

## Diskussionspapier

der Kommission „Digitalisierung in der PRM“ der  
Deutschen Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin

Zur Ausgestaltung der telemedizinischen, rehabilitativen Versorgung (Tele-Reha) in Deutschland

## Einleitung

Die Zahl von Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen sowie von Menschen im höheren Lebensalter steigt in Deutschland kontinuierlich an. Die hierdurch Betroffenen erleben teils gravierende Einschnitte in allen Bereichen Ihres privaten und beruflichen Lebens. Gleichzeitig leben und arbeiten wir alle länger und wünschen uns auch im Alter eine gestärkte Lebensqualität und Teilhabe im Alltag und Beruf trotz möglicher chronischer Erkrankung und Beeinträchtigung.

Die Rehabilitation leistet hier in allen Phasen des Verlaufs eine wertvolle Förderung zur Teilhabe und berücksichtigt dabei sowohl medizinische, berufliche, als auch soziale Faktoren. Der Gesetzgeber hat mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) den gesamtgesellschaftlichen Beitrag der Rehabilitation zur Teilhabe und Inklusion herausgestellt.

Trotz des wachsenden Bedarfs steht die Rehabilitation vor enormen Herausforderungen, wobei einige wichtige zu nennen sind:

- ✓ der Bedarf an Rehabilitationsleistungen und Präventionsmaßnahmen muss frühzeitig erkannt werden. Die **bisherige Bedarfserkennung erfolgt weitgehend unstrukturiert** und nutzt damit die Möglichkeiten der rehabilitativen Versorgung für viele Bedürftige nicht aus, woraus eine **Unterversorgung** folgt.
- ✓ die Rehabilitation muss individuelle und besondere Bedarfe erkennen und berücksichtigen. Hierfür werden **qualifizierte Fachkräfte** benötigt, u.a. Ärzte<sup>1</sup>, Psychologen, Therapeuten, Sozialdienstmitarbeiter. Gleichzeitig ist der Reha-Erfolg an eine **hochfrequente und kontinuierliche Leistungserbringung** gekoppelt, die durch fehlendes Fachpersonal nicht erbracht werden kann. Diese sind immer weniger verfügbar, wodurch **Fehlversorgungen** die Folge sind.

---

<sup>1</sup> zur besseren Lesbarkeit wird im gesamten Text die männliche Schreibweise verwendet. Die Inhalte gelten ausdrücklich für alle Geschlechter gleichermaßen.

- ✓ die Rehabilitation ist auf die **inter- und intrasektorale Zusammenarbeit** in hohem Maße angewiesen und muss sich zwischen den Sektorengrenzen ohne Versorgungslücken vernetzen. Die dafür rechtlichen und technischen Voraussetzungen für eine Datenvernetzung sind allerdings bislang nicht geschaffen. Somit kommt es zu **Informationsverlusten und –defiziten** zum Nachteil der Patienten.
- ✓ die Rehabilitation verfolgt einen langfristigen Versorgungsauftrag und benötigt daher personelle, räumliche und technische Möglichkeiten für eine Langzeitbegleitung. Hierfür gibt es keine ausreichenden, regionalen Strukturen, so dass **Nachsorgeleistungen unzureichend** erfolgen.

Die telemedizinische Rehabilitation (**Tele-Reha**) kann hier teilweise sehr erfolgsversprechende Perspektiven aufzeigen. Seit 2017 ermöglicht die Deutsche Rentenversicherung Reha-Einrichtungen die Integration von Nachsorgeangeboten über Tele-Reha. Die Anforderungen hat die Deutsche Rentenversicherung in einem **Anforderungsprofil** definiert<sup>2</sup>. Hierzu gibt es bereits einige Anbieter am Markt, die Rehaleistungen in der Nachsorge telemedizinisch unterstützt auch zu Hause ermöglichen. Einige Modellerprobungen mit wissenschaftlicher Begleitung sind bereits initiiert worden.

