



Anforderungen an Physiotherapeuten aus Sicht der Rentenversicherung



Jürgen Rodewald

Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover

Abteilung Rehamanagement und –steuerung

ZVK-SYMPOSIUM

im Rahmen des Hauptstadtkongresses am Donnerstag, 14.06.2012

Gliederung

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in der Deutschen Rentenversicherung
- Die Strukturanforderungen und die Bedeutung der Physiotherapie
- Veränderungen der Inhalte in der medizinischen Rehabilitation: „MBOR“
- Medizinische Rehabilitation: Veränderungen im Berufsspektrum und in der Zusammenarbeit
- Konsequenzen für die Physiotherapie
- Übernahme ärztlicher Aufgaben durch Dritte
- Fazit

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation DRV insgesamt, 2010

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen insgesamt 996.154 Leistungen

- Stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen 837.864 Leistungen, davon
 - Anschlussrehabilitation 279.275 Leistungen
 - Entwöhnungsbehandlungen 46.403 Leistungen
 - Ca-Leistungen 168.562 Leistungen
- Ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe 122.835 Leistungen
- Kinderrehabilitation 34.223 Leistungen

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation DRV insgesamt, 2010

Ausgaben **(in Millionen EUR)**

Leistungen zur Teilhabe : 5. 559,3

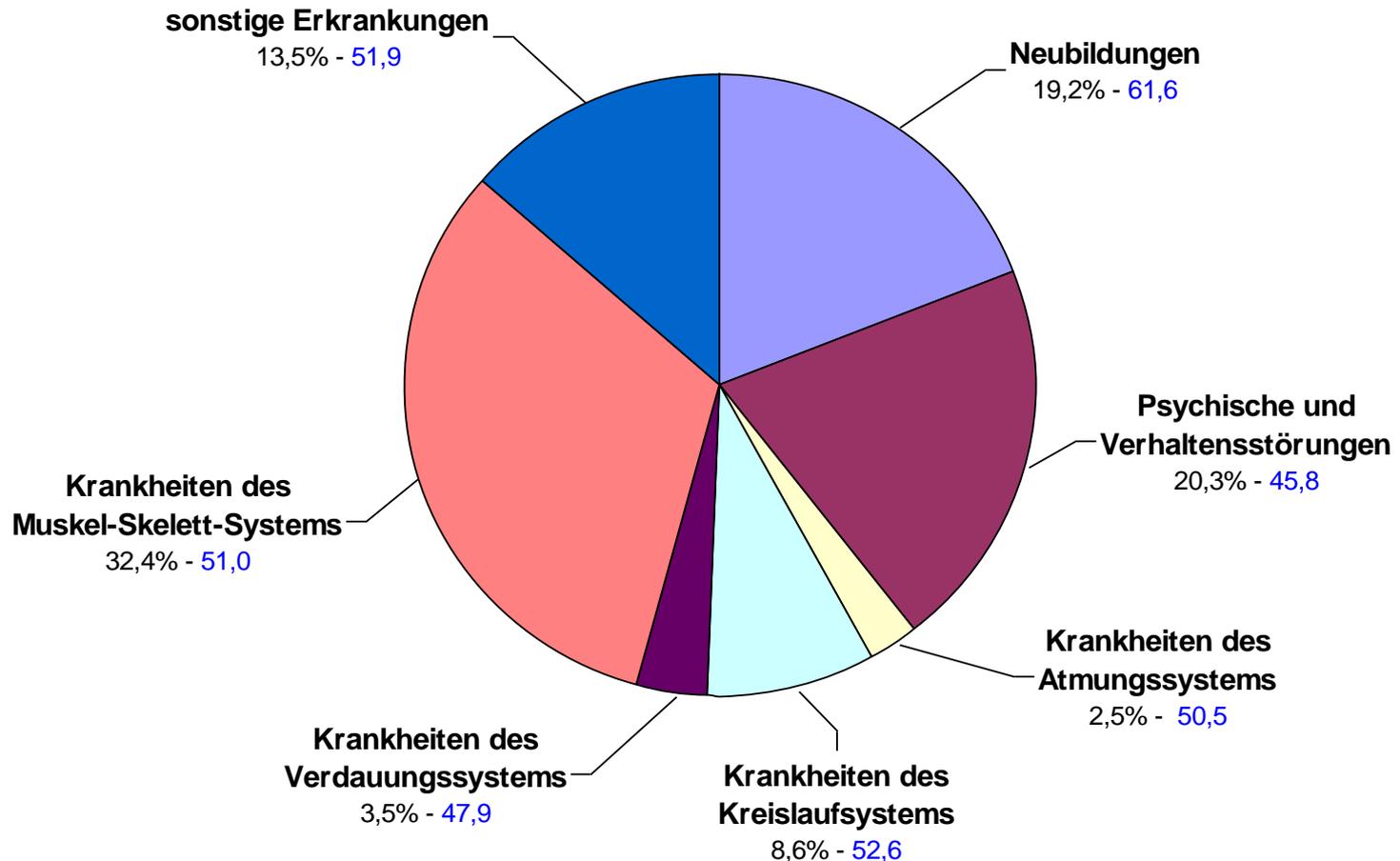
darunter

- medizinische Leistungen (ohne ÜG) : **3.010,8**
- Übergangsgelder med. Leistungen : **501,8**
- Teilhabe am Arbeitsleben (ohne ÜG) : **811,0**
- Übergangsgeld LTA : **450,7**
- sonstige Leistungen (mit ÜG) : **501,3**
- SV-Beiträge : **283,6**

Rehabilitation in der Rentenversicherung - Statistik

Stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe für Erwachsene nach ausgewählten Diagnosegruppen

relative Verteilung - Durchschnittsalter (in Jahren)



Die Strukturanforderungen - und die Bedeutung der Physiotherapie

- zahlreiche Festlegungen zur medizinischen Rehabilitation
