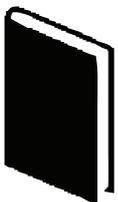


# Bedarfsorientierung und Flexibilisierung in der Rehabilitation

Ruth Deck, Nathalie Glaser-Möller (Hg.)



Jacobs Verlag

# INHALT

## **Einführung**

Vorwort ..... 7

*Ruth Deck und Nathalie Glaser-Möller*

Bedarfsorientierung und Flexibilisierung in der Rehabilitation

Einführung in den Band ..... 9

*Ingrid Künzler und Nathalie Glaser-Möller*

Bedarfsorientierung und Flexibilisierung in der Rehabilitation

Einführung in das Thema I..... 13

*Jörg Schudmann*

Bedarfsorientierung und Flexibilisierung in der Rehabilitation

Einführung in das Thema II ..... 19

*Sabine Bossert*

Reha-Bedarf und Priorisierung: zu den Potenzialen von Priorisierungsleitlinien nach schwedischem Vorbild..... 23

*Matthias Bethge*

Mehr Nutzen durch Flexibilisierung und Bedarfsorientierung? ..... 43

## **Flexibilisierung in der medizinischen Rehabilitation**

*Eike Hoberg*

Flexibilisierung und Qualitätssicherung - passt das zusammen?..... 51

*Betje Schwarz*

Problemlagen in der orthopädischen Rehabilitation: Hinweise für ein bedarfsorientiertes Zuweisungs- und Behandlungsmanagement..... 59

*Oliver Razum und Patrick Brzoska*

Migration und Rehabilitation ..... 71

## **Flexibilisierung in der Versorgungskette**

*Anna Levke Brütt, Julia Magaard, Jasmin Niedrich und Holger Schulz*

Behandlungskonzepte auf der Basis individueller Risiken..... 83

*Marco Streibelt und Wolfgang Bürger*

Wer profitiert von der Stufenweisen Wiedereingliederung?

Ergebnisse einer kontrollierten Kohortenuntersuchung..... 93

*Pierre Noster und Jörg Barlsen*

Das Integrationsnetzwerk Niedersachsen der Berufsförderungswerke Bad

Pyrmont, Goslar und Weser-Ems..... 113

## **Zusammenfassung und Ausblick**

*Nathalie Glaser-Möller und Ruth Deck*

Zusammenfassung und Ausblick ..... 123

Die Autoren ..... 131

## Vorwort

Die medizinische Rehabilitation ist eine komplexe Intervention mit einem multimodalen, interdisziplinären Behandlungsangebot. Die Feststellung des Bedarfs für eine solche Intervention ist nicht trivial. Die wichtigsten „Entscheider“ über einen Reha-Bedarf sind niedergelassene Ärzte und Krankenhausärzte sowie Leistungsträger der medizinischen Rehabilitation. Ersterer verfügen häufig über ein begrenztes Wissen über die Reha, letztere entscheiden in der Regel nach Aktenlage.

Aufgrund dieser Konstellationen ist es naheliegend, dass nicht immer die „richtigen“ Patienten im Sinne der Erforderlichkeit und des zu erwartenden Erfolgs der Rehabilitation erkannt werden. Verschiedene Studien zeigen, dass sich in der Reha ganz unterschiedliche Problemprofile finden, die von leichten Störungen bis hin zu starken körperlichen und psychischen Belastungen reichen.

Welche Konsequenzen sollen nun aber jeweils aus diesen Befunden abgeleitet werden? Denkbar wäre eine gestufte Versorgungsform, bei der die „leichteren“ Fälle mit wenig komplexen Störungen einer Reha-Form zugewiesen werden, die lediglich singuläre Ziele verfolgt, Fälle mit schweren und komplexen Problemlagen einer multidisziplinär multimodalen Reha-Form. Ähnliche Fragen stellen sich für die Zeit nach der Reha. Wie und mit welcher Intensität soll die Nachsorge bei individuellen Problemlagen gestaltet werden?

Namhafte Experten aus der Bundesrepublik haben sich auf dem 8. Reha-Symposium des *vffr* mit diesen Fragen und möglichen Lösungen auseinandergesetzt. Die Tagung gab uns Gelegenheit, Reha-Bedarf zu reflektieren und uns mit Möglichkeiten der Flexibilisierung auseinanderzusetzen.