Der Einsatz der Tele-Reha fokussiert zurzeit auf der **Nachsorge** nach erfolgter Rehabilitation. Daneben gibt es auch Entwicklungen, die Bereiche des rehabilitativen Behandlungsverlaufs durch Tele-Rehabilitation ergänzen bzw. erweitern, wie z.B. Angebote zur Prävention, Reha-Apps vor und während der Rehabilitation und die begleitende Behandlung von chronischen Erkrankungen. Durch den Einsatz der Tele-Rehabilitation soll hierbei die unmittelbare Versorgung der Rehabilitanden verbessert werden, u.a. durch Begleitung von Bewegung, Überwachung der Trainingssicherheit, schnelleres Eingreifen bei möglichen unerwünschten Ereignissen oder Entwicklungen, eine bessere Diagnostik durch standardisierte Assessments und eine hohe Therapiemotivation.

Es ist erklärtes und gemeinsames Ziel sowohl von Politik, Leistungsträgern und –erbringern, als auch von Patientenseite, dass die **Möglichkeiten der Tele-Reha voll ausgeschöpft** werden und diese möglichst **umfänglich in die Regelleistungen** eingehen. Die Schaffung der hierfür erforderlichen **technischen Voraussetzungen** und die **Datensicherheit** stehen momentan im Zentrum der Bestrebungen und sind ohne Frage **Grundvoraussetzungen** für die Nutzung und Anwendung der der Tele-Reha überhaupt.

Vor diesem Hintergrund muss jedoch auf wichtige **Aufgabenstellung der Versorgungspraxis** aufmerksam gemacht werden. Mit dem Ziel vor Augen, die **Tele-Reha als festen Bestandteil der Regelversorgung** der Rehabilitation zu integrieren, halten wir es für unerlässlich, parallel zu diesen Anstrengungen auch zentrale **versorgungsrelevante Aspekte der Anwendung der Tele-Reha** zu berücksichtigen.

**Ziel des Diskussionspapiers:**

Es sollen Anforderungen an die Tele-Reha, die Rehabilitationsträger und Leistungserbringer formuliert werden, um eine zuverlässige, hoch-qualitative und patientenorientierte Regelversorgung der Tele-Reha zu gewährleisten!

---

<sup>2</sup> Deutsche Rentenversicherung. Anforderungen an Tele-Reha-Nachsorge, 2017

### **1. Tele-Rehabilitation als Ergänzung innerhalb eines rehabilitativen Gesamtkonzepts.**

Digitale Medien werden teilweise schon seit vielen Jahren eingesetzt und erfahren hier eine stetige Weiterentwicklung, z.B. in der Neuropsychologie bei kognitiven Defiziten, wobei eine Zunahme von immer mehr und neueren *stand alone*-Entwicklungen zu beobachten ist. Die Tele-Rehabilitation ist also keine neue Therapieform, sondern **ergänzt die klassische Rehabilitation** über die Möglichkeiten der Vernetzung und der Digitalisierung. Das Ziel ist die **optimale rehabilitative Versorgung** durch eine intelligente Steuerung verschiedener Therapieelemente, -bereiche und -prozesse. Sie muss eine individualisierte und auf den Bedarf und die eigene Leistungsfähigkeit abgestimmte Steuerung gewährleisten. Die Tele-Reha steht hierbei innerhalb eines **rehabilitativen Gesamtkonzepts** und ist keine für sich eigenständige Rehabilitationsform. Hierbei beschränkt sich die Tele-Rehabilitation nicht auf einzelne Phasen der Reha, wie z.B. die Nachsorge, sondern umfasst den gesamten Rehabilitationsverlauf von Beginn bis zur Langzeitbegleitung von Rehabilitanden.

### **2. Vernetzung fördert Sicherheit.**

Tele-Reha verwendet verschiedene Medienarten und zeichnet sich durch Vernetzung aus. Die Tele-Reha nutzt hier alle möglichen digitalen Medienarten und Techniken im Zusammenhang mit der rehabilitativen Behandlung, wobei diese einzeln oder als Mix unterschiedlicher Techniken eingesetzt werden können. Der Einsatz orientiert sich hierbei ganz überwiegend am Nutzen für den Patienten und ist in ein Gesamtkonzept eingebunden. Dadurch wird gewährleistet, dass alle möglichen Informationen berücksichtigt werden können und wiederholte, ggf. sich sogar widersprechende Informationen aus verschiedenartigen Quellen vermieden werden.

