

Weiterentwicklung des gegliederten Sozialleistungssystems aus trägerübergreifendem Blickwinkel

Die inklusive Gesellschaft erfordert Anpassungsleistung an die Bedürfnisse behinderter Menschen!

von Markus Hofmann, Abteilungsleiter Sozialpolitik, Deutscher
Gewerkschaftsbund (DGB) – Bundesvorstand

Im März 2009 ist in Deutschland die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) in Kraft getreten. Diese ist zweifelsohne ein Meilenstein in der Behindertenpolitik. Behinderung wird hier als normaler Bestandteil menschlichen Lebens und als Bereicherung einer vielfältigen Gesellschaft verstanden. Für Gewerkschaften ist hier von besonderer Bedeutung, dass die UN-BRK eine Arbeitswelt fordert, in der Menschen mit und ohne Behinderung die gleichen Chancen auf sichere und gesunde Arbeitsbedingungen haben.

„Inklusion“ ist dabei das entscheidende Stichwort. Inklusion erfordert Anpassungsleistungen der gesamten Gesellschaft an die Bedürfnisse behinderter Menschen und nicht umgekehrt. Damit wird im Ergebnis eine barrierefreie Gesellschaft, in der alle Menschen gleichberechtigt zusammenleben, eingefordert. Das mit den Änderungen im Schwerbehindertenrecht und Verbesserungen in der Einkommens- und Vermögensberücksichtigung im SGB XII sowie der Erhöhung des Schonvermögens für Bezieher von SGB XII-Leistungen ab 2017 in Kraft getretene Bundesteilhabegesetz (BTHG) war ein erster großer gesetzgeberischer Schritt in Richtung einer inklusiven Gesellschaft. Von gleichberechtigter gesellschaftlicher und beruflicher Teilhabe sind wir in Deutschland dennoch weit entfernt.

Was bleibt zu tun?

Für Kinder und Jugendliche mit Behinderung muss der Weg zur inklusiven Bildung geebnet werden. Immer noch landen viel zu viele von ihnen nach dem Besuch von Förderschulen nahezu automatisch in einer Werkstatt für behinderte Menschen. Um dies möglichst zu verhindern, bedarf es neben verbindlichen Zielsetzungen der Bundesländer zur inklusiven Bildung einer bedarfsgerechten Finanzierung durch ebendiese Bundesländer. Denn gemeinsames Lernen in der Schule von behinderten und nichtbehinderten Menschen ist oft die Vorstufe zur gemeinsamen Berufsausbildung und zu gemeinsamem Arbeiten.

Damit eine gemeinsame betriebliche Ausbildung möglich wird, braucht es aber auch in den Betrieben und Verwaltungen mehr Ausbildungsplätze für Jugendliche mit Behinderung. Gleichzeitig ist eine bessere Kooperation von Schule, Elternhaus, Unternehmen und Bundesagentur für Arbeit notwendig, die den Weg in die betriebliche Ausbildung eröffnet.

Nach der Ausbildung ist entscheidend, dass Menschen mit Behinderung einen Zugang zum Arbeitsmarkt und damit ganz schlicht eine Stelle in einem Unternehmen erlangen. In der Realität stellt dies für behinderte Menschen allerdings ein erhebliches Problem dar und dies, obwohl Betriebe mit mehr als 20 Beschäftigten der gesetzlichen Pflicht unterliegen, fünf Prozent ihrer Arbeitsplätze mit schwerbehinderten Menschen zu besetzen. Die tatsächliche Beschäftigungsquote stagniert dagegen seit Jahren. So betrug sie im Jahr 2017 gerade einmal 4,6 Prozent. Dabei weisen die privaten Arbeitgeber eine Beschäftigungsquote von 4,1 Prozent und die öffentlichen Arbeitgeber von 6,5 Prozent aus. Ein Viertel der beschäftigungspflichtigen Unternehmen – immerhin 42.218 – beschäftigt keinen einzigen schwerbehinderten Menschen. Dieser Anteil ist in den vergangenen Jahren gleichbleibend hoch, zuletzt sogar gestiegen.¹ Und das alles vor dem Hintergrund, dass die Unternehmen landauf landab über zu wenig Fachkräfte klagen.

Für den DGB ist klar, dass ohne ein deutlich größeres Engagement der Unternehmen sich hier kaum etwas zum Besseren verändern wird. Gerade private Arbeitgeber müssen daher stärker als bislang dazu angehalten werden, ihre Beschäftigungspflicht schwerbehinderter Menschen ernst zu nehmen. Einen Weg dazu stellt die deutliche Anhebung der Beiträge zur Ausgleichsabgabe dar, zumindest für die Unternehmen, welche beharrlich die Beschäftigungsquote gar nicht beziehungsweise nur unzureichend erfüllen.

Ein Großteil der betroffenen Menschen erwirbt seine Behinderung im Laufe des (Erwerbs-)Lebens. Dies zu verhindern ist Aufgabe der Leistungen zur Teilhabe nach dem SGB V, VI und VII, insbesondere den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Hier versucht das BTHG mit Kapitel 4 des SGB IX, über das Teilhabeplanverfahren und die einheitliche und nachprüfbare Bedarfsermittlung die Personenzentrierung und damit die Wirksamkeit der Maßnahmen und die umfassende Teilhabe der Rehabilitanden sicher zu stellen. Im Endeffekt zielt dies auf eine bessere Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger, mehr Klarheit und Verbindlichkeit und schnellere Entscheidungen im Verfahren ab.

1 Alle Angaben laut Statistik der Bundesagentur für Arbeit: Der Arbeitsmarkt in Deutschland 2018, Schwerbehinderte Menschen in Beschäftigung (Anzeigeverfahren 2019).

Obwohl sich die Reha-Träger hier auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) schon auf eine neue Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess, welche die Neuregelungen des SGB IX berücksichtigt, verständigt haben, wird es noch einige Zeit dauern, bis die Implementierung der neuen Vorgehensweisen fruchtet. Gerade auch die Zusammenarbeit zwischen Sozialversicherung und Eingliederungshilfe will neu gelernt sein. Der Blick über den Tellerrand des eigenen Rechtsgebiets hinaus, das umfassende Ermitteln von Reha-Bedarfen des Rehabilitanden nach dem bio-psycho-sozialen Modell – auch wenn den Bedarfen keine Leistungen aus dem eigenen Leistungskatalog gegenüberstehen –, der niedrigschwellige Zugang zu den Leistungen, das auf Augenhöhe mit dem Rehabilitanden agieren, die notwendige Vernetzung mit allen anderen Reha-Trägern, das alles erfordert ein grundsätzliches Umdenken im Antrags- und Verwaltungsverfahren, wird nachhaltig die Aufbau- und Ablauforganisation aller Reha-Träger beeinflussen, mehr Personal für den Beratungsdienst und das Reha-Fallmanagement sowie gezielte und umfassende Schulungen für Sachbearbeiter und Berater erfordern. Auch hier gilt: Inklusion erfordert die Anpassungsleistung der Leistungsträger an die Erfordernisse behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen und nicht umgekehrt.

Partizipation: Über uns nur mit uns!

von Verena Bentele, Präsidentin Sozialverband VdK
Deutschland e. V.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) feiert in diesem Jahr ihren 50. Geburtstag, die Ratifikation der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK) durch Deutschland feiert ihr zehnjähriges Jubiläum. Beide Ereignisse sind Anlass, einen kritischen Blick auf die bisher erreichten und die notwendigen Standards der Einbeziehung und Beteiligung der Menschen mit Behinderungen und ihrer Organisationen zu werfen.

Partizipation ist als allgemeiner Grundsatz der UN-BRK und durch seinen engen Zusammenhang mit Inklusion eines der wichtigsten Prinzipien des Übereinkommens und Leitlinie behindertenpolitischen Handelns. Aus politikwissenschaftlicher Sicht geht es um die „Einflussnahme von Menschen auf zentrale Entscheidungen“ im politischen oder sozialen Bereich. Art. 4 Abs. 3 UN-BRK verpflichtet die Vertragsstaaten zur aktiven Einbeziehung der Menschen mit Behinderungen in Entscheidungsprozesse, die sie selbst betreffen. Welcher Entscheidungsprozess könnte für Menschen mit Behinderungen zentraler sein als die Entscheidung des Reha-Trägers über Teilhabeleistungen?

Obwohl der Zusammenschluss der Rehabilitationsträger viele Chancen bietet, den Reha-Prozess qualitativ erfolgreich zu gestalten, ist das eigentliche Ziel des SGB IX – die Leistungserbringung „wie aus einer Hand“ – seit seinem Inkrafttreten im Jahr 2001 leider noch nicht erreicht worden.

Mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) ist die BAR in ihren Möglichkeiten der Koordinierung wie auch die Verpflichtung zur Beteiligung behinderter Menschen und ihrer Verbände gestärkt worden: Es ist zu begrüßen, dass prinzipiell ein einziger gestellter Leistungsantrag ausreicht, um ein umfassendes Prüf- und Entscheidungsverfahren in Gang zu setzen und der nach § 14 SGB IX zuständige „leistende Rehabilitationsträger“ ermächtigt und verpflichtet wird, den Bedarf trägerübergreifend zu ermitteln und festzustellen sowie einen einheitlichen Bescheid zu erstellen. Dies entspricht der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts und einer unserer seit vielen Jahren gestellten VdK-Forderungen.

