

Ogg

Organisationsmodelle für die Rehabilitation der Zukunft

-

Einstieg

Folien-Auszüge von
Willy Oggier, Dr.oec.HSG

copyright by willy oggier
gesundheitsökonomische
beratungen ag

Wer oder was ist Treiber von Versorgungs-Organisation? (I)

- Mögliche Antworten (Auswahl, mehrere Gründe möglich)
 - Medizinische Entwicklung
 - Demographische Entwicklung
 - Sozial-Struktur (z.B. Anzahl Ein-Personen-Haushalte)
 - Einkommens- und Vermögensverhältnisse
 - Topographie
 - Kulturelle Faktoren
 - Historische Entwicklung
 - Stellung der Prävention in der Gesundheitsversorgung
 - Stellung der Rehabilitation in der Gesundheitsversorgung
 - Finanzierungsanreize für die Akteure

Wer oder was ist Treiber von Versorgungs-Organisation? (II)

- Mögliche Antworten (Auswahl, mehrere Gründe möglich)
 - Leistungserbringer-Dichte
 - Konkretes Leistungsspektrum der Anbieter
 - Strategie der einzelnen Unternehmen
 - Konkurrenzsituation

Beispiel Medizinische Entwicklung (I)



	bei Frühmobilisation	bei Frührehabilitation	Tab. 1a Abgrenzung der Frührehabilitation von der Frühmobilisation (Beyer, J.; Gutenbrunner, C. 2015).
Multimorbidität	selten	regelmäßig	
Drohende bleibende Einschränkung	selten	regelmäßig	
Multidisziplinäre Therapeuten	oft	regelmäßig	
Mehrere Gebietsärzte	sehr selten	regelmäßig	
Behandlungsdauer	innerhalb der oberen Grenzwelldauer	absehbar länger als 2-3 Wochen	
Angehörigenarbeit	selten	sehr wichtig	
Entlassmanagement	weniger aufwändig	aufwändig und komplex	
Entlassungsform Rehabilitationsform weiterführende Rehabilitation	regelmäßig	unsicher, ca. 40%	
Hochaufwendige Pflege	selten	regelmäßig	
Schmerztherapie	ja	ja	
Ernährungsmanagement	ja	ja	
Rasche Mobilisation	ja	ja	

	Frührehabilitation	Postakute und Anschluss-Rehabilitation
Phase	Akutphase	nichtakute Phase
Zeitlicher Bezug zur Gesundheitsstörung	früh im Rahmen einer akuten Gesundheitsstörung mit Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit einsetzend	später in der Sequenz nach einer akuten Erkrankung/Gesundheitsstörung mit Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit einsetzend
Hauptzielsetzung der Rehabilitation	Wiederherstellung der Basisfunktionen Vermeidung einer drohenden bleibenden Beeinträchtigung der Partizipation	Wiederherstellung der über die Basisfunktionen hinausgehenden Fähigkeiten Verminderung oder Behebung einer manifesten Beeinträchtigung der Partizipation
Rehabilitationspotential	Vorhanden, unsicher oder zumindest möglich	vorhanden
Rehabilitationsfähigkeit (im Sinne der DRV)	nicht gegeben	gegeben
Akutmedizinischer Behandlungsbedarf	hoch, dauernd oder intermittierend	nicht vorhanden oder gering
Akutmedizinische diagnostische und/oder therapeutische Infrastruktur	notwendig	nicht notwendig
Konzeption	Frührehabilitation im Akutkrankenhaus mit umfassendem Programm bezogen auf alle Komponenten der ICF: - Frührehabilitationsteams (Acute Rehab Team, ART) - Frührehabilitationsstationen (Acute Rehabilitation Unit; ARU)	Leistungserbringung in Rehabilitationsklinik oder ambulantem Rehabilitationszentrum mit umfassendem Programm bezogen auf alle Komponenten der ICF

Tab. 1b Abgrenzung der Frührehabilitation gegenüber der weiterführenden Rehabilitation (nach Stucki et al. 2002a, modifiziert).

