RehaInnovativen

Werkstattbericht

Impulse für die Weiterentwicklung
der medizinischen Rehabilitation

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis 1

A. EINLEITUNG 2

B. ERGEBNISSE 4

1 Optimieren der Übergänge in der Rehabilitation (AG 1) 5

1.1 Probleme/Herausforderungen Themenfeld der AG 1 „Übergänge optimieren“ 6

1.2 Lösungsansätze/Umsetzungsmaßnahmen Themenfeld AG 1 16

2 Individualisieren der Rehabilitation (AG 2) 26

2.1 Probleme/Herausforderungen Themenfeld AG 2 „Rehabilitation individualisieren” 27

2.2 Handlungsempfehlungen/Umsetzungsmaßnahmen Themenfeld AG 2 31

3 Regional zusammenarbeiten (AG 3) 36

3.1 Probleme/Herausforderungen Themenfeld AG 3 „Regional zusammenarbeiten” 37

3.2 Lösungsansätze/Umsetzungsmaßnahmen Themenfeld AG 3 42

C. ZUSAMMENFASSUNG

D. LITERATUR

E. ANHANG

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Geänderte Rahmenbedingungen (Darstellung nach [1]) 2
Abbildung 2: An der Neuausrichtung beteiligte Akteure (Darstellung nach [1]) 3
Abbildung 3: Handlungsfelder 3
Abbildung 4: Übergänge in und aus der Rehabilitation 5

A. EINLEITUNG

Die medizinische Rehabilitation ist ein wesentlicher Bestandteil sozialstaatlicher Strategien, um ein Höchstmaß an Gesundheit und an selbstbestimmter, umfassender Teilhabe von Menschen mit (drohenden) Behinderungen im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention zu erreichen. Die Sozialgesetzgebung in der Bundesrepublik Deutschland schafft dazu zahlreiche Möglichkeiten, die von ca. 2 Millionen Menschen im Jahr in Anspruch genommen werden.

Die Bundesrepublik Deutschland hat ein gut ausgebautes und sehr effizientes/leistungsstarkes Rehabilitationssystem, welches Modellcharakter für viele Länder hat. Die Angebote der medizinischen Rehabilitation haben sich über Jahrzehnte erfolgreich entwickelt und sind vielfältig etabliert. Sie müssen sich jedoch den gesellschaftlichen Entwicklungen anpassen, sollen auch künftig die genannten Ziele erreicht werden.

Vor dem Hintergrund der demografiebedingten Alterung der Bevölkerung, einer sich kontinuierlich wandelnden Arbeitswelt und von Veränderungen im Krankheitsspektrum steht die medizinische Rehabilitation vor neuen Herausforderungen (Abbildung 1).

Demografischer Wandel	Wandel der Arbeitswelt	Wandel der Krankheiten
•Alternde Gesellschaft •Lebensarbeitszeit steigt •Renteneintrittsalter steigt •Erwerbsquote Älterer steigt	•Abnahme körperlicher Belastungen •Zunahme psychischer Belastungen •Arbeitsverdichtung •Unsichere Arbeitsplätze	•Zunahme chronischer Krankheiten •Zunahme psychischer Krankheiten •Multimorbidität

Abbildung 1: Geänderte Rahmenbedingungen (Darstellung nach [24])

Um das System der medizinischen Rehabilitation an die geänderten Rahmenbedingungen der wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Entwicklung anzupassen und auch zukünftig leistungsfähig zu halten, hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) in Kooperation mit der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) und in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Juni 2015 das Projekt „Reha*Innovativen*“ ins Leben gerufen. Ziel ist es, gemeinsam mit maßgeblich an der Rehabilitation beteiligten Akteuren Felder zu identifizieren, in denen noch Erkenntnis- bzw. Entwicklungsbedarf besteht, und gemeinsam nach Lösungs- und Umsetzungsmöglichkeiten zu suchen (Abbildung 2).

Dabei haben sich zahlreiche Institutionen, Arbeitsgemeinschaften, Fachverbände, Experten und Expertinnen beteiligt (vgl. Teil E, S. 57).

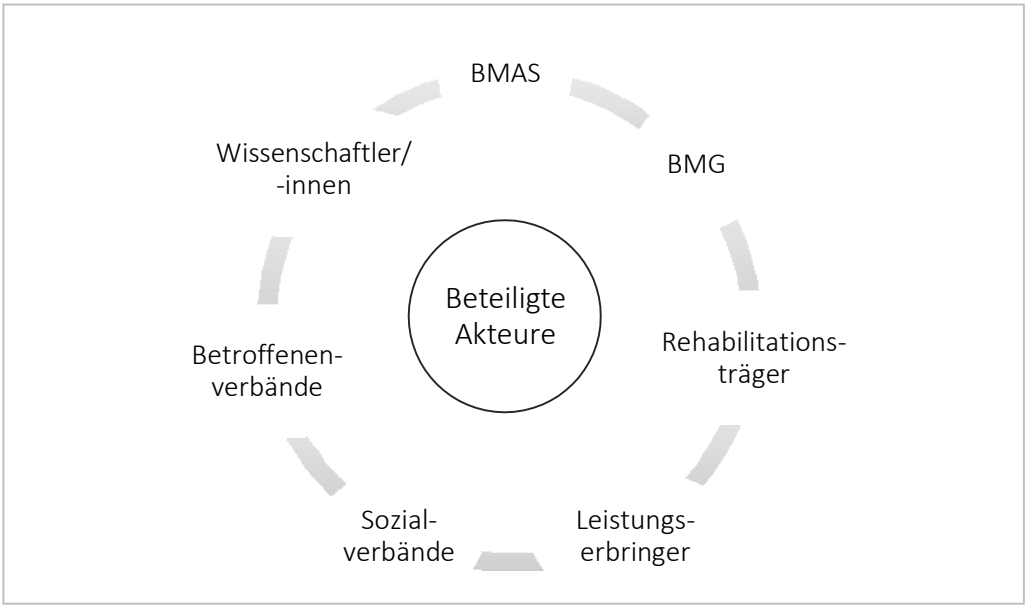

Abbildung 2: An der Neuausrichtung beteiligte Akteure (Darstellung nach [24])

Zentrales Gremium des Projektes ist ein interdisziplinärer Expertenbeirat, der regelmäßig tagte und die jeweiligen Zwischenergebnisse diskutierte und bewertete (vgl. Teil E, S. 57). In einem mehrjährigen interdisziplinären Gesprächszyklus von Anfang 2016 bis Mitte 2018 wurden Ideen zusammengetragen und diskutiert sowie Aktivitäten und Konzepte entwickelt und gebündelt.
Der Fokus des Projektes richtete sich vornehmlich auf drei Handlungsfelder, die in drei Arbeitsgruppen (AGs) vertieft bearbeitet wurden (Abbildung 3). Die damit vorgenommene Priorisierung und thematische Fokussierung wurde einvernehmlich in der Auftaktveranstaltung im Juni 2015 beschlossen.

Handlungsfeld 1
Übergänge optimieren (Prof. Dr. Helga Seel)
Handlungsfeld 2
Reha individualisieren (Dr. Rolf Buschmann-Steinhage)
Handlungsfeld 3
Regional zusammenarbeiten (Prof. Dr. Matthias Morfeld)

Abbildung 3: Handlungsfelder

In den AGs erfolgte eine vertiefte Bearbeitung der oben genannten Themen unter Beachtung der Zielsetzung und der Leitfrage: **Wie können wir das System zukunftsfest machen?** Dabei waren folgende Fragestellungen zu bearbeiten:

1. Welche neuen **Herausforderungen** ergeben sich für die medizinische und die medizinisch-berufliche Rehabilitation aus den identifizierten Problemen, insbesondere unter den geänderten Rahmenbedingungen?
2. Welche wichtigen **Lösungsansätze** zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation können identifiziert werden? Wo sollten zukünftige inhaltliche Schwerpunkte liegen?
3. Wo können unmittelbar Konsequenzen aus Erkenntnissen gezogen und **Umsetzungsmaßnahmen** eingeleitet werden?

B. ERGEBNISSE

Allgemeine Vorbemerkung

Die Niederschrift der Ergebnisse konzentriert sich auf das Zusammentragen der Themen und der Diskussionen aus den drei AGs. Ferner einbezogen werden die Beiträge anlässlich der Expertentreffen, die zur Verfügung gestellten Materialien sowie die Ergebnisse des DVfR-Kongresses 2016 „Perspektiven der medizinischen Rehabilitation“[1].

Die Gliederung orientiert sich an den Themen der AGs. Überschneidungen der Themenfelder sind deshalb unvermeidbar. Das bedeutet, dass die Problemdarstellungen und ihre Lösungsmöglichkeiten zwar einer AG zugeordnet werden, häufig aber auch in einer anderen AG diskutiert wurden.

Die inhaltliche Arbeit sämtlicher AGs wurde ab Sommer 2017 durch die Erwartung des BMAS beeinflusst, dass aus jeder AG ein Forschungsprojekt beim Innovationsfonds eingereicht werden sollte. Dadurch wurden ressourcenbedingt einige Themen nicht so umfassend bearbeitet, wie es wünschenswert gewesen wäre. Dazu gehören unter anderem die medizinisch-berufliche Rehabilitation und die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen.

Die Autoren dieses Werkstattberichtes verstehen sich zum einen als Berichterstatter mit der Aufgabe, die verschiedenen Inhalte der Diskussionen in den AGs und der vorgelegten Materialien zu sortieren und ohne wesentliche Verkürzung wiederzugeben. Zum anderen sehen sie ihre Rolle als Impulsgeber, die Handlungsanregungen in Kenntnis der Diskussionsgrundlagen der AGs und auf Grundlage persönlicher Erfahrungen zusammenfassen und zuspitzen. Sie erlauben sich daher, einige in den AGs nur angerissene und beim DVfR-Kongress vertiefte Problemdarstellungen samt dem daraus abgeleiteten Handlungsbedarf miteinzubeziehen. Punktuell werden auch Lösungen und Umsetzungsmaßnahmen vorgestellt, deren Diskussion in den AGs nicht abschließend erfolgte.

Der vorliegende Bericht erhebt demzufolge nicht den Anspruch, ein ausgewogenes Papier zu sein, dessen Inhalte unter allen beteiligten Experten konsentiert sind. Ein eigenes Quellenstudium mit systematischer Literaturrecherche wurde nicht vorgenommen. Vielmehr flossen aktuelle Erkenntnisse aus der Praxis mit ein. Der Werkstattbericht dient der Zusammenfassung der bisherigen Debatte und ist Diskussionsgrundlage für eine im Expertenbeirat noch zu konsentierende Agenda.

Beim Lesen des Berichtes mag der Eindruck entstehen, dass das aktuelle Reha-System vorwiegend von Problemen geprägt ist und nicht gesehen wird, wie leistungsstark das Rehabilitationsystem in Deutschland ist. Es ist jedoch das deklarierte Ziel von Reha*Innovativen*, eine „Problem-Landkarte“ der medizinischen Rehabilitation zu entwerfen, den Denkprozess anzustoßen und damit Wege zu innovativen Lösungs- und Umsetzungsmaßnahmen zu suchen. Für deren Konkretisierung müssen dann die Fachexpertinnen und -experten der entsprechenden Thematik miteinbezogen werden. In Bezug auf die dargestellten Problemfelder gibt es bereits punktuelle Fortschritte, laufende Modellprojekte, Insel-Lösungen und erste positive Erfahrungen aus der Umsetzung des Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz - BTHG) oder anderer gesetzlicher Vorgaben. Einige der hier vorgestellten Lösungsansätze zur Optimierung der Prozesse der Rehabilitation scheinen darüber hinaus auf weitere Bereiche des Gesundheitswesens übertragbar. Vor allem aber besteht die Hoffnung, dass Reha*Innovativen* ein Anstoß ist, erfolgreiche bzw. erfolgversprechende Modellvorhaben und Projekte flächendeckend und möglichst verbindlich für die gesamte medizinische Rehabilitation umzusetzen.

[1] Abrufbar unter: https://www.dvfr.de/arbeitsschwerpunkte/veranstaltungsberichte/detail/artikel/dvfr-kongress-teilhabeorientierung-in-der-medizinischen-rehabilitation-umsetzen-1/

1 Optimieren der Übergänge in der Rehabilitation (AG 1)

Vorbemerkung

Die Auseinandersetzung mit den Prozessen in der Rehabilitation hat gezeigt, dass zahlreiche Probleme an den Übergängen zu identifizieren sind. Übergänge finden sowohl beim Zugang in die medizinische Rehabilitation als auch während der gesamten Rehabilitation (ggf. in mehreren Einrichtungen) und nach Abschluss derselben in den sogenannten „aufnehmenden Sozialraum“ statt (Abbildung 4).

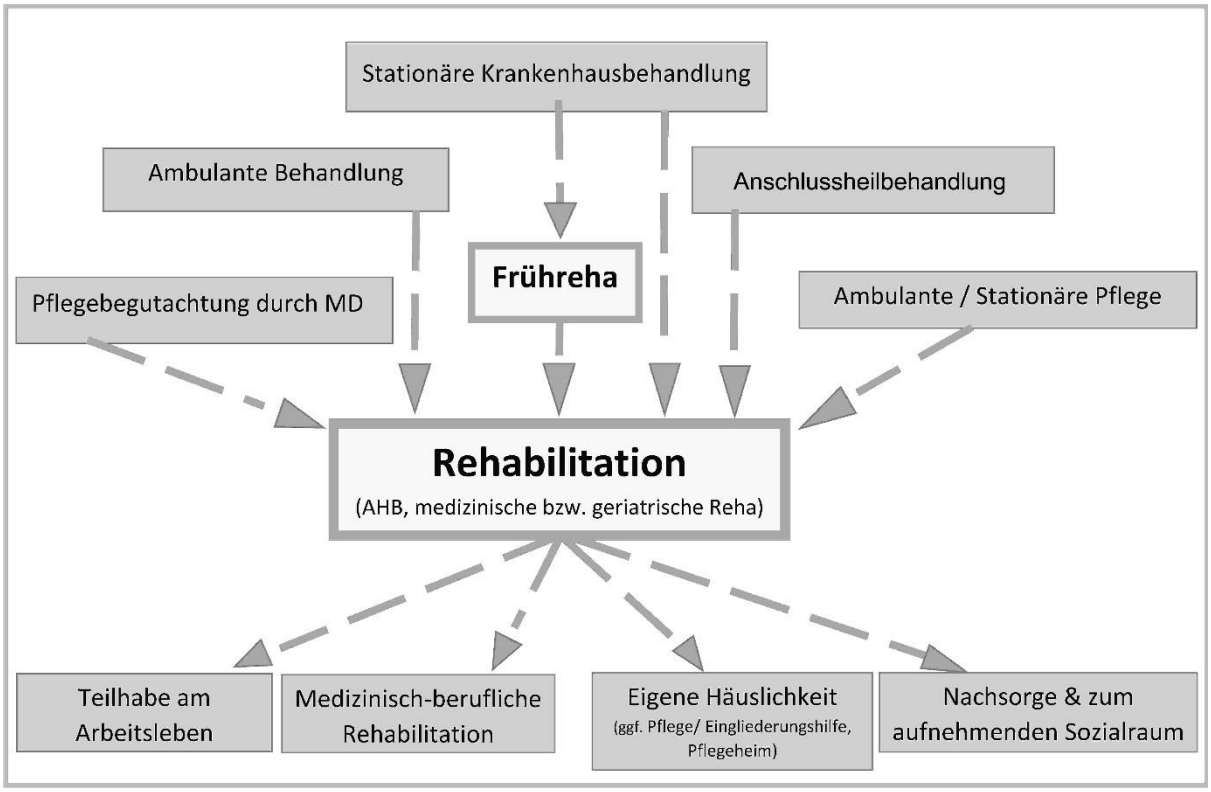

Abbildung 4: Übergänge in und aus der Rehabilitation

In den Diskussionen der AG 1 wurde insbesondere festgestellt, dass nicht alle Menschen mit einem Rehabilitationsbedarf eine Reha-Leistung erhalten bzw. diese zeitgerecht und nahtlos stattfindet. Auch eine anschließende nachhaltige Nachsorge ist nicht immer geplant. Die Expertinnen und Experten haben sich mit den Ursachen beschäftigt und Lösungsmöglichkeiten diskutiert. Manche Inhalte des folgenden Kapitels wurden in der AG nicht erwähnt bzw. diskutiert, wie z. B. das Thema der fehlenden flächendeckenden mobilen Rehabilitation. Es ist der Anspruch der Autoren, dort Aspekte zu ergänzen, wo sie zur umfassenden Darstellung des Problems oder seiner Lösung notwendig erscheinen. Eine besondere Kennzeichnung der durch die Experten ausdrücklich diskutierten Themen vs. hinzugefügter Aspekte wäre unsinnig und würde den Umfang des Werkstattberichtes sprengen.
Vorrangig ist es, den Handlungsbedarf zu dokumentieren, ihn damit für weiterführende Diskussionen zugänglich zu machen und so eine unter den Experten konsentierte Agenda mit innovativen Ideen zu entwickeln.

1.1 Probleme/Herausforderungen Themenfeld der AG 1 „Übergänge optimieren“

Im Themenbereich der AG 1 („Übergänge optimieren“) wurden insbesondere folgende Problembereiche als Grundlage für die vom BMAS gewünschte „Problemlandkarte“ benannt:

1.1.1 Unzureichender Zugang zur Rehabilitation:

Mögliche Ursachen einer fehlenden oder verspäteten Bedarfserkennung:

a. Die Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Sensibilisierung der in der hausärztlichen Versorgung tätigen Medizinerinnen und Mediziner, der anderen fachärztlich tätigen Vertragsärzte und -ärztinnen sowie der Ärztinnen und Ärzte in den Krankenhäusern und anderen Bereichen (z. B. in den arbeitsmedizinischen Diensten) ist nicht ausreichend. Dies betrifft sowohl die Bedarfserkennung für Leistungen der medizinischen Rehabilitation als auch mangelnde Kenntnisse betreffend Indikationen, Möglichkeiten und die verschiedenen Formen der Rehabilitation [26]. Zugleich sind einerseits oft nur geringe Kenntnisse über die Erfolgschancen der Rehabilitation vorhanden oder es besteht andererseits eine gewisse Skepsis gegenüber der Effizienz der Rehabilitationsleistung.
b. Die Beratung von Patientinnen und Patienten im Akutkrankenhaus bzgl. einer Rehabilitation ist lückenhaft. Die Gründe dafür sind u. a. Zeitdruck, Wissenslücken, unzureichende personelle Ausstattung und standardisierte Abläufe im Stationsbetrieb [14] sowie fehlende Angebote oder unzureichende Kenntnis des Angebotsspektrums.
c. Es besteht noch immer eine gewisse Hilflosigkeit verbunden mit fehlendem Wissen und Informationsmöglichkeiten bei den Patientinnen und Patienten hinsichtlich der Beantragung einer Rehabilitation und des Umgangs mit der Ablehnung eines Reha-Antrages [41].
d. Bei der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wird die Notwendigkeit einer Reha und die vorhandenen Reha-Optionen trotz des verpflichtenden Prüfungsauftrages oft nur unzureichend berücksichtigt. Zwar hat sich die Situation durch das Projekt „Reha XI – Erkennung rehabilitativer Bedarfe in der Pflegebegutachtung der MDK“ und die Umsetzung der Standards zur Begutachtung des Reha-Bedarfs bei der Pflegebegutachtung bereits verbessert [6]. Allerdings werden die ausgesprochenen Reha-Empfehlungen nur in ca. 25 % der Fälle dann auch umgesetzt.
e. Auch beim Personal der ambulanten und stationären Einrichtungen und Dienste der Pflege, der Eingliederungshilfe, von (psychosozialen) Beratungsstellen einschließlich des Allgemeinen Sozialdienstes sowie des Öffentlichen Gesundheitsdienstes besteht eine unzureichende Information und Bewusstseinsbildung für die Möglichkeiten von medizinischer Rehabilitation.

Das grundsätzliche Erkennen eines Bedarfs ist die Voraussetzung, um den Prozess der genaueren Ermittlung des Rehabilitationsbedarfes einzuleiten. Das Thema „Bedarfsermittlung“ wird eingehend im Rahmen der Ergebnisse der AG 2 (vgl. Kapitel 2) behandelt. Es gibt Diagnosen und Betroffenengruppen/-kollektive, bei denen nur selten ein Reha-Bedarf bzw. die sich anbietenden Chancen und Möglichkeiten einer Rehabilitation erkannt werden. Zum Beispiel werden bei scheinbar leichteren Ereignis-Folgen im Bereich der Unfallchirurgie und der Neurologie kognitive Einschränkungen übersehen und ein Reha-Antrag erst gestellt, wenn diese

offensichtlich zu relevanten Einschränkungen im häuslichen oder beruflichen Alltag führen. Vergleichbares gilt z. B. für Suchterkrankungen (fehlende Screening-Verfahren, mangelnde Kultur des Hinschauens) und psychische Erkrankungen [6, 7] sowie für geriatrische Patientinnen und Patienten [8].

Anzumahnen ist in diesem Zusammenhang die Umsetzung und die konkrete Anwendung des § 26 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX, wonach gemeinsame Empfehlungen von den Reha-Trägern zu vereinbaren sind, in welchen Fällen und in welcher Weise rehabedürftigen Menschen notwendige Leistungen zur Teilhabe angeboten werden sollen. Insbesondere dann, wenn eine durch eine Chronifizierung von Erkrankungen bedingte Behinderung verhindert werden kann. Dies gilt auch für die Anhaltspunkte für Fallgestaltungen entsprechend der in der „Gemeinsamen Empfehlung Reha-Prozess“ der BAR [12] aufgezählten Sachverhalte.

Weiterhin bestehen gesetzlichen Aufträge zur Beratung nach den §§ 33 und 34 SGB IX.