Bei der Erarbeitung trägerübergreifender Beratungsstandards soll nach dem BTHG die Lebenserfahrung von Menschen mit Behinderungen durch die Beratungsmethode des Peer Counseling berücksichtigt und gefördert werden. Ebenso muss die Partizipation Betroffener durch die stärkere Einbindung von

Verbänden sowie Selbsthilfe- und Selbstvertretungsorganisationen von Menschen mit Behinderungen in die konzeptionelle Arbeit der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation und deren Organe gefördert werden.

Was bedeutet dieser Auftrag aus dem BTHG nun konkret am Beispiel der Gemeinsamen Empfehlungen (GE)? Bereits im Prozess der Entstehung der GE ist die Perspektive der Betroffenen zu berücksichtigen. Es nützt nichts, wenn die Reha-Träger lediglich eine idealtypische Beschreibung dessen, was ohnehin im Gesetz steht, noch einmal in den Gemeinsamen Empfehlungen nacherzählen. Durch eigenes Erleben sind Menschen mit Behinderungen als Experten in eigener Sache diejenigen, die viele Gelingensfaktoren erfolgreicher Reha erkennen. Durch eigene Erfahrungen einerseits und die Kenntnisse aus der Rechtsberatung andererseits ist das notwendige Problembewusstsein bezüglich der häufig fehlenden Zusammenarbeit der Träger, der teils mangelnden Barrierefreiheit von Angeboten und der nicht immer optimalen Passgenauigkeit von medizinischen und beruflichen Reha-Angeboten sowie Defizite bei der Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts vorhanden.

Aus Sicht des VdK sollten die Arbeitsergebnisse der BAR für die Rehabilitationsträger verpflichtend und sanktionsbewährt sein und nicht nur Empfehlungskarakter haben. Es steht den Trägern der Jugendhilfe und der Eingliederungshilfe frei, den Gemeinsamen Empfehlungen beizutreten¹. Tun sie dies nicht, übernehmen sie nicht die dort formulierte Pflicht zur aktiven Einbeziehung und Aufklärung der Leistungsberechtigten. Diese Normierung wird nicht ausreichen, um Partizipation strukturell zu verbessern.

Mit der Stärkung der Partizipation auf Ebene der BAR wird es eine Neukonzeption des Sachverständigenrats der Behindertenverbände geben. Er wird zum „Sachverständigenrat Partizipation“. Ziel ist die Konkretisierung des Selbstverständnisses, eine klarere Aufgabenstellung und eine Stärkung der eigenen Rolle in Bezug auf Rehabilitation, Teilhabe und Inklusion. Die Vielfalt von Behinderungsarten und -formen soll zukünftig besser im Gremium abgebildet werden, um den spezifischen Lebenslagen von möglichst vielen der über zehn Millionen Menschen mit Behinderungen zu entsprechen.

Partizipation auf der Ebene der Interessenvertretungen behinderter Menschen zu stärken, muss aber auch bedeuten, dass die den Verbänden sowie Selbsthilfe- und Selbstvertretungsorganisationen entstehenden Kosten der Beteiligung erstattet werden. Auch müssen Ressourcen bereitgestellt werden, die überhaupt erst eine informierte und qualifizierte Beteiligung ermöglichen, zum Beispiel die

1 § 26 Abs. 5 Satz 2 SGB IX.

barrierefreie und verständliche Aufbereitung von Fachinformationen und der Zugang zu wissenschaftlichen Erkenntnissen. Ein Vorbild könnte die Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss GBA sein.

Klar ist: Nichts über uns ohne uns – das Motto aus der UN-Behindertenrechtskonvention ist eine Verpflichtung, deren Erfüllung konkretes Handeln erfordert. Zukünftig erfolgreich zu arbeiten kann immer nur heißen, dass die kritische Perspektive der Menschen mit Behinderungen von Anfang an, auf Augenhöhe und ohne Vorbehalte einbezogen wird.

Reha ist die Gesundheitspolitik des 21. Jahrhunderts

von Eckehard Linnemann, Alternierender Vorsitzender
BAR- Mitgliederversammlung

Fachkräftemangel, die Sicherstellung eines auskömmlichen Alterseinkommens und die selbstbestimmte Gestaltung des Übergangs vom Erwerbsleben in die Rente erfordern einen möglichst langen Erhalt der Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit. Die wichtigste Aufgabe von Reha für Erwerbstätige ist die Sicherstellung der Erwerbsfähigkeit bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze und damit einer nachhaltigen Teilhabe am Arbeitsleben.

Das von vielen angestrebte und bisher weit verbreitete Leitbild eines möglichst frühen Ausstiegs aus dem Arbeitsleben (vorzeitiger Rentenbeginn mit Abschlägen, Erwerbsminderungsrente/EM-Rente) ist für die meisten Versicherten keine wirkliche Alternative. Reha ist einer der wichtigsten Ansätze, um EM-Renten zu vermeiden oder möglichst lange hinauszuzögern. Reha kann insofern auch einen wichtigen Beitrag zur Vermeidung von Altersarmut leisten.

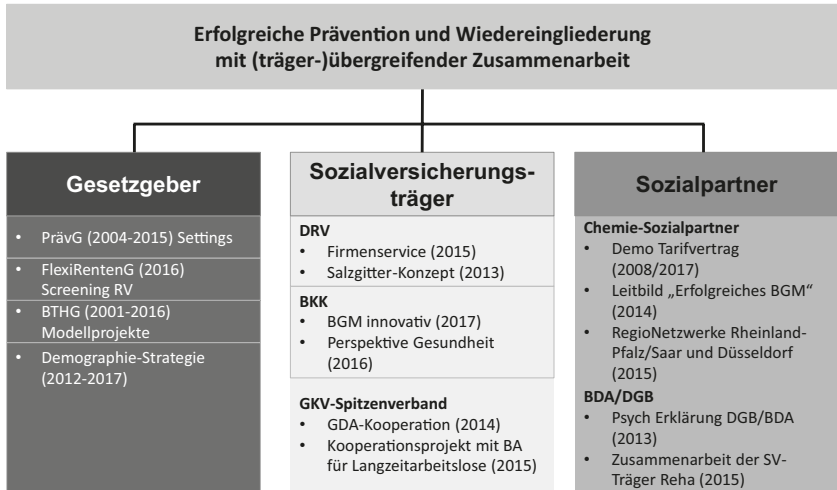
Es kommt deshalb zukünftig verstärkt darauf an, die Erwerbsfähigkeit in den individuellen Arbeits- und Lebenswelten der Beschäftigten zu erhalten, abzusichern und damit künftige Altersarmut zu verhindern. Reha ist eine lohnende Investition in die Erhaltung der Erwerbsfähigkeit und Teilhabe am Arbeitsleben und damit in die Funktionsfähigkeit einer Gesellschaft.

Mit dem längeren Verbleib im Erwerbsleben gelangen neue Themen in die Arbeitswelt. Chronische Erkrankungen, die bislang erst in der Rentenphase deutlich wurden, wachsen gewissermaßen in die Arbeitsphase hinein. Durch die Erhöhung des Rentenzugangsalters ergibt sich ein erweitertes Krankheitspektrum im Bereich der Erwerbstätigen. Die mehrjährige Beschäftigung von Langzeitkranken mit mehreren chronischen Erkrankungen wird immer mehr zu einem realistischen Szenario für die nächsten 30 bis 50 Jahre.

Der Bedarf nach Reha-Leistungen wird in den nächsten zehn Jahren durch Baby-Boomer und die Notwendigkeit, Reha-Maßnahmen für Jüngere früher anzubieten (Adipositas, Diabetes 2, psychische Erkrankungen), vermutlich nicht geringer, sondern vielleicht sogar ansteigen. Da viele dieser Erkrankungen mit direkter oder indirekter psychischer Beeinträchtigung verbunden sind, wächst der Stellenwert der psychotherapeutischen Versorgung und Prävention.

Die Erhaltung der Gesundheit kann für viele Beschäftigte jedoch nur durch gezielte Maßnahmen und Interventionen kompetenter Sozialversicherungsträger (SV-Träger) sichergestellt werden. Dabei nimmt die Rentenversicherung (RV) mit ihrem gesetzlichen Auftrag, die Beschäftigungsfähigkeit zu erhalten, eine besondere und herausragende Rolle ein, trägt sie doch letztlich neben dem Beschäftigten die Verantwortung für die Zielerreichung.

Um dies zu organisieren und sicherzustellen, bedarf es einer engen Zusammenarbeit von Gesetzgeber, Sozialpartnern und SV-Trägern. Der Gesetzgeber wendet sich den angesprochenen Themenkomplexen bereits seit vielen Jahren zu. Beispielhaft genannt seien hier nur die Regelungen im Arbeitsschutz mit dem Arbeitsschutzgesetz, die Regelungen zur Altersteilzeit und das SGB IX im Jahr 2001. Die praktischen Erfahrungen mit der Umsetzung der Gesetze, die Wirkungen des demographischen Wandels und die oben dargestellten Zusammenhänge und Notwendigkeiten haben den Gesetzgeber insbesondere in der letzten Legislaturperiode zu weiteren Änderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen veranlasst.



