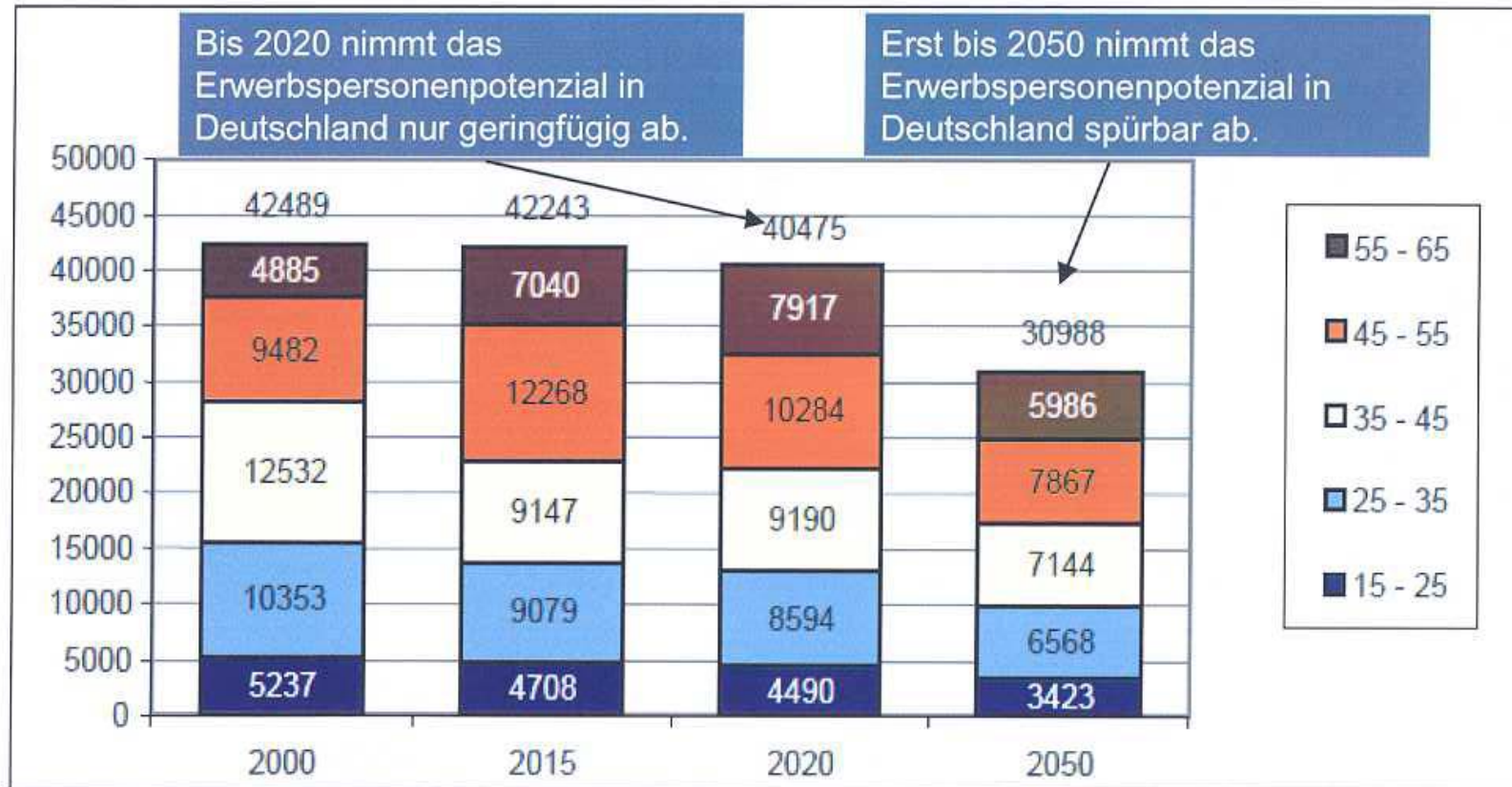


Demographie in Deutschland und Europa

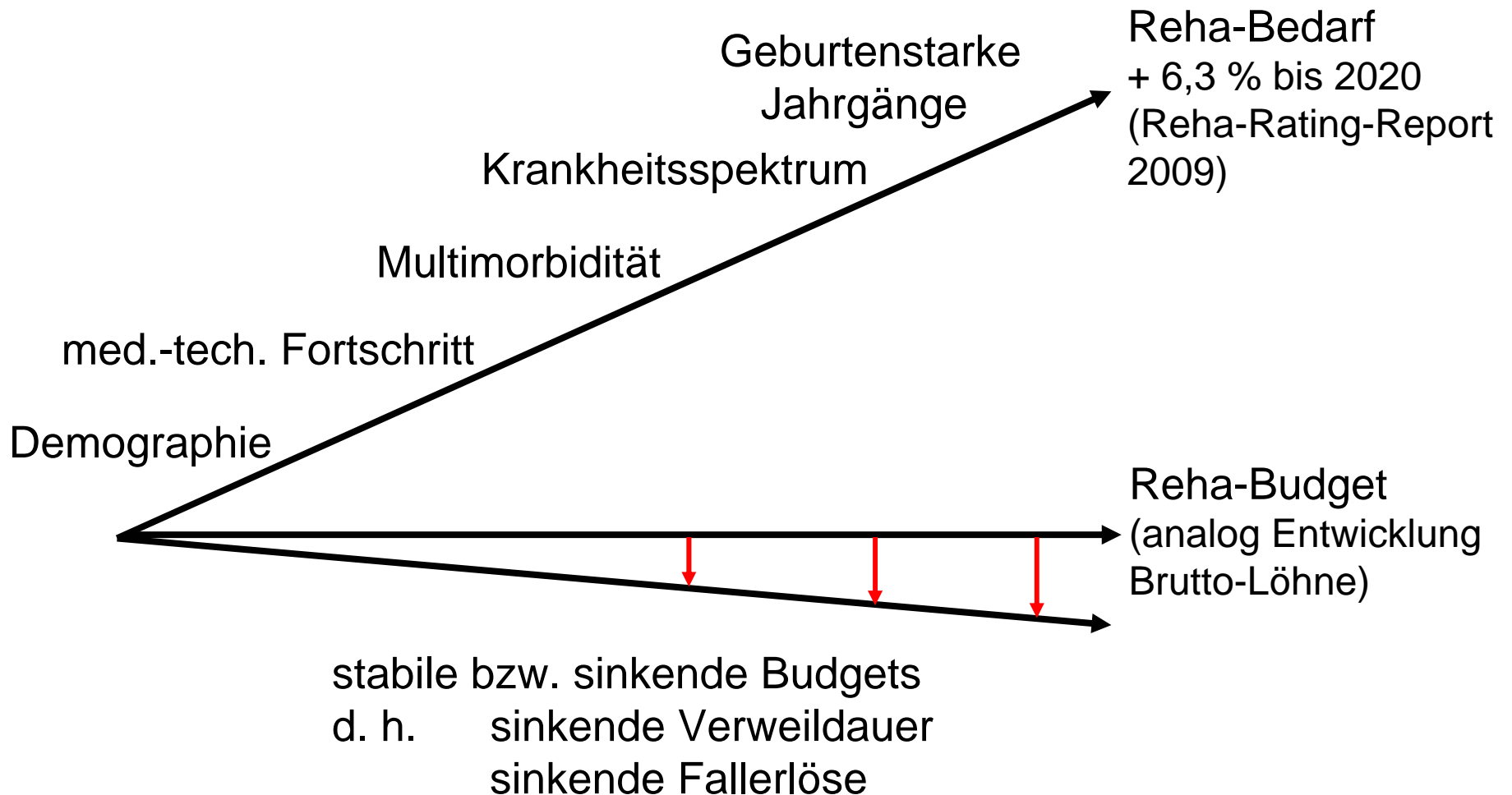


Demographie in Deutschland und Europa

Das künftige Erwerbspersonenpotenzial nach Altersgruppen in Deutschland



Die Reha der Zukunft steht zunehmend unter Finanzierungsdruck



Folgen für die Nachfragerseite

Budgetstabilität und steigende Nachfrage heißt entweder

- **Priorisierung/Rationierung**
- oder
- **Rationalisierung** von Leistungen

Priorisierung/Rationierung ist

- unsozial, ungerecht, unethisch

Rationalisierung heißt

- Ressourcen- und Strukturenoptimierung
- effektiverer und effizienterer Einsatz der Mittel

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/zu Hause)

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

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 sehen
 - Neue Kooperationsformen erproben (organisatorisch und finanziell)

Prävention/Rehabilitation muss neu definiert werden

→ **Solidarbereich**, z. B.