Schließlich gibt es aus der Praxis Hinweise darauf, dass auch bei grundsätzlichem Erkennen eines möglichen Rehabilitationsbedarfes oft keine Antragstellung erfolgt. Als Ursachen werden angeführt: bürokratischer Aufwand (z. B. beim Ausfüllen des Antragsformulars Muster 61), mangelnde Motivierbarkeit der Patientinnen und Patienten sowie mangelnde Erfolgsaussichten bei der Antragstellung [26]. Dieses Argument wurde insbesondere von Seiten der niedergelassenen Hausärztinnen und -ärzte angeführt, die über eine hohe Ablehnungsquote ihrer Anträge klagen (s. a. 1.1.2) und offenbar auch oft Zweifel an der Effizienz der medizinischen Rehabilitation hegen.

1.1.2 Verzögerter Beginn der Rehabilitation/Ablehnung des Antrages:

Der Übergang/die Aufnahme zur Anschlussrehabilitation (AHB) aus der Akutklinik in die Reha-Einrichtung und damit der Beginn der Rehabilitation kann in der Regel erst erfolgen, wenn die Kostenzusage des Leistungsträgers und eine Zusage der aufnehmenden Reha-Einrichtung vorliegen. Dies gilt analog auch für den Antrag aus der vertragsärztlichen Versorgung. Ausnahme ist hier das Direkt-Einweisungsverfahren der DRV Bund und DRV Mitteldeutschland. Sind diese Voraussetzungen zum Zeitpunkt der Entlassung nicht gegeben, erfolgt die Entlassung nach Hause oder in eine Pflegeeinrichtung. In diesen Fällen wird die Rehabilitation dann erst verzögert angetreten oder unterbleibt nicht selten ganz. Dies führt häufig zum Bruch der lückenlosen Rehabilitationskette und bewirkt damit Rückschritte und Demotivation [47].

Ein verzögerter Antritt der Rehabilitation kann dabei u. a. die Folge von nicht rechtzeitig gestellten oder qualitativ unzureichenden Anträgen, einer verzögerten Antragsbearbeitung oder eines fehlenden Platzangebots in den Reha-Einrichtungen sein.

Wird der Antrag abgelehnt, kann zwar Widerspruch eingelegt werden. Dessen Bearbeitung führt aber in der Regel zu einer relevanten Verzögerung des Antritts einer Rehabilitationsmaßnahme.

Die Ablehnungsquote im Bereich der Anschlussrehabilitation ist relativ gering, aus der vertragsärztlichen Versorgung im Bereich der GKV jedoch deutlich höher.

Die IGES-Studie zeigt, dass bei Anträgen an die Krankenkassen aus dem ambulanten Bereich eine Ablehnungsquote von fast 50 % feststellbar ist [32]. Die zur Prüfung dieser Zahl vorgenommenen eigenen Berechnungen aus der KG 5-Statistik 2016 [13] stützen dieses Ergebnis. So wurden nur 46 % aller Anträge auf stationäre medizinische Rehabilitation aus dem ambulanten Sektor, die nicht Anschlussrehabilitation waren, bewilligt. Eine Ablehnung aus rein medizinischen Gründen erfolgte in 37 %. Widersprüche waren in der Regel zu 40 % erfolgreich.

Es gibt Hinweise aus der Praxis darauf, dass dies u. a. auch an der mangelnden Qualität der

Anträge bzw. an unzureichenden Angaben, aber auch an mangelnder Qualifikation der Begutachter oder restriktiven Vorgaben der Reha-Träger liegen kann.
In diesem Zusammenhang wird punktuell die Kritik geäußert, dass trotz Amtsermittlungspflicht des leistenden Reha-Trägers, die §§ 14 ff. SGB IX i.V.m. § 13 SGB IX folgt, dieser offenen Fragen aus dem Antrag nicht ausreichend nachgeht und selbst weitergehend ermittelt oder, der Einfachheit halber, den Antrag wegen Unvollständigkeit der Angaben ablehnt [26].

1.1.3 Erschwernis der Übergänge durch Versorgungslücken:

a. Bei schwer betroffenen, insbesondere jüngeren Patientinnen und Patienten aller Fachgebiete (mit Ausnahme der Neurologie/Neurochirurgie und Geriatrie) besteht eine Rehabilitations-Versorgungslücke zwischen Krankenhausbehandlung und Reha-Einrichtung. Insbesondere dann, wenn noch keine Reha-Fähigkeit nach AHB-Kriterien (vor allem wegen hohen Pflegebedarfes) besteht. Folgen davon sind eine Entlassung nach Hause (ggfs. mit Pflege) oder vorübergehend in eine Pflegeeinrichtung (Kurzzeitpflege, die nicht selten in Langzeitpflege mündet). Ob und in welchem Umfang dort dann tatsächlich „Reha-Fähigkeit“ nach den bislang geltenden klassischen Kriterien [55] erreicht wird, ist bislang nicht systematisch untersucht. Dies hängt u. a. von der dort verfügbaren ärztlichen und therapeutischen Versorgung ab. Die nach § 40 Abs. 1 Satz 2 SGB V gesetzlich vorgesehene Option der ambulanten Rehabilitation in Pflegeeinrichtungen wird z. Zt. praktisch nicht umgesetzt, da die dazu erforderlichen Mobilen Rehabilitationsdienste nur an wenigen Orten zur Verfügung stehen [34].
b. Bei Patientinnen und Patienten mit kontinuierlichem Überwachungsbedarf/ Monitoring und maschineller Unterstützung (Beatmung und Dialyse) wird der Reha-Bedarf oft noch nicht erkannt. Selbst wenn dies der Fall ist, erfolgt wegen hohen Belegungsdrucks mit möglichst kurzer Verweildauer auf Intensivstationen, unsicherer Erlöslage im DRG-System und fehlenden Angeboten für diese Personengruppe eine frühzeitige Entlassung in sogenannte Beatmungs-/Intensiv-Wohngruppen ohne entsprechende Rehabilitation [48]. Auf den Intensivstationen unterbleiben aufgrund mangelnder personeller Ausstattung oft therapeutische Maßnahmen, die eine Rehabilitation vorbereiten.

1.1.4 Erschwernis der Übergänge durch fehlende Reha-Angebote:

a. Es fehlt ein ausreichendes Angebot für die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen mit erworbenen Hirnschädigungen, für Menschen mit geistiger Behinderung oder mehrfachen Behinderungen.
b. Es fehlt ein flächendeckendes Angebot der ambulanten neurologischen und geriatrischen Rehabilitation sowie anderer Indikationsbereiche [42].
c. Es fehlt ein flächendeckendes Angebot der mobilen Rehabilitation [47] und zwar sowohl für die Bereiche Geriatrie und Neurologie als auch für andere indikationsspezifische Bereiche (z. B. Amputation, Querschnittlähmung, Polytrauma).
d. Nach Abschluss der eigentlichen Rehabilitation fehlt für Patientinnen und Patienten, bei denen weiterhin eine relevante Teilhabe-Einschränkung besteht, ein ausreichendes Angebot für das Einleiten der beruflichen und sozialen Reintegration, wie es konzeptionell in der Neudefinition der Phase E im Bereich der Neurologie angedacht ist [11].

1.1.5 Exemplarische Probleme in der zielgruppenspezifischen Rehabilitation:

Die Arbeitsgruppen haben sich mit Bedarfen spezieller Zielgruppen beschäftigt bzgl. des Zugangs und der Übergänge in der Rehabilitation. Dies sind exemplarisch folgende Gruppen:

a. Geriatrische Patientinnen und Patienten:

Es fehlen angemessene und strukturierte geriatrische Rehabilitationsangebote, die eine umfassende Versorgung bedarfs- und flächendeckend sicherstellen. Geriatrische Patientinnen und Patienten haben besondere Rehabilitationsbedarfe. Grund hierfür sind ihre typische Multimorbidität, ihre allgemeine Gebrechlichkeit und die Beeinträchtigung meist mehrerer Alltagsfunktionen. Geriatrische Patientinnen und Patienten bedürfen einer optimierten Gestaltung der sektoral bedingten Schnittstellen zwischen Akutbehandlung, Rehabilitation und Pflege [61]. Auch wird oft noch die Bedeutung der Rehabilitation für die soziale Teilhabe im Alter unterschätzt. Die Ansprüche auf Teilhabesicherung auch in diesem Lebensabschnitt werden z. T. nur unzureichend umgesetzt. Aus Sicht der Betroffenen besteht die Hoffnung, dass mit Hilfe einer Reha-Maßnahme ein Heimzugang verhindert oder im Heim die Möglichkeiten der Teilhabe verbessert werden kann. Dazu gehört auch, dass aus einer Maßnahme der Kurzzeitpflege keine Langzeitpflege im Heim wird.

Die Unzulänglichkeiten zeigen sich insbesondere in folgenden Bereichen:

- In vielen Krankenhäusern, aber auch in Reha-Einrichtungen, die nicht Einrichtungen der geriatrischen Rehabilitation sind, fehlt die Geriatrie-spezifische Kompetenz des Behandlungsteams.
- In mehreren Bundesländern gibt es keine oder keine ausreichende Zahl von stationären geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V. Geriatrische Rehabilitation findet dort nur als Frührehabilitation im Krankenhausbereich statt.
- In mehreren Bundesländern gibt es keine ambulanten geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen. Dieses Defizit wird durch teilstationäre Behandlung nur teilweise aufgewogen [16, 19].
- In vielen Fällen wird eine indizierte Anschlussrehabilitation nicht veranlasst oder nicht in Anspruch genommen. Ursache dafür kann sein, dass der Bedarf nicht erkannt wird, die Reha-Fähigkeit fälschlich verneint wird und eine Verlegung in die Kurzzeitpflege erfolgt oder dass Reha-Plätze fehlen.
- Dem Rehabilitationsbedarf bei pflegebedürftigen älteren Menschen wird nicht ausreichend Rechnung getragen: So werden Erfahrungen aus der Praxis berichtet, dass z. B. nur wenige Betroffene, bei denen der MDK im Rahmen der Pflegebedürftigkeitsbegutachtung eine Reha-Indikation gestellt hat, tatsächlich zu einer Rehabilitation gelangen.
- Für Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen, bei denen in ca. 20 % ein Reha-Bedarf nach der IGES-Studie besteht (Kurzzeitpflege über 30 %, Langzeitpflege ca. 18 %), wurde kein Antrag auf Rehabilitation gestellt [32]. Dem entspricht, dass aus dem ambulanten Sektor kaum Reha-Anträge für diese Klienten gestellt bzw. diese relativ häufig abgelehnt werden.
- Obwohl sich nach der Studie mehr als 90 % der Heimbewohner nur eine mobile Rehabilitation im Heim als Maßnahme vorstellen können und obwohl

der Gesetzgeber die mobile Rehabilitation als regelhaftes Angebot in § 40 SGB V vorgesehen hat, gibt es nur 18 Standorte zur mobilen geriatrischen Rehabilitation in der Bundesrepublik Deutschland.

b. Amputierte Patientinnen und Patienten:
   - Durch Entlassung der Patientinnen und Patienten nach Hause oder in die Kurzzeitpflege direkt im Anschluss an den Akutaufenthalt (wegen „noch nicht gegebener Reha-Fähigkeit“) droht eine unzureichende Versorgung und Behandlung (Ödemreduktion, Kontrakturprophylaxe, Erhalt von Kraft und Ausdauer, Mobilisation).
   - Eine Rehabilitation, wenn sie dann doch beantragt und genehmigt wird, erfolgt häufig verzögert und oft in Einrichtungen mit ungenügender Erfahrung im Umgang mit Amputierten.
   - Aspekte der späteren Reintegration ins private und berufliche Umfeld, der Teilhabe, werden in der Rehabilitation zugunsten der reinen Mobilisation häufig vernachlässigt. Vertragsärztinnen und -ärzte sind in der Regel nicht in der Lage, die Versorgung amputierter Patientinnen und Patienten ausreichend zu gewährleisten.
   - Die Prothesenversorgung ist häufig problematisch wegen Ablehnung individuell sinnvoller Passteile durch den Kostenträger. Eine verlässliche Versorgung durch Sanitätshäuser ist ebenfalls nicht garantiert.
   - Regelhaft kommt es zu einer im Verhältnis zum Bedarf der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden vorzeitigen Beendigung der Rehabilitation und zu einem sehr hohen bürokratischen Aufwand für Verlängerungsanträge, bei einer von vornherein (auch im Vergleich zum Ausland) unzureichenden Reha-Dauer von drei bis fünf Wochen.
   - Es fehlen adäquate ambulante Rehabilitationsstrukturen für Amputierte, insbesondere ambulante Gehschulen.
   - Durch die nicht kostendeckenden Pflegesätze besteht von Seiten der Leistungserbringer kein Anreiz, diese rehabilitativ aufwendigen Patientinnen und Patienten aufzunehmen bzw. länger zu behandeln.

c. Patientinnen und Patienten nach Polytrauma und nach längerer intensivmedizinischer Behandlung:

   Es besteht nach wie vor ein gravierender Mangel an Angeboten der Frührehabilitation für schwerverletzte Patientinnen und Patienten ohne kognitive Störung auf der Intensivstation. Dieses hat über Gebühr verlängerte Aufenthalte im Akutkrankenhaus bzw., in der Mehrzahl der Fälle, eine frühzeitige Entlassung nach Hause oder in eine Pflegeeinrichtung zur Folge.

   Es besteht für diese Betroffenen und jene aus anderen Fachbereichen, die aus unterschiedlichen Gründen keine AHB-Fähigkeit erreichen, ein „Reha-Loch“ im Anschluss an die Akutversorgung, wenn sie die Kriterien für die stationäre Aufnahme in eine Anschlussrehabilitation (im engen Sinn „Selbständigkeit auf Station“, Barthel-Index 80 Punkte) nicht erfüllen. Die zu geringen Kapazitäten einiger weniger spezialisierter Reha-Einrichtungen für die Aufnahme dieser noch funktionell stark eingeschränkten und häufig noch pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten führt zu Entlassungen in die Häuslichkeit oder in Pflege-Einrichtungen. Die Folgen sind ein

Ausbleiben der erforderlichen Rehabilitation und die sich daraus ergebenden Gefahren und Komplikationen. Es erfolgt weder eine individuelle Bedarfsermittlung, geschweige denn eine Teilhabeplanung.

Genehmigte Behandlungskorridore in den Reha-Einrichtungen liegen regelhaft bei maximal vier Wochen mit anschließender Entlassung ohne Erreichen der primär formulierten Reha-Ziele im Sinn der ausreichenden individuell angestrebten Mobilität und Selbständigkeit. Die anschließende Entlassung in die Obhut der vertragsärztlichen bzw. fachärztlichen Versorgung ohne weiteres Case-Management und wohnortnahe Fortsetzung der Rehabilitation führt zu den bekannten Langzeitfolgen nach Polytrauma. Dazu zählen insbesondere gravierende Defizite in der Teilhabe [40, 45, 54].

d. Querschnittgelähmte:

Insgesamt sind deutliche Fortschritte bezüglich der Erstversorgung und dem unmittelbaren Beginn der Rehabilitation Querschnittgelähmter als integralem Bestandteil der primären Akutphase zu verzeichnen – zumindest bei jenen Betroffenen, welche in einem spezialisierten Zentrum behandelt werden. Solche spezialisierten Behandlungszentren für Menschen mit Querschnittlähmung fehlen jedoch in vielen Regionen Deutschlands.

Für jene Patientinnen und Patienten, die nicht Opfer eines Arbeits- oder Wegeunfalls sind, fehlt daher auch die notwendige heimatnahe Nachsorge, die Option wiederholter Rehabilitationsangebote bei neu entstandenem Bedarf im Sinne der lebenslangen Begleitung. Bedrohend für Querschnittgelähmte sind insbesondere die nachfolgenden Gefahren der Komorbiditäten, der Depression und der Sucht. Dieses wirkt sich im Langzeitverlauf negativ auf die Gesundheitsversorgungs- und Lebenssituation querschnittgelähmter Menschen aus [4, 59].

e. Patientinnen und Patienten mit erworbenen Hirnschädigungen:

In der Neurorehabilitation sinkt die Verweildauer der Patientinnen und Patienten innerhalb der stationären neurologischen Frührehabilitation durch von Seiten der Leistungsträger angestrebte frühzeitige Phasenwechsel innerhalb des Phasenmodells der neurologischen/neurochirurgischen Rehabilitation. Dies gilt insbesondere für jüngere Patientinnen und Patienten (Aufweichen der Eingangs- und Ausgangskriterien nach BAR-Richtlinien und der Phasenzuordnung nach Barthel-Index-Punkten durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung) [46]. Es kommt dabei immer häufiger zu einer vorzeitigen Entlassung ins häusliche oder pflegerische Umfeld wegen „Fehlen von Reha-Potential“ oder „Stagnieren der Reha-Fortschritte“ [2]. Dies hat zur Folge, dass Teilhabe und Lebensqualität oftmals weiterhin erheblich eingeschränkt sind, häufig auch mit Betreuungs- und Pflegebedarf.

Um diese gesamthafte Verkürzung der stationären Rehabilitation dieser meist schwerbetroffenen Patienten zu kompensieren, fehlen spezialisierte ambulante, insbesondere neurokompetente wohnortnahe Strukturen, in denen individuell ermittelte und erreichbare Reha-Ziele weiter erarbeitet werden können [11, 17, 38, 44, 45].

Neuropsychologische Folgen werden in den Akutliniken, z. T. auch in den Reha-Einrichtungen, nicht ausreichend diagnostiziert und im weiteren Verlauf beachtet. Dies gilt auch für die Zeit nach der stationären Behandlung, in der neuropsychologische Mitbetreuung sowie eine neurokompetente Begleitung zur beruflichen

Wiedereingliederung häufig nicht erfolgen. Die durch neuropsychologische Beeinträchtigungen oft deutlich eingeschränkte Leistungsfähigkeit wird nur selten rechtzeitig bei der beruflichen Eingliederung erkannt und thematisiert, so dass spezifische Eingliederungshilfen oft unterbleiben.

f. Intensivmedizinische / überwachungspflichtige Patientinnen und Patienten:

Durch die fortschreitende medizinische Entwicklung überleben zunehmend mehr Patientinnen und Patienten mit schwersten Erkrankungen und komplikationsreichen Behandlungsverläufen. Die resultierenden funktionellen, aktivitäts- und teilhabebezogenen Krankheitsfolgen erfordern auch in dieser frühen Phase, in der häufig noch intensivmedizinischer Behandlungsbedarf (z. B. Beatmung) besteht, einen unmittelbaren parallelen Beginn der Rehabilitation.

Außer der neurologischen Frührehabilitation und einiger weniger Abteilungen für fachübergreifende Frührehabilitation mit Beatmungsbereich bestehen keine adäquaten Strukturen zur Übernahme solcher Patientinnen und Patienten aus den Intensivstationen. Weiterhin liegen Hinweise auf eine bestehende Fehlversorgung vor, da eine zunehmende Zahl (2016 geschätzt ca. 30.000) derart Betroffener in sogenannten Intensivpflege-/Beatmungs-Wohngruppen untergebracht werden, in denen keinerlei oder nur minimale rehabilitative Strukturen vorgehalten und Potentiale zur Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung nicht ausgeschöpft werden [48].

g. Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen oder seelischer Behinderung:

Die dramatische Steigerung der Rentenzugänge bei verminderter Erwerbsfähigkeit wegen psychischer Erkrankungen und Verhaltensstörungen innerhalb der vergangenen 10 Jahre bei geringer prozentualer Teilnahme an einer Rehabilitation vor dem Rentenbezug weist auf das gravierende Problem des erschwerten/komplizierten Zugangs zu solchen Maßnahmen hin [8, 10]. Bedingt durch starke Ängste, vermindertes Selbstbewusstsein und Durchsetzungsvermögen, Störungen im Sozialverhalten und eingeschränktes Selbstmanagement bestehen von Seiten der Betroffenen große Hürden im Zugangsprozess zu Reha-Leistungen. Hinzu kommen sehr lange Wartezeiten auf einen Platz in einer psychosomatischen Rehabilitation. Psychosomatische Reha-Einrichtungen sind zudem nicht geeignet, z. B. Patienten mit Schizophrenie oder schwerer Depression aufzunehmen [5]. Bei rehabilitationsbedürftigen und -fähigen Versicherten mit positiver Erwerbsprognose scheitern der zeitnahe Übergang und die Platzierung in eine bedarfsorientierte, individuell geeignete Rehabilitation meistens an der Schnittstelle des Leistungsträger-Wechsels [58, 65]. Es gibt Hinweise darauf, dass neben einer ausreichenden gemeindepsychiatrischen Versorgung auch Rehabilitationseinrichtungen für diese Personengruppe fehlen.

Bezüglich der anschließenden Teilhabe am Arbeitsleben fehlt häufig die nötige Unterstützung durch Integrationsfachdienste und psychosoziale Fachdienste [29, 39]. Ein Übergang in Hilfestrukturen der Eingliederungshilfe ist oft die Folge.

h. Patientinnen und Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen

Es fehlt bei Abhängigkeitserkrankungen eine Kultur des Hinschauens in der niedergelassenen ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung sowie beim Krankenhauspersonal. Es werden kaum Screening-Verfahren eingesetzt, demzufolge auch zu selten Reha-Leistungen beantragt [62–64]. Das Hilfesystem erreicht nur 10 %

der Behandlungsbedürftigen. Nach dem qualifizierten Entzug fehlt ein nahtloser Zugang zur Entwöhnungsbehandlung und ein Case-Management/eine Reha-Fallbegleitung für diese hochgefährdete Gruppe.

i. Patientinnen und Patienten mit Multimorbidität oder spezifischer Komorbidität

Für die zunehmende Anzahl von Betroffenen mit Beeinträchtigungen der Aktivitäten bei Multimorbidität, insbesondere bei jüngeren Patientinnen und Patienten, ist häufig weder die indikations-/organspezifische Rehabilitation noch die geriatrische Rehabilitation adäquat. Vielfältige, sich gegenseitig negativ verstärkende, aktivitäts- und teilhaberelevante Krankheitsaspekte bedingen komplexe Einschränkungen der beruflichen und sozialen Teilhabe. Merkmalskomplexe wie Immobilität, kognitive Defizite, Schwindel, Schmerz, Depression, Fehlernährung usw. sprengen den allein organbezogenen Behandlungsansatz [3, 51–53].