 - DRV zur Strukturqualität von (stationären) Reha-Einrichtungen mit Anhaltzzahlen für Berufs- / Funktionsgruppen
 - BAR-Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation
 - KTL (Klassifikation therapeutischer Leistungen) mit Vorgaben zu Leistungen = evidenzbasierte Therapiemodule und Berufsgruppen
 - Vorgaben in Reha-Therapiestandards (zB für die Rehabilitation bei Hüft- und Knie-TEP gute Evidenz nur für Physio- und Bewegungstherapie!)



Strukturqualität von Reha- Einrichtungen – Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung

→ Stationäre medizinische Reha-Einrichtungen

Medizinische Rehabilitation: Veränderungen der Inhalte

Die medizinische Rehabilitation der DRV entwickelt sich weiter
mit neuen Anforderungen auch für Physiotherapeuten!

- Qualitätssicherung (Struktur-, Prozessqualität, Peer Review, Visitationen, Patientenbefragungen...)
- Evidenzbasierung
- Zielorientierung: Unterstützung der Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit (§ 9 SGB VI)
 - verstärkte Anforderungen an das therapeutische Team
 - Kenntnis beruflicher Anforderungen der Rehabilitanden
 - MBOR: medizinisch-beruflich orientierte Reha

**Praxishandbuch:
Arbeits- und berufsbezogene Orientierung
in der medizinischen Rehabilitation**

Stefan Löffler, Christian Gerlich, Matthias Lukasczik,
Hans-Dieter Wolf, Silke Neuderth

Universität Würzburg
Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie
Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften

Anforderungsprofil
zur Durchführung der
Medizinisch-beruflich orientierten
Rehabilitation (MBOR) im Auftrag
der Deutschen Rentenversicherung

→ Stand: September 2011

Download: [www.deutsche-rentenversicherung.de/Zielgruppen/Sozialmedizin und
Forschung/Konzepte und Positionspapiere / MBOR](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Zielgruppen/Sozialmedizin_und_Forschung/Konzepte_und_Positionspapiere/MBOR)

Website: www.medizinisch-berufliche-orientierung.de
Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Julius-Maximilians-Universität Würzburg

MBOR: wie es dazu kam...