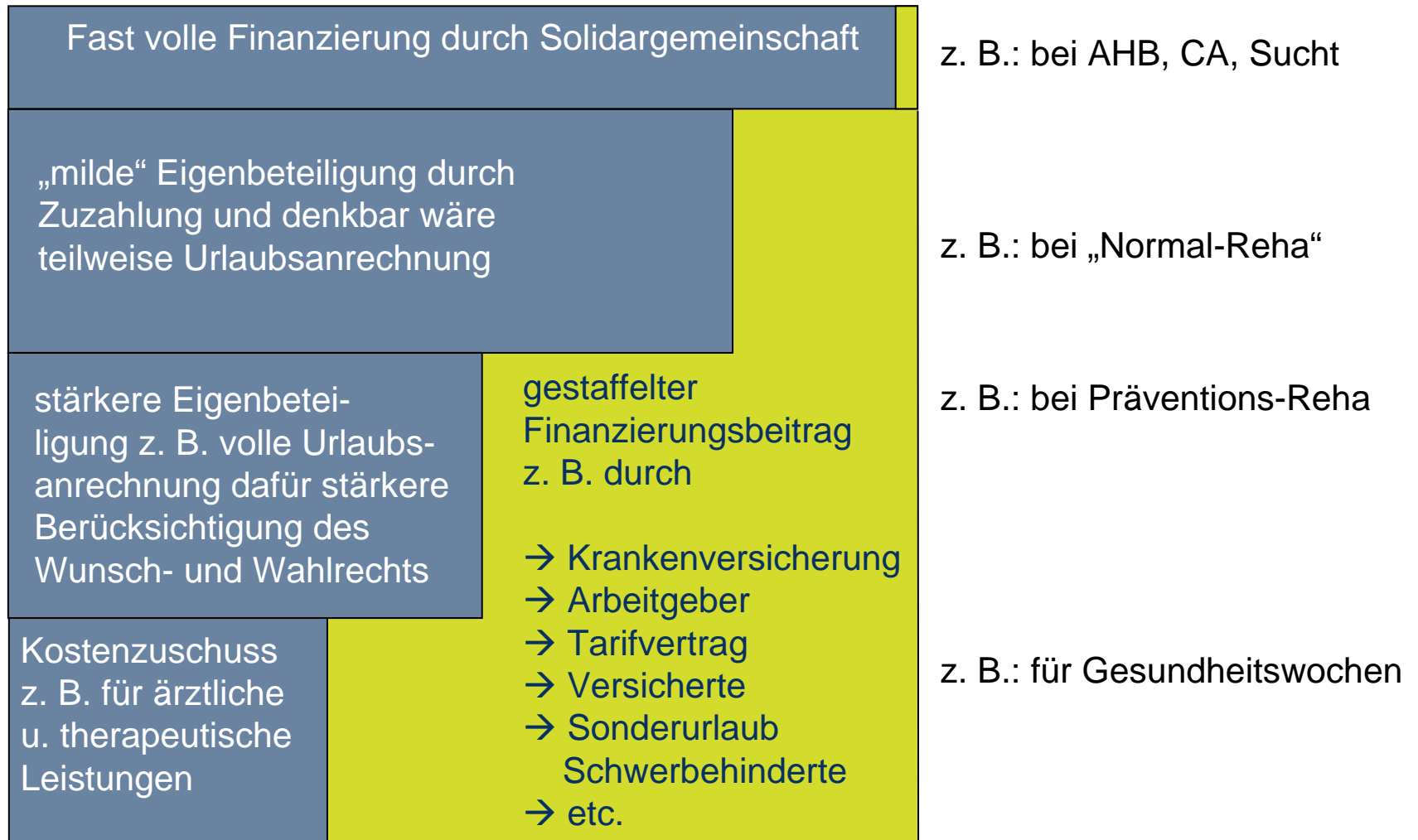
- Anschlussrehabilitation
- Rehabilitation bei Suchterkrankungen