Der aktuelle Band enthält die Beiträge des Symposiums und richtet sich an alle wissenschaftlich interessierten Reha- und Akutkliniker, Mitarbeiter von Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation, Kostenträger, Gesundheitsbehörden, Betriebs- und niedergelassene Ärzte.

Wir bedanken uns bei den Förderern und den Mitgliedern des *vffr* sowie insbesondere bei allen Referenten, die nicht nur unserer Einladung gefolgt sind, sondern auch bereit waren, ihre Referate zu Papier zu bringen.

Wir danken ferner den Mitarbeitern des Instituts für Sozialmedizin und Epidemiologie, Christel Zeuner und Mara Söker sowie den Mitarbeiterinnen der Deutschen Rentenversicherung Nord, Frau Karin Beitz, Frau Gabi-Bianca Wnuk und Frau Gabriele Meyer, die dafür gesorgt haben, dass die Tagung unter optimalen Rahmenbedingungen verlief. Last but not least danken wir allen Teilnehmern, dass sie mit Fragen, Kritik und Diskussion die Veranstaltung mit Leben gefüllt haben.

Allen Lesern wünschen wir viel Spaß bei der Lektüre.

Ruth Deck

Nathalie Glaser-Möller

## **Bedarfsorientierung und Flexibilisierung Einführung in den Band**

Ruth Deck und Nathalie Glaser-Möller

Im vorliegenden Band werden die Beiträge eines gleichnamigen Reha-Symposiums zusammengefasst, welches vom Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Hamburg, Mecklenburg Vorpommern und Schleswig-Holstein (*vffr*), gemeinsam mit der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) sowie der Deutschen Rentenversicherung Nord in den Räumen des Senator Hotels Radisson in Lübeck veranstaltet wurde.

Fast als 200 rehawissenschaftlich interessierte Ärzte und Verwaltungsmitarbeiter der Kranken- und Rentenversicherung, Ärzte und Psychologen von Rehabilitationseinrichtungen, Wissenschaftler, Vertreter der Landes- und Bundespolitik und von Selbsthilfegruppen nahmen am Symposium teil. Es ist die achte Veranstaltung dieser Art und wir werden auch dieses Mal, nicht zuletzt aufgrund der überaus positiven Rückmeldungen, die Beiträge des Symposiums in einem Buchband festhalten. Er gliedert sich thematisch in drei Themenblöcke: „**Überblicksreferate**“ (Bossert; Bethge), „**Flexibilisierung in der medizinischen Rehabilitation**“ (Hoberg, Schwarz; Razum & Brzoska), „**Flexibilisierung in der Versorgungskette**“ (Brütt, Magaard, Niedrich & Schulz; Streibelt & Bürger; Barlsen & Noster.

Die unmittelbar nachfolgende erste Einführung in die Thematik stammt von der Vorsitzenden der Geschäftsführung der Deutschen Rentenversicherung Nord, *Ingrid Künzler* und *Nathalie Glaser-Möller*, Leiterin der Stabstelle Reha-Strategie und Steuerung. Sie gehen in Ihrer Einführung auf die vielfältigen gesellschaftlichen Veränderungen ein, u.a. demographischer Wandel, Migration, Berufswelt, und leiten daraus die Notwendigkeit einer stärkeren Bedarfsorientierung und Flexibilisierung der medizinischen Rehabilitation ab. Eine Voraussetzung, diese Erfordernisse umzusetzen, ist die Zusammenarbeit unterschiedlicher Institutionen und Personen. Der Ausbau dieser Zusammenarbeit hat für die DRV Nord eine hohe Priorität.

*Jörg Schudmann*, stellvertretender Hauptgeschäftsführer der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), fokussiert

in der zweiten Einführung auf die Aufgaben der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen. Nach einem Arbeitsunfall sollten Akutversorgung und medizinische Rehabilitation möglichst bedarfsgerecht und nahtlos ineinander übergehen. Hierfür sehen die Unfallversicherungsträger Reha-Managerinnen und Reha-Manager vor, die das Heilverfahren und die Wiedereingliederung vor Ort steuern. Er kommt zu dem Schluss, dass Bedarfsorientierung angesichts zunehmend komplexer werdender Berufs- und Lebensverhältnisse der Versicherten eine Herausforderung bleiben wird.

