

– Fachbeitrag D38-2018 –

04.12.2018

Prävention und medizinische Reha zur Sicherung von Erwerbsteilhabe

**Zusammenfassung der Online-Diskussion im moderierten Forum
Fragen – Meinungen – Antworten zum Rehabilitations- und Teilhaberecht
(17. September bis 10. Oktober 2018)¹**

Von M.A. Livia Grupp, Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V.

In den letzten Jahren wurden Leistungen der Vor- und Nachsorge sowie der medizinischen Rehabilitation gesetzlich gestärkt. Menschen sollen darin unterstützt werden, so lange wie möglich am Erwerbsleben teilzuhaben – auch bei gesundheitlichen Einschränkungen oder mit Behinderungen. In einer Online-Diskussion² der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) vom 17. September bis 10. Oktober 2018 diskutierten folgende Expertin und Experten das Thema „Prävention und medizinische Rehabilitation zur Sicherung von Erwerbsteilhabe“ aus verschiedenen Blickwinkeln:

- Dr. Rolf Buschmann-Steinhage (Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin)
- Andrea Fabris (Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter, Berlin)
- Christof Lawall (Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation, Berlin)
- Prof. Dr. Wilfried Mau (Institut für Rehabilitationsmedizin, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg)
- Dr. Thomas Stähler (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Frankfurt)

Angemeldete Forennutzerinnen und -nutzer konnten Fragen und Meinungen beisteuern. Neben der Umsetzung neuer Gesetze zu Präventions- und Nachsorgeleistungen ging es in der Diskussion um das Konzept „Prävention vor Rehabilitation vor Rente“, die Wirksamkeit von Reha-Maßnahmen, die Ausgestaltung und Begleitung von Wiedereingliederungsphasen, die Problematik der Rentenantragsfiktion sowie die Rolle der Beratung.

¹ Dieser Beitrag wurde unter www.reha-recht.de als Fachbeitrag D38-2018 in der Kategorie D: Konzepte und Politik veröffentlicht; Zitiervorschlag: Grupp: Prävention und medizinische Reha zur Sicherung von Erwerbsteilhabe, Zusammenfassung der Online-Diskussion im moderierten Forum „Fragen – Meinungen – Antworten zum Rehabilitations- und Teilhaberecht“ (17. September bis 10. Oktober 2018), Beitrag D38-2018 unter www.reha-recht.de; 04.12.2018.

² Die Beiträge der Diskussion sind im Forum „Fragen – Meinungen – Antworten zum Rehabilitations- und Teilhaberecht“ abrufbar unter <https://fma.reha-recht.de/index.php/Board/136-Praevention-und-medizinische-Reha-zur-Sicherung-von-Erwerbsteilhabe>.

Als Diskussionsimpuls wurde zunächst nach Erfahrungen beim **Zugang zu Reha-Maßnahmen** gefragt. Hier nannte Andrea Fabris vom Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter (BSK) insbesondere zwei Punkte: Einerseits Reha-Einrichtungen, die oft nicht auf die Bedürfnisse von Menschen mit körperlichen Behinderungen eingestellt seien, was zu Problemen mit der Reha-Leistung an sich führe. Andererseits Erfahrungen von Verbandsmitgliedern, dass eine medizinische Reha, obwohl vom Arzt angestoßen, vom zuständigen Kostenträger erst einmal abgelehnt worden sei.