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

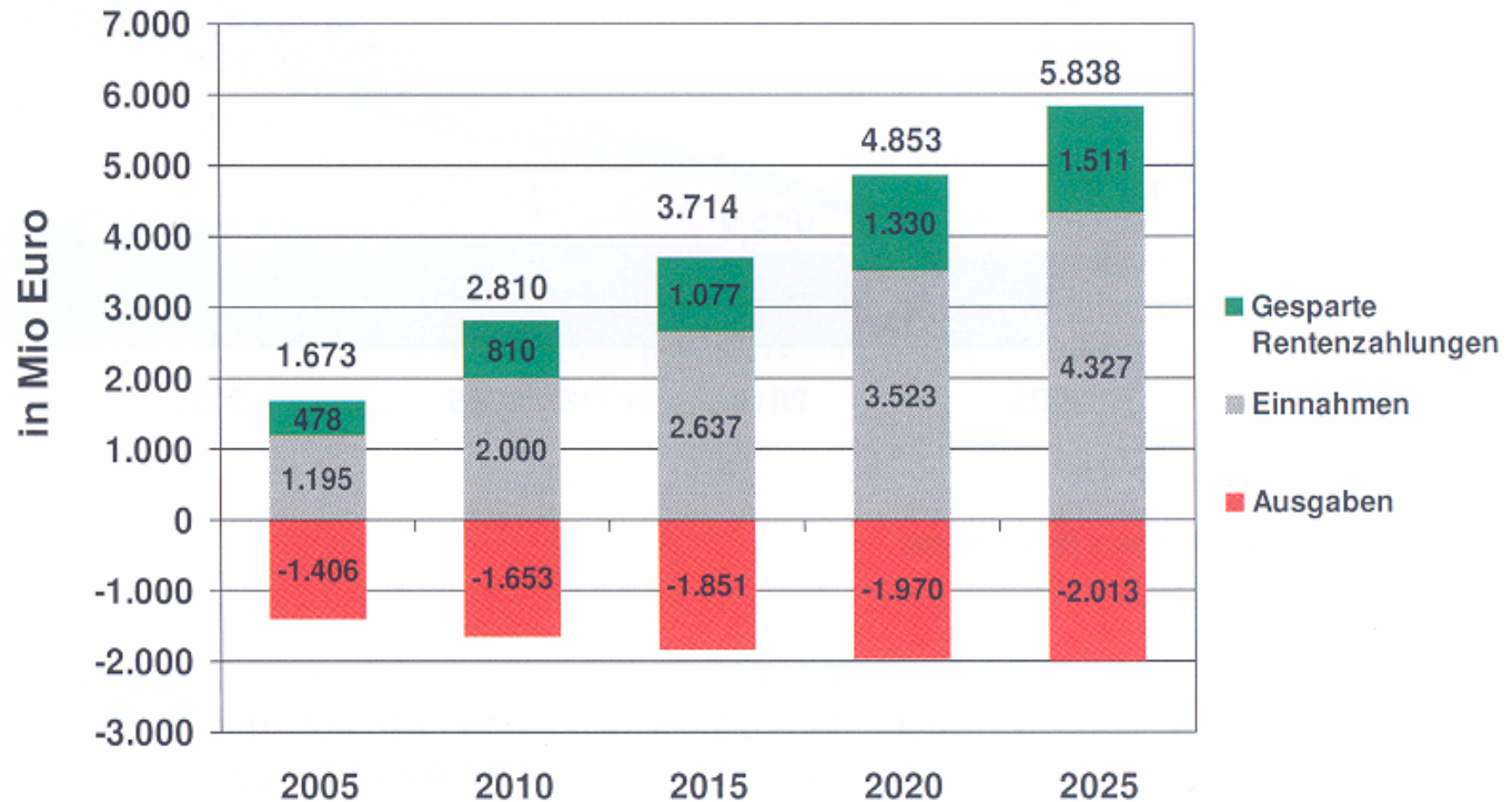
Vgl. auch (Koalitionsvertrag unter III. „Sozialer Fortschritt“ Nr. 9 „Gesundheit und Pflege“): **„Wir benötigen ... Solidarität und Eigenverantwortung“**

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

Stufenmodell Prävention/Rehabilitation



Und ganz zum Schluss: Rehabilitation rechnet sich!



**Workshop Reha 2020
Freiburg 11./12.12.09**

→ Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!