Prävention und Wiedereingliederung

Mit Bundesteilhabegesetz (BTHG), Präventionsgesetz und Flexirentengesetz wurden gesetzliche Grundlagen geschaffen, um insbesondere die Zusammenarbeit der SV-Träger verlässlicher und verbindlicher zu gestalten. Viele

Regelungen konnten erst in Ansätzen realisiert werden. Die Konzepte und Erfahrungen für eine zukunftsfähige Prävention und Rehabilitation bedürfen angesichts des gesellschaftlichen Wandels und neuer Anforderungen einer ständigen Überprüfung und gegebenenfalls Anpassung.

Reha wird zu einem zentralen Element für eine Gesundheitsstrategie des 21. Jahrhunderts. Sie ist als Teil eines Gesamtbehandlungsprozesses zu betrachten und in diesen zu integrieren. Notwendig ist eine engere, systematisch angelegte Zusammenarbeit zwischen Renten- und Krankenversicherung bezogen auf den Gesamtprozess. Für die Reha der Rentenversicherung ist die Sicherstellung einer qualitativ guten Krankenbehandlung vor der Reha durch die Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) eine wesentliche Voraussetzung, um eine an den gesundheitlichen Einschränkungen orientierte Reha und Wiedereingliederung mit Aussicht auf Erfolg umzusetzen. Das erfordert in der Praxis eine engere, verlässlichere und verbindlichere Zusammenarbeit der Sozialversicherungsträger.

Die konsequente Umsetzung des BTHG durch alle Reha-Träger kann dazu wichtige Beiträge leisten. Die Entwicklung einer trägerübergreifenden, sektorüberschreitenden Informations-, Kommunikations- und Kollaborationskultur sollte als gemeinsames Ziel der Reha-Träger verfolgt werden. Aufgabe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation ist es, die SV-Träger und weitere Akteure dabei zu unterstützen und den Prozess voranzutreiben.

Die Zusammenarbeit der SV-Träger braucht auf der regionalen Ebene einen institutionellen Rahmen. Benötigt werden Kooperationsstrukturen in der Region, zum Beispiel in Form regionaler Netzwerke. Dabei kann an die in den letzten Jahren entstandenen Ansätze wie regionale Koordinierungsstellen der GKV, den Firmenservice der DRV und Ansprechstellen nach dem BTHG angeknüpft werden.

Solche regionalen Netzwerke können als institutionelle Basis Sozialpartner und Betriebe einbeziehen und die Zusammenarbeit zum Thema „Gesundheit im Betrieb“ vor Ort organisieren. Auch Kommunen und Integrationsämter sollten beteiligt werden.

Aufsuchende Rehabilitation – Erfahrungen und Perspektiven aus trägerübergreifender Sicht

von Dr. Matthias Schmidt-Ohlemann, Vorstandsvorsitzender
Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation e. V. (MoRe)

Aufsuchende Rehabilitation wird im Rahmen des deutschen Systems der Rehabilitation als Mobile Rehabilitation bezeichnet und hat seit 2015 eine eindeutige gesetzliche Grundlage in § 40 Abs.1 SGB V. Sie ist Teil der medizinischen Rehabilitation, wird leistungsrechtlich als Sonderform der ambulanten Rehabilitation geführt und derzeit nur von der gesetzlichen Krankenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung sowie den privaten Krankenversicherungen gewährt und vergütet. Sie ist eine Regelleistung und hat wie andere Formen der ambulanten Rehabilitation Vorrang vor einer stationären Versorgung. Dies spiegelt sich allerdings in den Rahmenempfehlungen zur mobilen geriatrischen und indikationsspezifischen Rehabilitation nicht wider, da sie dort lediglich für den Personenkreis vorgesehen wird, der mittels anderer Rehabilitationsformen keine Rehabilitationschance hat. Diese Begrenzung erweist sich zunehmend als unangemessen einschränkend, da inzwischen gezeigt werden konnte, dass mobile Rehabilitation für eine deutlich größere Klientel zu Hause oder im Pflegeheim oder in Einrichtungen der Eingliederungshilfe wirksam und erfolgreich ist.¹

Die mobile Rehabilitation wurde konzeptionell seit 1991 in mehreren Modellprojekten entwickelt. Ab 1994 folgten Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen mit den Krankenkassen. 2007 wurde durch eine bundesweite Rahmenempfehlung zur mobilen geriatrischen Rehabilitation die Grundlage für die bundesweite Errichtung von Einrichtungen der mobilen geriatrischen Rehabilitation geschaffen. Im Juni 2019 bestehen jedoch nur 18 Einrichtungen der geriatrischen, zwei der neurologischen Rehabilitation und eine der fach- und altersübergreifender mobilen Rehabilitation.

Mobile Rehabilitationsdienste erbringen aufsuchende Rehabilitationsleistungen auf der Basis einer individuellen umfassenden Rehabilitationsplanung durch ein interdisziplinäres Team (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie,

1 Vgl. dazu: Janssen H. et al. 2018 Ermittlung des allgemeinen Rehabilitationsbedarfs und Evaluation Mobiler Geriatrischer Rehabilitation in stationären Pflegeeinrichtungen und der Kurzzeitpflege. Studie im Auftrag des BMG)

Rehabilitationspflege, Sozialberatung, Neuropsychologie, Ernährungsberatung) unter ärztlicher Leitung in der Wohnung des Rehabilitanden, in Einrichtungen der Langzeit- und Kurzzeitpflege sowie der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen. Dabei kann das gesamte konkrete Lebensumfeld, also die wichtigen Kontextfaktoren wie die Wohnung und das Wohnumfeld, die Familie und andere Bezugspersonen, in die Rehabilitation direkt einbezogen werden. In Einzelfällen kam die mobile Rehabilitation auch schon am Arbeitsplatz, in der Schule oder in einer Werkstatt für behinderte Menschen erfolgreich zum Einsatz.

Findet die Rehabilitation in der vertrauten Umgebung statt, werden Ängste und Unsicherheiten sowie gegenüber dem Alltag völlig atypische Anforderungen, wie sie in einer Rehaklinik als fremder und fremdbestimmter Umgebung auftreten, vermieden. Die Therapeuten sind Gast in der Lebenswelt der Rehabilitanden und werden in deren selbstbestimmter Lebenswelt tätig. So entfallen die oft schwierigen Gewöhnungs- und Transferprozesse, die beim Übergang von einer stationären Rehabilitation in die eigene Häuslichkeit notwendig werden, um das Erlernte umzusetzen und in das alte, gegebenenfalls neu zu gestaltende Lebensführungskonzept zu integrieren. Die mobile Rehabilitation ist deshalb besonders geeignet, nicht nur funktionelle Ziele zu erreichen sondern auch unmittelbar die Teilhabe zu fördern.

Mobile Rehabilitation schließt stets ein Case-Management der sozialen Problematik des Rehabilitanden mit ein. Für den Erfolg der Rehabilitation ist eine enge Zusammenarbeit in einem erfahrenen interdisziplinären Team, die jederzeitige Ansprechbarkeit des (Reha-)Arztes, die strikte Zielorientierung, die regelhafte Einbeziehung der sozialen Arbeit und die enge Kooperation mit den Bezugspersonen des Rehabilitanden sowie den Pflege- und Betreuungsteams entscheidend. Eine verlässliche Zusammenarbeit mit Kliniken, Pflegediensten, Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen und anderen Leistungserbringern ist für den Erfolg mit ausschlaggebend. Insofern leistet die mobile Rehabilitation immer auch einen wichtigen Beitrag zur Vernetzung der Versorgungsstrukturen in einer Region.

Die mobile Rehabilitation ist ein Angebot insbesondere für die Personengruppen, die auf Grund erheblicher Beeinträchtigungen von Körperfunktionen in mehreren Lebensbereichen im Sinne der ICF in ihrer Teilhabe gravierend beeinträchtigt sind oder bei denen eine solche Beeinträchtigung unmittelbar droht. Dazu gehören geriatrische Klienten, insbesondere mit bestehender Pflegebedürftigkeit, Menschen aller Altersgruppen mit angeborenen oder erworbenen Schädigungen des Zentralen Nervensystems (z. B. Schlaganfall, Schädel-Hirntrauma, Amyotrophe Lateralsklerose, nach Polytrauma, nach schweren oder

komplikationsreichen Eingriffen oder Erkrankungen (z. B. bei schwerer Lungenkrankheit mit Immobilität) und Menschen mit Behinderungen im Sinne des § 99 SGB IX.

Die mit Abstand größte Gruppe mit MoRe-Bedarf sind geriatrische und pflegebedürftige Klienten, die zu Hause leben oder in Pflegeeinrichtungen (Kurz- und Langzeitpflege) untergebracht sind. Hier steckt allerdings die Rahmenempfehlung mobile geriatrische Rehabilitation enge Grenzen, da sie davon ausgeht, dass Rehabilitanden nicht durch stationäre oder ambulante Reha versorgt werden können. Diese Einschränkung findet jedoch durch das Gesetz keine hinreichende Grundlage und wird inzwischen auch in der Praxis oft nicht beachtet. Zudem besteht bei vielen Klienten der ausdrückliche Wunsch, in der vertrauten Umgebung behandelt zu werden.² Die Eckpunkte des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene für die mobile indikationsspezifische Rehabilitation vom April 2016 weisen hier in die richtige Richtung, berücksichtigen allerdings ebenfalls noch nicht ausreichend das Wunsch- und Wahlrecht der Rehabilitanden und den gesetzlich festgelegten Vorrang ambulanten vor stationärer Versorgung.