Beyer J et al. Positionspapier zur Fachübergreifenden Frührehabilitation ... Phys Med Rehab Kuror 2015; 25: 260-280

Beispiel Medizinische Entwicklung (II)



1. Provider

- 1.1 Location (centralized vs. decentralized service, situated in rural area vs. urban area, accessibility (transport systems and others) and other dimensions of location).
- 1.2 Organization (independent organization, affiliation, or other dimensions of organization).
- 1.3 Context (single practise, community-based service, institutional care, such as nursing home or hospital-based service, homebased or other dimensions of context).
- 1.4 Facility (building, hotel service and other aspects of facility).
- 1.5 Human resources (health professionals, administrative staff, technical staff, and other personnel).
- 1.6 Technical resources and equipment (diagnostic devices, therapeutic devices and treatment modalities, data procession and communication, and other technical resources).
- 1.7 Quality assurance (total quality assurance system, single quality assurance measures and other methods of quality assurance).
- 1.8 Profit-orientation (profit-oriented, non-profit organization as charity organization and others, and other aspects of profit-orientation).
- 1.9 Other categories of provider

Beispiel Medizinische Entwicklung (III)



2. Funding

2.1 Source of money (health insurances, pension insurances, accident insurance or other insurances, social welfare system, private payment, e.g. out-of-pocket payment, funds, or other sources of money).

2.2 Criteria of cost refund (Diagnosis related group-system, daybased payment, or other systems).

2.3 Other criteria of funding.

Beispiel Medizinische Entwicklung (IV)



3. Service delivery

3.1 Strategy (prevention (preventive strategy), therapy (curative strategy), rehabilitation (rehabilitation strategy), maintenance (supportive strategy), or other health strategies).

3.2 Target groups (e.g. patients with defined health conditions, persons with specific deficits in body functions, activities and participation, case mix index and other target groups).

3.3 Service goals (restitutio ad integrum, improvement of health status, improvement of self-care, return to normal life, return-to-work, or other service goals).

3.4 Aspects of time (phase of disease (acute phase, post-acute phase, long-term phase), time-frame of intervention (short-term intervention, long-term intervention, intermittent interventions), number and duration of treatment time per day, and other aspects of time).

3.5 Intensity (high, medium or low intensity or other dimensions of intensity).

3.6 Team structure (involved professions, team organization (e.g. multidisciplinary team, interdisciplinary team), or other dimensions of team structure).

3.7 Mode of production (hospitalization, inpatient service, day clinic, outpatient service or other modes of production).

3.8 Other categories of service delivery.

Beispiel Medizinische Entwicklung (V)

