

## Forum E

Recht der Dienste und Einrichtungen, Leistungserbringungsrecht und -strukturen  
– Diskussionsbeitrag Nr. 4/2015 –

04.08.2015

### **Beitrag zur Fachtagung „Integration nach medizinischer Reha – Fallmanagement, Nachsorge, berufliche Integration und weitere Versorgung“ am 5. Mai 2015 in Berlin**

*von Christiane Goldbach, LL.M. (Universität Kassel)*

Am 5. Mai 2015 fand in Kooperation der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation (DEGEMED) und der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) eine Tagung zum Thema „Integration nach medizinischer Reha – Fallmanagement, Nachsorge, berufliche Integration und weitere Versorgung“ statt.

#### **I. Nachsorge und Fallmanagement**

**Christof Lawall** (DEGEMED) und **Norbert Gödecker-Geenen** (RehaFuturReal, Deutsche Rentenversicherung [DRV] Westfalen) betonten eingangs die Bedeutung aller Beteiligten für den Erfolg medizinischer Rehabilitation und hoben die Rolle der Sozialen Arbeit besonders heraus. **Jürgen Ritter** (Grundsatzreferat Rehabilitationsrecht, DRV Bund) referierte zum Thema „**Nach der Rehabilitation – wie die Rentenversicherung unterstützen kann**“ und konzentrierte sich auf aktuelle Ergebnisse zur Weiterentwicklung des Nachsorgeangebotes in der DRV. Eine rentenversicherungsübergreifende Analyse des Status Quo in Verbindung mit einer

Evaluation des Nachsorgeangebotes IRENA habe bei den Rentenversicherungsträgern eine große regionale Heterogenität in der Benennung (z. B. IRENA, MERENA, ASP) sowie der spezifischen Ausgestaltung (z. B. Einzel- oder Gruppenleistung; multi- oder unimodale Leistung) des Leistungsangebotes gezeigt. Als Teil dieser Heterogenität benennt Ritter die unterschiedliche Beurteilung der einschlägigen Rechtsgrundlage für den Anspruch auf das Nachsorgeprogramm IRENA (§ 15 Sozialgesetzbuch [SGB] VI oder § 31 SGB VI). Zudem hob er hervor, dass IRENA von den Leistungserbringern und Teilnehmer/innen grundsätzlich positiv beurteilt wird, eine Inanspruchnahme jedoch häufig an der zeitlichen und örtlichen Erreichbarkeit scheitert. In Anspruch genommen werde die Leistung vorwiegend im orthopädischen Bereich und sei hierbei zu über 95 % als reine Bewegungstherapie ausgestaltet. Auf Basis dieser Ergebnisse arbeite eine Projektgruppe „Reha-Nachsorge“ an einem bundeseinheitlichen Rahmenkonzept, das u. a. eine einheitliche Finanzierung nach § 31 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB VI vorsieht. Mit Blick auf die Komplexi-

tät der Leistungen solle künftig zwischen multimodalen und unimodalen Rehabilitationsnachsorgeprogrammen unterschieden werden; multimodale Leistungen seien nur noch bei entsprechendem Bedarf in zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen zu erbringen, während unimodale Nachsorgeangebote ausgeweitet werden müssten und auch durch Einrichtungen außerhalb des § 21 SGB IX erbracht werden könnten. Für die Feststellung, welche Nachsorgeform jeweils indiziert ist, stellte der Referent eine einheitliche Definition zum Vorliegen von Multimodalität vor und akzentuierte, dass auf dieser Basis eine verstärkt differentielle Bedarfsfeststellung für die Rehabilitationsnachsorge durch die Rehabilitationseinrichtungen erforderlich sein wird. Hinsichtlich der konkreten Umsetzung wurde betont, dass sich die Projektgruppe auch mit der Entwicklung vereinheitlichter Abrechnungs- und Dokumentationsverfahren, in Form von Verordnungs- und Dokumentationsbögen sowie Datenbanken mit örtlichen Leistungserbringern, befassen wird. Bei der anschließenden Diskussion wurde von Vertretern medizinischer Rehabilitationseinrichtungen bestätigt, dass aktuell eine Inanspruchnahme häufig an den mangelnden Kapazitäten der Nachsorgeeinrichtungen sowie der örtlichen Erreichbarkeit scheitere.