Die Versorgungslandschaft ist dadurch geprägt, dass es nur wenige Einrichtungen gibt und lediglich eine Einrichtung am Standort Bad Kreuznach vorhanden ist, die das gesamte Indikationsspektrum abdeckt. Hier besteht ein erheblicher Entwicklungsbedarf, dem sich Anbieter und Leistungsträger stellen müssen. Die Skepsis gegenüber der mobilen Rehabilitation resultiert unter anderem aus der Überlegung, dass die MoRe auf Grund der Fahrzeiten und der fehlenden Gruppenbehandlungsmöglichkeit unwirtschaftlich sei und Behandlungen ja auch durch Heilmittelerbringer als Hausbesuch möglich seien. Diese Argumentation verkennt jedoch den besonderen methodischen Ansatz, der auf die Trainingseffekte durch Aktivitäten im erlebten Alltag in der Lebenswelt setzt, die vom Reha-Team initiiert werden, die strikte Zielorientierung auf der Basis einer kompetenten Reha-Planung und die Interdisziplinarität unter Einschluss der Pflege und des Arztes, die das MoRe-Team bietet. Mobile Rehabilitation ist für den beschriebenen Personenkreis im Hinblick auf die erreichten Ziele eine wirtschaftliche Versorgungsform.

2 Vgl. Janssen a. a. O.

Ausblick

Aufsuchende Rehabilitation ist ein praktisch barrierefreies Angebot und setzt den Auftrag der UN-BRK in Art 26 vollumfänglich um. In der Praxis hat sie sich für die geriatrische Rehabilitation bereits vielfach bewährt. Insbesondere kann die Entwicklung von Pflegebedürftigkeit verhindert oder verlangsamt und die Pflege durch die Angehörigen erheblich erleichtert werden. Das hat angesichts der demographischen Entwicklung und Herausforderungen für den gesellschaftlichen Umgang mit Pflegebedürftigkeit eine besondere Bedeutung. Erfahrungen mit jüngeren Klienten zeigen zudem, dass auch Menschen mit Behinderungen, die im vorhandenen Reha-System kaum Chancen auf eine Leistung der medizinischen Rehabilitation haben und solche mit erworbenen Schädigungen des Zentralen Nervensystems oder mit schweren folgenreichen Erkrankungen, profitieren können. Dies auch im Hinblick auf eine Wiederkehr auf den vorhandenen oder ggf. einen anderen Arbeitsplatz oder zumindest im Hinblick auf die Teilhabe am Arbeitsleben in einer Werkstatt für behinderte Menschen. Insofern sollten sich nicht nur die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen sondern auch die Unfallversicherung sowie die Rentenversicherung als Reha-Träger und auch die Leistungserbringer systematisch um den Aufbau von mobilen Rehabilitationsdiensten bemühen. Der Gesetzgeber sollte den Ausbau aufsuchender Rehabilitation verpflichtend gestalten.

Umfassende Bedarfsermittlung und individuelle Leistungserbringung im Fallmanagementkonzept

von Prof. Dr. Christian Rexrodt, Sozialpolitik und Soziale Sicherung, Hochschule Bonn-Rhein-Sieg

Die gesellschaftlichen Veränderungen, allem voran der demografische Wandel mit dem anstehenden Renteneintritt der geburtenstarken Jahrgänge und die niedrige Geburtenrate der letzten Jahrzehnte, wirken sich zwangsläufig auch auf die Prozesse der gesetzlichen Rentenversicherung aus. Hinzu kommt der Wandel der Arbeitswelt, der durch eine zunehmende Digitalisierung und Flexibilisierung durch zeit- und ortsunabhängiges Arbeiten geprägt ist.¹ Atypische Beschäftigungsverhältnisse, zum Beispiel in Form von Crowdfunding, nehmen zu. Letztendlich und nicht zuletzt auch durch diese hier in aller Kürze skizzierten Veränderungen ist auch eine Zunahme psychischer Erkrankungen zu verzeichnen.²

Diesen Herausforderungen ist im Kontext der Rehabilitation durch die am individuellen Bedarf ausgerichtete Leistungserbringung zu begegnen. Oberstes Ziel der Rehabilitation ist die gleichberechtigte und selbstbestimmte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Um dies erreichen zu können, ist über die rein medizinischen Aspekte einer Erkrankung bzw. eines Gesundheitsschadens hinaus die ganzheitliche Betrachtung der Lebenssituation einer Person erforderlich. Die Grundlage dafür bietet die Orientierung am bio-psycho-sozialen Modell der

1 Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2017). Weissbuch: Arbeiten 4.0. https://issuu.com/support.bmaspublicispixelpark.de/docs/161121_wei__buch_final?e=26749784/43070404 [Abruf 20.6.2019]

2 vgl. Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., Meyer, M. (Hrsg.) (2016). Fehlzeiten-Report 2016 Unternehmenskultur und Gesundheit - Herausforderungen und Chancen. Berlin: Springer.

BKK Dachverband (2015). Langzeiterkrankungen. Zahlen, Daten, Fakten. https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/publikationen/gesundheitsreport_2015/BKK_Gesundheitsreport_2015.pdf [Abruf 20.6.2019] Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., Meyer, M. (Hrsg.) (2016). Fehlzeiten-Report 2016 Unternehmenskultur und Gesundheit - Herausforderungen und Chancen. Berlin: Springer.

International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), denn die dort beschriebenen Kontextfaktoren haben entscheidenden Einfluss auf die Sicherung der Teilhabe.

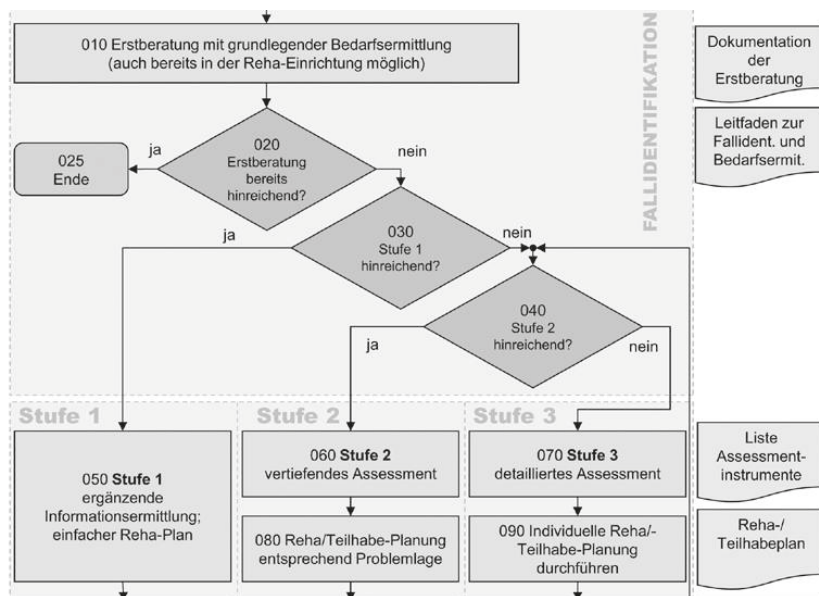
Die konsequente Bedarfsorientierung führt zwangsläufig dazu, dass die in der Rehabilitation etablierten Standardversorgungspakete durch neue Formen der leistungsträger- und leistungserbringerübergreifenden Koordination und Kooperation ergänzt werden müssen. Insbesondere bei komplexen Fallgestaltungen, bei denen problematische Kontextfaktoren den Erfolg der Rehabilitation gefährden, sind individuell konfigurierte, ziel- und passgenau auf die Belange der Rehabilitanden zugeschnittene Rehabilitationspfade unter Einbindung verschiedener Akteure zu gestalten. Dies erfordert eine auf dem Handlungskonzept Case Management basierende trägerübergreifende Form der Steuerung.

Im Bundesteilhabegesetz (BTHG) finden sich folgerichtig Ansatzpunkte, die eine entsprechende Vorgehensweise nahelegen. Die umfassende Bedarfsermittlung und das Teilhabeplanverfahren sind zwei Bausteine, die die Individualisierung und Bedarfsorientierung der Rehabilitation fördern.

Vor diesem Hintergrund führen bereits heute einzelne Rentenversicherungsträger ein Fallmanagement durch, um die langfristige berufliche (Wieder-)Eingliederung zu fördern. Um diese Ansätze weitgehend zu verankern, wurde in den letzten Jahren ein auf dem Handlungskonzept Case Management basierendes Fallmanagementkonzept entwickelt, das bei allen Rentenversicherungsträgern Anwendung finden könnte. In den kommenden Jahren wird dieses Konzept im Zuge einer „rehapro“- Förderung gemäß § 11 SGB IX deutschlandweit in vier Modellregionen in die Erprobung gehen.³

Das Konzept basiert auf einer mehrstufigen Vorgehensweise bei der Bedarfsermittlung und der Leistungserbringung auf Grundlage des bio-psycho-sozialen Modells und damit unter Einbezug der fördernden und hemmenden Einflüsse der personen- und umweltbezogenen Kontextfaktoren. Der Prozess der Bedarfsermittlung ist in der Abbildung ausschnittsweise dargestellt.