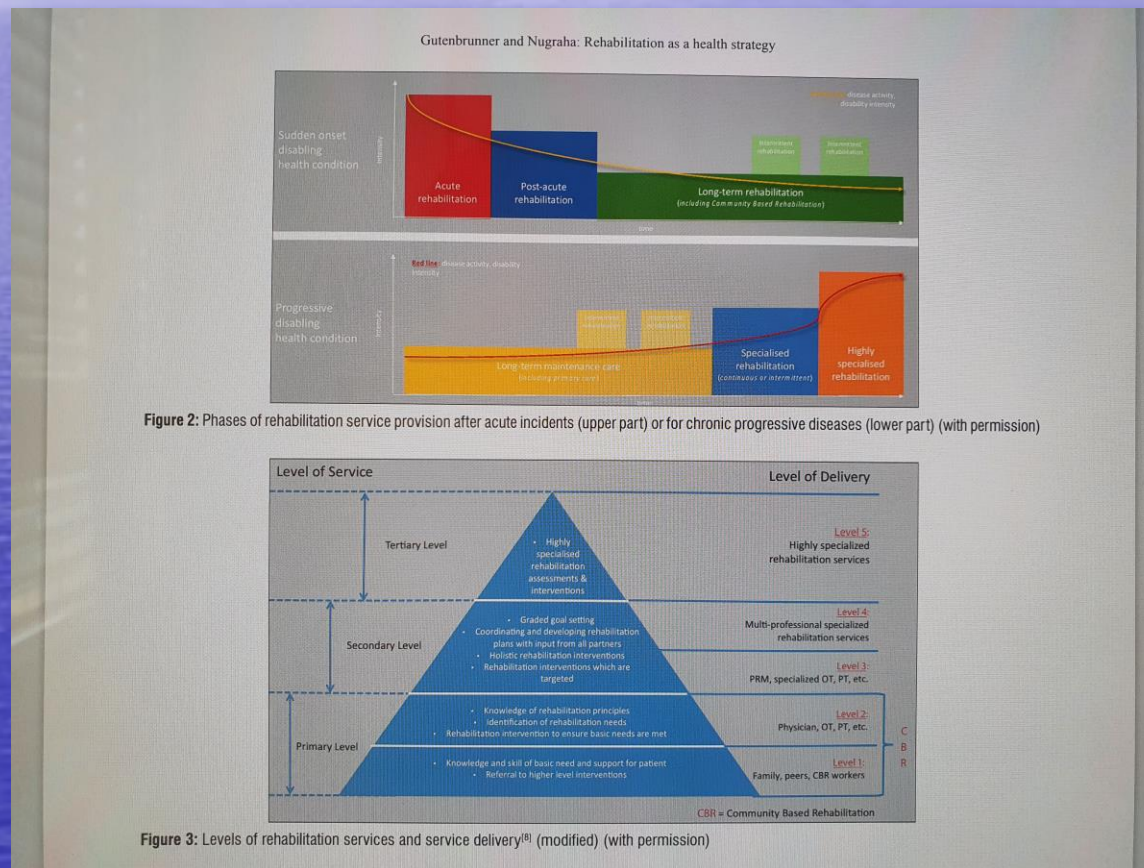


If education and training are part of service provision (e.g. in university hospital), students and trainers could be classified as target groups (point 3.2) and education and training as service goals (point 3.3). Consequently, trainers should be included in human resources (point 1.5). The same principle applies to scientific programme and research (see Table I).

As mentioned above, a further specification of the categories in a 3-level classification is needed. Such value sets should be suitable for describing the categories; however, they are not intended to provide parameters or value sets to measure the categories

Beispiel Medizinische Entwicklung (VI)

Og



Christoph Gutenbrunner/ Boya Nugraha, Rehabilitation:
Rehabilitation as a Health Strategy, in: The Journal of the
International Society of Physical and Rehabilitation
Medicine, Vol. 2, Supplement 1, May 2019, S. 15 – 18, hier
S. 17

Beispiel demographische Entwicklung (I): Kinder



Versorgungsformen

Medizinische Rehabilitation als Teil der Gesundheitsversorgung

Verbesserung und Wiederherstellung der gefährdeten oder bereits geminderten Leistungsfähigkeit in Kita, Schule, Ausbildung und Alltag

Kurative Versorgung der Krankenversicherung (GKV/PKV)

Behandlung der Erkrankung
Behebung der gesundheitlichen Schädigung

Kinder- und Jugendhilfe

Soziale Integration durch pädagogische / therapeutische Interventionen

Deutsche Rentenversicherung
Bund

Beispiel demographische Entwicklung (II): Hypothesen

- Durch die bevorstehende demographische Entwicklung entstehen andere Unfall-Wahrscheinlichkeiten (quantitativ und qualitativ).
- Die Unfall-Rehabilitation nach KVG wird an Bedeutung gewinnen, weil in einer älter werdenden Bevölkerung viele Leute (nur noch) subsidiär nach KVG gegen Unfall versichert sind.
- Bisher stand die Unfall-Verhütung und die Heilung nach einem Unfall im Erwerbsleben im Vordergrund. In den nächsten Jahren und Jahrzehnten gewinnt die Unfall-Verhütung als Folge von abnehmender Muskelkraft und Osteoporose als Folge der demographischen Alterung an Gewicht.
- In den kommenden Jahren/ Jahrzehnten gewinnt die soziale Rehabilitation nach Unfall im Verhältnis zur beruflichen Rehabilitation an Bedeutung. Dafür muss gesellschaftlich aber noch sensibilisiert werden.