Die Erwartungen der Patientinnen und Patienten gehen dahin, dass auch Begleiterkrankungen mitberücksichtigt und behandelt werden. Dies scheitert jedoch häufig daran, dass die Reha-Einrichtungen indikationsspezifisch arbeiten. Die zugrundeliegenden gesundheitlichen Störungen bedürfen innerhalb der Rehabilitation häufig der Behandlung durch verschiedene fachärztliche Disziplinen, wenn ein nachhaltiger Reha-Erfolg gewährleistet werden soll. Es ist deshalb oft problematisch, die Rehabilitation auf eine Hauptindikation zu fokussieren. Dies bedeutet Schwierigkeiten sowohl bei der Auswahl geeigneter Einrichtungen als auch bei der Durchführung der Rehabilitation, wenn die entsprechenden Disziplinen nicht verfügbar sind.

Nicht immer besteht eine Multimorbidität im Sinne mehrfacher Erkrankungen, sondern häufig nur eine weitere prägende Erkrankung. Besonders häufige Komorbiditäten sind psychische oder Abhängigkeits-Erkrankungen in Kombination mit orthopädischen, neurologischen und Herz-Kreislauf- bzw. Atemwegserkrankungen. Darauf sind die Reha-Angebote meist nicht eingerichtet, so dass nachhaltige Erfolge nicht erzielt werden können.

j. Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund:

Trotz erhöhtem Bedarf bei verhältnismäßig höheren Berufskrankheiten- wie auch Erwerbsminderungsquoten werden von den Betroffenen seltener rehabilitative Leistungen in Anspruch genommen [9, 43]. Es besteht weiterhin eine geringere Zufriedenheit mit den rehabilitativen Maßnahmen und eine geringere Erfolgsquote der Rehabilitation, bedingt zum einen durch unerfüllte Versorgungserwartungen, zum anderen durch eine mangelnde interkulturelle Öffnung der Reha-Einrichtungen [37]. Dies bedeutet in der Praxis mangelnde Verständigungsmöglichkeiten und eine fehlende Berücksichtigung der kulturellen Aspekte bezgl. Krankheitsverständnis und Krankheitsverarbeitung [35].

k. Patientinnen und Patienten mit niedrigem Sozialstatus:

Es gibt Hinweise darauf, dass die Zugangschancen zu Leistungen der Rehabilitation in der Bevölkerung ungleich verteilt sind. Insbesondere bestehen Zugangshürden für Menschen in prekären Lebenslagen, vorwiegend bei Armut. Die Ursachen sind heterogen. Es ist u. a. fraglich, ob Menschen in Grundsicherung oder Arbeitslosigkeit sowie Senioren mit geringen Rentenbezügen erreicht werden, da die Durchführung einer Reha in der Regel finanzielle Ressourcen voraussetzt (z. B. Zuzahlungen,

Sportkleidung, Teilnahme an sozialen Aktivitäten während der Reha). Ferner ist unklar, ob es ausreichende Ressourcen bei dieser Bevölkerungsgruppe gibt, die Pflege von Angehörigen sicherzustellen, wenn die Pflegenden eine Reha-Leistung benötigen.

1.1.6 Defizite an Schnittstellen:

An den Schnittstellen bei den oben genannten Übergängen bestehen Defizite bei der Beratung und bei der individuellen Fallbegleitung bzw. Case-Management für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, bei denen erhebliche Teilhabebeeinträchtigungen zu erwarten sind.

a. In der Sucht-Entwöhnung besteht keine nahtlose Prozessgestaltung bzw. fachgerechte Beratung vom qualifizierten Entzug in die Rehabilitation bzw. einfache und handhabbare Verfahrenswege bei der Beantragung von anschließenden Rehabilitationsleistungen nach SGB V oder SGB VI. Es fehlen die personellen Ressourcen, um Schnittstellen durch entsprechende Brücken mittels Fallmanagement zu überwinden. Folgen sind die Verzögerung des Genesungsprozesses und Unwirtschaftlichkeiten im Versorgungsablauf [57].
b. In der Psychiatrie besteht eine allgemeine Unkenntnis der Rehabilitationsmöglichkeiten und daher nur in Einzelfällen ein nahtloser Übergang aus der Akutpsychiatrie in ein rehabilitatives Setting [1]. In der Folge kommt es dann auch zu großen Hürden im Zugang zu Rehabilitationsleistungen, welche die Teilhabe am Arbeitsleben vorbereiten und bahnen sollen. Dies kann auch damit zusammenhängen, dass teilhabeorientierte Angebote nicht im System der Rehabilitation verankert sind, sondern im Sektor der Gemeinde- bzw. Sozialpsychiatrie. Als Angebote der medizinischen Rehabilitation stehen nur die Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK) und psychosomatische Reha-Angebote zur Verfügung.
c. Beim Übergang von der medizinischen Rehabilitation zurück in die berufliche Teilhabe fehlt in zahlreichen Fällen eine konkrete Beratung und ein konkretes Anbahnen der nächsten Schritte. Grund hierfür ist eine mangelnde vorherige Bedarfsermittlung im Hinblick auf die Zeit nach der Rehabilitationsleistung. Die sozialmedizinische Beurteilung gibt im besten Falle die notwendigen weiteren Maßnahmen an, ohne jedoch die Schritte der Umsetzung vorzubereiten bzw. einzuleiten. Dieses bleibt den Akteuren im Sozialraum überlassen. Durch Zeit-, Ressourcen- und Kenntnismangel findet eine individuelle Begleitung bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz bzw. ein Fallmanagement selten statt. Es mangelt ebenfalls an der systematischen, regelhaften und frühzeitigen Einbindung der Integrations-Fachdienste. Das Konzept des Fallmanagements der Deutschen Rentenversicherung kommt bislang noch selten zum Tragen [15].

1.1.7 Kommunikationsdefizite an den Übergängen:

a. Es besteht häufig eine fehlende Information der/des Vertragsarztes/-ärztin, insbesondere im fachärztlichen Bereich über Probleme am Arbeitsplatz, Konflikte im häuslichen Umfeld und kognitive oder kommunikative Störungen, die die Eigeninitiative der Betroffenen beeinträchtigen. Es gibt kaum Kooperationen und Informationsaustausch mit den arbeitsmedizinischen Diensten. Dies hat auch datenschutzrechtliche Gründe. Vorliegende Informationen werden zudem oft nicht an die Reha-Einrichtung weitergegeben, allerdings dort auch oft nicht immer angemessen

berücksichtigt.

b. Von den Ärztinnen und Ärzten in der Rehabilitation wird wiederholt über mangelnde Informationen zur Akutbehandlung beim Übergang in die Reha geklagt (Fehlen wichtiger Behandlungsunterlagen einschließlich Angaben zu Vorerkrankungen, von bildgebender Diagnostik und Befunden). Hinzu kommt bei der Überleitung häufig eine fehlerhafte und mangelnde Kommunikation zum Gesundheitszustand, zu körperlicher Belastbarkeit, zum Mobilisationsstatus der/des Betroffenen sowie zu ggfs. benötigten teuren Medikamenten oder multiresistenten Keimen [23, 57]. Auch das verpflichtende Entlass-Management wird inhomogen und unvollständig umgesetzt und hat noch zu keiner spürbaren Verbesserung dieses Kommunikationsdefizites geführt.

c. Gleichermaßen fehlen dem zuständigen therapeutischen und ärztlichen Personal in der Reha Informationen über Arbeitsplatz und Leistungsanforderungen an die Patientinnen und Patienten.

d. Die mangelnde Kenntnis des Spektrums der Rehabilitationsmöglichkeiten und der in Betracht kommenden Einrichtungen und Dienste bei den Stationsärzten und -ärztinnen, beim medizinisch-therapeutischen Bereich und dem Sozialdienst, sowohl in den Akutkliniken als auch in den Reha-Einrichtungen, führt zu Kommunikationsproblemen und Brüchen in der Kontinuität des Rehabilitationsprozesses [14]. Ein systematischer Informationsaustausch auch mit den nachbehandelnden Diensten und Einrichtungen ist selten regelhaft organisiert.

1.1.8 Erschwernis der Übergänge durch fehlende/inadäquate Hilfsmittel:

Verzögerte/verweigerte Kostenzusagen durch die Leistungsträger für individuell ausgesuchte Hilfsmittel (z. B. zum Aufrechterhalten der Mobilität, zur Verbesserung der Selbsthilfe im Alltag), die für die Fortsetzung der Rehabilitation in der weiterführenden oder ambulanten Rehabilitation zwingend erforderlich sind, behindern die Übergänge und damit die Nahtlosigkeit und Effizienz der Rehabilitation (siehe auch AG 2, Kapitel 2) [26]. Dies gilt insbesondere für individuell zu adaptierende Hilfsmittel.

1.2 Lösungsansätze/Umsetzungsmaßnahmen Themenfeld AG 1 „Übergänge optimieren"

Zur Bewältigung der angegebenen Problemfelder wurden insbesondere folgende Lösungsansätze und Handlungsempfehlungen benannt:

1.2.1 Verbessern des Zugangs:

Für die Versserung des Zugangs ist das **Weiterentwickeln des Antragsformulars** (Verordnung von medizinischer Rehabilitation Muster 61) auf Grundlage der bisher gesammelten Erfahrungen sinnvoll. Dazu zählt auch die Digitalisierung des Antrages und IT-Unterstützung zum Ausfüllen desselben in der Praxissoftware. Außerdem sollte der Antrag durch Hinweise auf die Muttersprache/Sprachverständnis der deutschen Sprache, Beruf, Besonderheiten im familiären, sozialen und beruflichen Bereich der Antragstellerin/des Antragstellers ergänzt werden.

Eine **pflichtmäßige Rückmeldung des Rehabilitationsträgers** an die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte bzgl. Bewilligung des Reha-Antrages bzw. Angabe der Gründe für eine Ablehnung ist einzuführen. Rückfragen bei Vertragsärztin/-arzt bei Unklarheiten und Informationslücken entsprechend dem gesetzlichen Auftrag für den leistenden Reha-Träger, eine umfassende Bedarfsermittlung durchzuführen (vgl. auch die sozialrechtlichen Grundsätze der Amtsermittlung nach § 20 SGB X), sollten verpflichtend sein.

Des Weiteren ist es ratsam, die Ursachen für die hohe Ablehnungsquote von Anträgen auf Rehabilitation aus dem ambulanten Versorgungsbereich durch die Krankenkassen zu untersuchen und eine Konzeption von Maßnahmen zu entwickeln, welche die Qualität und somit Erfolgsaussichten von Reha-Anträgen verbessern und zugleich die Antragstellung bei Menschen mit Reha-Bedarf unterstützen.

Hilfreich wäre ferner, die Zulassungsquote für Fachärztinnen und -ärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin (PRM) im vertragsärztlichen Bereich zur Unterstützung bei der Formulierung der Reha-Anträge auf Überweisung aus der ambulanten haus- und fachärztlichen Versorgung zu erweitern.

Bislang mangelt es an der praktischen Umsetzung der bereits vorhandenen Option einer **eigenständigen Beantragung einer Rehabilitation durch die Patientinnen und Patienten**. Hier kann durch die Etablierung eines geeigneten regelhaften Verfahrens Abhilfe geschaffen werden. Dabei soll eine Möglichkeit geschaffen werden, auch ohne die Verordnung eines Vertragsarztes, den Prozess der Bedarfsermittlung von Seiten des Reha-Trägers einzuleiten. Die Erstellung eines qualifizierten Reha-Antrages durch den Patienten sollte durch folgende Institutionen bzw. Dienste unterstützt werden können:

- Unabhängige Patientenberatung (UPD)
- im Rahmen der Ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung (EUTB)
- Pflegekräfte in Pflegeheimen
- Pflegestützpunkte und ambulante Pflegedienste
- Sozialdienst im Krankenhaus, soweit dieser nicht ohnehin mit der Beantragung einer Reha-Leistung betraut ist, und andere Sozialdienste (IFD, ASD)
- Betriebsärztlicher Dienst bzw. im Rahmen eines Betrieblichen Eingliederungs-Managements (BEM)
- erfahrene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Jobcentern
- Öffentlicher Gesundheitsdienst

- Mitarbeiter aus dem Bereich der Kinder- und Jugend- sowie der Eingliederungshilfe

Die Beantragung kann auch im Rahmen von Teilhabe- bzw. Gesamtplankonferenzen der Eingliederungshilfe unterstützt werden. Dazu sind ggf. Qualifizierungsmaßnahmen, insbesondere für den Sozialdienst in Krankenhäusern zu erarbeiten. Informationen und Arbeitshilfen z. B. Reha-Checklisten sind zur Unterstützung dieser Dienste und Einrichtungen vorzusehen. Die Rechte und Pflichten der Vertragsärztinnen und -ärzte bleiben unberührt. Eine modellhafte Erprobung bietet sich an, bei welcher der leistende Reha-Träger in eigener Regie den Reha-Bedarf abschließend ermittelt.

Es empfielt sich darüber hinaus eine **Optimierung der Erfassung des Reha-Bedarfes bei der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit** durch den Medizinischer Dienst (MD) und verstärktes Achten auf die Umsetzung dieser Empfehlung (Überwachungsprozess). Kurzzeitpflegeeinrichtungen sollten bei Patientenaufnahme zu einem Reha-Screening verpflichtet werden.

Notwendig wäre auch eine bessere Ausbildung im Medizinstudium zum Thema der Rehabilitation (Pflichtfach) durch Neufassung des Nationalen Lernzielkataloges und des Gegenstandskataloges durch das Institut für Medizinische Prüfungsfragen. An allen medizinischen Fakultäten/Universitäten sollten zum Zweck der Lehre und Forschung zum Thema Rehabilitation **Lehrstühle für Physikalische Medizin und Rehabilitation** eingerichtet werden.

Bei der Weiterbildung in allen Fachgebieten, insbesondere im Bereich der Allgemeinmedizin, sollte Rehabilitation stärkere Berücksichtigung finden. Generell empfiehlt sich der **Ausbau von Fortbildungsveranstaltungen zum Thema Rehabilitation** einschließlich des Bereichs Geriatrie für alle Akteure im Gesundheitswesen und eine regelmäßige Thematisierung der medizinischen Rehabilitation in hausärztlichen und fachärztlichen Qualitätszirkeln [41]. Etwa durch die Entwicklung eines CME-Fortbildungs-Moduls (Continuous Medical Education) zum Thema „medizinische Rehabilitation“. Es richtet sich zum einen an Hausärztinnen und -ärzte (Schwerpunkt: Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Antrag auf Leistungen zur sozialen Teilhabe und Teilhabe am Arbeitsleben). Zum anderen spezifisch an die Facharztgruppen der Hauptindikationen. Denkbar wäre auch die Bereitstellung von Muster-Antragsformularen. Wichtig wäre dabei die Steigerung der Attraktivität solcher Fortbildungen.

1.2.2 Übergange verbessern:

a. Im Krankenhaus soll Rehabilitation von vornherein „mitgedacht“ und frühzeitig fachkundig eingeleitet werden. Einfordern einer **Bedarfserkennung nach Rehabilitation bei Eintritt in das Akutkrankenhaus** bzw. nach abgeschlossener Primär-Diagnostik und -Behandlung. Standardisierte regelhafte Erhebung des zu erwartenden Rehabilitationsbedarfes bzw. auch des Reha-Wunsches (z. B. Pflichtfeld in der ärztlichen und pflegerischen Aufnahmedokumentation). Vereinheitlichen des Kontaktes/Gespräches mit dem Sozialdienst der Klinik und Möglichkeit der Antragstellung durch letzteren.

b. **Einführen der Funktion eines ärztlichen „Reha-Beauftragten“ in jedem Krankenhaus** (ähnlich den Hygiene-, Strahlen- oder Transfusions-Beauftragten) und Erarbeiten einer entsprechenden verpflichtenden Fortbildung.

   Diese Person mit rehamedizinischer Kompetenz unterstützt den/die zuständige Stationsärztin/-arzt und das Team (konsiliarisch) sowie den Betroffenen bei der Erhebung v. a. komplexer Reha-Bedarfe (ggf. mit Hilfe eines ICF-basierten Reha-Assessments), beim Antrag auf Anschlussrehabilitation (einschließlich Festlegung des Entlassungszeitpunktes) und der Auswahl der Reha-Einrichtung.

c. **Verpflichtende Planung und Organisation der rehabilitativen Weiterversorgung im Rahmen des Entlass-Managements der Akutkliniken** unmittelbar postoperativ. Dazu gehören die Wahl der Reha-Einrichtung, die Information der Patientinnen und Patienten und der Einrichtung mit Anmeldebogen sowie das Ausfüllen des AHB-Antrages. Vereinheitlichen der Antragsformulare für die weiterführende Rehabilitation in Verbindung mit einheitlichem trägerübergreifendem Vorgehen. Standardisieren der Befundberichte und der erforderlichen Assessments.

   Abarbeiten und Quittieren einer Checkliste „Überleitungsdokumentation" am Tag vor der Entlassung (Arztbericht, Therapeutenbefund, Pflegedokumentation, ggfs. Status der Multiresistenten Erreger) und **Einführen eines vereinheitlichten digitalen Datentransfers** aus dem Krankenhaus zur aufnehmenden Einrichtung (Entlassungsbericht, Pflegedokumentation, Therapeutenbericht, Hilfsmittel, wichtige Behandlungsunterlagen, bildgebende Diagnostik). **Reha-Protokoll als Bestandteil der Qualitätssicherung der Akutkrankenhäuser.**

   Einige dieser Forderungen sind im Rahmen des Entlass-Managements bereits vorgesehen, u. a. auch die frühzeitige Einbeziehung der Reha-Träger. Ob diese Maßnahmen im Entlass-Management ausreichend sind und erfolgreich umgesetzt werden, sollte wissenschaftlich evaluiert werden.

   Die Krankenkassen müssen das Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 SGB V und die Umsetzung des Entlass-Managements einfordern und überprüfen. Dieses erfordert eine Stärkung des Sozialdienstes sowie ein Einbeziehen des pflegerischen und ärztlichen Personals im Krankenhaus. Festlegen verbindlicher Beschäftigtenquoten für Beschäftigte im Sozialdienst der Akutkrankenhäuser (z. B. 1 Mitarbeiterin/Mitarbeiter: 50-80 Patientinnen und Patienten).

1.2.3 Frühe Verlegung / Schließen der Angebotslücken

Frühestmögliche und lückenlose Verlegung von Schwerbetroffenen nach Erstversorgung oder auch interkurrent in eine Abteilung für Frührehabilitation. Zeitnahe und ebenfalls lückenlose Überleitung in die nächste Versorgungsstufe unter Vermeidung eines Bruches in der postakuten Rehabilitationskette (Baukastensystem) und Schaffen entsprechender Kapazitäten (siehe AG 2, Kapitel 2).

Schließen der Angebotslücken durch:

- flächendeckenden Aufbau von Frührehabilitationsabteilungen im direkten Zusammenhang mit Zentren der Maximalversorgung, entweder integriert in der Klinik (Beispiel: u. a. Ludmillenstift Meppen, Städtisches Klinikum München-Bogenhausen, Asklepios Klinik St. Georg Hamburg) oder als „Campus- Frührehabilitation" (Beispiel: u. a. RehaNova Köln auf dem Campus des Krankenhauses Köln-Merheim).
- Einführung von Strukturen der intensivmedizinischen Rehabilitation (IMR) für Betroffene mit einer noch eingeschränkten Rehabilitationsfähigkeit, bei der die noch notwendige intensivmedizinische Behandlung berücksichtigt wird (Beispiel: u. a. Maternus Klinik Bad Oyenhausen).
- Schaffen einer weiteren (fachübergreifenden) Versorgungsstufe in der Rehabilitation für noch pflege- und hilfsbedürftige Rehabilitandinnen und Rehabilitanden unmittelbar nach der Akutbehandlung oder Frührehabilitation, welche noch nicht die

Kriterien der AHB-Fähigkeit erfüllen (in Anlehnung an das BAR-Phasenmodell der neurologischen/neurochirurgischen Rehabilitation) mit Bedarf nach intensiven Reha-Leistungen bei noch fortbestehendem Pflegebedarf. Aufbau entsprechender Stationen/Abteilungen in Reha-Einrichtungen oder als „Campus"-Rehabilitation in unmittelbarer Nähe von Akutkrankenhäusern (nach § 111 SGB V) mit klar definierter struktureller, personeller, apparativer und organisatorischer Ausstattung bei gleichzeitigem Adaptieren des Entgelt-Rahmens an die höheren Vorhaltekosten.

1.2.4 Erweiterung der Angebote

Erweitern der Angebote durch gezieltes Fördern von Reha-Einrichtungen mit indikationsübergreifendem Auftrag (vgl. AG 2 Kapitel 2) mit Kompetenz für die Rehabilitation bei Multimorbidität bzw. bei spezifischer Komorbidität.

Flächendeckende Bereitstellung und Nutzung der mobilen Rehabilitation sowohl in häuslicher Umgebung als auch im Pflegeheim. Dazu kann auch die Versorgung von Patientinnen und Patienten dienen, die, bei nicht mehr bestehender Krankenhausbehandlungspflicht, wegen eines hohen Pflegebedarfes bei gleichzeitig hohem Reha-Bedarf nicht von einer Reha-Einrichtung aufgenommen werden können oder die eine mobile Rehabilitation ausdrücklich wünschen.