3 DRV Hrsg. (2017). Konzept zum „Fallmanagement bei Leistungen zur Teilhabe“ der Deutschen Rentenversicherung https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/reha_forschung/forschungsprojekte/abschlussbericht_fallmanagement_konzept.html;jsessionid=6C24FF5EF1F6F5FA943E2B381740E030.delivery2-3-replication [Abruf 10.9.2019]



Ausschnitt Fallidentifikation und Bedarfsermittlung im Fallmanagementkonzept der Deutschen Rentenversicherung – DRV (Quelle: DRV 2017)

Im Zuge einer Erstberatung findet eine grundlegende Bedarfsermittlung statt. In Abhängigkeit von der sich abzeichnenden Komplexität der Problemsituation wird im Anschluss eine ergänzende Informationsermittlung (Stufe 1), ein vertiefendes Assessment (Stufe 2) oder in besonders komplexen Fällen ein detailliertes Assessment durchgeführt (Stufe 3).

Alle drei Stufen basieren auf der Orientierung am individuellen Bedarf der Versicherten unter Berücksichtigung ihrer Ressourcen. Die Zuordnung zu einer Intensitätsstufe ist dabei jedoch nicht endgültig, sie kann angepasst werden, wenn sich zum Beispiel Kontextfaktoren ändern oder neue Sachverhalte bekannt werden.

Stufe 1 beinhaltet eine Basisberatung/-begleitung bei Rehabilitationsbedarf und Bedarf an personalisierter Beratung und Begleitung. Werden im Rahmen der Beratung für den Rehabilitationsverlauf erschwerende Bedingungen offensichtlich, wird geprüft, inwieweit eine Unterstützung durch ein fallgruppenorientiertes oder individuelles Fallmanagement (Stufe 2 und 3) notwendig ist.

Das fallgruppenorientierte Fallmanagement der Stufe 2 kommt bei häufig wiederkehrenden, ähnlichen Fallkonstellationen mit erhöhter Bedarfslage zum Einsatz. Zur Zielerreichung ist Beratung, Begleitung und Koordination notwendig. Diese Stufe ist gekennzeichnet durch fallgruppenorientierte Versorgungspfade, die auf Besonderheiten der Gruppe ausgerichtet sind und hierzu ein vernetztes Vorgehen im Rahmen bestehender Programme anbieten. Das fallgruppenorientierte Fallmanagement kann sowohl auf spezifische Erkrankungsgruppen als auch auf andere, die berufliche Wiedereingliederung erschwerende Problemlagen, wie Langzeitarbeitslosigkeit, ausgerichtet sein. In dieser Stufe bestehen für häufige Fallkonstellationen bereits geeignete Pfade und Netzwerkstrukturen, die für die fallbezogene Arbeit genutzt werden können, so dass von einem mittleren Koordinationsaufwand ausgegangen werden kann. Dort, wo die bestehenden fallgruppenorientierten Pfade und Netzwerkstrukturen nicht mehr ausreichen, ist der Übergang zum individuellen Fallmanagement angezeigt.

Während in den Stufen 1 und 2 weitgehend standardisierte Regelversorgungspfade zum Einsatz kommen, findet in der Stufe 3 eine individuelle Teilhabeplanung statt. Im Teilhabeplan werden dann die erforderlichen Maßnahmen mit Verantwortlichkeiten unter Einbindung aller beteiligten Leistungsträger und Leistungserbringer sowie weiterer Akteure, zum Beispiel Angehöriger und Arbeitgeber, festgehalten und terminiert. Zur Zielerreichung sind Beratung, intensive Begleitung und individualisierte Koordination notwendig. Es ist ein hoch individuelles Vorgehen mit einer Vernetzung zwischen allen am Prozess beteiligten Akteuren geboten. Die notwendigen Netzwerkstrukturen müssen mitunter zunächst aufgebaut werden, der Koordinationsaufwand ist folglich hoch. Die spezifischen Vorgehensweisen im individuellen Fallmanagement erfordern entsprechend qualifiziertes Personal und sind gegenüber den Stufen 1 und 2 mit einem erhöhten Ressourcenbedarf verbunden.

Zur Umsetzung des Konzepts bedarf es in jedem Fall einer systematischen Verankerung auf der Organisations- und Netzwerkebene. Effektivität und Effizienz sind nur zu erreichen, wenn alle Beteiligten die Grundsätze des Fallmanagements berücksichtigen. Eine interinstitutionelle Vernetzung zwischen Sozialleistungsträgern, Beratungsstellen, Rehabilitationseinrichtungen ist daher zwingend erforderlich.

Nur mit trägerübergreifendem Denken und Handeln, ist selbstbestimmte Teilhabe in komplexen Lebenssituationen zu erreichen. Der Handlungsansatz des Case Managements kann hier einen wertvollen Beitrag leisten.

50 Jahre BAR – 25 Jahre Phasenmodell der Neurologischen Rehabilitation¹ – seine Entstehungsgeschichte –

von Prof. Dr. Dr. Paul Walter Schönle, Maternus-Klinik für
Rehabilitation

Das Phasenmodell der neurologischen Rehabilitation ist einer der bedeutendsten Beiträge der BAR zur Rehabilitation in Deutschland und eine einmalige Erfolgsgeschichte mit langfristiger Nachhaltigkeit zur rehabilitativen Versorgung von Patienten mit Schädigungen des peripheren und zentralen Nervensystems. Im folgenden Beitrag wird die Entstehung des Phasenmodells skizziert, für dessen Details wird auf die entsprechenden Publikationen verwiesen².

Die Rehabilitation folgt der Akutmedizin nicht nur individuell bei der Behandlung des einzelnen Patienten, sondern auch in ihrer Entwicklung und Anpassung an die Fortschritte in der Akutmedizin und den Entwicklungen außerhalb der Medizin. Die reiche und seit etwa dem Jahr 1900 währende – zunächst zivile – Tradition der Rehabilitation in Deutschland wurde durch den Zusammenbruch mit dem Ende des Zweiten Weltkriegs jäh unterbrochen und zu Beginn der 1950er Jahre mit den von den Versorgungsämtern gewährten Rehabilitationsmaßnahmen für Veteranen wieder aufgenommen³. Mit der zunehmenden Motorisierung nach dem Zweiten Weltkrieg, die mit einem Anstieg der Unfallzahlen einherging, und der Entwicklung der Unfallmedizin, des Rettungswesens und der Intensivmedizin überlebten immer mehr Patienten mit auch immer schwereren Hirnschädigungen, für die es bis in die 1990er Jahre hinein keine Behandlungs- und Versorgungskonzepte gab.

Ein Vorläuferbaustein des Phasenmodells war zunächst die Anschlussheilbehandlung, die von der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA), später DRV Bund, 1976 und 1977 erprobt und dann 1977 mit dem Ziel eingeführt wurde, einen nahtlosen Übergang von der Akutbehandlung in die Rehabilitation

-
- 1 Die Publikation des Modells wurde in der letzten Sitzung der BAR Arbeitsgruppe Ende 1994 verabschiedet.
 - 2 Siehe auch Fußnoten 9, 10, 11, 12.
 - 3 So wurde zum Beispiel die Klinik Schmieder Gailingen 1950 zunächst für die Reha von Veteranen gegründet.

zu gewährleisten⁴. In der neurologischen Rehabilitation entsprach dies der späteren Phase D mit weitgehend selbständigen Patienten. Einzelne schwerer geschädigte, im Alltag zum Teil völlig auf Pflege angewiesene Patienten konnten zwar auf solchen „D-Stationen“ mit rehabilitiert werden, aber nicht in der notwendig werdenden Anzahl.

Daher gab es in den Sozialministerien in München und Stuttgart in den 1980er Jahren Überlegungen, die Versorgung der schwer hirngeschädigten Patienten zu verbessern.⁵ Von den Berufsgenossenschaften wurde zusammen mit Dr. Wolfgang Gobiet (Hessisch Oldendorf) 1986 ein Modellversuch zur Behandlung schwer hirngeschädigter Patienten initiiert.

Auf Druck von Angehörigen stellte das Sozialministerium von Baden-Württemberg ein Konzept⁶ und Mittel zum Aufbau von Behandlungseinrichtungen für schwersthirnverletzte, vor allem junge Patienten bereit, wobei im Juli 1991 eine der ersten Intensivstationen mit 15, ein Jahr später 40 Betten für diese Patienten in Allensbach bei den Kliniken Schmieder eröffnet (später als Phase B bezeichnet) und mit einem Forschungsprojekt des Ministeriums vier Jahre begleitet wurde.