Beispiel Sozialstruktur/ Einkommens- Verhältnisse/ kulturelle Faktoren: Migration

- Chance auf Reha liegt bei Migranten signifikant tiefer.
- Reha führt bei Migranten seltener zum Erfolg.
- Informationen in Muttersprachen und Lotsen
- MediClin-Gruppe: Besondere Ausrichtung auf Zuwanderer als strategisches Ziel
- Aufbau von Diversity-Management

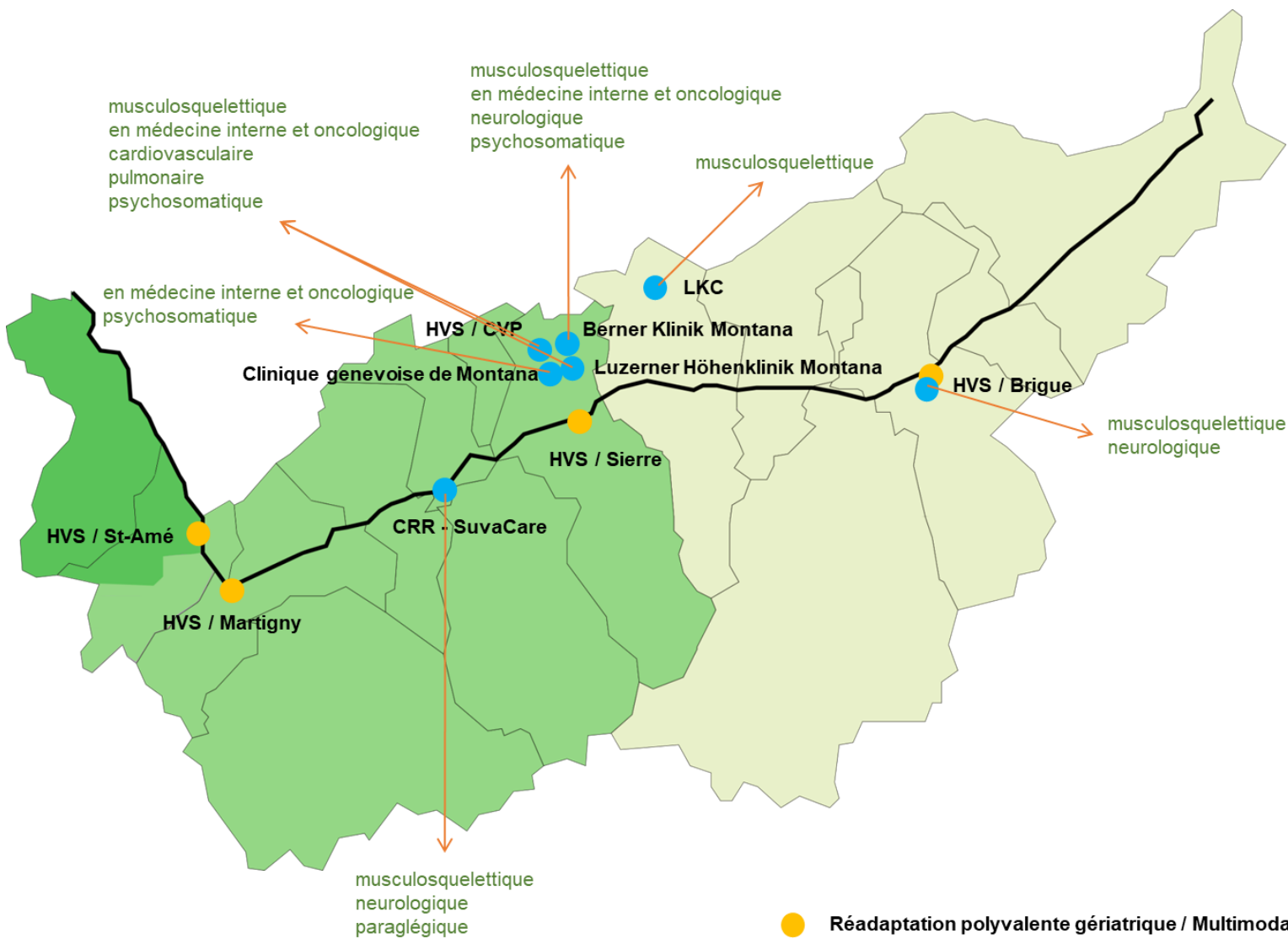
(Oliver Razum, nach: f&w, 5/ 2017, S. 480ff.)