Die **Überblicksreferate** widmen sich der Frage nach dem Reha-Bedarf aus unterschiedlichen Perspektiven.

Im Beitrag von *Sabine Bossert* geht es um die Priorisierung in der medizinischen Rehabilitation. Zunächst gibt sie einen Überblick über die Grundlagen der Priorisierung, Ausgangspunkt ist dabei das „schwedische Modell“. Daraus leitet Frau Bossert den Vorschlag einer Priorisierungsleitlinie ab, die von der Lübecker Arbeitsgruppe erstellt wurde und diskutiert dann die generellen die Potentiale von Priorisierungsleitlinien. Bislang liegen allerdings keine belastbaren Daten zu Wirkungen und Grenzen von Priorisierung vor. Es ist die Aufgabe zukünftiger Forschung diese Lücke zu schließen.

*Matthias Bethge* befasst sich mit der Frage, wie Flexibilisierung und Bedarfsorientierung die Ergebnisse rehabilitativer Versorgung verbessern können und konzentriert sich dabei auf die beruflichen Wiedereingliederung und die Teilhabe am Arbeitsleben. Er verweist auf die unterschiedliche Möglichkeiten, wie die erwerbsbezogenen Teilhabechancen von Personen mit gesundheitsbedingt eingeschränkter Teilhabe verbessert werden können und betont die Notwendigkeit einer genauen Beschreibung der Problemlage, um passende Leistungen auszuwählen und diese zu sinnvollen Leistungsketten zusammenzuführen. Über medizinische Rehabilitationsprogramme hinaus ist jedoch die enge Zusammenarbeit vieler verschiedener Akteure erforderlich.

Im Themenbereich **Flexibilisierung in der medizinischen Rehabilitation** geht es um die Frage, ob Flexibilisierung mit Qualitätssicherung zu vereinbaren ist, welche Versorgungsstrategien bei Patienten mit Problemlagen angezeigt sind und wie die Rehabilitation migrationssensibel gestaltet werden kann.

*Eike Hoberg* diskutiert in seinem Beitrag verschiedene Möglichkeiten einer Flexibilisierung und stellt die Frage, warum diese möglichen Ansätze für eine Flexibilisierung so wenig genutzt werden. Zum einen scheinen wirtschaftliche Gründe eine Rolle zu spielen - ein Mehraufwand, der nicht vergütet wird -, zum anderen und insbesondere die Qualitätssicherung der Kostenträger. Anhand der Darstellung der einzelnen Vorgaben der Qualitätssicherung und deren Auslegung kommt der Autor zu dem Schluss, dass, wenn unter Qualitätssicherung Normierung verstanden wird, Flexibilisierung und Qualitätssicherung nicht zusammenpassen.

*Betje Schwarz* stellt in ihrem Beitrag eine Studie vor, in der Problemlagen definiert werden, die auf spezifische Bedarfe hinweisen und entsprechende Zuweisungs- bzw. Behandlungsentscheidungen erfordern. Es wurden problemzentrierte Interviews mit Rehabilitanden und Fokusgruppen mit Experten durchgeführt. Mit Hilfe der Studie konnten detaillierte Problemlagen sowie darunter verschiedene Subgruppen identifiziert und klar voneinander abgegrenzt werden. Die ebenfalls in der Studie erstellten Praxistools bieten sowohl Trägern als auch Kliniken Unterstützung bei der differenzierten Zuweisung und Behandlung und leisten einen Beitrag zur bedarfsadäquaten rehabilitativen Versorgung.

Im Beitrag von *Oliver Razum und Patrick Brzoska* geht es um die Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund und um deren Benachteiligung in der rehabilitativen Versorgung. Diese treten an unterschiedlichen Stellen auf: Beim Zugang zur Rehabilitation - sie nutzen seltener das Angebot einer medizinischen Rehabilitation -, bei den Ergebnissen - sie weisen ungünstigere Versorgungsergebnisse auf - und bei der Zufriedenheit - sie sind mit der Rehabilitation weniger zufrieden als Deutsche. Die Gründe für diese Unterschiede sind vielfältig, sie reichen von Sprach- und Verständnisschwierigkeiten über fehlende Informationen bis zu nicht erfüllten Bedürfnissen. Eine Lösung dieser Probleme sehen die Autoren im „Diversity Management“, das die unterschiedlichen Belange aller Nutzer/innen berücksichtigt und nicht nur das eine Diversitätsmerkmal „Migrationshintergrund“.