1.2.5 Zielgruppenspezifische Rehabilitation

In der zielgruppenspezifischen Rehabilitation müssen bedarfsgerechte Rehabilitationsstrukturen und Angebote geschaffen werden:

a. <u>Betagte Menschen mit Rehabilitationsbedarf:</u>

- Ausreichende Reha-Angebote für ältere Menschen, ggfs. auch spezialisiert, indikationsspezifisch (z. B. geronto-orthopädische Rehabilitation zur Bewältigung von alterstypischen Einschränkungen sowie Begleiterkrankungen), ggfs. auch bei schon vorhandener Pflegebedürftigkeit. Dies setzt eine entsprechende Ausstattung der indikationsspezifisch arbeitenden Reha-Einrichtungen voraus.
- Differenzierte Ermittlung möglicher Beeinträchtigungen der gesellschaftlichen Teilhabe und, daraus ggf. folgend, diskursives Festlegen von Reha-Zielen, Mitteln, Methoden, Intensität und Dauer von Maßnahmen.
- Ausbau des differenzierten Angebotes der geriatrischen Rehabilitation, insbesondere der stationären Rehabilitation in jenen Bundesländern, in denen nur Akutgeriatrie (fallabschließend) vorgehalten wird (Hessen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern), sowie auch der ambulanten geriatrischen Rehabilitation (ggfs. tagesklinisch) und der mobilen Rehabilitation.
- Flexibilisieren der personenzentrierten geriatrischen Rehabilitation durch Kombination verschiedener Formen der Reha und Ermöglichen einer individuell variablen Dauer der Reha (z. B. auch Intervall-Reha).

b. <u>Amputierte Patientinnen und Patienten:</u>

- Schaffen von mehr Kompetenz-Centren und zielgerichtete Zuweisung zur Rehabilitation in diese spezialisierten Reha-Einrichtungen.
- Adäquate Honorierung der Rehabilitation dieser häufig durch Multimorbidität

aufwändigen Patientinnen und Patienten.

- Sichern einer lückenlosen Rehabilitationskette z. B. auch durch Einschalten einer mobilen Rehabilitation bei unumgänglicher Zwischenentlassung nach Hause oder in eine Pflege-Einrichtung.
- Konzipieren eines Rehabilitationsmodells für die frühe Rehabilitation nach Amputation in Anlehnung an das Phasenmodell der neurologischen/neurochirurgischen Rehabilitation unter entsprechender Anpassung des Tagespflegesatzes. Dabei sollte die Stufe berücksichtigt werden, in der die Patientinnen und Patienten nicht mehr akutmedizinisch behandlungsbedürftig sind, jedoch, bei dringendem Reha-Bedarf, weiterhin noch Pflege- und Behandlungsbedarf besteht.
- Sichern einer ausreichenden Dauer der Rehabilitation und Anpassen der entsprechenden Kostenzusagen von Seiten der Leistungsträger.
- Verbessern der Betreuung im ambulanten Bereich, wohnortnah, gleichzeitig auch der Prothesenversorgung im aufnehmenden Sozialraum, ggf. unter Nutzung vorhandener Kompetenzen an Krankenhäusern, Reha-Einrichtungen, Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderungen (MZEB), mobiler Rehabilitation etc.

c. <u>Patientinnen und Patienten nach Polytrauma und nach längerer intensiv-medizinischer Behandlung:</u>

- Schaffen von mehr Frührehabilitations-Abteilungen (fach-/indikations-übergreifend) in unmittelbarer oder direkter Anbindung an Kliniken der Maximalversorgung bzw. überregionale Trauma-Zentren z. B. in Form einer sogenannten „Campus-Rehabilitation“.
- Zügige Verlegung von Polytraumatisierten nach Abschluss der primär stabilisierenden operativen Eingriffe zum frühestmöglichen Beginn der Rehabilitation in solche Frührehabilitations-Abteilungen.
- Neudefinition einer Stufe der post-akuten Rehabilitation in der noch Pflege- und Behandlungsbedürftigkeit außerhalb der Akutklinik besteht, der Reha-Bedarf jedoch in den Vordergrund rückt. Dieses entspricht im Kern dem BAR-Phasenmodell der neurologischen/neurochirurgischen Rehabilitation (Phase C). Eine weitere Stufe soll im ambulanten Setting zum gezielten Wiedererlangen der Teilhabe neu definiert werden, vgl. dazu Vorschläge zur Weiterentwicklung der Phase E als Brücke zur Inklusion [11,17].
- Sichern einer ausreichenden Dauer der Rehabilitation und Anpassen der entsprechenden Kostenzusagen von Seiten der Leistungsträger.
- Bedarfsweise Wiedervorstellung zu einer „Reha-Abklärung“ zum Feststellen von ggf. erneut notwendigen gezielten Rehabilitationsmaßnahmen bzw. Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder Begleitung durch ein Case-Management.

d. <u>Querschnittgelähmte:</u>

- Sicherstellen der Verfügbarkeit von spezialisierten Behandlungszentren für Menschen mit Querschnittlähmung in allen Regionen Deutschlands und einer heimatnahen Versorgung/Rehabilitation.
- Sicherung der „lebenslangen Nachsorge“ bei Querschnittgelähmten mit Fokus auf regelmäßigen Gesundheits-Checks in spezialisierten Zentren einschließlich der

neuro-urologischen Betreuung, Versorgung mit adäquaten Hilfsmitteln, Verordnung von begleitenden Therapie-Maßnahmen, Abklären der Notwendigkeit von Wiederholungs-Rehabilitationen zwecks weiterer Sicherung der Teilhabe und Vermeidung von bekannten drohenden Komplikationen.

- Unterstützung bei Coping-Problemen.
- Begleitende Beratung bei der Hilfsmittelversorgung.
- Angebote der aufsuchenden Rehabilitation, Nachsorge und Unterstützung des Lebens in der Häuslichkeit.
- Einführen eines Case-Managements zur Verbesserung der sozialen und beruflichen Teilhabe (BEST PRACTICE: Modell der gesetzlichen Unfallversicherung).

e. Patientinnen und Patienten mit erworbenen Hirnschädigungen:

- Sichern einer ausreichenden Zeitdauer für die Frührehabilitation und die anschließende Rehabilitation zur Vermeidung einer Entlassung mit fortbestehenden gravierenden Einschränkungen der Selbständigkeit, der Teilhabe und der Lebensqualität.
- Teilhabesicherung durch Aufbau flächendeckender Strukturen im aufnehmenden Sozialraum für die ambulante/mobile Rehabilitation nach Schlaganfall und vergleichbaren Erkrankungen (s. AG 3, Kapitel 2).
- Sichern der Heilmittelversorgung über die Postakutphase hinaus auch in der chronischen Phase mit rehabilitativer Zielorientierung der Heilmittelanwendung sowie interdisziplinäre Koordination und Austausch zwischen Verordnern und Behandlern.
- Sichern ausreichender flächendeckender Möglichkeiten für die nachgehende ambulante neuropsychologische Behandlung, insbesondere Erweiterung der vorhandenen Kapazitäten sowie neurokompetente Unterstützung zur Teilhabe am Arbeitsleben.
- Einführen einer systematischen problemorientierten Nachsorge bei Schlaganfall und vergleichbaren Erkrankungen mit der Möglichkeit, Reha-Potential zu identifizieren und entsprechend eine Wiederholung von Reha-Leistungen einzuleiten.
- Einführung regional vernetzter Strukturen (sogenannte Neuro-Netzwerke: siehe BEST PRACTICE-Beispiele Kapitel 3.2).
- Umsetzen der Vorschläge zur Gestaltung der Phase E der neurologischen Rehabilitation über die rein medizinisch-berufliche Ausrichtung hinaus auf Belange der Teilhabe am sozialen Leben [17].

f. Intensivmedizinische und überwachungspflichtige Patientinnen und Patienten:

- Gezielter Aufbau von rehabilitativ ausgerichteten Strukturen/Abteilungen zur Aufnahme noch überwachungspflichtiger und insbesondere noch beatmeter Patienten, die dringenden Rehabilitationsbedarf im Sinne einer intensivmedizinischen Rehabilitation haben. Dazu gehört auch das gezielte Entwöhnen der Beatmung im Rahmen des frühzeitigen Beginns der Rehabilitation [48, 60]. Der Entwurf des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG) nimmt sich dieser Thematik an.
- Zusätzlich ist ein flächendeckender Aufbau von Frührehabilitationsabteilungen entsprechend dem Auftrag § 39 SGB V und eine entsprechende Finanzierung durch Anpassen der DRG-Gewichtung dringlich. Das einheitliche Ausweisen der

Frührehabilitationsbetten im Bettenbedarfsplan der Länder ist anzustreben [3, 25, 32].

g. Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen oder seelischer Behinderung:

Bei Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen erscheint bislang die Diskussion, welche Leistungserbringer für die Förderung der Teilhabe notwendig sind, nicht abgeschlossen. Einerseits wird eine Verbesserung der gemeindepsychiatrischen Angebote in Verbindung mit psychiatrischer Krankenpflege, Soziotherapie, Ergotherapie, Psychiatrischen Institutsambulanzen, Tageskliniken etc. gefordert, ggf. mit Leistungen der Eingliederungshilfe (Assistenz, betreutes Wohnen etc.). Zudem werden Rehabilitationskliniken oder entsprechende Einrichtungen diskutiert, welche für die Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK) oder die psychosomatische Rehabilitation nicht in Betracht kommen. Die nachfolgenden Ausführungen konzentrieren sich auf mögliche Reha-Angebote im engen Sinne:

- Verbessern der Kenntnis über die Angebote der Rehabilitation, die verschiedenen Leistungsträger und die medizinischen Voraussetzungen dafür beim medizinischen Personal der Akutpsychiatrie.
- Aufbau stationärer und ambulanter Reha-Angebote für schwer psychisch Kranke über die vorhandenen sozialpsychiatrischen Angebote hinaus (psychiatrische Tagesklinik, stationsersetzende Behandlung, RPK).
- Personenzentrierte, bedarfsorientierte Zuweisung der Patientinnen und Patienten in die passende Reha zum richtigen Zeitpunkt im Erkrankungsverlauf im Rahmen einer sektorenübergreifenden Versorgung an den Schnittstellen zwischen Akutbehandlung und Rehabilitation (Forschungsprojekt PSYRADA). Verstärkte Berücksichtigung der Kontextfaktoren, die ganz wesentlich den Schwierigkeitsgrad einer Behandlung/Rehabilitation mitbestimmen.
- Fachlich vertiefte Beratung im Rahmen der Antragstellung auf berufliche Rehabilitation durch psychosoziale Fachdienste, berufliche Trainingszentren für psychisch behinderte Menschen und Integrationsfachdienste (nicht nur in Fällen von Schwerbehinderung) sowohl unter Berücksichtigung des allgemeinen als auch des besonderen Arbeitsmarktes.
- Engmaschiges Überwachen/Verfolgen des betrieblichen bzw. außerbetrieblichen oder kombinierten Rehabilitationsprozesses mit der sich daraus ergebenden Möglichkeit kurzfristiger Anpassungen und Strategiewechsel zur Vermeidung von vorzeitigen Abbrüchen.
- Bereitstellung von Angeboten der mobilen Rehabilitation insbesondere zur interdisziplinären Förderung der Teilhabe in der eigenen Häuslichkeit einschließlich Unterstützung der versorgenden Familie.

h. Patientinnen und Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen:

- Verbessern der Früherkennung und -intervention einschließlich der Nutzung von Screening-Verfahren durch Ärzte im Krankenhaus (vgl. „Studie zum frühzeitigen und nahtlosen Zugang zur Rehabilitation/Verbesserung der Versorgung durch einen sachgerechten, zeitnahen Zugang aus dem Akutkrankenhaus in die sucht- bzw. geriatriespezifische Rehabilitation“.

- Verbessern der Früherkennung durch Vertragsärztinnen und -ärzte sowie niedergelassene Psychotherapeutinnen und -therapeuten.
- Überprüfen und Vereinfachen der Verfahrenswege zur Einleitung/Verordnung von Reha-Leistungen.
- Entwicklung von Nahtlos-Verfahren aus dem qualifizierten Entzug in die Entwöhnungsbehandlung und darüber hinaus zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.
- Schaffung ausreichender Reha-Kapazitäten sowie ambulanter Nachsorge.
- Fallmanagement und Fallbegleitung zur Förderung der Zugänge in die Rehabilitation und Verbesserung der Übergänge.

i. Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund:
- Diversitätssensible Versorgung in ausgewählten Rehabilitationseinrichtungen mit einem erhöhten Maß an verständlichen Informationen für Menschen ohne ausreichende Deutschkenntnisse sowie individueller Betreuung und Beratung.
- Übernahme von Dolmetscherkosten in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen zum Überwinden der Sprachbarrieren und zur Sicherung einer verständlichen Behandlungsaufklärung und Bedarfsermittlung.
- Integration migrierter Ärztinnen und Ärzte in deutsche Rehabilitations-einrichtungen. BEST PRACTICE: Erfahrungen aus USA, Kanada, Australien, Großbritannien, Skandinavien.
- Spezifische Fortbildung im Hinblick auf die für sie ggf. ungewohnten Arzt-Patient-Beziehungen, die ungewohnte interprofessionelle Zusammenarbeit und mögliche fachliche Lücken sowie das fehlende Wissen über das nationale Gesundheitssystem [30].

j. Patientinnen und Patienten mit niedrigem Sozialstatus:
- Begleitung im Sinne eines Fallmanagements bei komplexen Problemstellungen (Langzeitarbeitslosigkeit) insbesondere zum Abbau von Schwellenängsten.
- Unterstützungsleistungen für die Familie bei der Inanspruchnahme von Reha-Leistungen.
- Wohnortnahe und mobile Rehabilitation insbesondere bei komplexen Problemlagen in der häuslichen Umgebung.

k. Patientinnen und Patienten mit Multimorbidität bzw. spezifischer Komorbidität:
- Sicherstellung der Mitbehandlung relevanter Erkrankungen durch indikationsübergreifende Rehabilitationskonzepte oder durch Kooperation mit entsprechenden Fachärzten, soweit die fachärztliche Kompetenz nicht in der Reha-Einrichtung selbst vorgehalten werden kann. Vorhalten entsprechender Expertise im interdisziplinären Behandlungsteam. Dies gilt in besonderem Maße für psychosomatisch/psychiatrische Komorbidität.

1.2.6 Beheben bekannter Defizite an Schnittstellen:

- durch Vermeiden von Verzögerungen in der Bedarfserkennung bei geriatrischen Patientinnen und Patienten sowie in der Antragstellung und -bewilligung. Vermeiden von Brüchen in der Versorgungskette und bedarfsgerechte Zuweisung in eine

indikationspezifische oder geriatrische Reha-Einrichtung. Vermeiden einer Verlegung in örtlich weit entfernte Einrichtungen.

- durch zeitnahe Übergänge für Betroffene mit schweren psychischen Erkrankungen aus der ambulanten Behandlung und aus der Akutpsychiatrie mit bedarfsorientierter Zuweisung in die Rehabilitation.
- durch Vereinfachen der Verfahrenswege zur Einleitung/Verordnung von Reha-Leistungen im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen (Nahtlos-Verfahren) und Einführen eines Fallmanagements während der Entwöhnungsbehandlung, um an den Schnittstellen entsprechende Brücken zu bauen.

Konzeption einer Reha-Phase als Brücke zur umfassenden Teilhabe analog einer „Phase E“ für Patientinnen und Patienten aller Diagnosen, die eine solche Leistung benötigen, zur Erleichterung und Verbesserung des Übergangs in den aufnehmenden Sozialraum und zur Stärkung der Inklusion (siehe Vorschläge zu Teilhabe-sichernden Angeboten im Vorschlags-Katalog der AG 3, Kapitel 3.2; s.a. [17])

1.2.7 Verbesserte Kommunikation

Verbessern der Kommunikation zwischen den Leistungserbringern (Akutkrankenhaus – Frührehabilitation – weiterführende Reha – nachbetreuende hausärztliche Versorgung – ambulantes Reha-Zentrum – mobile Rehabilitation usw.) d. h. auch umfassende Umsetzung der Rahmenvereinbarung Entlass-Management und Entlass-Management-Reha.

Einführen von telemedizinischen Kooperationen und damit Konsultationen zwischen Akutklinik und Reha-Einrichtung bzw. eines lokalen/regionalen Konsiliar-Wesens durch eine/n Fachärztin/-arzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation oder Ärzte/Ärztinnen der mobilen Reha bzw. eines Reha-Kompetenz-Zentrums.

a. **Einführen eines Liaison-Dienstes** auf ärztlicher und Sozialdienst-Ebene in den Akutkrankenhäusern als Ansprechpartner für die Reha-Einrichtungen.
b. **Etablieren einer telemedizinischen Vernetzung** zwischen Akutkrankenhäusern, Frührehabilitationskliniken und den mit ihnen zusammenarbeitenden Reha-Einrichtungen/spezialisierten Fachkliniken zur Durchführung eines regelmäßigen gegenseitigen Konsiliarwesens, zur Beurteilung von bildgebenden Verfahren (Röntgen, CT, MRT), zur Besprechung von interkurrenten Komplikationen und für Absprachen bezüglich Verlegung oder Rückverlegung. (BEST PRACTICE: Reha-Einrichtung Bellikon, Schweiz)
c. Sicherstellung einer **intersektoralen Kommunikation/Vernetzung** und Verzahnung von Reha und den aufnehmenden Strukturen im Sozialraum durch **digitale Dokumentation** des Entlassungsbriefes im Rahmen der frühzeitigen Organisation der ärztlichen und therapeutischen sowie der häuslichen Weiterversorgung einschließlich der Terminvereinbarung mit den weiterbehandelnden Ärztinnen und Ärzten, ggfs. mit der einweisenden Klinik zur Befundüberprüfung.
d. **Qualitätsbasierte Vergütung** beim Erfüllen eines solchen **Qualitätskriteriums für strukturierte Prozesse in der Reha-Einrichtung**.
e. Einführen einer verpflichtenden Kontaktaufnahme mit Patientinnen und Patienten bzw. ggf. ihren Angehörigen innerhalb von 48 Stunden nach Entlassung/Überleitung als Absicherung für eine gelungene Überleitung.

1.2.8 Einführen von Fallmanagement

Gestalten der Übergänge durch Einführen von Fallmanagement in einem ersten Schritt in Fällen eines besonderen Betroffenenkreises mit drohender langfristiger Teilhabeeinschränkung (Schwerverletzte, Querschnittgelähmte, Schädel-Hirn-Verletzte, Patientinnen und Patienten nach schwerer Sepsis, Mehrfach-Behinderte, Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen usw.) zur Sicherung nahtloser Übergänge im Rehabilitationsverlauf.

1.2.9 Optimierung der Hilfsmittelversorgung

Optimierung der Hilfsmittelversorgung in enger Absprache mit den Leistungsträgern durch ein interdisziplinäres Team der Akutklinik bzw. Reha-Einrichtung unter Einbezug der Leistungsanbieter einschließlich Wohnungsanpassung und ggf. Empfehlungen für assistive Technologien am Arbeitsplatz.

2 Individualisieren der Rehabilitation (AG 2)

Vorbemerkung

Die Arbeit der Expertinnen und Experten in der AG 2 hat sich schwerpunktmäßig auf das zugeteilte Aufgabengebiet „Reha individualisieren“ konzentriert und dabei auch die dazu passenden Themen der Bedarfsermittlung, des individualisierten Zugangs zur Rehabilitation und der Nachsorge einbezogen. Es kommt somit zu Überschneidungen mit den Themenkomplexen der anderen Arbeitsgruppen, wenn das Thema der Individualisierung es unumgänglich macht.

Die Diskussion zur Individualisierung der Rehabilitation bezieht sich auf stationäre, ambulante, mobile und ergänzende Angebote der Rehabilitation und schließt Angebote der Nachsorge mit ein. Dabei wird von den Bedürfnissen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, vor allem aber auch den objektivierbaren personenzentrierten Bedarfen ausgegangen. Art, Umfang, Dauer und Organisationsform der Rehabilitationsangebote sowie deren Verfügbarkeit und Erreichbarkeit sollen den Bedarfen der Betroffenen entsprechen und auch die Ausübung des Wunsch- und Wahlrechtes ermöglichen. Sowohl die allgemeinen als auch die speziellen gesetzlichen Rahmenbedingungen für die einzelnen Rehabilitationsträger sind dabei zu beachten.

Angesichts der Themenvielfalt und der begrenzten Zeitressourcen konnten allerdings wichtige personenzentrierte Aspekte wie z. B. die Ausstattungsmerkmale der Reha-Einrichtungen (Barrierefreiheit, Anpassung für Seh- und Hörbehinderte usw.) nicht so umfassend diskutiert werden, wie es wünschenswert gewesen wäre.

Bislang gibt es häufig nur eine „formale“ Individualisierung: Zum einen werden zwar persönliche Reha-Ziele abgefragt, die aber im weiteren Verlauf der Rehabilitation meistens keine oder keine wesentliche Rolle mehr spielen. Zum anderen steht häufig die gewünschte bzw. individuell wünschenswerte oder erforderliche Reha-Form nicht zur Verfügung (z. B. Angebot an wohnortnaher stationärer Reha, an ambulanter oder mobiler Rehabilitation).

Aus Sicht der Patienten werde bei den Behandlungsprogrammen während der Rehabilitation vorwiegend standardisiert vorgegangen. Individuelle Probleme würden dabei nicht berücksichtigt. Man werde in eine Fallkategorie eingeordnet und das Programm darauf eingestellt. Entsprechend sei individualisierte bzw. Einzel-Krankengymnastik viel zu wenig vorgesehen, manchmal gar nicht.

Einigkeit bestand demzufolge darin, dass die Reha-Ziele und die Wege zu ihrem Erreichen gemeinsam zwischen dem/der Leistungsberechtigten und den die Rehabilitation Durchführenden (z. B. Reha-Team) vereinbart werden sollen. Dabei ist darauf zu achten, dass die Reha-Ziele hinreichend konkret sind sowie alle relevanten Ebenen und Domänen der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) und die entscheidenden Kontextfaktoren berücksichtigt werden.

Die für das Erreichen der vereinbarten Ziele und Zwischenziele notwendigen Leistungen müssen während der Rehabilitation erbracht werden. Dies bedeutet auch, dass bei Bedarf die Rehabilitationsleistungen/Angebote flexibilisiert und in komplexen Fällen „maßgeschneiderte“ Programme individuell oder für die jeweilige Personengruppe mit spezifischem Bedarf erarbeitet werden.