### **3. Realistische Vergütungssätze und Motivation zur Innovation und Erneuerung.**

Neue Angebote durch die Tele-Rehabilitation werden zur **Verbesserung der medizinischen Versorgung** entwickelt und zeichnen sich durch neue und innovative Ansätze und technische Fortschritte aus. Für die Einsetzung und Verbreitung müssen die technischen und klinischen Anbieter sowohl in **technische und bauliche Investitionen**, in Änderungen der **Prozessabläufe** und **personelle Qualifikation** investieren. Daher ist der primäre Ansatz, dass Tele-Reha kostenneutral oder sogar kostensenkend einzuführen ist, grundlegend falsch. Vergütungssätze für Tele-Reha Leistungen müssen stattdessen anhand von **Fallkostenkalkulationen** objektiviert und damit **realistisch** abgebildet werden. Vergütungssätze sind zudem so zu gestalten, dass dadurch Anreize für die verbreiterte Nutzung und Investitionen in neue Techniken und Strukturen und qualifiziertes Personal geschaffen werden.

### **4. Regionalisierung erhalten trotz zentraler Dienstleistung.**

Mit der Einführung der Tele-Medizin z.B. in Bereichen der Radiologie und der hausärztlichen Versorgung entstehen zunehmend zentrale Dienstleistungen, die über eine ausschließlich digitale Anbindung mit dem Patienten in Verbindung stehen und eine „Fernbehandlung“ ermöglichen.

Die Rehabilitation erfordert prinzipiell eine genaue Kenntnis nicht nur des Rehabilitanden auf medizinischer, psychologischer und sozialer Ebene. Es sind darüber hinaus auch regionale Faktoren, wie z.B. die berufliche Situation vor Ort und regionale Nachbehandlungsstätten, zur Reintegration und Teilhabe von großer Bedeutung. Weitere Aspekte betreffen z.B. den regionalen Arbeitsmarkt und regionale Möglichkeiten der Versorgung. Die Tele-Reha muss daher immer eine regionale Perspektive haben und

der Rehabilitand muss auf eine regionale Versorgung zurückgreifen können. Nur dadurch kann eine individualisierte und optimale Begleitung der Rehabilitanden sichergestellt werden. Einzelne Elemente der rehabilitativen Versorgung können jedoch von einer zentralen Stelle aus mit hoher Qualität und verbesserter Effizienz angeboten werden, wie z.B. strukturierte Assessments, Bewegungsanleitungen und Schulungen. Die hier mögliche Standardisierung schafft effektive Möglichkeiten in der Versorgung mit hoher Qualität. So können z.B. Gesundheitsvorträge zu speziellen und selteneren Fragestellungen zentral abgerufen werden und ermöglichen damit eine individuellere Behandlung.

#### **5. Der Zugang zur Tele-Rehabilitation muss möglichst vielen Personen ermöglicht werden.**

Der **Zugang** zu Tele-Rehabilitation muss prinzipiell für alle Rehabilitanden **offenstehen**. Gründe der schlechten Anbindung an die digitale Infrastruktur, fehlende Kenntnisse und eine bisher nicht vorhandene Nutzung von digitalen Techniken dürfen **kein Ausschlusskriterium** für den Zugang sein. Vielmehr müssen diese Gruppen angepasste Lösungen erhalten. Dies umfasst ebenso ältere Patienten und Patienten mit körperlichen und psychischen Einschränkungen. Es ist nicht vermittelbar, dass gerade diejenigen Personen für tele-rehabilitative Maßnahmen ausgeschlossen werden sollen, die durch Ihre Einschränkungen gerade am meisten von der Nicht-Erreichbarkeit bzw. -Machbarkeit der bisherigen Standardmaßnahmen betroffen sind. Die Tele-Reha muss so gestaltet sein, dass sie **neue und alternative Zugänge** schafft, die bisher erschwert waren. Eine **Ablehnung** oder ein **Misstrauen** gegenüber digitalen Techniken dürfte auch bei der Tele-Reha mit einem hohen Risiko für einen Therapieabbruch einhergehen. Nur wer eine Bereitschaft zur Mitarbeit und eine entsprechende Motivation aufweist, profitiert von der Maßnahme.