Diese Erfahrungen und Forschungsergebnisse gingen direkt ein in die von Hannelore Kohl mitbegründete Arbeitsgruppe Frührehabilitation⁷, die am Kabinetttisch im Kanzleramt in Bonn tagte und von der Arbeitsgruppe Frührehabilitation der Bundesarbeitsgemeinschaft medizinisch-beruflicher Rehabilitationseinrichtungen (Phase II) fortgeführt wurde mit dem Ergebnis von differenzierten Empfehlungen zur „neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation“ (Heft 8, 1992, 1994) und deren Qualitätssicherung

-
- 4 Loskot, F: Herzerkrankungen: Prävention – Rehabilitation – Therapie. Springer-Verlag, 1986. Entwickelt wurde das Verfahren von der Leitenden der Ärztin der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Dr. med. Wille.
 - 5 Bayrisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, 1982 Fachprogramm Stationäre Versorgung und Rehabilitation von Schlaganfallpatienten und Schädel-Hirn-Verletzten vor. Sozialministerium Baden-Württemberg, 1989, Versorgungskonzept apallisches Syndrom.
 - 6 „Das Apallische Syndrom“, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung, Baden-Württemberg, Stuttgart 1991. Dies von Dr. med. Ritter erarbeitete Konzept wurde trotz der in Aussicht gestellten Finanzmitteln nach Ablehnung von den zuerst avisierten Universitäts- und Akutkliniken schließlich von den Neuro-Rehakliniken angenommen und umgesetzt.
 - 7 Memorandum zu „Notwendigkeit und Bedeutung der Frührehabilitation“, 1991.
 - 8 „Frührehabilitation“ sollte zwar die nahtlos im Anschluss an die Akutbehandlung einsetzende Rehabilitation bezeichnen, beinhaltet aber ganz wesentlich die Schwere

(Heft 10, 1998). Diese fanden als Phase B direkt Eingang in das von der neurologischen Arbeitsgruppe des Verbands Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) und der neurologischen Arbeitsgruppe der BAR erarbeitete Phasenmodell (VDR, 1995⁹; BAR, 1995¹⁰). Die Phasen A, B, C, D wurden durch die Phase E¹¹ mit nachgehenden Rehabilitationsleistungen und beruflicher Rehabilitation sowie Phase F¹² mit dauerhaft unterstützenden, betreuenden und/oder zustandserhaltenden Maßnahmen komplettiert und später detailliert. Zur Klärung der Leistungsträgerzuständigkeit mussten, da sich die BfA wegen vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales geforderten Einsparmaßnahmen aus der Phase C zurückzog, 1998 Anwendungshinweise zur leistungsrechtlichen Zuordnung der Phase C mit einem neurologischen Reha-Assessment und Hinweisen zur Prognoseeinschätzung in der Phase C ergänzt werden.

Die 1990er Jahre waren international die Dekade des Gehirns und in Deutschland die Dekade der neurologischen Rehabilitation, in der die ärztlichen Leiter verschiedener Neuro-Rehakliniken in den VDR- und BAR-Arbeitsgruppen in enger Kooperation mit den Vertretern der Leistungsträger die Grundlagen der modernen neurologischen Rehabilitation mit den Phasen A, B, C, D, E und F erarbeiteten (s. Abbildung).

der Erkrankungen und war bis zum 1.7.2001 gleichbedeutend mit neurologischer Frührehabilitation.

- 9 Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) (1995) Phaseneinteilung in der neurologischen Rehabilitation. *Rehabilitation* 34:119–126.
- 10 Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (1995) Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C. 6.
- 11 BAR, 2013, Empfehlungen für die Phase E der neurologischen Rehabilitation. S.a. BAR, 2011, Empfehlungen zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation.
- 12 BAR, 2003, Empfehlungen zur stationären Langzeitpflege und Behandlung von Menschen mit schweren und schwersten Schädigungen des Nervensystems in der Phase F (für fortwährend).

Phase A:	Akutbehandlungsphase mit ersten rehabilitativen Ansätzen
Phase B:	Behandlungsphase, in der noch intensivmedizinische Behandlungsmöglichkeiten vorgehalten werden müssen
Phase C:	Behandlungs- und Rehabilitationsphase, in der die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bereits in der Therapie mitarbeiten können, aber noch kurativmedizinisch und mit hohem pflegerischen Aufwand betreut werden müssen
Phase D:	Rehabilitationsphase nach Abschluss der Frühmobilisation (medizinische Rehabilitation im bisherigen Sinne – stationär oder ambulant)
Phase E:	Behandlungs- und Rehabilitationsphase nach Abschluss einer medizinischen Rehabilitation; Leistungen zur Sicherung des Erfolges der medizinisch-therapeutischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben beziehungsweise zur Teilhabe an Erziehung und Bildung sowie am Leben in der Gemeinschaft
Phase F:	Behandlungsphase, in der dauerhaft unterstützende, betreuende und/oder zustandserhaltende Leistungen erforderlich sind (Langzeitpflege).

Seit den 1990er Jahren wurde das Modell bundesweit (nunmehr zuletzt auch in NRW) etabliert; es garantiert einen nahtlosen Übergang von der primären Akutbehandlung (zum Beispiel Stroke Unit) in die Neuro-Rehabilitation – weltweit mit einer der höchsten Verlegungsraten.

Im Juli 2001 wurde die Phase B als Neurologisch-Neurochirurgische Frührehabilitation (NNCFR) mit § 39,1 SGB V und OPS 8–552¹³ im DRG-System (Diagnosis Related Group, Diagnosebezogene Fallgruppen) integriert, um rehabilitatives „Mit-Denken“ in die Akutmedizin einzubringen und mit der Rehabilitation möglichst früh als Teil der Krankenhausbehandlung zu beginnen.¹⁴ In der Folge wird die NNCFR/Phase B nunmehr in ausschließlich für diesen

-
- 13 Die Kriterien des OPS-8.552 mit 300 Minuten therapeutischer Pflege und der Grenzwert 30 erfolgte auf Grundlage der Publikationen: Schönle, P. W. (1996). Personale Anforderungsprofile in den frühen Phasen der Neurologischen Rehabilitation. *Neurologie & Rehabilitation*, 3, 165–175, und Schönle, P. W. (1995). Der Frühreha-Barthelindex (FRB) - eine frührehabilitationsorientierte Erweiterung des Barthelindex. *Die Rehabilitation*, 34(2), 69–73. B wurde definiert als bis einschließlich 30 Punkte, C als zunächst bis einschließlich 100 Punkte, später von den Kassen auf 70 Punkte reduziert,
- 14 Eine erste derartige Einrichtung erfolgte im Wahlkreis Ingolstadt des damaligen Gesundheitsministers Seehofer (pers. Mitteilung Dr. Fuhrmann, BMAS).

Zweck genehmigten Krankenhausbetten durchgeführt, allerdings nach wie vor überwiegend in neurologischen Rehakliniken. Das Problem des Endes der Krankenhausbehandlung und des nahtlosen Übergangs in Phase C erscheint durch die konsentierten bayrischen Kriterien (ASB-Kriterien)¹⁵ beziehungsweise durch den Frühreha-Barthel-Index > 30 gelöst.

Herausforderungen in Zukunft werden die Finanzierungen der Phase E und F¹⁶ sowie die Behandlung von funktionell schwer geschädigten Patienten anderer Fachrichtungen mit neurologischen Sekundärfolgen in der Phase B sein, die dann umfassend intensivmedizinisch aufzurüsten sein wird. Eine Alternative stellt eine an die Neurologisch-Neurochirurgische Frührehabilitation Phase B angegliederte intensivmedizinische Rehabilitation für diese Patienten dar.

In jedem Falle hat die BAR mit der Erarbeitung des Phasenmodells die Grundlage für eine umfassende, langfristig nachhaltige Neuro-Rehabilitation in unserem Lande geschaffen. Dadurch hat sie sich um die im Kern des menschlichen Daseins betroffenen Menschen mit Hirnschädigungen in besonderer Weise verdient gemacht.

15 <http://www.neuroreha-bayern.de/index.php/die-bayerischen-asb-kriterien> [28.07.2019]. Die Frühreha-Index-Items, die aus den B-Ausgangs- gleich C-Eingangskriterien entwickelt wurden, sind in den ASB-Kriterien enthalten und garantieren so den nahtlosen Übergang nach C.

16 Ursprünglich war die Phase E in der Systematik des Phasenmodells als medizinisch-berufliche Rehabilitation geplant (s. BAR, Empfehlungen zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation in der Neurologie, 2011) und die Phase F für die postrehabilitative Versorgung auf den jeweiligen funktions- und aktivitätsbezogenen Leistungsniveaus B, C, D mit dann einfacher abzuleitenden Bedarfen, Versorgungsnotwendigkeiten und Vergütungen.

Wertvoll, aber komplex – Beratung für Arbeitgeber im Reha-Dschungel

von Dominik Naumann, Referent Abteilung Soziale Sicherung,
Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA)

Sowohl für Arbeitgeber als auch für die Rehabilitanden und ihre behandelnden Ärzte muss das gegliederte System der Rehabilitation durchschaubar sein. Wer in der betrieblichen Praxis als Arbeitgeber mit Reha-Maßnahmen konfrontiert ist, fühlt sich oft aber eher wie in einem schwedischen Möbelhaus auf der Jagd nach dem Kühlschrank aus der Werbung. Ausgeliefert im Dschungel der Möglichkeiten. Zur Gewissheit, dass alle nur erdenklichen Produkte irgendwo auf Lager sein müssten, gesellt sich schnell die Frustration des Suchens. Die wichtigste Herausforderung besteht meist darin, zügig an kompetente Beratung zu kommen. Denn wenn zuhause der Kühlschrank nicht zwischen Spüle und Herd passt, ist der Ärger groß. Zeit und Geld wurden verschwendet, ohne dem Ziel näher zu kommen. Sind diese Hürden aber erst einmal genommen, löst sich der Knoten und es geht voran. Der Kühlschrank kommt dort an, wo er hingehört und es werden weder Zeit noch Geld für Fehlgriffe verschwendet.