Im letzten dritten Block geht es um die „**Flexibilisierung in der Versorgungskette**“. Hier geht es um Behandlungsansätze auf der Basis individueller Risiken, um die Frage nach der Indikation für eine Stufenweise Wiedereingliederung und um das Integrationsnetzwerk Niedersachsen.

*Anna Levke Brütt, Julia Magaard, Jasmin Niedrich und Holger Schulz* widmen sich in ihrem Beitrag dem Problem, dass nicht alle Rehabilitandin-

nen und Rehabilitanden gleichermaßen von der stationären psychosomatischen Rehabilitation profitieren. Sie schlussfolgern daraus, dass sich die Behandlungsoptionen an individuellen Bedarfen orientieren müssen. Vor diesem Hintergrund haben die Autoren drei Studien durchgeführt. Zunächst ging es um die Entwicklung einer Risiko- und Ressourcenliste, mit der mit Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation identifiziert werden kann. In den weiteren Studien wurde diese psychometrisch überprüft und risikoorientierte Behandlungskonzepte abgeleitet. Die Studie zeigt, dass mit einer Risikocheckliste risikoorientierte und bedarfsgerechte Behandlungskonzepte entwickelt werden können.

*Marco Streibelt und Wolfgang Bürger* gehen in ihrem Beitrag der Frage nach, wer von einer Stufenweisen Wiedereingliederung profitiert. Zur Beantwortung dieser Frage konnten die Autoren auf einen Datensatz mit mehreren Tausend Personen zurückgreifen. Den Ergebnissen zufolge erscheinen STW nach einer medizinischen Rehabilitation als ein effektives Instrument, die Wiedereingliederungsquoten von arbeitsunfähig aus der Rehabilitation entlassenen Versicherten zu steigern. Allerdings stellen die Autoren in ihren Analysen fest, dass STW nur bei den Personen effektiv ist, die bereits zu Beginn der Rehabilitation ein hohes Erwerbsminderungsrisiko aufweisen. Bei Personen mit einem geringen Risiko scheinen STW keinen zusätzlichen Nutzen zu haben und sollten deshalb nur in begründeten Einzelfällen empfohlen werden. Die Autoren regen daher eine Veränderung der Verordnungspraxis an.

Im Beitrag von *Pierre Noster und Jörg Barlsen* geht es um das Integrationsnetzwerk Niedersachsen. Es handelt sich hierbei um ein gemeinsames Zuweisungs-, Steuerungs- und Leistungserbringungsmodell für diejenigen Versicherten, die aus gesundheitlichen, betrieblichen oder persönlichen Gründen am klassischen Angebot der Leistungen zur beruflichen Rehabilitation nicht teilnehmen können oder wollen. Die Autoren stellen zunächst die Versorgungsstruktur des Netzwerks vor und erläutern anhand von Beispielen die drei wesentlichen Reha-Prozesse Screening, Assessment und Ermittlung des Hilfebedarfes bzw. Erstellung des individuellen Integrationsplans. Bisher konnten 100 Versicherte eingeschlossen werden, die Mehrheit konnte in ein Beschäftigungsverhältnis integriert werden.

Im letzten Abschnitt fassen *Nathalie Glaser-Möller und Ruth Deck* die Erkenntnisse der Tagung und den zukünftigen Handlungsbedarf zusammen.

# **Bedarfsorientierung und Flexibilisierung in der Rehabilitation**

## **Einführung in das Thema I**

**Ingrid Künzler und Nathalie Glaser-Möller**

### **1 Einleitung**

Der primären Intention des Gesetzgebers hat jeder Träger durch sein Handeln die ihm per Gesetz zugewiesenen Risiken zu minimieren. Dem Interesse des Versicherten an einem möglichst langen, unbeschwerlichen und erfüllenden Berufsleben begegnet hier das Interesse der Rentenversicherung an einer stabilen Beitragsleistungsfähigkeit.