2.1 Probleme/Herausforderungen Themenfeld AG 2 „Rehabilitation individualisieren"

Es wurden im Themenfeld „Rehabilitation individualisieren" insbesondere folgende Probleme und Herausforderungen benannt:

2.1.1. Mangelnde Individualisierung beim Zugang zur Rehabilitation durch insuffiziente Bedarfsermittlung:

Der Auftrag des § 13 SGB IX zielt darauf ab, den Reha-Bedarf sachgerecht und umfassend zu ermitteln und zu beschreiben. Nur darüber lässt sich festlegen, welcher konkrete Aspekt der Teilhabe verbessert werden kann bzw. soll und welche Reha-Leistungen dazu notwendig sind. Es liegt somit im Aufgabenbereich der Leistungsträger, dass kompetent ermittelt und überprüft wird, ob andere Reha-Träger zu beteiligen sind. Da die GKV den Auftrag der Bedarfsermittlung an die Vertragsärzte delegiert, welche häufig dafür nicht ausreichend weitergebildet sind, besteht in der Folge die Gefahr einer falschen Empfehlung bzw. einer Über- oder Unterversorgung [41]. Zudem steht den Vertragsärztinnen und -ärzten für die Bedarfsermittlung kein ausreichendes Zeitbudget zur Verfügung. Die rehamedizinische Qualifizierung der Medizinerinnen und Mediziner in der Fachweiterbildung ist unzureichend.

Es gibt im vertragsärztlichen Bereich eine zu geringe Zahl an rehakompetenten Ärztinnen und Ärzten als mögliche Partnerinnen und Partner für Gespräche und Unterstützung der hausärztlichen Versorgung (z. B. Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin). Sie könnten mit der nötigen fachübergreifenden Kompetenz bei der konkreten Ermittlung des individuellen Reha-Bedarfes hilfreich den richtigen Weg/Übergang in die Rehabilitation bahnen.

Es fehlt für die individuelle Bedarfsermittlung an geeigneten Instrumenten und Arbeitsmitteln, die leicht zugänglich und je nach Fachgebiet und Problemlagen differenziert sind. Offenen Fragestellungen wird häufig weder vom verordnenden/einleitenden Arzt/Ärztin bzw. Sozialdienst noch von Seiten der Reha-Träger (s. Kap. 1 Amtsermittlungsgrundsatz) ausreichend nachgegangen. Empfehlungen für eine Rehabilitation, wie z. B. bei der Pflegebegutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK), werden nicht konsequent nachverfolgt. Dieses ist besonders dann ein Problem, wenn es sich um Gruppen mit erschwertem Zugang zur Rehabilitation oder solche mit seltenerer Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen handelt. Dazu zählen z. B. alte Menschen, Menschen in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM), prekär Beschäftigte und Menschen mit psychischen Störungen. Gleichzeitig fehlt eine solche profunde und individuelle Bedarfsermittlung bei Multimorbidität einschließlich einer psychiatrischen oder anderen Komorbidität.

Es ist schwierig den Bedarf in jedem Falle bereits vor einer medizinischen Rehabilitationsleistung umfassend zu ermitteln. Dennoch ist der leistende Reha-Träger dafür verantwortlich. Auch im Hinblick auf den Zugang zu Reha-Leistungen nach der medizinischen Rehabilitation, da er das Verfahren nach § 19 Abs. 3 S. 2 SGB IX durchgängig zu sichern hat. Dazu müsste aber eine weitergehende Bedarfsermittlung während und im Anschluss an die medizinische Rehabilitation einschließlich der ggf. anzuschließenden Teilhabeplanung erfolgen (vgl. dazu das Konzept der sogenannten sequentiellen Bedarfsermittlung) [20]. Hier sind insbesondere auch mögliche Leistungen der Eingliederungshilfe zu berücksichtigen. Allerdings sind die Reha-Einrichtungen darauf z. Zt. noch nicht vorbereitet, der leistende Reha-Träger

sowie die anderen Reha-Träger meist nicht frühzeitig beteiligt. Nur ein kleiner Teil der Rehabilitanden wird eine solche weitergehende Teilhabeplanung benötigen und zwar dann, wenn weiterhin relevante Beeinträchtigungen der Teilhabe bestehen bleiben. Eine Konzeption, wie diese Gruppe zu identifizieren ist, existiert noch nicht. Eine Beteiligung der Reha-Einrichtungen bei der Bedarfsermittlung würde die bislang meist ungenutzte Chance bieten, die Morbidität umfassend zu erfassen und die daraus folgenden Bedarfe in die Bedarfsermittlung bzw. Teilhabeplanung einzubringen [21].

2.1.2 Mangel an individuell erforderlichen Angeboten während der Rehabilitation:

Es besteht eine in den letzten Jahren bewusst herbeigeführte weitgehende Standardisierung der Therapie-Angebote in den Reha-Einrichtungen. Dadurch wird ein individuelles Adaptieren an die Situation einzelner Patientinnen und Patienten bzw. einzelner ermittelter individueller Bedarfe einschließlich der Berücksichtigung fördernder oder hemmender personenbezogener Kontextfaktoren während der Rehabilitation kaum ermöglicht. Eine Flexibilisierung der Reha-Formen nicht nur in zeitlicher Hinsicht, sondern auch bei den therapeutischen Leistungen, ist im Zuge der Vereinheitlichung von Qualitätsanforderungen, Zeitraster, Therapie-Intensitäten (KTL-Katalog) auf der Strecke geblieben.

Die indikationsspezifische Rehabilitation ist überfordert bei der individuellen Rehabilitation von Patienten mit Multimorbidität bzw. Rehabilitationsbedarf an mehreren unterschiedlichen Organsystemen. Neben der Spezialisierung und Schwerpunktbildung von Reha-Einrichtungen bedarf es auch Einrichtungen mit indikationsübergreifendem Auftrag.

2.1.3 Fehlende Interdisziplinarität im Reha-Prozess:

Bislang ist die Beteiligung von therapeutischem, pflegerischem und psychologischem Personal sowie des Sozialdienstes bei der Überwachung des laufenden Reha-Prozesses nicht standardmäßig/flächendeckend in allen Reha-Einrichtungen eingeführt. Damit einhergehend ist auch die Dokumentation der in der Therapie erzielten individuellen Therapiefortschritte und des personenzentrierten Erreichens von Meilensteinen auf dem Weg zum Reha-Ziel nicht durchgehend in allen Einrichtungen gewährleistet.

Bedingt durch Rationalisierungsmaßnahmen mit Personalverknappung und einen zunehmenden Fachkräftemangel in den Reha-Einrichtungen sowie starre Zeitfenster wird auf ein Forcieren von Interdisziplinarität verzichtet, obwohl diese nachweislich den individuellen Reha-Fortschritt sicherer erfassen könnte und die Qualität der Rehabilitation verbessert [36]. Damit ist auch eine geringere Expertise der beteiligten Fachgruppen im Hinblick auf die Teilhabeorientierung bei den einzelnen therapeutischen Leistungen verbunden [18].

2.1.4 Zu geringes Angebot an ambulanter Rehabilitation:

Es gibt sowohl flächendeckend als auch in den Ballungszentren zu wenig ambulante Reha-Strukturen, die in Vernetzung mit den stationären Einrichtungen und auch unabhängig und alternativ zu diesen individuelle Reha-Angebote bieten. Ambulante Rehabilitation wird von den Versicherten wegen des Verbleibs im familiären und sozialen Umfeld sehr geschätzt [56] und bietet die Möglichkeit, die konkrete Umgebung in höherem Maße einzubeziehen – im Gegensatz zur „schützenden Glasglocke“ der Reha-Einrichtung [7]. Insbesondere mangelt es an Einrichtungen der mobilen Rehabilitation. Es fehlt zusätzlich die Bereitschaft der Leistungsträger,

das Angebot bedarfsgerecht zu diversifizieren und sich damit von der 1:1-Kopie der stationären Rehabilitation zu verabschieden.

2.1.5 Zögerlicher und unzureichender Aufbau des Fallmanagements:

In den meisten Fällen, in denen absehbar ist, dass nach Unfall oder schwerer Erkrankung bleibende Störungen der Aktivität drohen und demzufolge auch Teilhabestörungen, tritt viel zu spät, wenn überhaupt, ein Case-Manager auf den Plan. Insbesondere bei trägerübergreifendem Reha-Bedarf, fortgesetztem Therapiebedarf oder anderweitig komplexen Problem- und Bedarfslagen fehlt für den Betroffenen die Ansprechperson, die dabei unterstützt, die individuelle Situation zu meistern und die notwendigen Schritte zu unternehmen, die zurück in die volle soziale und berufliche Teilhabe führen [49].

Allzu häufig werden auch Situationen geschildert, bei denen durch das Fehlen eines Case- oder Care-Managements am Ende der Rehabilitation die Wiedereingliederung scheitert. Ein zentralisiertes Fallmanagement widerspricht der Intention des Einbezugs der Kontextfaktoren, des „face to face"-Dialogs mit den Betroffenen und der individuell erforderlichen Vertrauensbasis. Zudem erfolgt diese Form des Case-Managements in zunehmendem Maß ohne Einbezug der ärztlichen (rehabilitativen) Kompetenz [33]. Die Bereitstellung eines Case-Managements stellt sich bei den verschiedenen Reha-Trägern unterschiedlich dar. Während dies bei der gesetzlichen Unfallversicherung die Regel ist, ist ein entsprechendes Konzept der RV nur punktuell umgesetzt. Ein Konzept dafür gib es bei der GKV noch nicht.

2.1.6 Unzureichende stationäre und ambulante Strukturen für die Rehabilitation von Menschen mit Behinderungen oder Pflegebedürftigkeit:

In den meisten Reha-Einrichtungen gibt es keine ausreichende Vorbereitung/Ausstattung/Motivation für die stationäre Aufnahme von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit vorbestehenden Behinderungen (Hör- bzw. Sehminderung, seelische und schwere körperliche Behinderung, kognitive Beeinträchtigung). Die häufig vorhandene Mobilitätsbehinderung, eine Pflegebedürftigkeit, mangelnde kognitive Kompetenz, die Notwendigkeit der Begleitung durch eine vertraute Bezugsperson oder eine Assistenz und aufwendige Hilfsmittel sind nur einige der möglichen Erschwernisse, welche die standardisierten Abläufe der Einrichtungen stören können. Weiterhin sind auch gesteigerte Erfordernisse durch die Notwendigkeit von mehr Einzeltherapien, erschwerte Bedingungen der Teilnahme an Gruppentherapien und die erwünschte besondere fachliche Kompetenz der therapeutischen Kräfte eine besondere Herausforderung. Hinzu kommt häufig eine geringe soziale Akzeptanz von Menschen mit Behinderungen durch andere Rehabilitandinnen und Rehabilitanden. Daraus folgt eine Furcht der Reha-Einrichtung vor negativen Bewertungen des Aufenthaltes durch andere Teilnehmerinnen und Teilnehmer am Ende der Reha.

Allein das Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit wird häufig als Grund für mangelnde Reha-Fähigkeit oder eine ungünstige Reha-Prognose angenommen. Die Mitaufnahme von Pflege- oder Bezugspersonen und deren Einbeziehung in den Reha-Prozess gestaltet sich organisatorisch oft schwierig.

2.1.7 Verunsicherung/„Verloren-Sein"/Lücke nach der Rehabilitation:

Es fehlen Strukturen und Anlaufstellen bei Problemen der beruflichen und sozialen Wiedereingliederung. Die gemeinsamen Service-Stellen haben diese Aufgabe überwiegend nicht

gelöst. Ob die Ansprechstellen der Reha-Träger dies leisten können, ist derzeit zumindest unklar. Auch die/der Vertragsärztin/-arzt ist in dieser Sache oft nicht der richtige Ansprechpartner. Es ist fraglich, ob die Ergänzende Unabhängige Teilhabeberatung (EUTB) bei Verschlechterung des funktionellen Zustandes und drohendem Verlust der gerade wiedergewonnenen Selbstständigkeit und Teilhabe einer solchen Problematik ausreichend Rechnung tragen kann. Auch die umfangreichen Regelungen des SGB IX in den §§ 33 und 34 zur Sicherung der Beratung von Menschen mit Behinderungen greifen bislang nicht.

2.1.8 Unzureichende individuelle Hilfsmittelversorgung:

Für die Sicherung des Behandlungserfolges, für das Erreichen einer möglichst weitgehenden Selbständigkeit und der selbstbestimmten umfassenden Teilhabe kann die Hilfsmittelversorgung entscheidende Bedeutung erlangen. Auch wenn sie im Rahmen der Krankenbehandlung organisiert ist (vgl. § 33 SGB V), stellt sie eine zentrale Leistung mit rehabilitativer Zielsetzung dar. Nicht zuletzt hat das BSG auf die Verortung der Hilfsmittelversorgung zum Behinderungsausgleich im SGB IX verwiesen (Bundessozialgerichts- Urteil 15.03.2018, B 3 KR 4/16 R).

Die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln wird an vielen Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen inzwischen standardisiert eingeleitet und durch die Sanitätshäuser meist zeitnah durchgeführt. In vielen Fällen ist jedoch die Anpassung an die individuellen Bedürfnisse und Funktionsbeeinträchtigungen sowie an die konkrete häusliche Situation nicht sichergestellt. So bleiben z. B. besonders bei geriatrischen Patienten die Optionen für eine eigenständige Mobilität durch mangelnde individuelle Anpassung des Rollstuhles ungenutzt.

Während der medizinischen Rehabilitation stehen diese individuellen Hilfsmittel oft noch nicht zur Verfügung. Teilweise gelingt es den Reha-Einrichtungen nicht, eine individuelle Hilfsmittelversorgung rechtzeitig zu realisieren. Das kann neben langen Lieferfristen auch darin begründet sein, dass die Krankenkasse der Verordnung der Einrichtung nicht oder erst stark verzögert zustimmt. Oder sie ist mit dem ausgewählten Leistungserbringer nicht einverstanden. Bei wohnortferner Rehabilitation ist eine Versorgung durch ein wohnortnahes Sanitätshaus in der Reha-Einrichtung meist nicht möglich, obwohl dies für eine gelingende langfristige Versorgung von Bedeutung ist. Insofern kann die Hilfsmittelversorgung oft nicht in den eigentlichen Rehabilitationsprozess integriert werden. Selbst im Rahmen einer mobilen Rehabilitation kommt die Hilfsmittelversorgung oft zu spät.

2.1.9 Unzureichende ökonomische Rahmenbedingungen in den Reha-Einrichtungen:

Es gibt zahlreiche Hinweise darauf, dass die wirtschaftliche Situation der Rehabilitationseinrichtungen stark angespannt bleibt (Bank für Sozialwirtschaft BFS-Marktreport 2016 u. 2017) und die Zahl der Insolvenzverfahren weiter zugenommen hat. Die Vergütungserhöhungen in den letzten Jahren blieben tendenziell unterhalb der Kostensteigerungen.

Bedarfsgerechte, individualisierte Angebote der Rehabilitation können nur realisiert werden, wo ausreichend qualifiziertes Personal im ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Bereich tätig ist. Voraussetzung dafür ist, dass sich die ökonomischen Rahmenbedingungen der Reha-Einrichtungen verbessern. **Individualisierung braucht Ressourcen.**

2.2 Handlungsempfehlungen/Umsetzungsmaßnahmen Themenfeld AG 2 „Rehabilitation individualisieren"

Im Themenfeld der AG 2 („Rehabilitation individualisieren") wurden insbesondere folgende Lösungsansätze und Umsetzungsmaßnahmen identifiziert:

2.2.1 Umfassende Bedarfsermittlung:

Eine umfassende Bedarfsermittlung sollte vor Beginn der Rehabilitation durch einen rehakompetenten Facharzt auf Überweisung des Vertragsarztes durchgeführt werden können, alternativ unter Zuhilfenahme der ärztlichen Kompetenz aus einer Reha-Einrichtung oder eines Arztes der mobilen Rehabilitation bzw. eines Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit Behinderung (MZEB). Dies gilt insbesondere dann, wenn neben der medizinischen Reha-Leistung wahrscheinlich weitere Leistungen erforderlich sind. Dann können auch andere Reha-Träger als der leistende Reha-Träger rechtzeitig in den Reha-Prozess einbezogen werden.

Nicht in jedem Fall ist eine umfassende und vollständige Bedarfsermittlung zu diesem frühen Zeitpunkt jedoch leistbar bzw. sinnvoll, wenn z. B. das Ergebnis der Rehabilitation abgewartet werden soll oder Zeitdruck wegen einer anstehenden AHB besteht.

Spätestens jedoch am Anfang der Rehabilitationsleistung soll zum frühestmöglichen Zeitpunkt eine erste individualisierte Bedarfsermittlung, Assessment-unterlegt und digital gestützt erfolgen. Mit ihr soll personenzentriert und gleichzeitig umfassend, basierend auf der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), die zu erwartende Teilhabebeinträchtigung ermittelt und der konkrete Bedarf an Therapiemaßnahmen festgelegt werden:

- multidisziplinär (therapeutisches, psychologisches und rehabilitations-medizinisches Personal)
- Einbeziehen der fördernden und hemmenden Kontextfaktoren
- Berücksichtigen der teilhabebezogenen Ziele, nicht ausschließlich funktionelle Gesichtspunkte
- Beteiligen des Betroffenen
- keine Beschränkung auf Therapie-Standardprogramme

Ferner soll eine prognostische Aussage erfolgen, ob über die Dauer der Rehabilitation hinaus eine relevante Teilhabestörung bestehen bleiben wird und weitere Leistungen, ggfs. anderer Träger, sowie ein Case-Management erforderlich ist. Ist dies der Fall, sollte noch während der laufenden Rehabilitation eine weitergehende Bedarfsermittlung und ggf. ein Teilhabeplanverfahren (nach § 19 SGB IX) in der Verantwortung des leistenden Reha-Trägers durchgeführt werden. Damit werden wesentliche Grundlagen einer **sequentiellen Bedarfsermittlung** nach § 13 SGB IX gelegt [20]. Dieses Vorgehen soll die bisherige rein „formale" Individualisierung ersetzen.

Die Versicherten werden aktiv einbezogen und die Reha-Ziele werden in einem diskursiven Prozess zwischen Betroffenen und ärztlichem Personal besprochen. Zur Unterstützung kann dazu ein Selbstauskunftsbogen hinzugezogen und ggfs. der Sozialdienst frühzeitig beteiligt werden.

Während sich die verbesserte Zielorientierung und eine entsprechende Anpassung der Therapie-Leistungen rasch umsetzen lassen dürften, bedarf es für die Bedarfsfeststellung und beginnende Teilhabeplanung durch den leistenden Reha-Träger im Kontext der Reha-Einrichtung noch der

Entwicklung einer Konzeption einschließlich konkreter Umsetzungsvorschriften. Diese sollte insbesondere zum Ziel haben, den besonderen Personenkreis zu identifizieren, der nach einer Leistung der medizinischen Rehabilitation noch (drohende) Beeinträchtigungen der Teilhabe aufweist und deshalb einer Teilhabeplanung bedarf.

2.2.2 Flexibilisieren der Rehabilitation:

Flexibilisieren der Reha-Formen und der Therapie-Angebote in den Reha-Einrichtungen entsprechend den Ergebnissen der individuellen Reha-Bedarfsermittlung:

Diese bedeutet konkret, dass im Einzelfall mehr Einzeltherapien stattfinden, die Therapieintensität gesteigert oder reduziert wird und eine regelhafte psychosoziale Beratung auch im Hinblick auf weitere Teilhabeleistungen (ggfs. mehrfach) erfolgt. Dabei sollauch die Dauer der Rehabilitation (Verkürzung/Verlängerung) an den individuellen Bedarf adaptiert werden. Das individuell bedarfsgerechtes Auswählen zwischen stationärer, tagesklinischer und ambulanter sowie mobiler Rehabilitation muss mit dem Schaffen entsprechender Kapazitäten einhergehen. Entscheidend ist dabei auch die fortlaufende Fortschreibung der Bedarfsermittlung (spätestens am Ende der stationären Rehabilitation).

Schaffen von ökonomischen Anreizen für eine Individualisierung der Rehabilitation in den stationären und ambulanten Settings (Zertifikat/Qualitätssiegel „Individualisierte Rehabilitation“) und qualitäts- sowie leistungsorientierte Vergütung:

- der individuellen Befunderhebung und individualisierten Therapieplanung (interdisziplinär durch verschiedene Therapeuten), einschließlich der zusammenfassenden ärztlichen Bewertung
- einer individuellen Anpassung der Anzahl und Ausrichtung von Einzeltherapien (veränderte/erweiterte Therapiestandards)
- einer sequentiellen Bedarfsermittlung, Bedarfsfeststellung und ggfs. des Initiierens einer umfassenden Teilhabeplanung einschließlich der interdisziplinären Teamarbeit
- eines Abgleiches der Anforderungen des Arbeitsplatzes und der aktuellen Leistungsfähigkeit, letzteres auch im Hinblick auf die Bewältigung des Alltagslebens und anderer Aufgaben (z. B. Wahrnehmen der Elternschaft, Pflege von Angehörigen u. a.)
- für den notwendigen Ausbau des Sozialdienstes
- für erhöhte Pflege-Aufwendungen bei der Aufnahme pflegebedürftiger Rehabilitandinnen und Rehabilitanden

2.2.3 Interdisziplinarität:

Durchsetzen der Interdisziplinarität in den Reha-Einrichtungenen als Grundlage für eine gezielte Individualisierung der Rehabilitation.
Dazu gehört die Etablierung interdisziplinärer Reha-Teams bestehend aus rehaärztlichem, pflegerischem und psychologischem Personal sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus den Bereichen Physiotherapie (inkl. Massage), Ergotherapie, ggfs. Logopädie, Sport-Therapie, ggfs. Atemtherapie und insbesondere auch dem Sozialdienst. Durch Einbeziehen der Erfahrung und

Beobachtungen sämtlicher an der Rehabilitation beteiligter Akteure aus den Bereichen Therapie, Pflege, Psychologie/Neuropsychologie und Sozialdienst in die Verlaufsbeurteilung der Rehabilitation können individuelle Fortschritte/Rückschritte schneller erkannt und gezielt weiter gefördert oder korrigiert werden. Dies geschieht durch regelhafte wöchentliche interdisziplinäre Patienten-Besprechungen und Team-Visiten, interdisziplinäre Problemfall-Besprechungen, Vorstellungen im unmittelbaren therapeutischen Setting und einer interdisziplinären Dokumentation der Therapiefortschritte bzw. der erreichten Meilensteine auf dem Weg zum Reha-Ziel.