#### **6. Automatisierte Unterstützung, aber nicht ohne personalisierte, qualifizierte Steuerung und Überwachung.**

Durch die intelligente Nutzung und Verwertung von großen Datenmengen aus unterschiedlichen Quellen können **individualisierte Entscheidungen** im Behandlungsprozess **automatisiert** werden. Diese können den Behandlungsverlauf insgesamt optimieren und damit zu einem **besseren Reha-Ergebnis** führen. Zudem kann durch Algorithmen die **Patientensicherheit** erhöht werden. Die Rehabilitation zeichnet sich jedoch dadurch aus, dass sowohl medizinische, als auch psychische und soziale Faktoren für den Reha-Erfolg berücksichtigt und abgewogen werden müssen. Dadurch ist die **Einbeziehung eines Begleiters** durch den Behandlungsverlauf der Tele-Reha unerlässlich. Dieser analysiert und bewertet den Reha-Verlauf anhand der zur Verfügung stehenden Datenquellen und steht in Kontakt mit dem Rehabilitanden. Hierdurch kann der Rehabilitationsplan angepasst und individuell gesteuert werden.

#### **7. Tele-Reha erfordert Patientenzentrierung und Partizipation.**

Die **Patientenorientierung und Einbindung in die tele-rehabilitative Versorgung** ist essentiell. Die Rehabilitation insgesamt unterscheidet sich bzgl. anderer Versorgungsarten, wie z.B. der kurativen operativen Medizin, dadurch, dass individuelle Bedürfnisse und die Einbindung, Beteiligung und Mitsprache der Rehabilitanden einen **großen Anteil am Rehabilitationserfolg** haben. Dies sollte derart ausgestaltet werden, dass der Rehabilitand einige Inhalte, Trainingskomponenten oder andere Teilbereiche der Tele-Reha selbst aussuchen bzw. ausgestalten kann. Die Möglichkeit, **in-**

**individuelle Bedürfnisse** anzubringen und hierfür eine zeitnahe Rückmeldung zu erhalten, muss in der Tele-Rehabilitation berücksichtigt werden. Dies muss nicht automatisch einen höheren Einzel- und Betreuungsaufwand für Leistungserbringer bedeuten, da je nach Patienten- und Zielgruppe **unterschiedliche Präferenzen der Einbindung und Erwartungen** bestehen. Die Identifizierung dieser Faktoren für die Patientenorientierung sollte Gegenstand von wissenschaftlichen Evaluationen in Modellvorhaben sein, um die Patienteneinbindung in der Regelversorgung ausreichend zu berücksichtigen.

#### **8. Tele-Reha beinhaltet Gesundheitsinformationen von höchster Qualität.**

Die Vermittlung von Gesundheitsinhalten und –themen über das Internet hat sich innerhalb kürzester Zeit explosiv vermehrt. Selbst für Fachleute ist es inzwischen schwer geworden, **fachlich wertvolle** und **qualitativ hochwertige Informationen** aus der Unzahl von Veröffentlichungen zu filtern. Die Tele-Rehabilitation als Versorgungsmittel innerhalb der Gesundheitssysteme muss diesen hohen fachlichen **Qualitätsstandard der Gesundheitsinformation** leisten. An dieser Stelle sei auf Initiativen von qualifizierten Einrichtungen verwiesen, Gesundheitsinformationen mit **hoher Evidenz** und damit mit einem tatsächlichen **Nutzen für die Patienten** zur Verfügung zu stellen (z.B. [www.gesundheitsinformation.de](http://www.gesundheitsinformation.de) des IQWiG oder [www.patienten-information.de](http://www.patienten-information.de) der BÄK und der KBV. Allerdings sind die bestehenden Initiativen nicht für die Rehabilitation im Speziellen ausgelegt, sondern betreffen zu großen Bereichen die kurative Behandlung. Daher ist eine Koordinierungsstelle zu digitalen Informationen in der rehabilitativen Versorgung einzufordern, die sämtliche Bereiche der Rehabilitation und der Teilhabe unter Berücksichtigung der ICF der WHO<sup>3</sup> umfasst. Diese Koordinierungsstelle bewertet die Informationsinhalte bzgl. der Evidenz und Qualität und stellt diese zentral den Leistungsanbietern der Tele-Reha zur Verfügung.