Die DRV Nord will erreichen, dass möglichst viele Versicherte unabhängig von Alter, Geschlecht, sozialem, beruflichem oder kulturellem Hintergrund bis zum gesetzlichen Renteneintrittsalter erwerbsfähig bleiben. Versicherte, die an einer chronischen Krankheit leiden oder erhebliche Gesundheitsrisiken haben, sollen die für sie notwendigen Rehabilitationsleistungen erhalten, um erwerbsfähig zu bleiben.

Die Reha-Forschung soll gemeinsam mit der Rentenversicherung und den Leistungsanbietern Wege erkunden, um dieses Ziel zu erreichen. Der hohe Stellenwert der Reha-Forschung für die DRV Nord lässt sich aus den finanziellen Aufwendungen ableiten, die die DRV Nord zu Gunsten der Forschungsförderung nur über den vffr in den letzten 10 Jahren zur Verfügung gestellt hat, sie beliefen sich auf insgesamt vier Millionen Euro.

### **2 Bedeutung des Themas**

Unsere Gesellschaft ist einem ständigen Wandel unterworfen und dementsprechend ändert sich auch der Bedarf der Versicherten der Rentenversicherung. Die demographische Entwicklung führt heute dazu, dass die Rehabilitanden kontinuierlich älter werden. Für die Indikation Orthopädie sind die Rehabilitanden im Durchschnitt drei Jahre älter als vor zehn Jahren.

Studien zeigen, dass ältere Rehabilitanden andere Bedürfnisse haben als jüngere. Bei älteren Versicherten spielt der Wunsch nach einer stärkeren Patientenorientierung, insbesondere durch bessere Informierung und Mitspracherecht bei Therapieentscheidungen eine zentrale Rolle [1,2].

Der Anteil der Menschen, die von der Reha traditionell bisher weniger erreicht wurden, wächst. Das betrifft insbesondere Menschen mit Migrationshintergrund oder in prekären Lebenssituationen [3,4]. Die Frage lautet hier: Wie soll Reha gestaltet werden, damit sie diese Zielgruppen erreicht und für diese Versicherten attraktiv wird?

Die Gesellschaft misst der Selbstbestimmung von Patienten eine immer höhere Bedeutung zu. Dies ist im Vorwege der Rehabilitation - im Rahmen des Wunsch- und Wahlrechts - wie auch in der Planung der Zeit nach der Reha zu berücksichtigen [5].

Und nicht zuletzt ändern sich die Arbeitsplatzbedingungen. Arbeit 4.0 ist nur ein Stichwort. Körperliche Belastungen spielen immer weniger eine Rolle. Erhöhte psychische Belastungen sowie unrealistische Erwartungen an Schlüsselkompetenzen überfordern die Möglichkeiten von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern und führen zu fatalen langen Arbeitsunfähigkeitszeiten, die eine Rückkehr an den alten Arbeitsplatz erschweren. Die Rentenversicherung reagiert darauf mit dem vielversprechenden Ansatz der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation [6]. Nach der medizinischen Reha oder während der beruflichen Reha, kurz LTA, sind jedoch weitere flexible und bedarfsorientierte Angebote erforderlich, um eine stabile berufliche Wiedereingliederung zu ermöglichen.

Gerade bei älteren Arbeitnehmern ist der Gedanke an die Rente häufig sehr präsent. Durch einen flexiblen Übergang in die Rente kann in manchen Fällen eine vorübergehende begrenzte Erwerbstätigkeit ermöglicht werden. Sie gibt den Versicherten die Möglichkeit, die Regelrente noch etwas zu erhöhen, und dem Arbeitgeber eröffnet sie die Chance, dem Betrieb erfahrene Arbeitnehmer noch eine Weile zu erhalten.

In diesem Zusammenhang ist der Abschlussbericht der Koalitionsarbeitsgruppe zu erwähnen „*Flexible Übergänge vom Erwerbsleben in den Ruhestand*“, der vor kurzem der Öffentlichkeit vorgestellt wurde.