Überprüfen lässt sich die Qualität der Interdisziplinarität in den prozessualen Abläufen der Einrichtung durch Visitationen, Qualitäts-Audits, Rehabilitanden-Befragungen, Peer-Reviews (betreffend Fallbesprechungen im Team mit entsprechender digitaler, für alle Beteiligten einsehbarer Dokumentation, wöchentliche Kontrolle/ggfs. Revidieren der Therapieziele, laufende Anpassung der Bedarfsermittlung).

Ein Gratifikationsmodell für Kliniken nach erfolgreichem Umsetzen der Interdisziplinarität kann in diesem Zusammenhang als Motivation für eine entsprechende Zertifizierung dienen.

BEST-PRACTICE: Als Anreiz hat sich in der Schweiz ein System der Zertifizierung bzw. **Exzellenz-Initiative** („SWISS REHA-Einrichtungen: Die führenden Reha-Einrichtungen der Schweiz“) bewährt. Dieses führt gleichzeitig zu einer Steigerung der Attraktivität des „Arbeitsplatzes Reha-Einrichtung“ für die therapeutischen Berufe durch Verlagerung von Entscheidungskompetenzen in deren Bereich unter Berücksichtigung ihrer spezifischen Qualifikationen. Voraussetzung für spezielle Qualifizierungsmaßnahmen ist dabei jedoch auch das Verbessern der ökonomischen Rahmenbedingungen und damit auch der Entgeltgestaltung des therapeutischen und pflegerischen Personals in den Reha-Einrichtungen (höhere Vergütungen bei akademischer Ausbildung von Therapeuten und Pflegekräften).

2.2.4 Diversifizieren der ambulanten Rehabilitation:

Flexibilisieren/Diversifizieren der Angebotsformen der ambulanten Rehabilitation:

- ambulante ganztägige oder halbtägige Rehabilitation unter Einbezug von Pflege für noch nicht ausreichend mobile und ggfs. noch partiell pflegebedürftige Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die in ihrem häuslichen Umfeld ausreichend versorgt sind (Hol- und Bringedienst)
- klassische ambulante Rehabilitation für ausreichend mobile Patientinnen und Patienten bedarfsweise und individuell mit unterschiedlicher Zeitdauer (stundenweise, halbtags)
- ambulante „5-Tage-Reha am Stück“, berufsbegleitend [27, 28]
- stundenweise berufsbegleitende Rehabilitationsangebote parallel zur beruflichen Wiedereingliederung
- therapeutisch geführte „Arbeitsplatzerprobung“
- ambulante Reha für Versicherte mit psychischer Komorbidität
- ambulante Rehabilitationsmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche
- mobile Rehabilitation

2.2.5 Reha-Einrichtungen für Menschen mit Seh- und/oder Hörbehinderung:

Ausweisen von Kliniken verschiedener Indikationsbereiche, die speziell Menschen mit Sehbehinderungen und Hörbehinderungen aufnehmen können und dementsprechend barrierefrei gestaltet sind. Gebärdendolmetscher, Informationen in Braille-Schrift sowie ein low-vision Konzept sind vorzuhalten. Dazu gehört auch ein Angebot für pflegende Angehörige.

2.2.6 Abklärung des Reha-Bedarfes:

Bei Fällen mit unklarem Bedarf bzw. komplizierteren Verläufen (z. B. auch bei Multimorbidität) oder Fällen, die trotz einer schon abgeschlossenen Rehabilitation weiterhin gravierende und ggfs. behebbare Aktivitäts-und Partizipationsstörungen aufweisen, soll die Möglichkeit eines ganztägigen interdisziplinären und individuellen Assessments geschaffen werden. In diesem Rahmen ist eine fachkundige Abklärung des Reha-Bedarfs und der Reha-Prognose, ggfs. aber auch die Feststellung anderweitiger gezielter diagnostischer Maßnahmen oder therapeutischer Interventionen möglich.

Modellhaftes Etablieren von **Reha-Kompetenz-Centren** (siehe Projekt des Innovationsfonds [31], initiiert im Rahmen der AG 2 von RehaInnovativen):

- zur konsiliarischen telemedizinischen Beratung von Akutkliniken bezgl. Verlegungen in die Frührehabilitation oder weiterführende Rehabilitation, ggfs. auch bezüglich Fragestellungen zur Rehabilitationsfähigkeit und Rehabilitationsprognose (feste Ansprechpartnerm / Liaison-Dienst für das Krankenhaus)
- zur Durchführung von umfassenden (ganztägigen) interdisziplinären Reha-Abklärungen aus der vertragsärztlichen Versorgung oder aus einer Krankenhaus-behandlung heraus mit Empfehlungen an den zuständigen Kostenträger/Fallmanager bezüglich weiterer sinnvoller Reha-Maßnahmen, alternativ notwendiger ergänzender Diagnostik und anderweitiger Interventionen
- zur Re-Evaluation nach durchlaufener/ „abgeschlossener“ Rehabilitation ohne Erreichen der ursprünglich angestrebten Teilhabe oder bei plötzlicher Verschlechterung des Trainingszustandes bzw. Komplikationen mit daraus folgendem Verlust der ursprünglichen Teilhabe als umfassende (ganztägige) interdisziplinäre Reha-Abklärung
- zur kompetenten, unabhängigen und interdisziplinär gestützten Beratung bei der Versorgung mit aufwendigen Hilfsmitteln
- zur fachkompetenten Beratung bei Fragen der Heilmittel-Verordnung oder Wünschen der Versicherten nach alternativen Therapiemethoden
- zur Sicherstellung von Expertise zwecks Sachermittlung bei Teilhabeplanverfahren und Teilhabekonferenzen
- als Kern/Zentrum/Anlaufpunkt eines regionalen Reha-Netzwerkes

2.2.7 Reha-Beratung im Rahmen der Entlassungsplanung:

Aufbauend auf dem „Rahmenvertrag Entlass-Management-Reha“, in dem die erforderlichen Schritte für die Versorgung der Menschen nach ihrer Entlassung initiiert werden, soll ein verpflichtendes individualisiertes und problem- bzw. lösungsorientiertes Beratungsangebot im Rahmen der Entlassungsplanung bzw. weitergehenden Teilhabeplanung (in Verbindung mit Anschauungsmaterial, Printmedien und speziellen Internetangeboten) stattfinden, patientengerecht (d. h. verständlich) und mit folgenden Inhalten:

- weitergehende ambulante Behandlungsmöglichkeiten
- weitergehende Reha-Angebote (ambulant, mobil) und Funktionstraining/Reha-Sport
- konkrete Vorschläge für weitergehende Hilfsmittelversorgung (z. B. nach Abschluss der postakuten Phase, z. B. Elektrorollstuhlversorgung nach Schlaganfall etc.)
- konkrete Vorschläge und Umsetzungshinweise für Wohnumfeld-Verbesserung
- weitere Hilfen z. B. im Rahmen der Eingliederungshilfe: Assistenz, betreute Wohnformen, Beratungsangebote
- Beratungsmöglichkeiten/-stellen heimatnah
- Selbsthilfegruppen
- Informationen über Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und geeignete Ansprechpartner
- Im Falle der Pflegebedürftigkeit: Einarbeiten pflegender Angehöriger, Hinweis auf Pflegestützpunkte, Beratung über spezielle Pflegehilfsmittel (z. B. in den Bereichen Mobilität, Kontinenz, Kommunikation)

BEST PRACTICE: „Life Center“im Rehabilitation Institute of Chicago (RIC)

2.2.8 Verbessern der Hilfsmittelversorgung:

- Weiterentwicklung einer Kompetenz der Reha-Einrichtungen für Hilfsmittelversorgung
- rechtliche Klarstellung, dass Reha-Einrichtungen mit geeigneten Sanitätshäusern zusammenarbeiten dürfen (vgl. § 128 SGB V)
- Die Reha-Einrichtung sollte Hilfsmittel verordnen und bei Wohnortnähe in die weitere Hilfsmittelversorgung eingebunden werden können (z. B. Prothesen, Orthesen, Sitzschalen, Kommunikationshilfen), z. B. auch im Sinne einer Hotline.
- zügige Genehmigung durch die Krankenkasse, ggf. in enger Kooperation zwischen Reha-Einrichtung und Krankenkasse
- Ermöglichen und regelhafte Einführung (einschließlich Finanzierung) eines Hausbesuches durch eine Reha-Einrichtung zum Abklären der Wohnsituation und der Hilfsmittel vor Ort, ggfs. auch am Arbeitsplatz
- Evaluation der individuellen Hilfsmittelversorgung durch die Reha-Einrichtung
- detaillierte Hinweise für die versorgenden Vertragsärzte zur Hilfsmittelversorgung, insbesondere, wenn diese nicht durch die Reha-Einrichtung erfolgen kann, einschließlich Empfehlungen zur Anpassung, zum Training, zu den Erfolgskriterien bzw. zur Zielsetzung

2.2.9 Investitionsbedarf im Bereich der stationären Rehabilitation bis 2021:

Die Wettbewerbsfähigkeit der stationären Reha-Einrichtungen soll nicht nur über die Sanierung der Gebäudesubstanz und Modernisierungsmaßnahmen angestrebt werden, sondern über die Qualität der angebotenen Rehabilitation. Für besondere individualisierte sowie bedarfsgerechte Leistungen muss Personal gewonnen und gebunden werden. Dies muss entsprechend refinanziert werden, was nur über die Leistungsträger, ggfs. selektiv (Qualitätsmerkmale), erfolgen kann.

3 Regional zusammenarbeiten (AG 3)

Vorbemerkung

Es gibt auch im „Bundesteilhabegesetz“ keine verbindliche Verpflichtung zur Verknüpfung von Rehabilitation mit Nachsorge im Sozialraum. Die Region bzw. der Sozialraum sind regelhaft die in die Reha-Leistung „entsendende“ und „aufnehmende“ Struktur nach „abgeschlossener“ Rehabilitation. Sie sind gleichzeitig der Ort, an dem verbliebene oder neu auftretende Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit bzw. in der Teilhabe mittelfristig oder langfristig manifest werden und bewältigt werden müssen. Auch wenn dieses nur einen eher geringen Teil der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden betrifft, stellt sich gerade für diese Personengruppen im aufnehmenden Sozialraum die Frage/Herausforderung der weitergehenden Versorgung sowohl mit Behandlungs- als auch mit Teilhabeleistungen und damit der Nachhaltigkeit der zuvor durchgeführten rehabilitativen Maßnahmen. Die sozialräumliche Ausrichtung der medizinischen Rehabilitation ist deshalb bei den folgenden Personengruppen besonders relevant, weil sie in der Regel eine hohe Beeinträchtigung der Teilhabe aufweisen:

- geriatrische Patientinnen und Patienten
- Menschen mit Pflegebedarf
- einige Gruppen psychisch Kranker
- Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen
- Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen im Langzeitverlauf
- Kinder und Jugendliche mit chronischen Krankheiten und (drohenden) Behinderungen mit deren Familien sowie Eltern mit Teilhabebeeinträchtigungen
- Menschen mit Behinderungen i. S. des § 2 SGB IX einschließlich solcher mit geistiger oder schwerer Mehrfachbehinderung

Sie sind von auf Teilhabe zielenden, wohnortnahen Leistungen abhängig: ambulante, tagesklinische, mobile Rehabilitation, ergänzende Leistungen wie Reha-Sport und Funktionstraining (Frühförderung beibt hier außer Acht). Diese Gruppen sind auch auf eine teilhabefördernde kurative Versorgung angewiesen, die auch eine optimierte Heil- und Hilfsmittelversorgung umfasst. Diese wird z. B. durch Medizinische Zentren für Erwachsene mit Behinderungen Mediozinisches Zentrum für Erwachsene (MZEB) sowie Spezialambulanzen angeboten. Diese Leistungen können nur relativ wohnortnah in einem vernetzten Sozialraum optimal abgestimmt erbracht werden.

Um die Problemdarstellung, vor allem aber die Lösungsansätze und vorgeschlagenen Maßnahmen zur regionalen Vernetzung und zur rehabilitationsfördernden Gestaltung des Sozialraumes besser darstellen und erklären zu können, bietet sich die folgende Differenzierung des Sozialraumes an:

- Primäres Versorgungsgebiet (PVG): Wohnung, Nachbarschaft, Betrieb, Kommune
- Standard-Versorgungsgebiet (SVG): Region, Kreis, Stadtgebiet (100.000-250.000 Einwohner)
- Überregionales Versorgungsgebiet (ÜVG): Bundesland, Großregion (1-4 Mio. Einwohner)
- Nationales Versorgungsgebiet (NVG): BRD (80 Mio. Einwohner)

Damit soll zum Ausdruck gebracht werden, dass nicht jedes Angebot unmittelbar wohnortnah bereitgestellt werden kann. Einige Angebote spezialisierter Versorgung sind nur in größeren Sozialräumen organisierbar, z. B. dem überregionalen oder sogar nationalen Versorgungsgebiet. Eine solche sozialraumorientierte Strukturierung der Teilhabeangebote ist bislang nicht vorhanden.

3.1 Probleme/Herausforderungen Themenfeld AG 3 „Regional zusammenarbeiten"

Im Themenfeld der AG 3 wurden insbesondere folgende Probleme und Herausforderungen identifiziert:

3.1.1 Unvollständige Nachsorgeempfehlungen und ungeeignete Adressaten derselben:

Die Nachsorge-Empfehlungen durch die Behandlerinnen und Behandler in den Reha-Einrichtungen sind noch allzu oft monologisch festgelegt. Das heißt, sie sind nicht oder nicht ausreichend mit den Rehabilitanden abgesprochen und nicht mit den nachfolgenden Leistungsträgern und den Leistungserbringern abgestimmt. Sie umfassen vorwiegend oder sogar ausschließlich kurative und sozialmedizinische Empfehlungen, nicht regelhaft solche für weitere Reha-Leistungen, und sind insofern nur bedingt teilhabeorientiert. Aufgrund einer unzureichenden Bedarfsermittlung sowie aus Unkenntnis der Potentiale des Sozialraumes und der für eine vollständige Reintegration in Beruf und Familie erforderlichen persönlichen und umweltbezogenen Ressourcen bleiben die Empfehlungen notgedrungen unvollständig.
Sie richten sich in der Regel an die Hausärztinnen und -ärzte, welche dieser Delegation der Nachsorge, mutmaßlich aus Gründen der unzureichenden Qualifikation und knapper Zeitressourcen, häufig nicht gewachsen sind. Auch die ggfs. indikationsbezogen betroffenen Fachärztinnen und -ärzte vor Ort fühlen sich nicht zuständig und sind zeitlich oft nicht in der Lage, sich umfassend mit Teilhabefragen zu beschäftigen. Insbesondere fehlt es an Hausbesuchen bei pflegebedürftigen oder behinderten Menschen, die ggfs. notwendig sind, um den Status der Funktionsfähigkeit nach Entlassung aus der Reha zu beurteilen.

3.1.2 Strukturelle Limitierungen:

Wesentliche Limitierungen ergeben sich durch die unterschiedliche Zuständigkeit der Leistungsträger bei Rückkehr aus der stationären medizinischen Rehabilitation in den aufnehmenden Sozialraum, insbesondere im Hinblick auf die Finanzierung von Koordinationsleistungen. Eine Rolle spielen auch eingefahrene Strukturen und Abläufe in der vertragsärztlichen Versorgung. Die notwendige Vernetzung der Verantwortlichen für die Versorgung mit unterschiedlichen Leistungen (ggfs. noch Pflegebedarf, Bedarf an Heil- und Hilfsmitteln, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Leistungen der Eingliederungshilfe) scheitert an der unzureichenden Bedarfsermittlung und Klärung der Zuständigkeiten sowie am Mangel eines hilfreichen Fallmanagements, für das es weder eine eigene gesetzliche Grundlage als Leistung noch eine Finanzierung gibt. Dementsprechend fehlen regionale Strukturen dafür, abgesehen von den Integrationsfachdiensten, die jedoch in unzureichendem Maße eingebunden werden. Einzelne Leistungserbringer übernehmen Teile eines Fallmanagements, z. B. Tageskliniken für psychisch Kranke, Leistungserbringer der Eingliederungshilfe, ansatzweise Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit Behinderung (MZEB) sowie Verantwortliche im Rahmen der Mobilen Rehabilitation.

BEST PRACTICE: Das Fallmanagement „aus einer Hand" im Sozialraum durch die gesetzliche Unfallversicherung.

3.1.3 Fehlende rehamedizinische Expertise im aufnehmenden Sozialraum:

Es fehlt im ambulanten Gesundheitssystem und damit im aufnehmenden Sozialraum eine

rehamedizinische Expertise in Ergänzung bzw. zur Unterstützung der vertragsärztlichen Versorgung und zur Übernahme der Aufgabe der Anlaufstelle und Koordination der Nachsorge. Gleiches gilt für die Verknüpfung der regionalen Akteure. Die Bedarfserkennung bei den Leistungsträgern sowie Leistungserbringer der Eingliederungshilfe erfolgt nicht zuverlässig, da dort häufig gesundheitliche Beeinträchtigungen nicht ausreichend erkannt und berücksichtigt werden [21].

3.1.4 Fehlende Angebote und Vernetzung der Angebote im aufnehmenden Sozialraum:

Der Sozialraum Standardversorgungsgebiet bietet nicht alle Angebote, die für eine effiziente und teilhabeorientierte Reha-Nachsorge erforderlich sind. Diese sind zudem nicht niedrigschwellig erreichbar und selten miteinander verbunden. Es fehlt hier insbesondere ein Konzept, das beschreibt, auf welche Dienste und Einrichtungen die Akteure im Sozialraum regelhaft zurückgreifen können. Ausnahme ist hier die Konzeption der geriatrischen Versorgungsverbünde, z. T. auch der gemeindepsychiatrischen Verbünde (hier jedoch ohne eigentliches Reha-Angebot) sowie die Überlegungen zur Gestaltung der Phase E [17].

Die vorhandenen Angebote sind häufig nicht vernetzt. Es fehlt somit, bis auf einige Modell-Ausnahmen, ein funktionierendes Netzwerk im Standard- und im überregionalen Versorgungsgebiet, insbesondere Anlaufstellen/Beratungsstellen/Reha-Kompetenz-Stellen, die einen gesamthaften oder auch indikationsspezifischen Überblick über die vorhandenen Potentiale des Sozialraumes vermitteln können. Ebenso fehlt die systematische Einbindung der Selbsthilfe in ein solches Netzwerk.

3.1.5 Ambulante medizinisch-berufliche Rehabilitation und medizinische Versorgung im Rahmen beruflicher Rehabilitation:

In Deutschland stehen 23 Einrichtungen zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation (sogenannte Phase II) mit ca. 1400 Plätzen zur Verfügung. Diese sind in der Regel an Kliniken angegliedert. Hinzu kommen noch mehr als 50 Einrichtungen zur Rehabilitation psychisch Kranker (RPK). In beiden Einrichtungsformen sind medizinische Behandlung bzw. Rehabilitation und berufliche Rehabilitation eng verbunden. Ein Problem stellt hier die nicht immer mögliche Wohnortnähe dar. Eine analoge ambulante Struktur existiert nicht.

Die zahlreichen, sehr unterschiedlichen ambulanten Angebote zur beruflichen Rehabilitation verfügen in der Regel über keine eigenen Angebote der medizinischen Rehabilitation und haben von daher nur eingeschränkte Möglichkeiten, auch medizinische Aspekte der Rehabilitation einzubeziehen. Hier wird versucht, in unterschiedlichem Ausmaß und mit unterschiedlichem Erfolg, eine entsprechende medizinische Versorgung im Rahmen regionaler Vernetzung mit der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten.

Für Menschen mit Behinderungen, die ein Mindestmaß wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung erbringen, werden die Möglichkeiten einer rehabilitationsmedizinischen Mitbetreuung, die die Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) in ihrem beruflichen Bildungsbereich bieten könnten, nicht regelhaft und systematisch von allen Einrichtungen genutzt. Die gesetzlichen Regelungen, hier v.a. § 10 Werkstättenverordnung (WVO), lassen dazu auch nur einen geringen Spielraum.

3.1.6 Fehlender Berufsbezug in der Rehabilitation von Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen:

Nur ein äußerst geringer Anteil von Menschen mit schweren erworbenen Hirnschädigungen wird erfolgreich wieder in eine berufliche Tätigkeit eingegliedert [50]. Trotz vermehrter Bemühungen, berufliche Aspekte in die medizinische Rehabilitation einzubeziehen, erhält nur jede/r Zehnte im Anschluss an die Phase D der neurologisch/neurochirurgischen Rehabilitation Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Phase E). An dieser Schnittstelle müssen dann unterschiedliche Leistungsträger für weitere Leistungen einbezogen werden (Krankenkasse für die ambulante Versorgung mit Heilmittel, evtl. Pflegeleistungen, die Bundesagentur für Arbeit usw.). Die Heterogenität der Zuständigkeiten, das Fehlen von Programmen mit direktem Arbeitsplatzbezug sowie eines effizienten und neurokompetenten Case-Managements sind dafür verantwortlich, dass nur knapp die Hälfte der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden auch bei leichteren funktionellen Beeinträchtigungen in den Beruf zurückkehrt [45].

3.1.7 Fehlende Reha-Angebote für betagte Menschen sowie für schwer geistig- oder mehrfachbehinderte Menschen und nicht-mitwirkungsfähige Reha-Bedürftige:

Die medizinische Rehabilitation alter Menschen richtet den Fokus fast ausschließlich auf die Anschluss-Rehabilitation (AR). Es gibt jedoch eine zunehmende Zahl an rehabedürftigen Menschen im Alter, die zuhause oder im Seniorenheim/Pflegeheim leben, deren noch vorhandene Teilhabe bedroht ist und bei denen ein gutes Reha-Potenzial besteht. Sie können sich oft nicht vorstellen, noch einmal in eine fremde Umgebung (z. B. eine Reha-Einrichtung) zu gehen, meist aus Angst vor Kontrollverlust, fremder Umgebung und davor, dass ihre Abhängigkeit von der Hilfe anderer nicht ausreichend berücksichtigt wird. Hier fehlen wohnortnahe Angebote sowie spezialisierte geriatrische Angebote im Sozialraum.