Danach referierte **Markus Oberscheven** (Referat Heilbehandlung/Medizinische Rehabilitation, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung [DGUV]), zum „**Fallmanagement DGUV**“. Er wies darauf hin, dass es für die Nachsorge in der GUV keine gesonderten Vorschriften oder Programme gibt, sondern dahingehende Maßnahmen Bestandteil der Rehabilitation selbst sind; der Grundsatz „Alles aus einer Hand“ biete dabei umfassende Steuerungsmöglichkeiten und begünstige die Rahmenbedingungen in der GUV. Zudem hob er die Rolle des Durchgangsarztes als „Lotse“ des Heilverfahrens hervor und erläu-

terte die Entwicklung von der klassischen Heilbehandlungssteuerung zum Reha-Management. Hier werde für sozialpolitisch und ökonomisch bedeutsame Fälle ein Reha-Manager eingesetzt, der unter Einbindung aller beteiligten Akteure eine umfassende Rehabilitationsplanung für jede Phase der Heilbehandlung vornehme. Der Referent verdeutlichte, dass das Fallmanagement gerade für die häufig erforderliche Verzahnung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation, eine frühzeitige Kontaktaufnahme zum Arbeitgeber ermöglicht und auch die Vermittlung eines geeigneten Arbeitsplatzes (DGUV.job) begünstigen kann. Die Auswahl der Fälle erfolge bislang vor allem EDV-gestützt nach Diagnosen mit einer besonders langen Arbeitsunfähigkeitsprognose; für andere Eingangskriterien im Sinne der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, seien Assessmentinstrumente erst noch zu entwickeln.

Unter dem Titel „**Stufenweise Wiedereingliederung – Fallbegleitung durch eine Reha-Klinik**“ stellte **Veit Becker** (Sozialpädagoge, Eifelklinik Manderscheid) ein Projekt zur begleitenden Sozialberatung während der stufenweisen Wiedereingliederung im Anschluss an einen stationären Aufenthalt in einer Rehabilitationseinrichtung vor. Danach erscheinen drei Beratungsgespräche während des Rehabilitationsaufenthaltes zu einer gelungenen Vorbereitung auf die stufenweise Wiedereingliederung angemessen. Er betonte, dass die Option für weitere Beratungen bis zum Abschluss der stufenweisen Wiedereingliederung angeboten werden sollte. Anschließend wurde über einen hohen Personalaufwand für die Beratung durch Sozialarbeiter und das Problem der Finanzierung diskutiert. In den meisten Einrichtungen würden diese Leistungen bislang vorwiegend ehrenamtlich erbracht, wodurch keine intensiven Interventionen möglich seien.

## II. Berufliche Integration

**Uwe Griese** (Integrationsfachdienst [IFD] Berlin-Süd & Initiative Inklusion Süd, Lebenswelten e. V.) referierte zu „**Leistungen der Integrationsfachdienste**“. Er stellte zunächst die gesetzliche Verankerung der IFD in §§ 109–115 SGB IX als ein Angebot zur Teilhabe am Arbeitsleben vor. Zielgruppen für die berufliche Sicherung durch die IFD seien neben schwerbehinderten bzw. gleichgestellten Beschäftigten und Vorgesetzten auch Betriebs- und Personalräte, Rehabilitationskliniken, niedergelassene Ärzte/-innen und Psychotherapeuten/-innen sowie soziale Einrichtungen. Einen besonderen Vorteil in der Tätigkeit der IFD sieht Griese darin, dass ein Fachberater für nur 30 Klienten zuständig ist und somit eine persönliche Beratung mit individueller Intervention erfolgen kann. Hinsichtlich der Nachsorge erläuterte er, dass die IFD auch psychosoziale Beratung für Beschäftigte, z. B. nach stationären Rehabilitationsaufenthalten, anbieten; hierzu gehören je nach Bedarf die Organisation gemeinsamer Gespräche innerhalb des Betriebes sowie Schulungen für Kollegen zum Umgang mit der Situation des Betroffenen. Auftraggeber für die Leistungen zur beruflichen Sicherung sei insbesondere das Integrationsamt, jedoch könne die Leistung auch durch die Träger der GRV und GUV sowie die gesetzlichen Krankenkassen für gesundheitlich beeinträchtigte Menschen „eingekauft“ werden. Anschließend wurde im Plenum darauf hingewiesen, dass Überlegungen beständen, den IFD direkt nach der Entlassung aus einer Einrichtung als individuelle Begleitung einzuschalten. Problematisch sei jedoch, dass es sich hierbei ggf. noch nicht um Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben handeln könnte und somit eine Art berufliche Rehabilitationsnachsorge vorgesehen werden müsste. Weitergehende Rehabilitations-

leistungen könnten dann von den IFD eingeleitet werden.