Beispiel: Topographie



Die beiden folgenden Folien stammen von Victor Fournier, Präsentation 3. Swiss Reha Forum vom 8. November 2019, Folien 16 - 17

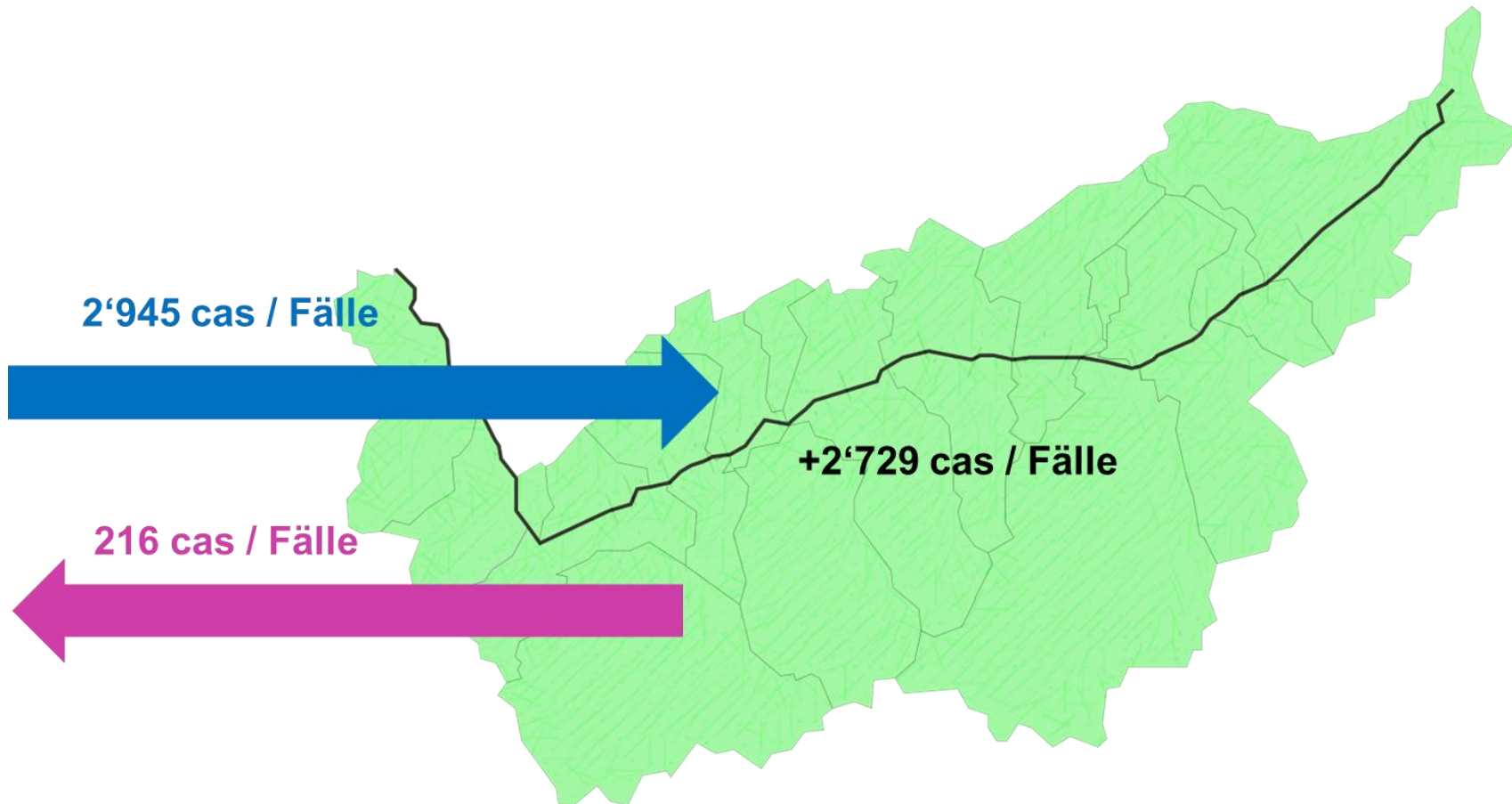
Réadaptation en Valais / Rehabilitation im Wallis



