

Handlungsempfehlungen aus dem Projekt „RehalInnovativen – Impulse zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation“

Dr. Jean-Jacques Glaesener, Prof. Dr. Matthias Morfeld, Dr. Matthias Schmidt-Ohlemann

Die vorliegenden Handlungsempfehlungen wurden 2020 im Kontext der Initiative RehalInnovativen erarbeitet, die das Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Juni 2015 auf den Weg gebracht hat. Ziel der Initiative war es, Optionen für eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation zu erarbeiten und diese zukunftsfähig zu gestalten. Während des mehrjährigen Prozesses wurden Problemlagen und Lösungsansätze in themenübergreifenden Arbeitsgruppen diskutiert und in einem Werkstattbericht unter dem Titel „RehalInnovativen – Impulse für die Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation“ zusammengefasst.¹ Die Handlungsempfehlungen basieren auf dem Bericht und sind nur im Zusammenhang mit diesem zu verstehen. Sie geben Anregungen für eine zukunftsorientierte Ausgestaltung der medizinischen Rehabilitation durch Leistungsträger, Leistungserbringer, Fachverbände, Betroffenenverbände und Politik.

I. Zugang zur Rehabilitation verbessern

1. Das bestehende Antragsverfahren sollte mit Hilfe der mittlerweile existierenden digitalen Möglichkeiten so weiterentwickelt werden, dass die strukturierte Bearbeitung der Anträge auch unter Nutzung der existierenden Praxis-IT erfolgen kann. Damit könnte der Bearbeitungsaufwand für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte reduziert und die Bereitschaft zur Antragstellung verbessert werden. Darüber hinaus können die digitale Antragstellung sowie die nachfolgende Bearbeitung des Antrags zur strukturierten Rückmeldung an die behandelnden Ärztinnen und Ärzte genutzt werden, insbesondere zur Anforderung weiterer Informationen, für die Übersendung der Gutachten des Medizinischen Dienstes und ggf. zur Übermittlung des Bescheides. Das würde auch die Transparenz der Leistungsentscheidung erhöhen. In die Praxis-IT können unterstützende Informationen und Erläuterungen zur medizinischen Rehabilitation als zusätzlicher Beitrag zur Qualitätssicherung integriert werden. Über Spracheingabe bzw. -ausgabe und optische Aufbereitung kann das Antragsverfahren barrierefrei durchgeführt werden.
2. Die gesetzlich vorhandene Möglichkeit des **Patientenantrags** soll die Patientensouveränität stärken und dem Reha-Träger die Möglichkeit eröffnen, eine Bedarfsermittlung und Teilhabeplanung einzuleiten, insbesondere bei erkennbar multiplen Leistungsbedarfen. Die Nutzung des Patientenantrags sollte gestärkt werden, indem Patientinnen und Patienten die Möglichkeit erhalten, selbst einen elektronischen, ersatzweise auch schriftlichen, Reha-Antrag mit Informationen zum Reha-Bedarf im Sinne einer Selbstauskunft zu stellen, ggf. über ein zu schaffendes Portal.
3. Eine elektronisch unterstützte Antragstellung kann auch zur Vollständigkeit der Angaben bei der Antragstellung beitragen. Der Reha-Träger hat in **Anwendung des Amtsermitt-**

¹ RehalInnovativen (2020) Werkstattbericht „Impulse für die Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation“, abrufbar unter https://www.einfach-teilhabe.de/DE/AS/Themen/Rehabilitation/RehalInnovativen/rehalinnovativen_node.html, zuletzt abgerufen am 04.01.2022.

lungsgrundsatzes im Sinne der Verpflichtung nach § 13 SGB IX eine umfassende und funktionsbezogene Bedarfsermittlung vorzunehmen. Sind Angaben unvollständig und im Hinblick auf die Begründung einer Reha-leistung unzureichend, hat der zuständige Träger nach § 16 Absatz 3 SGB I entsprechende Unterlagen nachzufordern und weitere Schritte der Bedarfsermittlung zu veranlassen, z. B. durch Beiziehung weiterer Unterlagen. Die Praxis hat gezeigt, dass dies immer wieder zu Verzögerungen führt. Durch eine elektronisch unterstützte Antragstellung können die beklagten Mängel bei der Qualität der Anträge ausgeglichen, Widersprüche vermieden und die Gründe für eine ggf. erfolgende Ablehnung transparent werden.