### **3 Flexible Übergänge vom Erwerbsleben in den Ruhestand**

Die Koalitionsarbeitsgruppe hat in ihrem Bericht unterschiedliche Vorschläge erarbeitet.

#### **Flexibleres Weiterarbeiten bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze**

Zu diesem Thema sollen Versicherte in Zukunft besser und transparenter informiert werden.

#### **Flexiblere Teilrenten**

Um einen Übergang vom Erwerbsleben in den Ruhestand gleitend gestalten zu können, sollen ab dem 63. Lebensjahr die Teilrenten stufenlos wählbar und ein schrittweiser Ausstieg aus dem Beruf möglich sein. Die Versicherten sollen den Anteil der Vollrente bestimmen können, den sie beantragen wollen.

#### **Flexibilisierung und Vereinfachung der Hinzuverdienstgrenzen**

Bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze sollen die Hinzuverdienstgrenzen flexibilisiert und vereinfacht werden. Der Weiterverdienst soll grundsätzlich rentenversicherungspflichtig sein.

Die aufgeführten Regelungen sollen nicht nur bei Altersrenten sondern auch bei Erwerbsminderungsrenten gelten.

Um diese Rentenziele zu erreichen, legt die Koalitionsarbeitsgruppe ein beachtliches Gewicht auf Maßnahmen im Bereich der Prävention und der Rehabilitation. Bei den Präventionsmaßnahmen der Rentenversicherung soll insbesondere die bisherige Ausgabendeckelung entfallen. Auf der Basis von Modellvorhaben soll die Möglichkeit geschaffen werden, zwischen dem 45. und dem 46. Lebensjahr einen freiwilligen berufsbezogenen Gesundheitscheck zu absolvieren. Der Reha-Bedarf soll frühzeitig identifiziert werden (z. B. durch Screeningverfahren), um gezielt Versicherte mit erhöhten Risiken anzusprechen.

Darüber hinaus soll geprüft werden, ob ein durch Gesundheitsbeeinträchtigungen ausfallendes Arbeitsentgelt teilweise ersetzt werden kann, um damit die Fortführung einer Beschäftigung in Teilzeitform zu ermöglichen. Das BMAS soll klären, ob ein solches Konzept umsetzbar und finanzierbar ist [7].

## 4 Ausblick

Die Qualität der Zusammenarbeit mit den wichtigen Playern in der Versorgung von chronisch kranken Menschen ist für die Deutsche Rentenversicherung Nord von zentraler Bedeutung. Die privilegierten Ansprechpartner sind die Reha-Kliniken und die Bildungseinrichtungen. Als Vertreter für den ambulanten Versorgungsbereich sollen hier die niedergelassenen Ärzte und für die Betriebe die Betriebsärzte erwähnt werden, ebenso wie die weiteren Sozialleistungsträger wie die Krankenkassen oder die Berufsgenossenschaft.

Diese Institutionen haben in der Regel viel mehr Kontakte zu den Versicherten als die DRV selbst und sie spielen beim Zugang zu den Leistungen der Rentenversicherung eine wichtige Rolle. Der Ausbau der Zusammenarbeit hat für die DRV Nord eine hohe Priorität.

## Literatur

- [1] Deck R, Richter S, Hüppe A. Der ältere Patient in der Rehabilitation – Probleme und Bedürfnisse. *Rehabilitation* 2009, 48: 326 – 334
- [2] Krüger-Wauschkuhn T, Pohontsch N, Deck R. Medizinische Rehabilitation bei älteren Versicherten (55plus): Ergebnisse einer qualitativen Studie mit Rehabilitanden und Reha-Klinikern. *Rehabilitation* 50, 2011: 390-396.
- [3] Deck R, Hofreuter-Gätgens K. Soziale Ungleichheit in der medizinischen Rehabilitation. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 2015; 59(2), 245-251
- [4] Brzoska P, Razum O. Erreichbarkeit und Ergebnisqualität rehabilitativer Versorgung bei Menschen mit Migrationshintergrund. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 2015; 58:553–559
- [5] Farin E. Patientenorientierung in der Rehabilitation. *Zeitschrift für Rheumatologie* 2014; 73: 35-41