Klientinnen und Klienten der Eingliederungshilfe/Menschen mit Behinderungen mit Bedarf nach rehabilitativen Leistungen können nicht immer in der Region eine stationäre oder ambulante medizinische Reha-Leistung wahrnehmen (z. B. als Anschluss-Reha oder im Zusammenhang chronisch-progredienter Erkrankungen). Sie müssen dafür die (strengen) Aufnahmekriterien von Reha-Einrichtungen (Reha-Fähigkeit) erfüllen, d. h. weitgehend selbständig sein, bei den Maßnahmen aktiv mitwirken können oder zumindest eine Begleitperson mitbringen.

Ein erheblicher Teil der schwer geistig- oder mehrfachbehinderten Menschen hat zurzeit keine Chance auf eine medizinische Reha-Leistung. Grund hierfür ist das Fehlen spezieller, zusätzlich in vollem Umfang barrierefreier Rehabilitationseinrichtungen, welche auf die Belange geistig oder schwer mehrfachbehinderter Menschen eingestellt sind.

Für rehabedürftige Menschen, welche nicht selbstständig entsprechende Einrichtungen aufsuchen können, ist die mobile („aufsuchende“) Reha ideal geeignet. Sie ist jedoch nur in ganz wenigen Regionen vorhanden und fehlt somit in den meisten Sozialräumen, obwohl gerade diese Personengruppe bei den Indikationen für eine indikationsspezifische mobile Rehabilitation ausdrücklich benannt ist. Dazu gibt es z. Zt. nur eine einzige Einrichtung der Mobilen Rehabilitation in Deutschland, die ein solches Angebot machen kann. Die wenigen anderen Einrichtungen der Mobilen Rehabilitation sind nur geriatrisch tätig.

Ähnliches gilt für die Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEB), von denen es trotz gesetzlicher Grundlagen bundesweit nur wenige Einrichtungen gibt.

Ferner fehlt es auch für schwer psychisch Kranke/seelisch Behinderte an Reha-Angeboten im Sozialraum außerhalb von RPK und Tageskliniken, wobei auch hier die Mobile Rehabilitation eine Option sein könnte [22].

3.1.8 Mangelnde Integration der regionalen Reha- und Fachkliniken in den Sozialraum und fehlende gesetzlich definierte Schnittstelle zwischen kurativer und rehabilitativer Versorgung:

Die in den Regionen vorhandenen Reha-Einrichtungen sind in der Regel mit dem System der Gesundheitsversorgung vor Ort nicht vernetzt. Daher stehen diese, insbesondere die Ärztinnen und Ärzte sowie Sozialdienste, dem Sozialraum nicht zur Beratung zur Verfügung, ebenso nicht zur weiteren Durchführung der Nachsorge. Die stationäre und die stellenweise in den Reha-Einrichtungen angebotene ambulante Rehabilitation stehen so weitgehend ohne Verbindung neben den Angeboten und Erfordernissen des Sozialraumes, so dass die dort vorhandenen Kompetenzen nicht genutzt werden können.

Als Hindernis für eine systematische Gestaltung der weiteren Versorgung nach einer medizinischen Rehabilitation und der Nachsorge erweist sich ebenfalls, dass das SGB IX keine regelhafte Einbeziehung der Dienste und Einrichtungen der Krankenbehandlung in den rehabilitativen Prozess (z. B. in die Teilhabe- oder Gesamtplanung, Teilhabekonferenzen etc.) vorsieht. Die Krankenkassen können lediglich als Reha-Träger handeln, welche die Krankenbehandlung der vertragsärztlichen Versorgung (Sicherstellungsauftrag) übergeben. Dadurch ist eine systematische Einbeziehung von Kostenträgern der Krankenbehandlung und den entsprechenden Leistungserbringern auf einer gesetzlich legitimierten Basis nicht möglich. Die Einbeziehung der Pflegekassen in eine Teilhabe- bzw. Gesamtplanung wurde hingegen im SGB IX eindeutig geregelt.

3.1.9 Unzureichende Versorgung mit Hilfsmitteln, Wohnungs- und Arbeitsplatzanpassung sowie mit assistiven Technologien:

Komplexe, spezialisierte und zudem teilhabeorientierte Hilfsmittelversorgung ist im Sozialraum, vor allem in Flächenregionen, nicht zuverlässig und umfassend gewährleistet. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf Prothesenversorgung, Reha-Hilfsmittel (Sitzschalen), Kommunikations- und Steuerungs-Hilfsmittel für nichtsprechende oder motorisch bei der Ausübung der Kulturtechniken schwer beeinträchtgte Menschen sowie die Versorgung mit Sehhilfen (Low Vision) bei Sehbeeinträchtigungen bzw. Blindheit.

Auch gibt es keine systematisch gestaltete flächendeckende Wohnraumberatung, wobei sich zumindest unter dem Aspekt der Pflegebedürftigkeit vermehrt Beratungsangebote finden lassen. Dabei sind jedoch die modernen Technologien des Ambient Assisted Living (AAL) meist noch nicht präsent.

Oft bleiben die Patienten, ihren eigenen Aussagen zufolge, bei der Suche nach beruflichen Alternativen oder Erleichterungen im Berufsleben allein mit ihrem Hausarzt. Auch die Gestaltung des Arbeitsplatzes mit Hilfe assistiver Technologien wird zwar durch die Bundesagentur für Arbeit, die Rentenversicherungsträger sowie die Integrationsämter bearbeitet. Es gibt dazu jedoch keine flächendeckend kompetenten Leistungsanbieter, die das gesamte Spektrum der Möglichkeiten beherrschen und für die Arbeitgeber und die Reha-Träger sowie die Betroffenen leicht zugänglich sind.

Solche sozialräumlichen Angebote sind aber erforderlich, damit medizinische Rehabilitation das Ziel einer bestmöglichen Teilhabe erreichen kann. Zudem wird die Expertise der Rehabilitationseinrichtungen oft für eine optimale Gestaltung der Umgebung benötigt, zumindest im Hinblick auf die sozialmedizinische Beurteilung, Begutachtung und ggf.

Antragsbegründung.

3.1.10 Unzureichende Wahrnehmung der Beratungsaufgaben und -pflichten:

Die Beratungsaufgaben und -pflichten nach dem SGB IX werden allgemein noch nicht ausreichend wahrgenommen. Die Akteure im Sozialraum, die sich mit Gesundheit und Krankheit beschäftigen, konzentrieren sich in den meisten Fällen auf die Behandlung und Bewältigung von Krankheit. Oft wird dabei vernachlässigt, dass als Folge der (chronischen) Krankheit auch Beeinträchtigungen der Teilhabe bestehen und insofern eine Behinderung vorliegt bzw. vorliegen könnte. Das führt dazu, dass in vielen Fällen Möglichkeiten von Leistungen zum Erzielen einer Verbesserung der Teilhabe nicht erwogen und damit nicht genutzt werden.

Das SGB IX sieht in § 33 vor, dass Eltern und mit der Pflege und Betreuung betraute Personen, die bei den ihnen anvertrauten Personen Beeinträchtigungen wahrnehmen, diese im Rahmen ihres Erziehungs- oder Betreuungsauftrages einer Beratungsstelle nach § 32 (Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung) oder einer sonstigen Beratungsstelle für Rehabilitation zur Beratung vorstellen sollen. Ärztinnen und Ärzten, denen diese Personen vorgestellt werden, weisen sie nach § 34 SGB IX auf die EUTB oder Beratungsstellen der Reha-Träger hin. Auch Hebammen, Entbindungspfleger, medizinisches Personal (außer Ärztinnen und Ärzten), Lehrerinnen und Lehrer sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Sozialarbeit, Jugendarbeit und Erziehung sollen die Personenberechtigten auf die Behinderung und auf die EUTB hinweisen. Dies gilt nach § 34 auch analog für Erwachsene. Diese Aufgabe ist den meisten genannten Akteuren jedoch nicht bekannt oder bewusst.

Auch Landesärztinnen und Landesärzte nach § 35 SGB IX können je nach Beauftragung zur Beratung zur Verfügung stehen. Allerdings sind nicht in allen Regionen Landesärzte für Menschen mit Behinderungen vorhanden oder sie sind nicht mit einem Beratungsauftrag versehen.

Diese Situation führt dazu, dass Behinderungen oft spät als solche erkannt und Unterstützungsmöglichkeiten nicht oder verspätet gesucht bzw. in Anspruch genommen werden. Nicht alle Reha-Träger haben wohnortnahe Beratungsangebote bzw. sie sind den Akteuren oft nicht bekannt.

3.2 Lösungsansätze/Umsetzungsmaßnahmen Themenfeld AG 3

Im Themenfeld der AG 3 („Regional zusammenarbeiten“) wurden u. a. folgende Lösungsansätze bzw. Handlungsempfehlungen identifiziert:

3.2.1 Verbessern der Nachsorgeempfehlungen:

Dazu empfielt sich vorrangig eine verpflichtende Reha-Bedarfsermittlung, ICF-orientiert und trägerübergreifend in der Verantwortung des leistenden Reha-Trägers, während der stationären (oder ambulanten) Rehabilitation als Basis für die Empfehlungen zur teilhabeorientierten Weiterbehandlung und Nachsorge. Diese soll interdisziplinär in der Einrichtung stattfinden ggfs. über die im Zusammenhang mit der im Rahmenvertrag Entlass-Management-Reha neu geregelten Entlassung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden hinaus, zumindest bei zu erwartender relevanter Teilhabeeinschränkung. Zu berücksichtigen sind gleichermaßen:

- eine interdisziplinäre Zusammenfassung der erreichten Therapie- bzw. Reha-Ziele
- eine Therapie-/Nachsorge-Empfehlung für den Hausarzt/nachbetreuenden Facharzt
- eine partizipative Entscheidungsfindung mit Versicherten, ggfs. Angehörigen und Verantwortlichen in der hausärztlichen Versorgung
- die rehabilitativen Möglichkeiten des aufnehmenden Sozialraumes
- konkrete Empfehlungen (ggfs. Unterstützungsmaßnahmen) für die Reintegration an den Arbeitsplatz sowie für die Bewältigung des Alltages einschließlich besonderer Aufgaben und sozialer Funktionen wie Elternschaft, Pflege von Angehörigen oder Ehrenamt
- ggfs. eine Empfehlung für das Einschalten eines Fallmanagements/ Integrationsmanagers und Einbindung in den Teilhabeplan

In Erwägung zu ziehen wäre auch ein modellhaftes Erproben der Beteiligung des MDK bereits im Akutkrankenhaus bei besonderen Fallkonstellationen (ggfs. unter Zuhilfenahme von Informationen der Pflege, des Stationsarztes, der Therapeuten) vor Rückkehr in den aufnehmenden Sozialraum (vgl. auch Bedarfsermittlung und Teilhabeplanung, Kapitel 2). Damit könnte schon bei der Entlassung der Reha-Bedarf erkannt, ermittelt und festgestellt und der Betroffene unter Beteiligung des Krankenhaus-Sozialdienstes und des Kostenträgers in die empfohlenen Reha-Strukturen in der Region vermittelt werden.

Grundsätzlich müssen Maßnahmen eingeleitet werden zur:

- Qualifizierung der Krankenhaus-Sozialdienste hinsichtlich ihrer Aufgaben bei der Bedarfsermittlung und Beantragung sowie ihrer Steuerungsmöglichkeiten nach SGB IX
- Verpflichtung der Krankenkassen auf die Anwendung der Gemeinsamen Empfehlungen Sozialdienste und die Organisation entsprechender Ansprech- und Entscheidungsstellen für die Sozialdienste

Zur Steigerung der Qualität in der Nachsorge wird empfohlen, eine App für Hausärztinnen und Hausärzte sowie, indikationsbezogen, betroffene Fachärztinnen und Fachärzte zu erstellen. Sie könnte die Mediziner mit Arbeitshilfen und einem Algorithmus zum Bearbeiten typischer Problemkonstellationen bei länger bestehenden Beeinträchtigungen der Funktionen und Aktivitäten (Kontinenz, Schlucken, Kommunikation, Neurokognition, Mobilität usw.) unterstützen.

3.2.2 Schaffen von regionalen Netzwerken:

Die strukturellen Limitierungen auf der Ebene des Standard- und des überregionalen Versorgungsgebietes müssen behoben werden: Einerseits durch das Bilden von regionalen Netzwerken durch die Rehabilitationsträger und ihre Verbände zur gemeinsamen Wahrnehmung von Aufgaben zur Teilhabeförderung behinderter Menschen. Andererseits auch von Leistungserbringern, Selbsthilfegruppen und anderen Akteuren im Sozialraum. Regionale Netzwerke können krankheitsgruppenübergreifend oder krankheits-/behinderungsbezogen gestaltet werden, z. B. für Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen.

In Erwägung zu ziehen wäre auch ein Instrument der Koordination, eine möglichst barrierefreie und regional sowie überregional bekannte trägerübergreifende bzw. trägerunabhängige Anlaufstelle als Zentrum der vernetzten Struktur. Diese sollte gleichzeitig ausgestattet sein mit der notwendigen Expertise für Beratung einschließlich angemessener, differenzierter und hinreichend spezialisierter Empfehlungen.

Erfahrungen zeigen, dass sich Netzwerke vorwiegend aus dem Engagement der Akteure herausbilden. Sie benötigen jedoch für ihr Überleben und eine erfolgreiche Arbeit die Berücksichtigung der Kosten für Networking (Entgelte) oder aber eine institutionelle Zuschussfinanzierung. Solche Aufgaben können auch von Beratungsdiensten (vgl. z. B. in bayrischen Bezirken) oder von Fachzentren (z. B. einem Autismus-Kompetenz-Zentrum) übernommen werden. (Ein Projektantrag zur „Verbesserung der Versorgung von Versicherten durch Vernetzung und teilhabeorientierte Gestaltung des Sozialraumes“ wurde beim Innovtionsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses eingereicht. Blieb allerdings ohne Erfolg.)

Grundsätzlich müssen Maßnahmen eingeleitet werden zur Umsetzung des gemeinsamen Sicherstellungsauftrages der Träger von Teilhabeleistungen nach § 36 Abs. 1 SGB IX durch Erhalt bzw. bedarfsgerechten **Aufbau der regional erforderlichen Rehabilitationsdienste und -einrichtungen** in ausreichender Zahl und Qualität, bezogen auf die jeweiligen Sozialräume. Dazu ist u. a. auch eine Konzeption zur Umsetzung der Vorschrift nach § 25 Abs. 2 S. 1 zur Bildung regionaler Arbeitsgemeinschaften zu entwickeln. Anzustreben ist eine umfassende, bedarfsgerechte Infrastruktur von Diensten und Einrichtungen mit qualifizierten Leistungserbringern, welche die Leistungen der Rehabilitation zuverlässig, finanziell abgesichert und in der nötigen Expertise und Qualität erbringen.

Darüber hinaus sollte auch die **flächendeckende Verfügbarkeit von ärztlichen Reha-Experten (Reha-Ärztinnen bzw. -Ärzten)** erwogen werden. Auf regionaler und ggf. zusätzlich überregionaler Ebene sollen sie mit folgenden Aufgaben betraut werden:

- Beratung und Unterstützung bei der Koordination der Einrichtungen und der ambulanten Rehabilitation, der Fachdienste, der Expertinnen und Experten, der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln
- „Brücken bauen“ an der Schnittstelle zwischen der regulären Gesundheitsversorgung, der Rehabilitation und der Nachsorge, u. a. durch sozialmedizinische und teilhabeorienterte Beratung sowie Beurteilung/Begutachtung im Hinblick auf das Leistungsrecht
- rehakompetente Ansprechstelle für den Integrationsfachdienst sowie für die Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation
- „vor Ort“-Liaison-Dienst zwischen der Reha-Einrichtung und den ambulanten Reha-Einrichtungen bzw. der ambulanten mobilen Rehabilitation

- fachliche Unterstützung bei der Teilhabe- bzw. Gesamtplanung sowie bei der Durchführung von Teilhabe-Konferenzen im Auftrag der Leistungsträger der Rehabilitation

Dafür sind noch Konzeptionen zu entwickeln.

3.2.3 Aufbau rehamedizinischer Expertise:

Dieses erfordert ein flächendeckendes Einführen von rehakompetenten Ansprechpartnerinnen und -partnern/Fachexpertinnen und -experten im ambulanten Gesundheitssystem des Sozialraumes als Ergänzung und Unterstützung der vertragsärztlichen Versorgung (z. B. Reha-Fachteams: Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus den Bereichen Medizin, Therapie und Sozialdienst). Die Rekrutierung erfolgt:

- aus ambulanten Rehabilitationszentren der Region
- aus den Medizinischen Zentren für erwachsene Menschen mit Behinderungen (MZEB)
- aus der mobilen (aufsuchenden) ambulanten Rehabilitation
- aus Fachkliniken/Rehabilitationseinrichtungen der Region
- aus größeren Pflegestützpunkten
- aus Landesärztinnen und -ärzte für Menschen mit Behinderungen und aus den gemeindepsychiatrischen Diensten

Sie könnten die Funktion einer regionalen Fachberatung und eines niedrigschwellig verfügbaren Ansprechpartners übernehmen. Außerdem sollten sie sowohl an der Bedarfserkennung als auch der Bedarfsermittlung beteiligt werden können. Sie sollten ferner beauftragt werden können, für spezielle Fälle, ggf. auch trägerübergreifend, die Koordination der in der Reha-Einrichtung empfohlenen Maßnahmen der Reha-Nachsorge (z. B. im Rahmen der Phase E) zu übernehmen. Zu klären bliebe, wie diese organisiert werden, wie ihre Leistung vergütet wird und an welche Strukturen sie angebunden werden.

3.2.4 Erweiterung der Angebote:

Die Erweiterung der Angebote der medizinischen Rehabilitation im Sozialraum sollte durch zusätzliche Einrichtungen der ambulanten und mobilen Rehabilitation möglichst indikations-übergreifend erfolgen, um sowohl den dringenden Bedarf an ambulanter neurologischer Rehabilitation als auch den Bedarf an muskuloskelettaler Rehabilitation (orthopädisch/traumatologisch) abzudecken. Folgende Ziele könnten damit erreicht werden:

- gezielte Förderung und umfassende regionale Etablierung der mobilen Rehabilitation auf der Ebene des Standard-Versorgungsgebietes
- gezielte Förderung weiterer Medizinischer Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEB) zumindest im regionalen und überregionalen Kontext
- Fördern von Angeboten des Reha-Sportes in Vereinen unter Hinzuziehen der Landessportverbände
- Förderung von Angeboten des Funktionstrainings auch für Schwer- und Mehrfachbehinderte, u. a. durch Bereitstellung von Übungshallen sowie Schwimmbecken durch die Gebietskörperschaften

Desweiteren geht es um eine engere Vernetzung mit der Angebotsstruktur der beruflichen Rehabilitation (z. B. Berufsförderungswerk, Werkstätten für behinderte Menschen, IFD) sowie mit Angeboten der Eingliederungshilfe, wo umfassend und interdisziplinär befähigende

Assistenzleistungen und andere Leistungen (z. B. Hilfsmittel zur Teilhabeförderung) bereitgestellt werden können. In Verbindung mit spezialisierten Fachdiensten in der Eingliederungshilfe lassen sich auch teilhabeorientierte Heilmittel zu Lasten der GKV mit rehabilitativer Zielsetzung für den besonders schwer betroffenen Personenkreis erbringen. Hier bietet sich eine Bündelung der Leistungen als Vernetzungsbeitrag im Sozialraum an [18].

3.2.5 Flächendeckende Angebote der medizinisch-beruflichen Rehabilitation:

Erforderlich ist dazu die Erarbeitung von Qualitätsstandards für Strukturen und Prozesse der medizinisch-beruflichen Rehabilitation in den verschiedenen Sozialräumen (z. B. auf der Ebene der BAR), der Bundesländer sowie der Gebietskörperschaften entsprechend der jeweiligen Zuständigkeit. Auch das Erarbeiten von Konzeptionen für die weitergehende Teilhabeförderung und Behandlung (analog einer Phase E) für andere Indikationen ist erforderlich (vgl. AG 2 Kapitel 2). Eine solche eigens gestaltete Phase stellt nach „Abschluss“ der medizinischen Rehabilitation (im engeren Sinne) die Anforderungen an Einrichtungen, Dienste und Prozesse dar, die bestmögliche erreichbare Teilhabe im Sinne einer Brücke zur Inklusion zu erreichen. Dabei sind auch Leistungen der Eingliederungshilfe und anderer Sozialleistungsträger wie Pflege, Krankenbehandlung und kommunale Dienstleistungen (Beratung, Netzwerke etc.) einzubeziehen.

3.2.6 Trägerübergreifende Strategien des Return to Work:

Integrierte, trägerübergreifende Strategien des Return to Work (RTW) müssen auf regionaler Ebene für Menschen mit schweren Teilhabeeinschränkungen, insbesondere mit erworbenen Hirnschädigungen und psychischen Erkrankungen, umgesetzt werden. Zum einen durch die Überwindung der bisherigen Trennung der Phasen D und E und der sich daraus ergebenden Schnittstellen-Probleme. Zum anderen durch die Konzentration der vielfältigen Zuständigkeiten in der Fallkoordination auf einen zentralen Dienst oder eine Einrichtung (zentrales Fallmanagement).