II. Übergänge in die Rehabilitation und aus der Rehabilitation optimieren

1. Die rehamedizinische Kompetenz in Akutkrankenhäusern kann z. B. durch die Einführung der Funktion eines ärztlichen Reha-Beauftragten (ähnlich dem Hygiene-Beauftragten, dem Strahlen-Beauftragten, Transfusions-Beauftragten usw.) gestärkt werden, der mit einer spezifisch zu erwerbenden Qualifikation die Belange der Rehabilitation im Krankenhaus vertritt und u. a. zur Bedarfsklärung hinzugezogen werden kann.
2. Innerhalb der Akutkrankenhäuser ist überdies dafür Sorge zu tragen, dass durch gesicherte Struktur- und Prozessstandards die frühzeitige Erkennung von Reha-Bedarfen zuverlässig und systematisch erfolgt. Voraussetzung ist u. a. ein Ausbau der Krankenhaussozialdienste bzw. eines entsprechenden Fallmanagements (z. B. auch durch spezialisierte Pflegefachkräfte) und eine Ergänzung des Entlassmanagements (einschließlich digitaler Entlassungs-/Verlegungsberichte, telemedizinischer Vernetzung mit den Reha-Einrichtungen).
3. Aufbauend auf dem „Rahmenvertrag Entlassmanagement – Reha“ sollten in der Reha-Einrichtung auf Basis der Bedarfsfeststellung des leistenden Reha-Trägers eine weitergehende Bedarfsermittlung und Teilhabeplanung veranlasst werden, sofern sich ein entsprechender Bedarf gezeigt hat. Ggf. ist die Teilhabeplanung, die in der Verantwortung des leistenden Reha-Trägers liegt, mit den Ergebnissen des Leistungserbringers sowie mit seiner Beteiligung zu ergänzen und zu vervollständigen. Es sollte sich dabei um ein verpflichtendes, individualisiertes und lösungsorientiertes Beratungsangebot für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit schweren Teilhabebeeinträchtigungen handeln. Dabei sollte insbesondere der Bedarf an weitergehenden Rehabilitationsangeboten (ambulant und mobil) und an Nachsorgeangeboten einschließlich Rehabilitationssport und Funktionstraining geprüft werden. Das Beratungsangebot sollte im Bedarfsfall auch die Hilfsmittelversorgung umfassen.
4. Um die Erwerbstätigkeit langfristig zu sichern, soll sich die Beratung auch auf die individuell zu erschließenden Möglichkeiten der Erhaltung des Arbeitsplatzes (z. B. durch ein betriebliches Eingliederungsmanagement) sowie auf mögliche Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erstrecken. Ggf. müssen auch Hilfen für die barrierefreie Gestaltung des Wohnumfeldes angeboten werden. Wichtig kann auch die Vermittlung von Kontakten zu spezifischen Selbsthilfegruppen sein. Dazu ist u. a. ein Ausbau der Sozialdienste in den Rehabilitations-Einrichtungen erforderlich.

5. Durch die Rehaeinrichtung ist der **Bedarf an einem Fallmanagement** (s. Nr. V.4.) zu klären und dieses in Kooperation mit dem Sozialleistungsträger vorzubereiten. Dabei sollte bereits in der Rehaeinrichtung die Inanspruchnahme der Integrationsfachdienste, der Ansprechstellen der Reha-Träger oder andere Integrationsdienste sowie Organisationen der Selbsthilfe angebahnt werden.