„Erst im Widerspruchsverfahren wird die medizinische Reha-Maßnahme dann genehmigt. Damit geht viel Zeit ins Land, die teilweise zu einer weiteren Verschlechterung des Zustandes des Rehabedürftigen führt.“ (A. Fabris)

Wie Regelungen des „Gesetzes zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben („Flexirentengesetz“)“ vom 8. Dezember 2016³ in der Praxis realisiert werden, war eine Impulsfrage, auf die vor allem Vertreter der Träger antworteten. Der neue **§ 14 SGB VI Leistungen zur Prävention** macht aus einer Ermessens- eine Pflichtleistung der Rentenversicherung. Prävention könne als medizinische Leistung zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit beantragt werden, wenn erste gesundheitliche Beeinträchtigungen vorliegen, die die ausgeübte Beschäftigung gefährden.⁴ Sie gliedere sich grundsätzlich in eine Initialphase, eine Trainingsphase und schließlich die Eigeninitiativphase. Für detailliertere Informationen wurde auf die Internetseiten der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV) verwiesen.⁵ Gesetzlich vorgesehen ist außerdem die Erprobung eines freiwilligen, individuellen, berufsbezogenen Gesundheits-Checks für Versicherte ab 45 Jahren (**„Ü45-Check“**) nach § 14 Absatz 3 SGB VI. Hierzu erläuterte Dr. Rolf Buschmann-Steinhage (DRV), dass unterschiedliche Zugangswege erprobt werden sollen wie u. a. Hausärzte oder Fachärzte, Werks- und Betriebsärzte, Anschreiben der Versicherten sowie im Rahmen der Renteninformation. Die Modellprojekte würden im Jahr 2019⁶ beginnen und insgesamt evaluiert, um zu entscheiden, welche Form verstetigt werden soll. Dr. Thomas Stähler von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), unterstrich, dass es gelte, den Präventionsbedarf in einem frühestmöglichen Stadium zu identifizieren.

³ Veröffentlicht im Bundesgesetzblatt 2838, Jahrgang 2016, Teil I, Nr. 59, 13.12.2016.

⁴ Vgl. „Gemeinsame Richtlinie der Träger der Rentenversicherung nach § 14 Absatz 2 SGB VI über medizinische Leistungen für Versicherte, die erste gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen, die die ausgeübte Beschäftigung gefährden (Präventionsrichtlinie)“, in Kraft getreten am 01.07.2018, im Bundesanzeiger veröffentlicht am 26.10.2018.

⁵ Für weitere Informationen zu den Präventionsleistungen der Rentenversicherung nach § 14 SGB VI siehe: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Navigation/2_Rente_Reha/02_Rehabilitation/03_praevention_nachsorge_selbsthilfe/praevention_gesundheitsfoerderung_node.html; das „Rahmenkonzept zur Umsetzung der medizinischen Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung“, Stand: 01.01.2018, ist abrufbar unter: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/konzepte_systemfragen/konzepte/rahmenkonzept_Med_Leistungen_Praevention.html.

⁶ Siehe beispielhaft den kostenlosen Gesundheits-Check für Pflegekräfte über 45 Jahre in der Region Karlsruhe, unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Bund/de/Inhalt/0_Home/meldungen/2018_06_11_gesundheitscheck_pflegekraefte_45.html

Dies gelänge, indem Rehabilitationsträger die Fortentwicklung, Verbreitung und Nutzung bestehender Instrumente und Frühwarnsysteme unterstützen⁷. Eine andere Rehabilitationsleistung der Rentenversicherung sind die **Leistungen zur Nachsorge nach § 17 SGB VI**. Sie werden erbracht, wenn sie erforderlich sind, um den Erfolg einer vorangegangenen Leistung zur Teilhabe zu sichern. Sie beginnen daher im Anschluss an die vorangegangene Maßnahme und können zeitlich begrenzt werden. Die Nachsorge durch die Rentenversicherung sei im Kern nicht neu⁸, erklärte Dr. Buschmann-Steinhage und wies auf das aktualisierte Rahmenkonzept der DRV zur Reha-Nachsorge sowie auf Fachkonzepte zu einzelnen Nachsorgeleistungen und den „Nachsorge-Finder“ für wohnortnahe Nachsorgeangebote hin.⁹ Dr. Stähler ergänzte, dass Nachhaltigkeit ein bedeutender Erfolgsfaktor für Leistungen der Rehabilitation und Teilhabe sei und wies auf gemeinsame Strategieansätze der BAR und ihrer Mitglieder zur Stärkung der Nachhaltigkeit im Reha-Prozess hin¹⁰, die auf eine dauerhafte Teilhabe am Alltags- und Erwerbsleben zielten.