[6] Löffler S, Gerlich C, Lukaszczik M, Wolf H-D, Neuderth S. Praxishandbuch Arbeits- und berufsbezogene Orientierung in der medizinischen Rehabilitation. Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund. [http://www.medizinisch-berufliche-orientierung.de/praxishandbuch\\_2012/](http://www.medizinisch-berufliche-orientierung.de/praxishandbuch_2012/) letzter Zugriff: Februar 2017

[7] Abschlussbericht der Koalitionsarbeitsgruppe. [http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/0\\_Home/meldungen/2015\\_11\\_10\\_vorschlaege\\_flexi\\_koalition.pdf?blob=publicationFile&v=1](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/0_Home/meldungen/2015_11_10_vorschlaege_flexi_koalition.pdf?blob=publicationFile&v=1) letzter Zugriff: Februar 2016

# **Bedarfsorientierung und Flexibilisierung in der Rehabilitation**

## **Einführung in das Thema II**

**Jörg Schudmann**

Sehr zutreffend heißt es in den einleitenden Worten des Programms zum 8. Reha-Symposium, die Feststellung des Bedarfs für das Angebot einer medizinischen Rehabilitation sei nicht trivial. Hinter dem Titelthema dieses Symposiums, „Bedarfsorientierung und Flexibilisierung in der Rehabilitation“, verbergen sich auch aus Sicht eines Trägers der gesetzlichen Unfallversicherung wesentliche Fragestellungen und Herausforderungen.

Berufsgenossenschaften und Unfallkassen haben die gesetzliche Aufgabe, Versicherte nach Eintritt von Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten mit allen geeigneten Mitteln zu rehabilitieren und beruflich wieder einzugliedern. Bei der Erfüllung dieser Aufgabe kommt der Feststellung des individuellen Bedarfs für eine passgenaue Rehabilitation entscheidende Bedeutung zu. Im Einzelfall gilt es, Akutversorgung und medizinische Rehabilitation nach einem Arbeitsunfall bedarfsgerecht und nahtlos in ein individuelles Behandlungskonzept zu integrieren, frühzeitig Gründe etwa für prothizierte Heilverläufe und den Einfluss von Kontextfaktoren oder individueller Problemlagen Betroffener auf den Heilerfolg zu erkennen und richtige Antworten zu finden.

Ebenso kommt es für eine erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung darauf an, Schwierigkeiten bei der Rückkehr Verletzter an ihren Arbeitsplatz insbesondere nach längeren Ausfallzeiten und bei noch bestehenden Verletzungsfolgen rechtzeitig zu erkennen, auszuräumen und die tatsächliche Arbeitsaufnahme im alten Beruf adäquat vorzubereiten und zu begleiten. Lässt sich ein Verbleib im Beruf nicht erreichen, sind ohne Zeitverzug die Weichen in Richtung einer passenden beruflichen Neuorientierung mit der Perspektive einer langfristigen Teilhabesicherung zu stellen.

Um für Betroffene bestmögliche Erfolge zu erzielen, setzen die Unfallversicherungsträger Reha-Managerinnen und Reha-Manager ein, die das Heilverfahren und die Wiedereingliederung vor Ort steuern, mit Betroffenen und Ärzten zum frühestmöglichen Zeitpunkt nach einem Arbeitsunfall

Reha-Ziele vereinbaren und für deren Anpassung an den weiteren Behandlungsverlauf in einem individuellen Reha-Plan sorgen.

Mit dem Handlungsleitfaden „Das Reha-Management der deutschen gesetzlichen Unfallversicherung“ in der Fassung vom 17.07.2014 [1] haben Berufsgenossenschaften und Unfallkassen ihre Erfahrungen zusammengefasst, Rahmenbedingungen und Vorgehensweisen für eine frühzeitige Feststellung des individuellen Reha-Bedarfs beschrieben und entsprechende Standards für das Reha-Management aufgestellt. Danach ist das Reha-Management die umfassende Planung, Koordinierung und zielgerichtete, aktivierende Begleitung der medizinischen Rehabilitation sowie aller Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft auf der Grundlage eines individuellen Reha-Plans unter partnerschaftlicher Einbindung aller am Verfahren Beteiligten. Das Reha-Management orientiert sich an dem bio-psycho-sozialen Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Ziel des Reha-Managements ist es, bei schwierigen Fallkonstellationen durch Organisation und Vernetzung aller notwendigen Maßnahmen die Gesundheitsschäden, die Versicherte durch ein Arbeits- oder Wegeunfall erlitten haben, zu beseitigen oder zu bessern, eine Verschlimmerung zu verhüten oder deren Folgen zu mildern und eine zeitnahe und dauerhafte berufliche und soziale Wiedereingliederung sowie eine selbstbestimmte Lebensführung zu erreichen. Wesentlicher Bestandteil des Reha-Managements ist die persönliche Beratung und Betreuung verletzter Personen durch Reha-Managerinnen und Reha-Manager.

