

Möglichkeiten und Grenzen der langzeitrehabilitativen Versorgung im Sozialraum aus dem Blickwinkel des niedergelassenen PRM-Arztes

Cornelia Wilke

Leipzig

Zur Information

- seit 2012 in eigener Facharztpraxis PRM in Leipzig
- Vorsitzende BVPRM, Vorstand MLVPRM
- Mitglied AG Rehabilitationsmedizin der BÄK
- u.a.

Hiermit erkläre ich, dass zu den Inhalten der Veranstaltung **kein Interessenskonflikt** besteht.

Zur besseren Lesbarkeit von Personenbezeichnungen & personenbezogenen Wörtern wird die männliche Form genutzt. Diese Begriffe gelten für alle Geschlechter.

Werkstattbericht RehalInnovativen

→ Projekt des BMAS in Kooperation mit der DVfR,
Bericht 2019 erschienen

Rehabilitation und Sozialraum

- Als Sozialraum werden umschriebene Räume verstanden, in denen Menschen ihr Leben leben und dabei ihren Lebensraum gestalten. Zugleich bestimmt Gestaltung und Ausstattung des Sozialraumes (auch: Ressourcen) die Lebensbedingungen und damit die Möglichkeiten der Teilhabe wesentlich mit.
- Die relevanten Ziele von Rehabilitation liegen in der Lebenswelt: Ermöglichung und Verbesserung von Aktivitäten und Teilhabe.
- **Rehabilitation** ist selbst Bestandteil eines Sozialraumes: ihr Vorhandensein oder Fehlen ist wesentlicher Kontextfaktor.

Praxis-Bausteine

- physikalisch-rehabilitative Diagnostik, sozialmed.Assessment, Erstellung eines Behandlungs- und Teilhabeplanes
- befund- und teilhabeorientierter Einsatz von Heilmitteln
- Hilfsmittel
- Rehasport, Funktionstraining, Präventionsangebote, div. Sportangebote im Sozialraum
- Medizinische Reha, LTA, Vorsorge
- SPZ, MZEB, EUTB, Integrationsfachdienste, Selbsthilfegruppen, BfW, gemeindenahe Psychiatrie u.v.m. → **Unterstützung im Teilhabemanagement**
- **„Netzwerk“**

- gezielte Informationen durch Zuweiser, aussagekräftige Berichte, lesbare Medipläne

Aktuelle Problemfelder_1

- Mängel im Entlassmanagement
- unzureichende Qualifizierung der verantwortlichen Ärzte für rehabilitative sozialmedizinische Fragestellungen → fehlende Bedarfserkennung
- Unkenntnis der regionalen rehabilitativen Strukturen insbesondere zur Verbesserung der beruflichen und sozialen Teilhabe*
 - deren fehlende Vernetzung
- verzögerte Kostenübernahme für notwendige Hilfsmittel

Aktuelle Problemfelder_2

- fehlende Angebote für bestimmte Patientengruppen
 - hoher, spezifischer oder komplexer Pflege- od. Behandlungsbedarfen
 - persistierende neuropsychologische Defizite
- kaum Umsetzbarkeit von Reha vor und bei Pflege
 - z.B. keine AHB-Einleitung
 - kaum rehabilitativer Behandlungsansatz in der Kurzzeitpflege
- keine flächendeckende mobile Rehabilitation*

Mobile Rehabilitation

als Leistungsangebot der GKV
verankert im § 40 (1) SGB V seit 2007

- 21 Standorte in D
- davon 1 indikationsspezifische MoRe
- 20 x GeriMoRe
- Projekte:
 - Modellprojekt RESET zur Etablierung von Leistungen der mobilen medizinischen Rehabilitation im Gemeindepsychiatrischen Verbund Stuttgart



www.bag-more.de/Standorte

Aktuelle Problemfelder_3

- ungenügender Einsatz von Heilmitteln im ambulanten Setting*
 - Heilmittelbudget
 - Unkenntnis der Möglichkeiten LHB und BVB aber auch fehlende Diagnosen /Diagnosengruppen*
 - geringe Genehmigung Anträge auf individuellen LHB
- Kommunikationsdefizite zwischen den Behandlern
 - fehlende Abbildung von Teamarbeit im EBM, GOÄ, Vergütungslisten d. Heilmitteleringer
 - fehlende Bereitschaft zur Teamarbeit

Aktuelle Problemfelder_4

- Unkenntnis über das Spektrum Facharzt PRM ?
- nicht „bedarfsentsprechende“ Planung der Fachgruppe PRM*

„bedarfsentsprechende“ Planung der Fachgruppe PRM*

PRM-Mediziner, Anzahl Einwohner je Arzt, KV-Regionen, 2022

- von 53.550 bis 118.040
- von 118.040 bis 147.650
- von 147.650 bis 168.939
- von 168.939 bis 193.413
- von 193.413 bis 261.596



Gesonderte fachärztliche Versorgung



© WIGeoGIS, Geodaten: MB Research / OpenStreetMap

Quelle: BPL-Umfrage der KVen, 31.12.2022, KBV

Ausblicke in der Langzeitrehabilitation _ 1

- Etablierung von
 - Teilhabemanagement/Case-Management (vgl. BG)
 - Reha-Beauftragter Arzt am Akuthaus, Stärkung KH-Sozialdienst
 - Reha-Kompetenzzentren als Bsp. für trägerübergreifende bzw. trägerunabhängige Anlaufstellen

Ausblicke in der Langzeitrehabilitation _ 2

- Verbesserung der Rehakompetenz* der Prozessbeteiligten (Hausärzte, Fachärzte)
- bessere Nutzung und Vernetzung vorhandener Potenziale und Strukturen im Sozialraum
 - **Niedergelassene PRM***, MZEB, SPZ, EUTB, Integrationsfachdienste
 - ggf. Einbindung von Kompetenzen der Rehakliniken vor Ort
- strukturierte **digitale Erfassung** der Leistungsanbieter für Rehabilitations- und Teilhabemanagement u.a.
 - digitale Plattform, App

Ausblicke in der Langzeitrehabilitation _ 3

- Nutzung der (vorhandenen) Möglichkeiten im Heilmittelkatalog
 - z.B. Ergotherapie mit der Möglichkeit der arbeitsplatzbezogenen Therapie
 - sinnvolle Heilmittelkombinationen z.B. bei Polytraumata*
 - PFB in der Ergotherapie
- stetige Anpassung der Diagnoselisten für BVB und LHB

Ausblicke in der Langzeitrehabilitation _ 4

- Krankenhausstrukturreform
 - Level 1i → Etablierung ambulanter/mobiler/hybrider Reha-Konzepte

Ausblicke in der Langzeitrehabilitation _ 5

- Übertrag bewährter Innovationsfondprojekte und von Landesprojekten in die Routinebetreuung
 - z.B.
 - GeriNet (Sachsen) – inzwischen überführt in Stiftung
 - RUBIN – Regional ununterbrochen betreut im Netz für geriatrische Patienten in der Häuslichkeit
 - Versorgungskonzept zur Schließung der rehabilitativen Lücke nach Majoramputation der unteren Extremität der MHH
 - PRÄP-GO – Prähabilitation von älteren Patienten mit Gebrechlichkeitssyndrom vor elektiven Operationen



10.11.23

24. Rehabilitationswissenschaftliches Symposium