Noch nicht angesprochen wurde hier ein Auftrag aus dem Bundesteilhabegesetz zur Stärkung der Rehabilitation und Erwerbsfähigkeit von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen: Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung sowie die Jobcenter im Sinne von § 6d SGB II können neue Ansätze der Prävention und Rehabilitation in innovativen Modellvorhaben nach § 11 SGB IX erproben. Dazu hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales das Bundesprogramm „rehapro“ eingerichtet.¹¹ Förderfähige Projekte sollen Innovationspotenzial sowie einen Erkenntnisgewinn bieten und die Möglichkeit der Verstetigung als gesetzliche Regelleistung. Bei den Methoden und Ansätzen können auch kooperative Elemente eine große Rolle spielen, z.B. Projektpartner wie betriebliche Akteure oder die Einbeziehung von Organisationen der Selbsthilfe.

Wie erfolgreich und wirksam das **Konzept „Prävention vor Reha vor Rente“** ist bzw. wie der Erfolg gemessen werden kann, war ein weiterer Diskussionsschwerpunkt.

⁷ Siehe Gemeinsame Empfehlung "Prävention nach § 3 SGB IX" der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), in Kraft getreten am 01.01.2018, abrufbar unter <https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/gemeinsame-empfehlungen/downloads/P027785-1.pdf>.

⁸ Leistungen zur Prävention waren vor dem Flexirentengesetz unter § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI geregelt, Leistungen zur Nachsorge unter § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI.

⁹ „Rahmenkonzept zur Reha-Nachsorge der Deutschen Rentenversicherung“, Fassung vom 02.01.2018, abrufbar unter www.reha-Nachsorge-drv.de; siehe dort auch Fachkonzepte. Der Nachsorgefinder ist unter www.nachderreha.de abrufbar.

¹⁰ Vgl. BAR 2016: „Nachhaltigkeit von Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe, Handlungsempfehlungen“ abrufbar unter <https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/downloads/HENachhaltigkeit20161011.web.pdf>; vgl. auch die zum 01.07.2018 in Kraft getretene „Gemeinsame Richtlinie der Träger der Rentenversicherung nach § 17 Absatz 2 Satz 1 SGB VI für Leistungen zur Nachsorge“, veröffentlicht im Bundesanzeiger am 31.08.2018.

¹¹ Dieses Thema konnte in der Diskussion nicht vertieft werden. Bisher liegen nur Informationen über die Anzahl von 140 eingereichten Projektskizzen vor. Die Förderrichtlinie und der erste Förderaufruf sind auf der Webseite der Fachstelle rehapro abrufbar: <https://www.modellvorhaben-rehapro.de>.

„Zum einen ist das Konzept erfolgreich, wenn es uns gelungen ist, flächendeckend und für möglichst viele Menschen Präventions- und Reha-Leistungen anzubieten, wenn sie diese brauchen. Vor allem bei Präventionsleistungen müssen wir noch einiges tun, damit diese Leistungen selbstverständlicher Bestandteil unserer Gesundheitsversorgung werden und überall zur Verfügung stehen. Zum zweiten ist es für das Konzept dann ein Erfolg, wenn wir mit Prävention den Eintritt und den Verlauf chronischer Erkrankungen individuell und auch für die Gesamtheit von Patienten positiv beeinflussen können.“ (Chr. Lawall)

Hier wurden die regelmäßigen Rehaberichte herangezogen, die u. a. analysiert hätten, ob die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in den beiden Jahren nach der Rehabilitation erwerbsfähig blieben (dies trifft auf rund 84 Prozent der Rehabilitanden zu¹²). Entscheidend sei, wie frühzeitig bzw. rechtzeitig die Maßnahmen stattfänden und wie gut es Rehabilitanden gelänge, das Gelernte in ihrem weiteren Leben einzusetzen.