Wichtiger Partner der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen bei der Sicherstellung der medizinischen Versorgung ihrer Versicherten sind seit vielen Jahrzehnten die berufsgenossenschaftlichen Akut- und Reha-Kliniken. Diese Zusammenarbeit mit den BG-Kliniken prägt die gesetzliche Unfallversicherung seit ihrer Gründung und nahm ihren Anfang bereits 1889 mit der Gründung des heutigen BG Universitätsklinikums Bergmannsheil Bochum und seiner Schwesterklinik, des BG-Klinikums Bergmannstrost Halle wenige Jahre später. Im vergangenen Jahrhundert sind in den industriellen Ballungszentren Deutschlands sieben weitere Akutkliniken entstanden, zuletzt 1997 das BG-Klinikum Berlin. Diese Kliniken haben sich 1984 in der Vereinigung der berufsgenossenschaftlichen Kliniken (VBGK) erstmals in einem formalisierten Interessensverbund zusammengeschlossen und 2010 den Klinikverbund der gesetzlichen Unfallversicherung (KUV) gegründet. Seit 01. Januar 2016 werden die Akut- und Reha-Kliniken der gesetzlichen Unfallversicherung als ein Unternehmen geführt, das aus den „BG-Kliniken - Klinikverbund der gesetzlichen Unfallversi-

cherung gGmbH“ als Dachgesellschaft und den Einzelkliniken als Tochtergesellschaften jeweils in der Rechtsform einer gGmbH besteht. Ziel der Gründung dieses Konzerns ist es, die BG-Kliniken für zukünftige Herausforderungen zu wappnen und im Sinne der Anforderungen der Unfallversicherungsträger gemeinsame Infrastrukturen sowie zentrale Steuerungsinstrumente aufzubauen, das Wissen zwischen den Kliniken besser zu transferieren und die Weiterentwicklung berufsgenossenschaftlicher Versorgungskonzepte zu unterstützen [2].

Perspektivisch wird die Bedeutung der BG-Kliniken als Partner im Reha-Management der Unfallversicherungsträger zunehmen. Dazu gehört nicht nur die Sicherstellung einer Akutversorgung auf höchstem qualitativen Niveau, sondern auch die Weiterentwicklung von Behandlungs- und Therapiekonzepten, die komplexen und multifaktoriellen Problemlagen Unfallverletzter und Berufserkrankter Rechnung tragen und deren individuelle Bedarfe und Fähigkeiten zu identifizieren helfen.

Auch wenn die gesetzliche Unfallversicherung u. a. mit der Konzeption und Implementierung ihres Reha-Managements sowie mit der Fusion der BG-Kliniken gute prozessuale Standards und infrastrukturelle Voraussetzungen für eine erfolgreiche Rehabilitation geschaffen hat, bleibt es angesichts zunehmend komplexer werdender Berufs- und Lebensverhältnisse der Versicherten eine Herausforderung, im Einzelfall frühestmöglich und treffsicher den individuellen Rehabilitationsbedarf Betroffener festzustellen und die dazu passende Rehabilitation zu realisieren. Schon deshalb ist es richtig und erfreulich, dass die Bedarfsorientierung und Flexibilisierung in der Rehabilitation auf dem 8. Reha-Symposium thematisiert wird.

## **Literatur**

[1] <http://www.dguv.de/medien/inhalt/rehabilitation/documents/handlungsleitfaden.pdf>; Datenabruf 13.04.2016

[2] Breuer/Nieper, Fusion der BG-Kliniken: ein Unternehmen – ein Ziel. DGUV-Forum 1-2/2016, S. 8 – 10