Übertragen auf den Betrieb heißt das: Arbeitgeber erkennen den Erfolg einer Reha-Maßnahme daran, dass Beschäftigte auch nach einer schweren Erkrankung zügig Unterstützung erhalten und dadurch letztlich weiterbeschäftigt werden können. Für einen reibungslosen Ablauf müssen dabei alle Zahnräder schlüssig ineinandergreifen. Sollte beispielsweise ein Mitarbeiter nicht mehr schwer heben dürfen, muss sein Arbeitgeber rechtzeitig umplanen und die Arbeit anders einteilen. Teilweise sind auch „nur“ die richtigen Änderungen der Arbeitsumgebung ausreichend.

Seit 50 Jahren ist die BAR ein wertvoller und verlässlicher Treiber für eine bessere Rehabilitation. Hierzu trägt auch bei, dass die BAR über den rein fachlichen Tellerrand hinausblickt und Beschäftigte sowie Arbeitgeber stets einbindet. Im Idealfall stehen Arbeitgebern Angebote wie der neue BEM-Kompass zur Verfügung, den die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) seit 2019 auf ihrer Internetseite anbietet. Mit wenigen Schritten können gerade kleine und mittlere Betriebe ohne spezialisierte Fachabteilung bei längeren Erkrankungen von Mitarbeitern die richtigen Ansprechpartner identifizieren.

Bei aller Sinnhaftigkeit einzelner Maßnahmen können Systeme auch an ihrer Komplexität ersticken. Um dies auch in Zukunft zu vermeiden, müssen alle Beteiligten schnell und unbürokratisch erkennen können, welcher Träger für welche Reha-Maßnahmen zuständig ist und welche Angebote zur Rehabilitation es im Einzelnen gibt. Es bedarf daher auch einer abgestimmten, schnellen, wirksamen und betriebsnahen Unterstützung und Beratung durch die Reha-Träger.

Mit dem Bundesteilhabegesetz wurden die Gemeinsamen Servicestellen, die bislang zur Unterstützung Ratsuchender in Reha-Fragen eingerichtet worden waren, abgeschafft und für die Betroffenen durch eine unabhängige Teilhabeberatung ersetzt. Die Lücke bei der trägerübergreifenden Beratung von Arbeitgebern wurde aber bisher nur unzureichend geschlossen, denn die in § 12 Abs. 1 SGB IX vom Gesetzgeber geforderten „Ansprechstellen“ bei den Reha-Trägern haben keinen trägerübergreifenden Beratungsauftrag. Es fehlt damit nach wie vor an einem in allen Reha-Fragen kompetenten Ansprechpartner für Arbeitgeber. In diesem Zusammenhang könnten auch weitere Beratungsangebote beispielsweise zu Präventionsmaßnahmen Berücksichtigung finden. Dabei zeigt das bei den Bildungswerken der Wirtschaft durchgeführte Projekt „Unternehmensnetzwerk Inklusion“ eindrücklich, dass ein solcher Ansprechpartner, der Arbeitgeber zu den richtigen Beratungs- und Unterstützungsangeboten der Reha-Träger lotst, für diese wichtig ist. Es sollte daher mittelfristiges Ziel sein, trägerübergreifende Lotsen für Arbeitgeber zu schaffen, die schnell und unbürokratisch passgenaue Beratung in der Region vermitteln können.

Arbeitgeber sollten überall, wo es sinnvoll ist, in den Reha-Prozess eingebunden werden. Zu Recht sollen nach der Gemeinsamen Empfehlung „Reha-Prozess“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation auch Betriebsärzte und Arbeitgeber im Rahmen des gesetzlich neu eingeführten Teilhabeplanverfahrens beteiligt werden. Das Teilhabeplanverfahren soll gerade dazu dienen, eine Leistungserbringung wie aus einer Hand sicherzustellen, indem hier die Leistungsbedarfe ermittelt und festgestellt, die in Frage kommenden Leistungen und Rehabilitationsträger koordiniert und der gesamte Reha-Prozess durch den „leistenden Rehabilitationsträger“ gesteuert wird.

Rehabilitation durch mehr Selbstverwaltung stärken

von Ingo Schäfer, Referatsleiter Alterssicherung und Rehabilitation, Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB) – Bundesvorstand

„Reha vor Rente“ ist ein wichtiger Grundsatz des Sozialrechts. Die Gesundheit und Erwerbsfähigkeit der Menschen zu verbessern, zu erhalten oder wiederherzustellen ist ein Wert an sich, den wir nicht hoch genug schätzen dürfen. Leider verkommt der Grundsatz viel zu oft zur Phrase, um im Kontext der demographischen Veränderung höhere Altersgrenzen oder hohe Zugangsbedingungen zu Erwerbsminderungsrenten zu legitimieren.

Ausdruck des oftmals ambivalenten Umgangs mit dem Grundsatz „Reha vor Rente“ ist das Reha-Budget (§ 220 i. V.m. § 287b SGB VI). Es begrenzt die zulässigen Ausgaben der Rententräger für Teilhabeleistungen. Die Ausgaben dürfen nur im gleichen Maße steigen wie der Durchschnittslohn. Damit bleiben Veränderungen am Arbeitsmarkt, an den Arbeitsanforderungen, den Teilhabeleistungen oder auch der Demographie unberücksichtigt. Auch die 2014 eingeführte Demographiekomponente, welche bis 2050 festgelegt ist, ändert nichts Wesentliches. Trotz der Migrationsbewegung der letzten vier Jahre wurde sie nicht verändert. Außerdem senkt sie ab 2025 das Budget unter das bisherige Niveau. Unbeachtet bleiben auch das Bundesteilhabegesetz oder der erwartete starke Strukturwandel mit geänderten Arbeitsanforderungen durch die Digitalisierung.

Eine solche Budgetierung ist sozialpolitisch bedenklich. Alle erforderlichen Leistungen zur Teilhabe sind zu gewähren. Damit stellt sich die Frage nach dem Sinn des Budgets. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) erläutert hierzu:

„Die Begrenzung der Ausgaben führt dazu, dass die Träger der Rentenversicherung verantwortungsvoll und wirtschaftlich handeln und wirklich nur erforderliche Reha-Leistungen bewilligen.“

Die „Erforderlichkeit“ ergibt sich aber anhand sozialmedizinischer Gutachten und der gesetzlichen Leistungsvorgaben aus dem Einzelfall. Wie soll ein formalistischer Deckel dies auch nur ansatzweise berücksichtigen? Die Möglichkeiten der Kostendämpfung durch höhere „Wirtschaftlichkeit“ sind sehr begrenzt.

„Erforderliche“ Maßnahmen dürfen und sollen nicht begrenzt sein. Wird der Budgetdeckel ohne weiteres Handeln der Träger nicht überschritten, ist er erkennbar ohne Sinn. Übersteigen die „erforderlichen“ Ausgaben das Budget, müssen die Rententräger gesetzeskonform reagieren. „Erforderliche“ Leistungen nicht zu gewähren, verstößt aber gegen das Leistungsrecht. Reagieren die Rententräger nicht, wäre dies ein Verstoß gegen das Budget. Offensichtlich zielt der Gesetzgeber auf indirekte Steuerung. Die Rententräger sollen die Ausgaben unter den Zielwert drücken, was aber letztlich bedeutet, die Grenze zur „Erforderlichkeit“ der Maßnahmen enger zu ziehen und Versicherten ihre Ansprüche zu verkürzen. Wie auch immer man es dreht, ein solches Budget verträgt sich nicht mit dem Grundsatz Reha vor Rente.

Was erforderliche Maßnahmen und dazu nötige Ausgaben sind, sollten die unmittelbar Beteiligten beantworten: die Sozialpartner und Rententräger. Es ist an der Zeit, dass die Politik ihren Sonntagsreden über die Stärkung der sozialen Selbstverwaltung Taten folgen lässt: Die Entscheidung über Ausgestaltung, Umfang und Budget der Leistungen zur Teilhabe sollte vollständig und alleine in der Hand der sozialen Selbstverwaltung liegen. Niemand ist näher an den Betrieben und den Versicherten. Niemand sonst vermag schneller die Leistungen der Rentenversicherung an geänderte Bedarfe sowie Struktur der Beschäftigten und Unternehmen anzupassen. Außerdem sind die Sozialpartner nicht nur die Besteller sondern auch die Finanziere. So würde der Grundsatz Reha vor Rente effektiv gestärkt und an den Bedürfnissen der Beteiligten und Beitragszahlenden gleichermaßen ausgerichtet.

Gute Rehabilitation zielt auch nicht bloß darauf, die Erwerbsfähigkeit als abstrakte Leistungsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt herzustellen beziehungsweise zu erhalten. Vielmehr muss es um die tatsächliche Beschäftigungsfähigkeit in einer sich ändernden Arbeitswelt sein. Ganz im Sinne der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation muss es darum gehen, die konkrete Arbeitswelt, den konkreten Arbeitsplatz im Blick zu haben. Nur so kann Beschäftigung gesichert oder erreicht werden. Dies ist ein wesentlicher Beitrag zur Sicherung des Fachkräftebedarfs, heute und morgen.

Im Sinne des Grundsatzes Prävention vor Reha vor Rente wären derart gestärkte Leistungen zur Teilhabe eng zu verzahnen mit der betrieblichen Prävention und dem betrieblichen Gesundheitsmanagement und allgemein der Ausgestaltung des Arbeitsplatzes und der Arbeitswelt. Eine Beschäftigung unter guten Arbeitsbedingungen bis zum Rentenbeginn kommt den einzelnen Beschäftigten ebenso zu gute wie den Unternehmen und der Gesellschaft insgesamt. Dabei muss die Ausgestaltung der Arbeitswelt wie auch die Leistungen zur Teilhabe auf eine vollständige, wirksame Teilhabe aller am Arbeitsleben ausgerichtet sein.