„[...] was jedenfalls die medizinische Rehabilitation betrifft, kann man mithin sagen, dass der wichtigste Teil der Reha zu Hause bzw. im Alltag des Menschen stattfindet. Für präventives im Sinne Gesundheitsrisiken vermeidendes Verhalten gilt dies selbstverständlich in gleicher Weise.“ (Th. Stähler)

Bezüglich einer **Wirksamkeitsklärung** aus Forschersicht wertete Prof. Dr. Wilfried Mau die Unterscheidung zwischen Zielgrößen in unmittelbarem (zeitlichem/kausalem) Zusammenhang mit einer Maßnahme (wie das Wissen nach einer Schulung) und Zielen nach längerem Verlauf und/oder mit komplexen Einflüssen wie z. B. die Rückkehr an den Arbeitsplatz (Return-to-Work) als sinnvoll.¹³ Als ein aktuelles konkretes Beispiel wurde in der Diskussion eine Forschungsarbeit des Instituts für rehabilitationsmedizinische Forschung (IFR) genannt, die nachweise, dass direkte und indirekte Krankheitskosten bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen nach einer medizinischen Reha deutlich niedriger seien als bei Patienten ohne medizinische Reha.¹⁴

Aus der Praxis wurden Erfahrungen mit der IRENA-Nachsorge¹⁵ geäußert. Der Einstieg in eine Nachsorgegruppe stehe häufig nicht direkt nach Abschluss der medizinischen

¹² Vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund: Rehabericht 2018, Fakten im Überblick, 6, abrufbar unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/6_Wir_ueber_uns/03_fakten_und_zahlen/03_statistiken/02_statistikpublikationen/02_rehabericht_2018.html.

¹³ Weitere Hinweise geben wissenschaftliche Fachgesellschaften bzw. Vereinigungen wie z. B. die Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e. V. unter www.dgrw-online.de oder das Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V. unter www.ebm-netzwerk.de.

¹⁴ Vgl. Krischak et al. 2018: Nachweis der Wirksamkeit der orthopädischen Rehabilitation chronischer Rückenschmerzen anhand eines neuen Kontrollgruppenvergleichs, Kurzveröffentlichung zur PM, abrufbar unter https://aok-bw-presse.de/fileadmin/mediathek/dokumente/Kurzver%20C3%B6ffentlichung_Wirksamkeit_der_orthop_Rehabilitation.pdf.

¹⁵ IRENA ist ein Nachsorge-Programm der Deutschen Rentenversicherung Bund bei verschiedenen Indikationen, Details siehe unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Bund/de/Navigation/2_Rente_Reha/02_reha/05_fachinformationen/infos_fuer_rehaeinrichtungen/6_nachsorge/irena_node.html.

Reha zur Verfügung, sondern erst Monate später. Dadurch sanken Motivation und Erfolg erheblich. Auch „zu ehrgeizig“ angesetzte Wiedereingliederungspläne der stufenweisen Wiedereingliederung (StW) wurden angesprochen. Betroffene, Betriebe und Ärzte seien häufig überfordert, einen Wiedereingliederungsprozess zu begleiten und gegebenenfalls neu zu justieren. Der Integrationsfachdienst (IFD) könne hier die Begleitung übernehmen, was allerdings eine entsprechende Beantragung voraussetze sowie eine kurzfristige Bewilligung durch die Reha-Träger. Ergänzend wurde auf das Fallmanagement des Reha-Trägers, etwa der Unfallversicherung oder der Rentenversicherung¹⁶, verwiesen.