III. Rehabilitationsangebote weiterentwickeln

1. Für einige Personengruppen sind die vorhandenen Angebote der medizinischen Rehabilitation und rehabilitativen Weiterversorgung nicht hinreichend bedarfsdeckend, so dass hier die Notwendigkeit einer Weiterentwicklung von zielgruppenspezifischen Angeboten besteht. Dies gilt insbesondere für folgende Personengruppen und betrifft vorwiegend die postakute oder die ggf. längerfristige Versorgung bei hohem, spezifischem oder komplexen Pflege- und Behandlungsbedarf:
 - Amputierte Patientinnen und Patienten;
 - Patientinnen und Patienten nach Polytrauma und nach längerer intensivmedizinischer Behandlung mit noch vorhandenem hohem Pflege- und Behandlungsbedarf;
 - Patientinnen und Patienten mit hohem Pflegebedarf, ggf. auch im Rahmen einer schweren Behinderung, ggf. auch vorbestehend, die die Kriterien für eine reguläre Rehabilitation (s. Ausschlusskriterien) (noch) nicht erfüllen;
 - Patientinnen und Patienten mit erworbenen Hirnschädigungen, insbesondere mit persistierenden neuropsychologischen Beeinträchtigungen;
 - Menschen mit schweren psychischen oder Abhängigkeitserkrankungen;
 - Menschen mit ausgeprägter psychiatrischer Comorbidität einschließlich Sucht;
 - Patientinnen und Patienten mit ausgeprägter Multimorbidität oder spezifischer Comorbidität;
 - Menschen mit Querschnittlähmung;
 - Geriatrische Patientinnen und Patienten;
 - Schwer betroffene, insbesondere jüngere Patientinnen und Patienten aller Fachgebiete mit Bedarf an kontinuierlicher Überwachung bzw. Monitoring oder maschineller Unterstützung (Beatmung): Intensivmedizinische Rehabilitation;
 - Corona-Erkrankte mit mittel- und langfristigen Folgen: Indikations- und fachübergreifende Rehabilitationsangebote;
 - Menschen mit Migrationshintergrund, die kultursensible und kommunikationsermöglichende (Dolmetscher) Angebote benötigen.

Das Angebot an Einrichtungen der fachübergreifenden Frührehabilitation als Krankenhausleistung sollte flächendeckend ausgebaut werden. Zugangsbarrieren für Menschen mit körperlichen Behinderungen, Sinnesbeeinträchtigte sowie für Menschen in prekären Lebenslagen sind abzubauen. Zur Konkretisierung der Bedarfe wird auf den Werkstattbericht verwiesen.

2. Das Angebot an ambulanter Rehabilitation sollte weiter ausgebaut werden. Die Initiativen z. B. der Deutschen Rentenversicherung zum Ausbau ambulanter Angebote für Kinder und Jugendliche sind nachhaltig zu unterstützen. Auch tagesklinische Angebote mit rehabilitativer Zielsetzung sind zielgruppenspezifisch auszubauen. Der Schließung ambulanter Rehasentren, die mit Finanzierungsproblemen begründet wird, ist entgegenzuwirken.
3. Das Angebot an zugehender, insbesondere an Mobiler Rehabilitation nach § 40 Abs. 1 SGB V, auch in Pflegeeinrichtungen, sollte im Sinne eines flächendeckenden Ausbaus gestärkt werden. Dazu ist eine gezielte Förderung des Ausbaus von Angeboten der Mobilen Rehabilitation sowohl in Ballungsgebieten als auch im ländlichen Raum anzustreben. Der Versorgungsauftrag der Mobilen Rehabilitation betrifft eine Gruppe behinderter und pflegebedürftiger Patientinnen und Patienten mit meist schwerer körperlicher, geistiger und seelischer Betroffenheit, für die eine aufsuchende Rehabilitation, d. h. eine Rehabilitation in ihrem häuslichen Umfeld einschließlich in Pflegeheimen in Frage kommt. Mobile Rehabilitation ist ein unverzichtbarer Bestandteil der gesundheitlichen Vorsorge und ist insbesondere für Patientinnen und Patienten notwendig, bei denen adaptive und kompensatorische Rehabilitationsstrategien im Vordergrund stehen.