- Forschungsergebnisse: ein erheblicher Teil der Rehabilitanden weist besondere berufliche Problemlagen auf: **deutliche Diskrepanz zwischen gemindertem Leistungsvermögen und Anforderungen des (alten oder angestrebten) Arbeitsplatzes**
- Konkretisiert durch:
 - Arbeitslosigkeit und/oder
 - längere Arbeitsunfähigkeitszeiten und/oder
 - negative subjektive berufliche Prognose (u.a. Rentenantragsbegehren)
- Problemlagen prognostizierbar durch Einsatz von Screening-Verfahren
Würzburger Fragebogen, SIMBO, SIBAR

MBOR: wie es dazu kam...

- Studien haben belegt: Konventionelle medizinische Rehabilitation reicht nicht aus, stärker berufsorientierte Leistungen wirken aber!
- Konsequenz:
Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR), Somatik ,
Stand 5. Mai 2010

MBOR: Inhalte (1)

- abgestuftes Angebotsspektrum (3-Stufen-Modell)
 - Beruflich orientiertes Basisangebot (grundsätzlich für alle Rehabilitanden) Arbeitsplatzberatung, Gruppenangebote zu sozialmedizinischen und –rechtlichen Fragen
 - MBOR-Kernmaßnahme (für Rehabilitanden mit besonderen beruflichen Problemlagen) psychoedukative Gruppenangebote, Arbeitsplatztraining
 - Spezifische MBOR-Maßnahme (für eine sehr kleine Gruppen von Rehabilitanden, die dieser Maßnahmen bedürfen) externe Belastungserprobung, Einzeltherapien

MBOR: Inhalte (2)

- therapeutische Inhalte
 - Erfolgsformel im Kernangebot: **Training + Schulung**
 - Notwendige Bedingung: expliziter Bezug zur Erwerbsarbeit (möglichst zum konkreten Arbeitsplatz)
- formative Evaluation in 7 Kliniken
Abschlussbericht Ende Juli
Tendenz: Je mehr berufsbezogene Themen bearbeitet wurden, je mehr Inhalte des Arbeitsplatztrainings umgesetzt wurden, desto besser sind Ergebniswerte (Work Ability Score / Spinal Function Sorts) sowie die subjektive Erwerbsprognose
- Ziel: alle Reha-Einrichtungen halten für die DRV-Rehabilitanden zumindest ein Basisangebot vor

MBOR: Inhalte (3)

Beispiel:

**Arbeitsplatzbezogene Medizinische
Trainingstherapie** Reha-Zentrum Schömberg,
Klinik Schwarzwald, Schömberg [Arbeitstherapie]

- **Ziele.** Training der Muskelgruppen, die bei den jeweiligen Berufen besonders beansprucht werden. Schulung von Bewegungsmustern der konkreten Arbeitssituation mit Ergonomisierung des Bewegungsablaufes sowie Verbesserung der im Beruf benötigten motorischen Eigenschaften
- **und Ablauf.** Es werden berufsspezifische Bewegungen trainiert. Die Übungsauswahl orientiert sich individuell an den Anforderungen des Arbeitsplatzes. Durch Schulung von Bewegungsmustern soll eine Fehlbelastung, Überlastung oder Unterforderung vermieden werden. Für folgende Berufsgruppen liegen Trainingsprogramme vor: Verkauf, Pflege, Büroarbeit, Erzieher.