Weitreichende Konsequenzen für Antragsteller hat die **Rentenantragsfiktion** nach § 116 Abs. 2 SGB VI. Die Regelung verpflichtet die Rentenversicherung dazu, den Antrag auf medizinische Reha oder auf Leistung zur Teilhabe als einen Antrag auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit anzusehen, wenn Versicherte vermindert erwerbsfähig sind und ein Erfolg von Reha- bzw. Teilhabeleistungen nicht zu erwarten ist oder diese nicht erfolgreich gewesen sind. Solche Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit würden im Regelfall auf Zeit und nur im Ausnahmefall unbefristet gewährt.¹⁷ Entscheidend sei die ärztliche Beurteilung. Es wurde empfohlen sich zu informieren, ob durch einen Rentenantrag bzw. Rentenbezug Nachteile entstehen können. Zusätzlich wurde auf das „Gestaltungsrecht“ der Versicherten hingewiesen: Sie könnten bestimmen, dass ihr Reha-Antrag nicht als Rentenantrag gelten soll. Dieses Recht würde eingeschränkt, wenn Antragsteller Krankengeld beziehen und von ihrer Krankenkasse nach § 51 SGB V aufgefordert wurden, einen Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation zu stellen.

„In diesem Fall ist es unbedingt erforderlich, vorher die Zustimmung der Krankenkasse einzuholen. Auch die Arbeitsagentur kann nach § 145 SGB III zu einem Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben auffordern und damit das Gestaltungsrecht einschränken.“¹⁸ (R. Buschmann-Steinhage)

Der Eindruck, dass es häufig auf das persönliche Engagement aller Beteiligten ankommt, wurde in der Diskussion deutlich. So unterstrich Andrea Fabris die Wichtigkeit, alle Möglichkeiten für die Wiedereingliederung auszuschöpfen, „auch die, die mit mehr Arbeit verbunden sind“. Die Wahrnehmung in ihrem Verband sei eher die, dass nur derjenige zu seinem Recht und zur Unterstützung komme, der sich im System auskenne und die Rechte und Leistungen aktiv einfordere. Viele könnten das jedoch nicht leisten. Dies führte schließlich zum Thema einer **guten Beratung**, die von ausschlaggebender Bedeutung sei. Neben der Beratung und Auskunft durch die Rehabilitationsträger (§ 12 SGB IX) und Sozialleistungsträger (§§ 14, 15 SGB I) habe der Gesetzgeber mit

¹⁶ Vgl. Löcherbach: „Fallmanagement in der Rentenversicherung – Vorstellung eines Entwicklungsprojektes und die Bedeutung für die Praxis der Rehabilitation“, Beitrag D14-2018 unter www.reha-recht.de, abrufbar unter <https://www.reha-recht.de/fachbeitraege/beitrag/artikel/beitrag-d14-2018>.

¹⁷ Vgl. § 102 Abs. 2 SGB VI.

¹⁸ Für Details zum Gestaltungsrecht siehe Gemeinsame Rechtliche Anweisungen (GRA) der DRV unter http://rvrecht.deutsche-rentenversicherung.de/Raa/Raa.do?f=SGB6_116R4.4.

der Ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung (EUTB) nach § 32 SGB IX ein bewusst niedrighschwelliges neues Beratungsangebot vorgesehen, das im gesamten Reha- bzw. Teilhabeprozess in Anspruch genommen werden könne, merkte Dr. Stähler an. Maßgebend für den Erfolg von EUTB und neuer Ansprechstellen¹⁹ werde das Zusammenwirken aller beteiligten Akteure sein.

Ihre Meinung zu diesem Fachbeitrag ist von großem Interesse für uns.
Wir freuen uns auf Ihren Kommentar auf www.reha-recht.de.

¹⁹ Leistungsträger benennen nach § 12 SGB IX Ansprechstellen, die Informationsangebote zur frühzeitigen Erkennung des Rehabilitationsbedarfs vermitteln und dabei mit den anderen Leistungsträgern zusammenarbeiten.