Regional – individuell – nachhaltig: Herausforderungen und zukunftsfähige Konzepte der Rehabilitation psychisch kranker Menschen

von Annette Theißing, Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation
psychisch kranker Menschen e. V. (BAG RPK), beta-Reha

Über 30 Jahre hat sich die BAR in besonderer Weise für die Teilhabe der Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen engagiert. Zu den Verdiensten der BAR gehört schon 1986 die Entwicklung einer leistungsträgerübergreifenden Rehabilitationskonzeption, die den besonderen Bedarf der Menschen mit psychischen Behinderungen aufgreift: die RPK-Empfehlungsvereinbarung. Sie wurde 2005 unter der Moderation der BAR weiter entwickelt und durch Handlungsempfehlungen ergänzt (BAR 2005).

Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen sind in besonderer Weise von Exklusion in vielen Lebensbereichen betroffen. Sie sind überdurchschnittlich häufig ohne Arbeit, haben weniger soziale Ressourcen, auf die sie bei der beruflichen Orientierung zurückgreifen können und haben besondere Barrieren durch gesellschaftliche Stigmatisierungsprozesse zu überwinden.¹ Der Krankheitsverlauf ist häufig schwankend und kann zu langfristigen Einschränkungen führen. Um diesen Herausforderungen bei der Krankheitsbewältigung und beruflichen Integration gerecht zu werden, sind innovative passgenaue und vernetzte Rehabilitationskonzepte nötig. Die rasante Zunahme von Rehabilitationsbedarf für Menschen mit psychischen Erkrankungen gibt dem noch eine zusätzliche hohe Bedeutung.

Auf den ersten Blick ein „Nischenangebot“, wurde mit der RPK-Empfehlungsvereinbarung eine moderne Rehabilitationskonzeption entwickelt, die die hohen Ausgangshürden für die Inklusion von Menschen mit psychischen Erkrankungen überwindet. Nahtlose medizinische und berufliche Rehabilitation, regionale

1 Vgl. DGPPN (2013): S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Springer-Verlag Berlin Heidelberg. DGPPN und Gesundheitsstadt Berlin GmbH (2015): Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland. Berlin.

Vernetzung vor Ort, betriebsnahe Konzepte, individuelle Rehabilitationsplanung: Diese moderne Konzeption einer komplexen multiprofessionellen Rehabilitation sucht nach wie vor ihresgleichen in der Rehabilitationslandschaft.

„Für den Erfolg der Rehabilitation ist es von entscheidender Bedeutung, früh von der RPK aus im betrieblichen und persönlichen sozialen Feld zu therapieren und die Kontinuität der therapeutischen Beziehungen über Leistungsabschnitte und Leistungsträgerwechsel hinweg zu ermöglichen.“

(BAR 2005, Seite 13)

Mit der Handlungsempfehlung RPK-Empfehlungsvereinbarung (BAR 2010) wurden ganz praktische Wege entwickelt, Schnittstellen im Rehabilitationsverlauf und am Übergang von medizinischer und beruflicher Rehabilitation zu überwinden.

Zukunftsfähige Konzepte im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention

Die kommenden Herausforderungen in der psychiatrischen Rehabilitation liegen in der weiteren konsequenten Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention für Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen.

Die UN-Behindertenrechtskonvention konstatiert in Artikel 27 – Arbeit und Beschäftigung

„(1) Die Vertragsstaaten anerkennen das gleiche Recht von Menschen mit Behinderungen auf Arbeit; dies beinhaltet das Recht auf die Möglichkeit, den Lebensunterhalt durch Arbeit zu verdienen, die in einem offenen, integrativen und für Menschen mit Behinderungen zugänglichen Arbeitsmarkt und Arbeitsumfeld frei gewählt oder angenommen wird.“

Für die Rehabilitation psychisch kranker Menschen mit krankheitsbedingten Teilhabebeeinträchtigungen lassen sich vier Problembereiche formulieren, die im erheblichen Maße zur Exklusion beziehungsweise zu dauerhaften Teilhabeverlusten der Betroffenen beitragen:

- frühe Berentung häufig ohne vorausgegangene Rehabilitationsleistung
- Ausschluss von Rehabilitationsleistungen bei Teilleistungsfähigkeit
- fehlende bedarfsorientierte berufliche Nachsorge
- fehlende passgenaue Rehabilitationsangebote für Jugendliche und junge Erwachsene mit schweren psychischen Beeinträchtigungen

Zukunftsaufgabe: Vermeidung von Frühberentung ohne vorausgegangene Rehabilitationsleistung

Psychische Erkrankung ist mit 42 Prozent die häufigste Ursache für Frühverrentung². Die Frühverrentung erfolgt im Durchschnitt bei einer psychischen Erkrankung drei Jahre früher als aufgrund einer somatischen Erkrankung³. Nur die Hälfte der Betroffenen hat im Vorfeld der Berentung eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch genommen. Frühe personenzentrierte Rehabilitation, die in der somatischen Medizin als Anschlussheilbehandlung (AHB) etabliert ist, fehlt nach der Entlassung aus der akut-psychiatrischen Behandlung vollständig.

Rehabilitationsangebote im Sinne von RPK-Maßnahmen stehen den Menschen in Deutschland noch nicht flächendeckend zur Verfügung (<https://www.bagrpk.de/standortuebersicht/>).

Die circa 50 Einrichtungen stellen 1.800 Behandlungsplätze zur Verfügung, pro Jahr werden etwa 1.900 Maßnahmen durchgeführt. Das entspricht weniger als 0,1 Prozent der Rehabilitationsmaßnahmen pro Jahr in Deutschland. Die Wartezeiten auf die Rehabilitation betragen in der Regel mehrere Monate. Ambulante Rehabilitationsplätze stehen in einigen Regionen gar nicht zur Verfügung beziehungsweise sind in ländlichen Regionen aufgrund von Hemmnissen in der Erreichbarkeit noch nicht ohne Weiteres realisierbar.

Zukunftsaufgabe: Inklusion bei Teilleistungsfähigkeit

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsmarkt verlangen die Prognose der vollschichtigen Tätigkeit mit mehr als sechs Stunden täglich. Dies steht im Widerspruch zu den Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes, wo Teilzeitmodelle und flexible Arbeitszeitmodelle auf dem Vormarsch sind und durch entsprechende Gesetzgebung gezielt gefördert werden. Hier besteht eine massive Benachteiligung von Menschen mit psychischer Erkrankung. Ebenso ist auch unter langfristigen gesundheitlichen Aspekten eine stabile Teilzeittätigkeit häufig einer grenzwertig belastenden Vollzeittätigkeit vorzuziehen.

Die Erreichung der Teilleistungsfähigkeit muss als Reha-Indikation Berücksichtigung finden, um Menschen mit psychischer Erkrankung den Weg in den Arbeitsmarkt zu öffnen.

2 Vgl. BPtK-Studie zur Arbeits- und Erwerbsfähigkeit (2013)

3 Vgl. DGPPN und Gesundheitsstadt Berlin GmbH (2015): Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland. Berlin.

Zukunftsaufgabe: bedarfsorientierte RPK- Nachsorge

Die Nachsorge nach RPK-Maßnahmen ist bisher noch nicht Bestandteil der RPK-Empfehlungsvereinbarung. Einzelne Regionen wie Niedersachsen haben passgenaue RPK-Nachsorgekonzepte entwickelt und belegen, dass ambulante Nachsorge nachhaltig Rehabilitationserfolge sichert. Ein bundesweiter regelfinanzierter Rahmen besteht bisher noch nicht. Nachsorge muss langfristig und flexibel angepasst an den individuellen Unterstützungsbedarf ermöglicht werden. Sie soll Betroffenen und Arbeitgebern zur Verfügung stehen. Erfolgsfaktoren sind dabei: konstante Betreuungsbeziehungen, Lebensweltorientierung und bedarfsorientiert auch aufsuchende Hilfen.

Zukunftsaufgabe: passgenaue psychiatrische Jugendrehabilitation

Rehabilitative Leistungen sollen frühestmöglich erbracht werden, um eine möglichst umfassende Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen. In der Altersgruppe von Jugendlichen gelten abweichend von Erwachsenen andere Rahmenbedingungen, die eine Anpassung der gängigen störungsspezifischen Behandlungskonzepte einhergehend mit einem höheren Maß an pädagogischer Begleitung und Intervention erfordern und auf der „beruflichen“ Seite der Rehabilitation oft einen Schulbesuch als Voraussetzung für eine berufliche Qualifikation und eine gelingende Teilhabe am Berufsleben notwendig machen.

Nach einer vorsichtigen Schätzung sind für eine frühzeitige Rehabilitation von Jugendlichen mit entsprechenden Erkrankungen 400 Rehabilitationsplätze als Untergrenze für eine flächendeckende Versorgung in Deutschland anzunehmen. Zurzeit ist mit vereinzelt Angeboten eine deutliche Unterversorgung dieses Personenkreises zu verzeichnen. Fehlbelegungen in Einrichtungen der Jugendhilfe sind die Folge und eher das regelhafte Geschehen als die Ausnahme trotz bestehender Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und Rehabilitationsprognose.