Der Ausbau ambulanter/tagesklinischer/mobiler rehabilitativer Angebote im aufnehmenden Sozialraum ist auch deshalb notwendig, damit Rehabilitation individualisiert und flexibilisiert (vgl. IV.) und eine rehabilitative nachsorgende Betreuung im Sozialraum (vgl. V.) sichergestellt werden kann, gerade auch im Anschluss an eine stationäre Rehabilitationsleistung.

IV. Rehabilitation individualisieren

1. Ausgangspunkt einer Individualisierung sollte der spätestens zu Beginn der Reha-Leistung individuell und personenbezogen ermittelte Bedarf sein. Eine wesentliche Voraussetzung für eine Individualisierung ist zunächst, dass die benötigten Reha-Formen (Frührehabilitation, Intensiv medizinische Rehabilitation, stationär, ambulant, mobil, wohnortnah, wohnortfern) bedarfsdeckend zur Verfügung stehen (vgl. III.). Auch Mischformen sollten individuell ermöglicht werden, v. a. eine Kombination mit zugehenden Leistungen. Ferner ist ein ausreichendes Angebot an zielgruppenspezifischen Reha-Leistungen erforderlich (vgl. III.). Die Individualisierung und Flexibilisierung sollte sich sowohl auf die Form, die Zeitdauer und die Intensität als auch auf die Schwerpunkte der Rehabilitation beziehen.
2. Zu Beginn der Rehabilitationsleistung sind das Verhältnis von Standard- und individualisiertem Programm sowie die Schwerpunkte nach dem individuellen Bedarf zu bestimmen. Dazu sind entsprechende Ressourcen erforderlich, u. a. ein in das Assessment und die weitere Therapieplanung eingebundenes interdisziplinäres Team, das auch umfangreichen und differenzierten individuellen Bedarfen Rechnung tragen kann. Individualisierung erscheint insbesondere für Personen erforderlich, die voraussichtlich langfristige und relevante Beeinträchtigungen der Teilhabe oder spezifische Krankheitskonstellationen aufweisen.