#### **9. Standards für Modellerprobungen und wissenschaftlichen Evaluationen**

Modellerprobungen sind wichtige und unerlässliche Schritte hin von der **Pilotierung** hin zur **Regelversorgung**. Die hier gewonnenen Erkenntnisse sind für die weitere Ausgestaltung und Adaptierung auf eine breite Anwendung von großer Bedeutung. Damit Erkenntnisse für eine **mögliche Übertragbarkeit** gesammelt und aufbereitet werden können, ist eine **wissenschaftliche Evaluation** mit hoher Evidenz und Fallzahlenunbedingt zu fordern. Die Forschungseinrichtung ist früh bei der Konzeptionierung des Modells mit einzubeziehen, da nur so gewährleistet werden kann, dass Erhebungen inhaltlich und auch organisatorisch mit dem dafür erforderlichen Standard erhoben werden. Da die Fragestellungen sich weniger auf eine technische Ausdifferenzierung, als die Implementierung in die rehabilitationsmedizinische Versorgung beziehen, ist hier eine auf die **Rehabilitationsmedizin spezialisierte Forschungseinrichtung** einzubinden. Die wissenschaftliche Begleitung umfasst sowohl **summative als auch formative Evaluationen**. Wichtig hierfür ist, sich vorab über die **versorgungsrelevanten Zielparameter** zu verständigen, die im Weiteren dann eine Übertragung auf andere Versorgungspfade oder auf die Regelversorgung erlauben. Solche Zielparameter wären z.B. die gesundheitsbezogene Lebensqualität, die Patientenzufriedenheit und die Partizipation, die berufliche Wiedereingliederung, Kosten-Nutzen- bzw. Kosten-Effektivitätsanalysen und der Patientennutzen (z.B. Vermeidung von Hos-

---

<sup>3</sup> ICF, International Classification of Functioning, Disability and Health

pitalisierung). Die **Endzeitpunkte** solcher Evaluationen sind ebenfalls wichtig und dürfen nicht zu kurz sein; die minimale Beobachtungsdauer beträgt hier ein Jahr, angestrebt werden sollte eine Beobachtungsdauer von zwei Jahren.

### **Verfasser**

Die Kommission „Digitalisierung in der PRM“ der Deutschen Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin:

**Prof. Dr. Gert Krischak, MBA**, Leiter des Instituts für Rehabilitationsmedizinische Forschung (IFR) an der Universität Ulm, Bad Buchau, Chefarzt der Abteilung Orthopädie und Unfallchirurgie der Federseeklinik, Bad Buchau – *Vorsitzender*

**Dr. Michael John**, Stellv. Leiter des Innovationszentrum Telehealth Technologies des Fraunhofer-Institut für Offene Kommunikationssysteme FOKUS, Berlin

**Dr. Wilfried Schupp**, Chefarzt der Abteilung Neurologie Phase D, Neuropsychologie, Geriatrische Rehabilitation, Fachklinik Herzogenaurach

**Dr. Sebastian Knapp**, Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung (IFR) an der Universität Ulm, Bad Buchau

**Dr. Anett Reißhauer**, Leiterin des Arbeitsbereichs Physikalische Medizin und Rehabilitation CBF/CCM der Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Rheumatologie u. Klinische Immunologie, Charité Universitätsmedizin Berlin

**Dr. Christoph Korallus**, Facharzt, Klinik für Rehabilitationsmedizin, Medizinische Hochschule Hannover

**Robert Setz**, Leiter Geschäftsfeld eHealth/Telematik Global Business Services, IBM Deutschland, Nürnberg (kooptiert)

### **Kontakt**

Prof. Dr. Gert Krischak, MBA

Präsident

Deutsche Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin

Geschäftsstelle

Messering 8, Haus F

01067 Dresden