**Michael Bremmer** (Bundesfachverband Betriebliche Sozialdienste e. V. [bbs]) referierte sodann zu „**Betriebliche Eingliederung – Funktion der betrieblichen Sozialdienste**“ und betonte die Bedeutung der Betrieblichen Sozialarbeit (BSA) für die Integration in das Erwerbsleben nach Abschluss einer medizinischen Rehabilitation. BSA sei als Teil der Personalarbeit eine freiwillige Leistung des Unternehmens, die als interne oder externe Dienstleistung erbracht werden könne, in Deutschland jedoch noch nicht flächendeckend umgesetzt sei. In jedem Fall müsse BSA individuell ausgestaltet und in das jeweilige Unternehmen integriert werden. Bremmer stellte heraus, dass BSA sich stets als Unterstützung von Führungskräften versteht, um deren Qualifikation um soziale Kompetenzen zu ergänzen und sie für unbekannte Verhaltensweisen von Mitarbeitern zu sensibilisieren. Betont wurde hierbei die Funktion von BSA als Netzwerkspezialist, die über den Betrieb hinaus agieren kann, um z. B. Leistungserbringer von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen miteinzubeziehen. Schließlich wies Bremmer auf die Notwendigkeit hin, dass alle Tätigkeiten der BSA in Zusammenarbeit mit den Unternehmen erfolgen und Empfehlungen verständlich und realisierbar sein müssen. Im Plenum wurde anschließend problematisiert, dass BSA vor allem in Unternehmen ländlicher Regionen noch kaum vertreten sei.

## III. Selbsthilfe und weitere Versorgung

Die weiteren Vorträge nahmen Themenfelder in den Blick, die für Rehabilitanden innerhalb und außerhalb des Erwerbslebens für den Erfolg einer medizinischen Rehabilitation von Bedeutung sind.

**Antje Liesner** (Bundekoordinationsstelle Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen – Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband e. V.) stellte in ihrem Vortrag „Baustein Selbsthilfe“ die Bedeutung der Selbsthilfe im Anschluss an stationäre Rehabilitationsaufenthalte heraus. Selbsthilfe könne bei frühzeitiger Kontaktaufnahme schon während der Rehabilitationsmaßnahme einen entscheidenden Beitrag zur Integration des Rehabilitanden leisten und reiche anschließend über den stationären Aufenthalt hinaus. Problematisch seien bislang noch bestehende Mängel in der Kooperationsbeziehung zwischen Rehabilitationseinrichtung und Selbsthilfe. Diese könnten nach Liesner durch die Umsetzung des Konzepts Selbsthilfefreundlichkeit nachhaltig behoben werden. Zudem biete das Konzept den Rehabilitationseinrichtungen die Möglichkeit, vom Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit das Gütesiegel „Selbsthilfefreundliche Rehabilitationsklinik“ zu erhalten.

Im Anschluss behandelte **Brunhilde Sander** (Projektleitung „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG´s“, Universität Bielefeld) das Thema „**Weiterversorgung durch pflegende Angehörige**“ und bediente damit die Schnittstelle zur Pflege bei der Versorgung nach einer stationären medizinischen Rehabilitation oder einem Krankenhausaufenthalt. Sie erläuterte, dass das Modellprogramm „Familiale Pflege“ 2004 aus den Erkenntnissen qualitativer Studien zu den Problemen häuslicher Krankenpflege hervorging. In dem Programm werden examinierte Pflegekräfte zu Pflegetrainern/-innen qualifiziert, die anschließend durch Beratung, Bildung und pflegefachliche Anleitung die Angehörigen beim Übergang von einer Klinik in die häusliche Pflege unterstützen und insofern eine zentrale Lotsenfunktion in dieser Übergangsphase einnehmen. Ziel sei es, die Pflege als geschlechterge-

rechtes Familienprojekt zu begreifen, um Isolation in der Pflege zu verhindern und sogenannte Drehtüreffekte, als Folge von Überlastung und Pflegefehlern, zu minimieren. Sanders betonte, dass sich Erfolge des Projektes bereits darin zeigen, dass Angehörige nach der Teilnahme an einem Pfelegetraining deutlich häufiger einen ambulanten Pflegedienst in Anspruch nehmen.