3. Ein Qualitätssiegel „Individualisierte Rehabilitation“ könnte helfen, Einrichtungen zu identifizieren, die eine individualisierte Rehabilitation für besondere Personengruppen durchführen. Dadurch könnte auch die Zuweisung spezifischer Entgelte anhand definierter Qualitätskriterien adäquat gestaltet und die Effektivität gesteigert werden. Zumindest sollten die Rehaeinrichtungen verpflichtend ihr Angebot für Personen mit besonderen Bedarfen in den Verzeichnissen der Rehaeinrichtungen darstellen und so die Ausübung des Wunsch- und Wahlrechtes gezielt unterstützen. Dies ist bei den gesetzlich vorgesehenen Änderungen nach § 15 SGB VI zu berücksichtigen.
4. Die umfassende Bedarfsermittlung ist gesetzlich vorgeschrieben. Sie kann jedoch nicht in jedem Falle vor einer Leistung der medizinischen Rehabilitation in allen Einzelheiten durchgeführt werden. Ist dies der Fall, sollte zu Beginn und während der medizinischen Reha-Leistung der Bedarf an Teilhabeleistungen weitergehend und systematisch durch das Reha-Team ermittelt werden. Im Nachgang ist vom leistenden Reha-Träger – auf Basis der weiteren Ermittlungen der Rehabilitationsklinik – eine weitere Bedarfsermittlung und -feststellung vorzunehmen.
5. In bzgl. der Indikation unklaren Fällen, z. B. bei Multimorbidität, sollen die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte die Möglichkeit haben, den Bedarf durch reha-kompetente Expertinnen und Experten abklären zu lassen, insbesondere in Fällen, bei denen längerfristig relevante oder komplexe Teilhabebeeinträchtigungen zu erwarten sind oder ggf. mehrere Reha-Träger zuständig sein können. Ziel sollte sein, die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zu identifizieren, die umfangreiche bzw. besonders komplexe Teilhabebedarfe aufweisen. Dazu sollten neben den spezialisierten Vertragsfachärztinnen und Vertragsfachärzten, z. B. für Physikalische und Rehabilitative Medizin, Reha-Expertinnen und -Experten im Sozialraum zur Verfügung stehen. Hier sollte ärztliche bzw. Teamkompetenz aus Reha-Einrichtungen oder -diensten, sozialpädiatrischen Zentren, Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung, Psychiatrischen Institutsambulanzen oder in besonderen Fällen auch ein Reha-Kompetenz-Zentrum (vgl. 6.) in Anspruch genommen werden können. So kann gewährleistet werden, dass ggf. auch andere Reha-Träger rechtzeitig in den Reha-Prozess einbezogen werden und auf diese Weise eine effektive „Fallsteuerung“ gelingen kann.
6. Die Ermittlung von Bedarfen zur Förderung der Teilhabe gestaltet sich bei komplexen Problemlagen oft schwierig, insbesondere im Hinblick auf die Allokationsentscheidung sowie die Reha-Planung. Durch modellhaftes Etablieren von besonderen Reha-Kompetenz-Zentren könnte die Reha-Expertise durch die Bereitstellung von Reha-Expertinnen und -Experten und ein breit gefächertes interdisziplinäres Reha-Team gestärkt werden. Dieses Angebot könnte in besonderen Fällen ein umfangreiches Assessment und eine besondere Expertise in Hinblick auf eine hoch komplexe Weiterversorgung und auch bei der Entscheidung über die Versorgung mit Hilfsmitteln sicherstellen und würde damit über die unter 5. genannten Möglichkeiten hinausreichen.

V. Regionale Netzwerke aufbauen, Nachsorge verbessern und nachhaltige Teilhabe sichern

1. Zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten, d. h. verfügbaren und erreichbaren Angebotsstruktur und zur Gewährleistung eines möglichst nahtlosen Ineinandergreifens von Reha-Leistungen und anderen Angeboten der Zivilgesellschaft zur Förderung von Teilhabe und Inklusion sollten regionale Netzwerke durch die Rehabilitationsträger und deren Verbände, Leistungserbringer, Selbsthilfegruppen und andere Akteurinnen und Akteure im Sozialraum gebildet werden. Regionale Netzwerke können krankheits-übergreifend oder krankheits-/behinderungsbezogen gestaltet werden, z. B. als Neuro-netzwerk, als Sozial- bzw. Gemeindepsychiatrie, als Amputationsnetzwerk, als Netzwerk Abhängigkeit usw. Sie dienen der gegenseitigen Information, Kooperation und Koordination. Für diese sozialraumbezogenen Aufgaben müssen auch finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt werden. Anzustreben ist eine umfassende, bedarfsgerechte Infrastruktur von Diensten und Einrichtungen mit qualifizierten Leistungserbringern, welche die Leistungen zur Rehabilitation zuverlässig, finanziell abgesichert und mit der nötigen Expertise und Qualität erbringen (vgl. § 36 SGB IX). Ein barrierefreies Informationsmanagement für Leistungsberechtigte und die Dienste und Einrichtungen, die sich im Sozialraum an der Förderung der Teilhabe beteiligen, sollte durch die Netzwerke sichergestellt werden.
2. Im Sozialraum ist eine flächendeckende Verfügbarkeit von ärztlichen Reha-Expertinnen und -Experten notwendig. Dies können im vertragsärztlichen Bereich (z. B. Fachärztinnen und Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin), in den Akutkrankenhäusern „Reha-Beauftragte“ (vgl. II.1.), Liaison-Dienste aus Rehaeinrichtungen für Akutkliniken oder vertragsärztlich ermächtigte Rehaeinrichtungen sowie andere geeignete Anbieter, z. B. Medizinische Zentren für erwachsene Behinderte, Sozialpädiatrische Zentren, Psychiatrische Institutsambulanz im aufnehmenden Sozialraum sein.
3. Reha-Einrichtungen und Dienste der Rehabilitation sollten für die vertragsärztliche Versorgung der Region vermehrt genutzt werden können. Das bringt rehabilitative Kompetenz in die Region.
4. Im Sozialraum ist ein Ausbau des Fall- oder Casemanagement für Patientinnen und Patienten erforderlich, die längerfristige relevante Teilhabebeeinträchtigungen und deshalb einen Bedarf an Teilhabeleistungen oder anderen Unterstützungen aufweisen und die mit der Bewältigung ihrer Teilhabebeeinträchtigungen allein überfordert sind. Dabei sollte das Fallmanagement nicht nur als Verwaltungsleistung der Reha-Träger, sondern bei Bedarf auch als Leistungsangebot im Sozialraum zur Verfügung stehen. Das Fallmanagement sollte ggf. den gesamten Reha-Prozess begleiten und insbesondere in der Phase der (Wieder-)Eingliederung unterstützen. Dafür sind ggf. spezielle Kompetenzen erforderlich, z. B. für Menschen mit psychischen Erkrankungen, schweren körperlichen Behinderungen oder neuropsychologischen Beeinträchtigungen.
5. Das Konzept der Nachsorge ist weiter zu fassen als bisher, da Nachsorge meist als Leistung konzeptionell die gesamte Weiterversorgung umfasst. Dazu könnte es sinnvoll sein, eine allgemeine Phase E analog der neurologischen Rehabilitation zu konzipieren.