- Réadaptation polyvalente gériatrique / Multimodale geriatrische Rehabilitation
- Réadaptation spécialisée / Spezialisierte Rehabilitation

Réadaptation en Valais / Rehabilitation im Wallis

▲ Migration 2017 LAMal / KVG



Beispiel historische Entwicklung

(I)

Tabelle 13. Übersicht medizinische Rehabilitation
in Deutschland und Frankreich

	Deutschland	Frankreich
Leistungsträger	vor allem Renten- und Krankenversicherung	ausschließlich Krankenversicherung (<i>sécurité sociale</i>)
Finanzierung	Tagessätze; Solidaritätsprinzip	Tagessätze; Solidaritätsprinzip; hohe Selbstbeteiligung
Verständnis und Stellenwert	Ganzheitlicher Aspekt: Erhalt und Prävention verlorengegangener Funktionen mit beruflicher und sozialer Wiedereingliederung	lediglich Wiederherstellung verlorengegangener Funktionen; weniger Ausgaben für medizinische Rehabilitation
Organisation	überwiegend stationär; indikationsbezogen und möglichst individuell	überwiegend teilstationär/ambulant; weniger indikationsbezogen
Abgrenzung zur Akutbehandlung sowie Kur	eher	kaum/nicht
Frührehabilitation	eher	kaum
Therapieplan	ähnlich	
Behandlungsergebnis anhand Scoring-Systemen	ähnlich	
Zukunft		
– Rehabilitationsbedarf	Zunahme	
– finanzieller Spielraum	Abnahme	
– stationäre Verweildauer	weiterhin Abnahme	

Quelle: eigene Darstellung

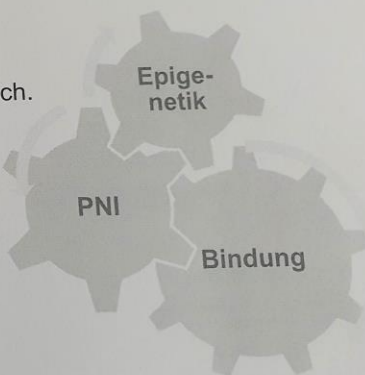
Beispiel Historische Entwicklung (II)

- Vgl. Thomas Mann, Der Zauberberg
- Herausbildung der Rehabilitation in der Deutschschweiz und im Tessin vs. Westschweiz

Beispiel Stellung der Prävention

Prävention vor Rehabilitation! BKK

- Rehamodelle der Zukunft setzen an der Verhaltensänderung an und beziehen die Erkenntnisse der
 - Epigenetik,
 - Bindungsforschung und
 - Psychoneuroimmunologie mit ein.
- Denn:
 - Verhaltensmuster und Gewohnheiten kann man ändern.
 - Prävention von Krankheiten ist in jedem Lebensalter möglich.
 - Zusammenspiel von Epigenetik, der Bindung und Psychoneuroimmunologie ist entscheidend für eine ganzheitliche, ursachengerechte gesundheitliche Entwicklung – besonders im Kindesalter!



Sigrid König, Europäischer Gesundheitskongress, 26.09.2019 BKK Landesverband Bayern 15

Beispiel Finanzierungsanreize (I): KVG - VVG



- KVG: WZW
- VVG: Preisbildung auf dem Markt (Mehrleistungs-Definition gefragt)
- KVG definiert weitgehend den Spielraum für Zusatzversicherungen
 - Leistungskatalog
 - Zugangsmöglichkeiten
 - Qualität
 - Spitalplanung
 - Spitalfinanzierung
 - ...