Die letzten Vorträge eröffneten die ärztliche Perspektive auf die ambulante Weiterversorgung nach einer stationären medizinischen Rehabilitation in den Interventionsbereichen Psychosomatik und Orthopädie. **Dr. Christiane Ihlow** (Chefärztin Psychosomatik, Dr. Becker Klinik Mönchensee/Klinik Norddeich) referierte zur „**Weiterversorgung in der Psychosomatik**“. Sie hob hervor, dass die Phase unmittelbar nach der Entlassung besonders sensibel sei und die betroffenen Personen hier u. a. an schweren Depressionen erkrankten. Die Dr. Becker Klinik verfolge daher verschiedene Ansätze für eine erfolgreiche Nachsorge, die in Form einer fachärztlichen Prüfung des Nachsorgebedarfs bereits vor der Anreise beginne und somit eine gezielte Überleitung an den Sozialdienst ermögliche. Die Referentin stellte zudem ein gruppentherapeutisches Onlineangebot (E-IRENA) vor, das eine längerfristige Nachsorge per Videochat mit bereits bekannten Personen ermögliche und dessen besonderer Vorteil in der sofortigen Verfügbarkeit liege. Somit könne eine vollständig webbasierte Nachsorge erfolgen oder es biete sich zumindest die Möglichkeit, die zum Teil erheblichen Wartezeiten bis zur ambulanten Nachsorgebehandlung vor Ort, zu überbrücken.

Abschließend befasste sich **Dr. Thomas Lang** (Chefarzt Orthopädie, Zentrum für ambulante Rehabilitation (ZAR), Berlin Gartenstraße) mit dem Thema „**Weiterversorgung mit Heilmitteln**“. Der Referent legte dar,

dass zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ausschließlich Heilmittel in Betracht kämen, die in der Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) verzeichnet sind und durch einen ambulanten Vertragsarzt verordnet wurden. In der Regel finde keine Kommunikation zur Nachverordnung zwischen dem zuständigen Arzt in der Rehabilitationseinrichtung und dem niedergelassenen Arzt statt. Aufgrund der Budgetierung von Heilmitteln, mit Ausnahme von Rehabilitationssport und Funktionstraining, seien Empfehlungen an niedergelassene Kollegen zudem sorgfältig zu überdenken und mit dem Patienten zu besprechen. Bezugnehmend auf Heilmittel zu Lasten der GUV wies Lang darauf hin, dass diese ausschließlich vom zugelassenen Durchgangsarzt verordnet werden dürfen.

#### **IV. Fazit**

Zusammenfassend ermöglichte die Tagung einen gelungenen Einblick in die verschiedenen Perspektiven der am Rehabilitationsprozess beteiligten Akteure auf das Thema

Nachsorge nach der medizinischen Rehabilitation. Insbesondere bot sich die Möglichkeit für Gespräche und Diskussionen zwischen Leistungserbringern und Leistungsträgern über die Angebote von Nachsorgeleistungen und über Umsetzungsprobleme in der Praxis. Es wurde deutlich, dass medizinische Rehabilitation keine punktuelle Intervention, sondern ein Prozess mit vielen beteiligten Akteuren ist. Für eine erfolgreiche Rehabilitation in Übereinstimmung mit den Grundsätzen „Reha vor Rente“ und Reha vor Pflege“ ist die frühzeitige Organisation und Koordination eines individuellen Nachsorge- und Integrationskonzepts durch die beteiligten Leistungserbringer unabdingbar.

---

Ihre Meinung zu diesem Diskussionsbeitrag ist von großem Interesse für uns. Wir freuen uns auf Ihren Beitrag.

---