Der aufnehmende Sozialraum soll in die Lage versetzt werden, zuverlässig und umfassend Unterstützung der Teilhabe bereitzustellen. Damit sind nicht nur Nachsorgeleistungen wie z. B. Intensivierte Rehabilitationsnachsorge, Rehasport und Funktionstraining gemeint, sondern auch Teilhabeförderungen im Rahmen der medizinischen Versorgung, der beruflichen und sozialen Teilhabe. Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und Therapeutinnen und Therapeuten können durch entsprechende Informationen (Apps) dabei unterstützt werden.

VI. Aus-, Fort- und Weiterbildung zum Thema Rehabilitation verbessern

In der **Aus- Fort- und Weiterbildung aller Akteurinnen und Akteure** mit Bedeutung für die Rehabilitation sind verstärkt Kenntnisse zur Rehabilitation zu vermitteln, auch im Sinne der §§ 33 ff SGB IX. Dies schließt insbesondere Kompetenzen ein, das biopsychosoziale Modell und die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) im jeweiligen Arbeitsfeld anwenden, Beeinträchtigungen der Teilhabe als solche erkennen und mögliche Unterstützungsbedarfe identifizieren zu können. Ferner sollten Kenntnisse über Zuständigkeiten und Kooperationspartner insbesondere in den Sozialräumen vermittelt werden.

Die Einrichtung und der Ausbau von **Lehrstühlen für Rehabilitation** an den Hochschulen und den medizinischen Fakultäten einschließlich klinischer Verankerung, z. B. durch bettenführende Abteilungen, sind notwendig, um nicht nur die Lehre, sondern auch die Forschung im Bereich der Rehabilitation sicherzustellen.

Autoren

Dr. Jean-Jacques Glaesener

Deutsche Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin (DGPRM)
Tzschimmerstr. 30
01309 Dresden
E-Mail: j.glaesener@buk-hamburg.de

Prof. Dr. Matthias Morfeld

University of Applied Sciences Magdeburg und Stendal
Osterburger Str. 25
Stendal 39576

Dr. med. Matthias Schmidt-Ohlemann

Facharzt für Orthopädie, Rheumatologie,
Facharzt für physikalische und rehabilitative Medizin.
Landesarzt für Körperbehinderte in Rheinland-Pfalz
Pestalozzistr. 5
55543 Bad Kreuznach