	Unfallversicherung nach UVG	Unfallversicherung nach KVG
Versicherungsnehmer	Betrieb oder freiwillig versicherte Person	Einzelne Person
Prämienart	Lohnabhängige Prämie	Kopfprämie
Anmeldung von Schadenfällen	Versicherter Betrieb, ev. verunfallte Person	Versicherte Person
Einschränkung der Arzt- und Spitalwahl	Nein (versichert ist nur die allgemeine Abteilung)	Je nach Vertrag
Subventionierung durch öffentliche Hand	Nein	Ja
Prinzip der Leistungspflicht	Kausalitätsprinzip (Ursachenversicherung)	Finalitätsprinzip (Bedarfsversicherung)
Vergütungsprinzip und -modalität	Sachleistungs- oder Naturalleistungsprinzip (Tiers payant)	In der Regel Kostenerstattungsprinzip (Tiers garant)
Vergütungsform	Einzelleistungsabgeltung im ambulanten Bereich, Pauschalen im stationären Bereich	Verschiedene Abgeltungsformen im ambulanten Bereich, Pauschalen im stationären Bereich
Taggelder	Ja (Karenzfrist 3 Tage)	Je nach Vertrag. In der Regel keine Taggelder, es sei denn, der Versicherte verfüge über eine Taggeldversicherung. Im KVG-Bereich sind nur relativ tiefe Tagessätze versicherbar.
Übernahme der Kosten für eine berufliche Umschulung	Nein	Nein
Invalidenrenten	Ja	Nein
Hinterlassenen-Renten	Ja	Nein
Integritäts-Entschädigung	Ja	Nein
Franchisen	Nein	Ja
Selbstbehalt	Nein	Ja

Beispiel Finanzierungsanreize (III): Erste Folgerungen aus dem Vergleich UVG - KVG

- Was im KVG recht ist, ist dem UVG eben gerade nicht billig, weil die Anreize unterschiedlich sind.
 - KVG: Teil-Heilungskosten-Fokus
 - UVG: Heilungskosten- und Taggeld-Fokus

Beispiel Leistungserbringer-Dichte: Wohnortnahe Versorgung



- Simulationen von ungedeckten Bedarfen von mindestens 100 Betten in der neurologischen Rehabilitation in Deutschland (Basis: 45 Minuten-Fahrzeitradius um den Wohnort des Patienten): vor allem in Metropolregionen
- Ambulante Reha und Kombi-Reha: zu wenig Angebote
- Herausforderung zeitgemässe urbane Reha- und Präventionsstrukturen

(Peter Borges, f&w, 2/ 2017, S. 114ff.)

Beispiel Leistungsspektrum



Besonderheit Kinderreha

Einführung in ein therapeutisches Milieu

- Mehr als nur ein Tapetenwechsel
- Therapeutische Wirkung des Beziehungsgeflechtes zwischen Therapeuten und Mitpatienten (Jugendkonferenzen, Rückmeldungen durch Mitpatienten)
- Üben an Mitpatienten als Sparringspartner: Auftritte, Reden vor der Gruppe, etc.



Deutsche
Renterversicherung
Rheinland-Pfalz
Edelsteinklinik

Beispiel Strategie der Unternehmen/ Konkurrenzsituation

- Barmer-Krankenhausreport 2017
 - Kliniken mit mindestens 5 Fachabteilungen haben bei Behandlung von Oberschenkelhals-Brüchen geringere Wahrscheinlichkeit, dass Patienten ins Pflegeheim müssen.
 - Geriatrische frührehabilitative Komplex-Behandlung im Akut-Krankenhaus weist im Vergleich zur Versorgung in klassischen Reha-Einrichtungen einen geringeren Behandlungserfolg auf.
 - Komplex-Behandlungen nur in grösseren Kliniken, und zwar wenn die Patienten noch stationär behandelt werden müssen.

Og

Besten Dank
für
Ihre Aufmerksamkeit