Medizinische Rehabilitation: Veränderungen im Berufsspektrum und in der Zusammenarbeit

- Entstehung neuer Berufe, Veränderungen bestehender Berufe im Sinne einer Akademisierung therapeutischer Berufe
politisch gewollte Vielfalt (=Uneinheitlichkeit)
- Fachkräftemangel:
Ärzte!
(alle Berufsgruppen: fehlende Rehaerfahrung!)
- verstärkte Anforderungen an das therapeutische Team
- zunehmende Interdisziplinarität

Konsequenzen für die Physiotherapie

- Beginn der Akademisierung ist ein Faktum
- Forschung betreiben und Schaffung einer wissenschaftlichen Basis ist grundsätzlich positiv zu bewerten
(Was bedeutet dies für die verschiedenen Schulen?
Was wird zum Standard?)
- Die DRV engagiert sich seit den 90-iger Jahren intensiv in der Rehaforschung (gemeinsam mit BMBF)
- für die Reha der DRV ist eine Evidenzbasierung unverzichtbar; dies gilt perspektivisch auch für die Physiotherapie

Konsequenzen für die Physiotherapie (1)

aber:

- geht Wissenschaftlichkeit nicht zulasten der praktischen Ausbildung?
- Gibt es nicht um den Rehabilitanden bereits viel Akademisierung? Arzt, Psychologe, Diplomsportlehrer – jetzt auch noch der Physiotherapeut? Und auch noch der Ergotherapeut? Die Gesundheitspfleger? Deutschland hat mit seiner praxisgeprägten Ausbildung gute Erfahrungen gemacht...

Konsequenzen für die Physiotherapie (2)

aber:

- Reden alle nur noch über den Rehabilitanden:
keiner arbeitet mit ihm, fasst ihn an, hilft ihm praktisch?
- Die aktive Arbeit mit dem Patienten steht im Vordergrund
(Kann dies zB ein primärqualifizierender Studiengang leisten?)
- Der Großteil der Physiotherapeuten wird weiter mit dem Patienten arbeiten müssen
(akademisierte Leitung auf Basis einer Primärqualifikation?)
- Akademisierung „belastet“ den Tageskostensatz!
(bei allerdings zurückhaltendem Vergütungsniveau)

Übernahme ärztlicher Aufgaben durch Dritte

- **Arztzentriertheit:**
Verantwortung für die Durchführung der Reha,
Durchführung Aufnahme- und Abschlussuntersuchungen,
Vorgabe von Behandlungspfaden entspr. Therapiestandards,
Leistungsbeurteilung

- **Ärztemangel ist bereits jetzt ein Fakt!**

Koalitionsvertrag CDU/CSU/FDP, 17. Legislaturperiode:

„Dem in den nächsten Jahren drohenden Ärztemangel ist durch Abbau von Bürokratie und eine leistungsgerechte Vergütung wirksam auch durch folgende Maßnahmen zu begegnen:(...)

Erweiterung der Delegationsmöglichkeiten ärztlicher und anderer Tätigkeiten zur Entlastung von Ärztinnen und Ärzten“

zudem: Direct Access ist ein Trend in der Physiotherapie im europäischen Raum

Übernahme ärztlicher Aufgaben durch Dritte

Aufgabenverlagerung kann ein zukunftsweisender Weg sein:

- Psychologe als Rehateam-Moderator
- Reha-Assistent für Organisatorisches
- Diplom-Sportlehrer / **Physiotherapeuten?**
 - Reha-Beginn: Mobilitätsbefunde erheben, Therapiesteuerung (Praxisbeispiel: EFL)
 - Reha-Abschluss:
Feststellungen zu Mobilität und Leistungsbild
für den Entlassungsbericht
 - besondere Kenntnisse der Physiotherapeuten müssen umfassender genutzt werden

Fazit

- Physiotherapie ist ein wesentlicher Bestandteil der medizinischen Rehabilitation der GRV
- Die Physiotherapie muss sich den aktuellen Anforderungen der medizinischen Rehabilitation stellen
- Sie kann ärztliche Tätigkeiten sinnvoll ergänzen. Diese Chancen müssen in der Rehabilitation genutzt werden!
- Akademisierung darf nicht zulasten der praktischen Arbeit mit den Patienten gehen