BEST PRACTICE: Neuro-Netzwerk Köln-Bonn
Neuro-Netzwerk Rheinland-Pfalz Nord
Neuro-Netzwerk Rheinhessen-Nahe-Hunsrück
Verein Zweites Leben e.V. Regensburg
Projekt PAULI Rheinland

Vorzusehen ist dabei:

- eine konsequente Kopplung der rehaklinischen Phase mit einer Arbeitsplatzintervention (Erstellen und Umsetzen eines RTW-Planes bereits in der klinischen Phase der Rehabilitation, Berücksichtigung der Informationen zum Arbeitsplatz, Einbezug des Arbeitgebers)
- eine enge Kooperation und Kommunikation aller beteiligten Akteure
- ein individuelles Fallmanagement
- eine flexible, am individuellen Bedarf orientierte Dauer und Ausgestaltung der Maßnahme

3.2.7 Wohnortnahe Angebote der medizinischen Rehabilitation für betagte und mehrfachbehinderte Menschen:

Die wohnortnahe medizinische Rehabilitation betagter Menschen sollte im Verbund mit

besonderer Ausrichtung auf den aufnehmenden Sozialraum (mit den Optionen der Altenhilfe) und wohnortnahe Angebote mit geriatrischer Expertise (z. B. im lokalen/regionalen Krankenhaus), in ambulanten Reha-Settings (Tagesklinik, ambulante geriatrische Reha) oder im Rahmen der mobilen ambulanten Rehabilitation organisiert werden.
Desweiteren müssen wohnortnahe Angebote der medizinischen Rehabilitation für Menschen mit Behinderungen, die so schwer beeinträchtigt sind, dass sie die Voraussetzungen für Leistungen der Eingliederungshilfe erfüllen, geschaffen werden. Medizinische Rehabilitation sollte auch diesem Personenkreis in angepasster Form (z. B. Barrierefreiheit einschließlich leichter Sprache, modifizierte Therapieprogramme) zur Verfügung stehen, vorrangig durch mobile Rehabilitationsdienste bzw. ambulante Reha-Einrichtungen. Bei der Gestaltung sollten Leistungserbringer der Eingliederungshilfe beteiligt werden.
Es ist besonders darauf zu achten, dass innerhalb der Eingliederungshilfe, und zwar ggf. bei der Gesamtplanung, der Bedarf an medizinischer Rehabilitation erkannt und die Inanspruchnahme von Leistungen gefördert und ggf. eingefordert wird, u. a. auch in Form des Reha-Sports und des Funktionstrainings. Die Einrichtungen haben im Rahmen ihres gesetzlichen Auftrags auch fördernde und befähigende Leistungen (vgl. § 78 SGB IX) zur Verfügung zu stellen, damit Menschen möglichst selbstbestimmt am Alltag teilhaben können. Auch müssen sie in der Lage sein, zuverlässig die Wirksamkeit ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen im Anschluss an Leistungen der medizinischen Rehabilitation sicherzustellen. Dieser Aufgabe müssen die Leistungserbringer der Eingliederungshilfe in vollem Umfang nachkommen, damit Effekte von medizinischen Reha-Leistungen nicht verpuffen.

3.2.8 Eingliedern der vorhandenen Reha-Strukturen in den Sozialraum:

Es bietet sich zwingend an, vorhandene stationäre und ambulante Rehabilitationseinrichtungen in den Sozialraum der Region einzugliedern. Die Rehabilitationseinrichtungen in der Region sollen für tagesklinische Angebote, ambulante Rehabilitation sowie rehabilitationsmedizinische Sprechstunden (indikationsspezifisch und indikationsübergreifend) sowie Konsiliardienste geöffnet werden.
Ein erster Schritt ist die Ermächtigung der Fachärztinnen und -ärzte der Reha-Einrichtungen für konsiliarische Überweisungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung oder Beauftragung durch die Reha-Träger.
Des Weiteren sollte die Netzwerkbildung im regionalen Kontext, ausgehend von größeren (interdisziplinären) Rehabilitationskliniken mit mehreren Fachgebieten als zentralen Anlauf- und Koordinierungsstellen, gezielt gefördert werden. Schwer betroffene Menschen, die eine besondere Expertise sowie verschiedene Therapie-Modalitäten benötigen (z. B. Physio- und Ergotherapie, Logopädie), welche möglichst an einem Ort im interdisziplinären Setting angeboten werden, sollten eine gezielte ambulante Mitbetreuung erhalten.
Die herausragende rehabilitative Kompetenz größerer indikationsübergreifender Rehabilitationszentren soll dazu genutzt werden, sie **als zentrale Koordinierungs- und Kompetenzstelle mit regionalen und überregionalen Satelliten** in Form von Tageskliniken und ambulanten Rehabilitations-Einrichtungen zu etablieren. Dieses bietet den Vorteil einer von einer Zentrale aus bestimmten hohen Qualität der Behandlung/Rehabilitation, eines flexibleren Einsatzes des ärztlichen und therapeutischen Personals und gleichzeitig einer wohnortnahen Rehabilitation im sozialen Kontext.
<u>BEST-PRACTICE-Beispiele in der Schweiz:</u> Reha-Clinic Bad Zurzach mit ambulanten Reha-

Zentren und Reha-Sprechstunden im gesamten Raum Baden/Aarau/Zürich und darüber hinaus
BEST-PRACTICE-Beispiele in den USA: Rehabilitation Institute of Chicago (RIC) mit zahlreichen tagesklinischen und ambulanten Dependancen im gesamten Großraum Chicago;
Spaulding Rehabilitation Center Boston mit tagesklinischen und ambulanten Dependancen im gesamten Großraum Boston
BEST-PRACTICE-Beispiele in Großbritannien: Rehabilitationskliniken in London und Birmingham mit einem regionalen und überregionalen Netz an ambulanten Zentren

3.2.9 Verbessern der Hilfsmittelversorgung sowie der Wohnungs- und Arbeitsplatzanpassung:

a. Die ambulante Versorgung im Bereich der Heil- und Hilfsmittel insbesondere von schwerbehinderten Menschen v. a. auch in der Eingliederungshilfe sollte nach Möglichkeit durch Teams erfolgen, die an vorhandenen Einrichtungen und Diensten der beruflichen oder medizinischen sowie der sozialen Rehabilitation angesiedelt bzw. von diesen organisiert oder mitbetreut werden. Entsprechende niedrigschwellige Beratungsangebote sind vorzuhalten. Auch Reha-Kompetenz-Centren (siehe 2.2.5) sollten mit ihrer interdisziplinären Fachkompetenz für die komplexe Beratung im Bereich Heil- und Hilfsmittel genutzt werden.
b. Notwendig sind auch Angebote zur Wohnraumberatung und Arbeitsplatzanpassung, damit die Effekte der medizinischen Rehabilitation durch Herstellung von Barrierefreiheit und ein Angebot spezieller assistiver Technologien, u. a. zur Ansteuerung der Umwelt im Alltag, konkret wirksam werden können.
c. Es bedarf Beratungsstellen für Unterstützte Kommunikation und assistive Technologien im überregionalen Versorgungsgebiet sowie deren landesweite Vernetzung einschließlich eines Landesfachzentrums. Diese erbringen spezifische Leistungen der unterstützten Kommunikation und der Versorgung mit assistiven Technologien in Verbindung mit Heilmitteln (Ergotherapie, Logopädie) sowie technische Leistungen. Sie haben auch die Aufgabe der flächendeckenden Beratung und Schulung für Multiplikatoren. Dabei handelt es sich z. T. um Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (BA, RV, UV, Integrationsämter) oder der Eingliederungshilfe, so dass dafür eigene vertragliche Regelungen getroffen werden müssen.

C. ZUSAMMENFASSUNG

Die Bundesrepublik Deutschland hat ein gut ausgebautes und sehr effizientes/leistungsstarkes Rehabilitationssystem, welches Modellcharakter für viele Länder hat. Das Projekt Reha*Innovativen* hat die Aufgabe, dieses System, hier fokussiert auf die medizinische Rehabilitation, im Kontext des demografischen Wandels, der rasch fortschreitenden Veränderungen in der Arbeitswelt und nicht zuletzt auch des Wandels der Krankheiten auf die Herausforderungen der Zukunft vorzubereiten. Dazu sollen aktuelle Schwachstellen beschrieben und Lösungsansätze sowie konkrete innovative Umsetzungsmaßnahmen vorgeschlagen werden. Handlungsleitend ist dabei auch die Umsetzung der UN-BRK, deren Artikel 26 ausdrücklich die Rehabilitation behandelt. Das Projekt soll einerseits zu einer weitergehenden Diskussion der Herausforderungen beitragen, andererseits auch Handlungsempfehlungen konkretisieren.

In den zu diesem Zweck initiierten Arbeitsgruppen haben die Expertinnen und Experten über die vergangenen drei Jahre eine Fülle von Erkenntnissen zur medizinischen Rehabilitation zusammengetragen. Aus der Analyse von Problemlagen/Herausforderungen wurden, mit Fokus auf den Erhalt bzw. die Erhöhung der Qualität der Rehabilitation sowie auf das Herstellen einer möglichst lückenlosen Kontinuität der Rehabilitationsprozesse, in allen drei AGs Lösungsansätze diskutiert, unter deren Berücksichtigung die Autoren dieses Berichts Handlungsempfehlungen formuliert haben (insoweit gelten die Ausführungen in Abschnitt B, Allgemeine Vorbemerkungen, wonach es sich nicht um ein unter allen beteiligten Experten konsentiertes Papier handelt, entsprechend). Im Folgenden lassen sich einige der aufgeführten Punkte komprimiert und notgedrungen zugespitzt sowie in der Regel nicht nach Reha-Trägern differenziert zusammenfassen. Sie sind im ausführlichen Text, auf den verwiesen wird, entsprechend konkretisiert.

Arbeitsgruppen-übergreifend wurden die nachfolgenden themenbezogenen **Probleme** identifiziert:

<u>ZUGANG zur Rehabilitation</u>

- erschwerter Zugang zur Rehabilitation durch fehlende Bedarfserkennung sowie Defizite bei der Antragstellung bedingt durch lückenhafte Reha-Kompetenz in der vertragsärztlichen Versorgung, in der Akutklinik sowie im Sozialraum und mangelnde Verfügbarkeit von Reha-Expertinnen und Experten im Standardversorgungsgebiet
- unbefriedigende Zahl und Qualität der Anträge aus der ambulanten Versorgung heraus und intransparente/restriktive Genehmigungspraxis
- unzureichender Zugang zur Rehabilitation bei geriatrischen Patientinnen und Patienten, bei Menschen mit Suchtproblematik oder schweren psychischen Erkrankungen

<u>ÜBERGÄNGE in der Rehabilitation</u>

- schwierige Übergänge und Brüche in der Kontinuität der Rehabilitation durch Versorgungslücken und fehlende Reha-Angebote
- Defizite an Schnittstellen und stockende Übergänge von der Akutbehandlung zur Reha und von dort in die ambulante Nachsorge und Nachversorgung
- Kommunikationsdefizite an den Übergängen zwischen den Versorgungsbereichen und den verschiedenen Stufen der Rehabilitation

<u>ANGEBOTE in der Rehabilitation</u>

- fehlende Angebote und entsprechend unbefriedigende Versorgungssituation mit Reha-Leistungen bei der zielgruppenspezifischen Rehabilitation folgender Patientengruppen, sowohl postakut als auch im längerfristigen Verlauf (stationär, abulant, mobil):

- amputierte Patientinnen und Patienten
- Patientinnen und Patienten nach Polytrauma und nach längerer intensivmedizinischer Behandlung
- Patientinnen und Patienten mit vorbestehenden Funktionseinschränkungen und (noch) nicht gegebener AHB-Fähigkeit wegen noch vorhandenem Pflegebedarf
- Patientinnen und Patienten mit erworbenen Hirnschädigungen
- intensivmedizinische/überwachungspflichtige Patientinnen und Patienten
- Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen oder seelischer Behinderung
- multimorbide Patientinnen und Patienten bzw. mit spezifischer Komorbidität
- Menschen mit erheblicher Pflegebedürftigkeit
- schwer geistig- oder mehrfachbehinderte Menschen

<u>INDIVIDUALISIERUNG in der Rehabilitation</u>

- Mangelnde Individualisierung der Rehabilitation durch unzureichende individuelle Bedarfsermittlung. Es fehlt die Praxis einer sequentiellen umfassenden Bedarfsermittlung und -feststellung durch den leistenden Reha-Träger und eine teilhabebezogene Aktualisierung im weiteren Verlauf.
- Mangel an individuell erforderlichen flexiblen Reha-Angeboten (Form, Dauer, Intensität) und Fehlen einer fortlaufenden Anpassung der Leistungen während der Rehabilitation
- Die Interdisziplinarität in den Reha-Prozessen ist nicht flächendeckend umgesetzt, bedingt u. a. durch unzureichende Personalausstattung im ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Bereich sowie im Bereich der Sozialarbeit.
- Mangel an einer stärkeren Differenzierung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden im Hinblick auf das Vorhandensein oder Drohen einer relevanten langfristigen Teilhabe-beeinträchtigung; Fehlen eines Fall-Managements bei diesen im Unterschied zu der Gruppe, in der dies mit Wahrscheinlichkeit durch die Rehabilitation vermieden werden kann
- unbefriedigende Versorgungssituation mit Reha-Leistungen bei rehabedürftigen Patientinnen und Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen, mit Migrationshintergrund und mit niedrigem Sozialstatus
- unzureichende ökonomische Rahmenbedingungen für eine bedarfsgerechte Qualität der Rehabilitation im Hinblick auf Individualisierung und spezifische Leistungen, die über die Standardrehabilitation hinausgehen

<u>NACHSORGE der Rehabilitation im Sozialraum</u>

- fehlende Nachhaltigkeit der Rehabilitation durch unvollständige Nachsorgeempfehlungen, Versorgungslücken und das Nicht-Vorhandensein von funktionierenden Reha-Netzwerken sowie durch das Fehlen von teilhabeunterstützendenoder-weiterführendenAngebotenim regionalen aufnehmenden Sozialraum
- unzureichende Barrierefreiheit im System der Rehabilitation
- mangelnde Wohnortnähe der Rehabilitationsangebote insbesondere für Menschen im Alter oder mit Behinderung
- Brachliegen der Reha-Kompetenz der regionalen Reha-Einrichtungen und Fachkliniken beim Beheben der fehlenden rehamedizinischen Expertise im Sozialraum
- Probleme bei der zeitgerechten und individualisierten sowie teilhabebezogenen Hilfsmittelversorgung im Rahmen von Reha-Leistungen und im weiteren Verlauf

Im Kreis der Expertinnen und Experten wurden insbesondere folgende **Handlungsempfehlungen** diskutiert. Sie beziehen sich z. T. direkt auf die festgestellten Herausforderungen:

ZUGANG zur Rehabilitation

- Weiterentwicklung des Antragsformulares nach Muster 61 mit dem Ziel, die Antragstellung zu vereinfachen und den Zugang zur Rehabilitation zu erleichtern
- Erhöhen der Transparenz des Genehmigungsverfahrens durch Rückmeldung der Leistungsträger über die Gründe einer Ablehnung an den verordnenden Arzt.
- Vervollständigung unzureichender Angaben im Reha-Antrag /unzureichender Bedarfsermittlung von seiten des (Vertrags-) Arztes durch den Reha-Träger im Sinne der Umsetzung des Auftrages nach § 19 SGB IX (Wahrnehmung des Amtsermittlungs-Grundsatzes)
- Ausweitung/Verbesserung der digitalen Informationsmöglichkeiten durch die Leistungsträger über Zugangswege zur Rehabilitation für Betroffene und Verordnende

ÜBERGÄNGE in der Rehabilitation

- standardisierte, frühzeitige Klärung eines zu erwartenden Reha-Bedarfes bei jeder stationären Aufnahme im Akutsetting
- Etablieren der Funktion/des Aufgabengebietes einer/eines „Reha-Beauftragten“ in jedem Akutkrankenhaus in Verbindung mit entsprechenden Schulungsmaßnahmen
- Festlegen von Personaluntergrenzen für Sozialarbeiter in Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen (Gesetzgeber)
- Verbessern der Kommunikation/Vermeiden von Informationsverlust an Schnittstellen; Schließen von Informationslücken unter anderem durch digitale Entlassungsberichte als Standard und telemedizinische Vernetzung
- Etablieren einer intersektoralen telemedizinischen Vernetzung zwischen den verschiedenen Stufen der Rehabilitation im überregionalen Kontext sowie einer digitalen netzfähigen Dokumentation für die Überleitungs- und Entlassungsdokumente
- Weiterbildungs-/Qualifizierungsoffensive zum Thema Rehabilitation in der ärztlichen Ausbildung durch Einrichten von Lehrstühlen für Physikalische Medizin und Rehabilitation an allen medizinischen Fakultäten und umfangreiche Verankerung der Rehabilitation in der fachärztlichen Weiterbildung (Fakultätentag, Bundesärztekammer)
- Fortbildungs-/Qualifizierungsoffensive zum Thema Rehabilitation im vertragsärztlichen Bereich, in der Pflege-Ausbildung, in der Ausbildung im Bereich der sozialen Arbeit, den therapeutischen Fachberufen sowie bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Verwaltungen und Organisationen des Gesundheitswesens (Selbstverwaltung)

ANGEBOTE in der Rehabilitation

- Schließen der Angebotslücken in der angestrebten nahtlosen Rehabilitationskette. Einführen neuer Stufen/Formen oder Leistungsmodule der Rehabilitation für weitere Indikationen, u. a.:
    - Intensivmedizinische Rehabilitation (IMR) für noch intensivpflichtige ggfs. beatmete Patientinnen und Patienten an Akutkliniken
    - Aufbau weiterer Frührehabilitationsabteilungen zumindest an Krankenhäusern der Maximalversorgung oder in direkter Verbindung mit diesen
    - Einrichten einer postakuten Rehabilitation für Rehabilitanden mit noch erhöhtem Pflege- und Behandlungsbedarf an den Reha-Einrichtungen
    - Prüfung und ggf. Entwicklung einer Option für eine rehabilitative Kurzzeitpflege (ggfs.

unter Einbeziehen der mobilen Rehabilitation)
    - Ausbau von ambulanten und mobilen Reha-Angeboten
    - teilhabeorientierte, indikationsübergreifende Rehabilitation bei Multimorbidität
    - Schaffung von Versorgungsmöglichkeiten bei spezifischer Komorbidität (z. B. zusätzliche psychische Erkrankung)
- Gesetzliche Förderinitiativen und ökonomische Anreize zum flächendeckenden Etablieren der Reha-Strukturen/Angebote, die seit Jahren gesetzlich vorgesehen sind (Frührehabilitation, mobile Rehabilitation), jedoch nicht umgesetzt werden.

<u>INDIVIDUALISIEREN der Rehabilitation</u>

- Sicherstellung einer umfassenden Bedarfsermittlung, ggf. in sequentieller Form, personenbezogen in der Verantwortung des leistenden Reha-Trägers und auf Grundlage eines umfassenden Assessments, spätestens zu Beginn der Rehabilitation (stationär oder ambulant) sowie bei Beendigung derselben bzw. beim Übergang in eine weitere Maßnahme (Gesetzgeber)
- Individualisieren und Flexibilisieren der Rehabilitationsleistungen bezüglich Zuweisung, Form, Intensität und Schwerpunkte sowie Zeitdauer der Rehabilitation (Leistungsträger/BAR)
- Fördern einer stärker personenbezogenen Zielausrichtung auf Teilhabe, unter anderem
    - durch verpflichtende Einführung der Interdisziplinarität in den Reha-Prozessen unter Einschluss der psychosozialen Berufsgruppen
    - durch eine konzertierte Qualitätsoffensive in der Rehabilitation (Qualitätssiegel, Exzellenz-Initiative usw.), verbunden mit der Klärung einer entsprechenden Finanzierung der dazu notwendigen Ressourcen
    - durch Einführen eines Qualitätssiegels „Individualisierte Rehabilitation“ mit einem klar definierten Kriterienkatalog, welcher u. a. zwingend gelebte Interdisziplinarität und ein hochwertiges Entlass-Management in den Klinikprozessen beinhalten muss
- modellhaftes Etablieren von Reha-Kompetenz-Zentren (siehe Modellprojekt Innovationsfonds) zum Fördern von Reha-Expertise durch die Bereitstellung von Reha-Expertinnen und Experten (siehe Modellprojekt der Medizinischen Hochschule Hannover)
    - im vertragsärztlichen Bereich (Fachärztinnen und -ärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin)
    - in den Akutkrankenhäusern („Reha-Beauftragte“)
    - in den Akutkliniken und Reha-Einrichtungen („Liaison-Dienst“)
    - im aufnehmenden Sozialraum („Ermächtigung der Reha-Einrichtungen“, Beauftragung von Reha-Expertinnen und -Experten, „Reha-Koordinator“, Reha-Beratungsstellen)
- zielgruppenspezifische Lösungen bei speziellen Patientengruppen (siehe oben und 2.2.6), welche über die o. g. Anregungen zur Individualisierung hinaus weitere spezifische Lösungsstrategien benötigen

<u>NACHSORGE in der Rehabilitation</u>

- Erweitern des Rahmenvertrages Entlassungsplanung-Reha um ein verpflichtendes individuelles und problem- bzw. lösungsorientiertes Beratungsangebot in Bezug auf die Teilhabe für Patientinnen und Patienten mit relevanten Teilhabebeeinträchtigungen (Vertragspartner)
- Etablieren des regelhaften Angebots eines Fall-Managements bei Teilhabestörungen, die über die Dauer der klassischen Rehabilitation hinaus fortbestehen werden, in Form von wohnortnahen Strukturen des Case-Managements mit (bei Bedarf):
    - stärkerer Nutzung von Integrationsfachdiensten
    - individueller Unterstützung bei Return to work, u. a. beim Betrieblichen

Eingliederungsmanagement (BEM Verfahren)
    - Unterstützung bei komplexer und intensiver Weiterbehandlung
    - Kompetenzerweiterung der Case-Manager, z. B. für Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen (Neurokompetenz), bei psychischen Erkrankungen und Abhängigkeitserkrankungen
- Fördern der regionalen Netzwerkbildung ambulanter, tagesklinischer und mobiler Angebote unter Einbezug der in der Region vorhandenen Reha-Einrichtungen und der teilhabefördernden Dienste und Einrichtungen:
    - regionale und überregionale Vernetzung der Reha-Einrichtungen und -Dienste mittels Telemedizin
    - Ermächtigung und/oder Beauftragung der Fachärztinnen und Fachärzte in den Reha-Kliniken zum Erbringen von spezifischen Diagnostik- und Beratungsleistungen für Menschen mit Teilhabestörungen
    - Öffnen der Rehabilitationskliniken für tagesklinische und ambulante Rehabilitationsangebote sowie für ambulante und mobile Mitbetreuung schwer betroffener Menschen mit differenziertem und kombiniertem Therapiebedarf
- Flächendeckender Einsatz einer Rehabilitations-Ärztin/eines Rehabilitations-Arztes auf regionaler und überregionaler Ebene (Gesetzgeber)
- Konzeption einer neuen Reha-Phase als Brücke zur umfassenden Teilhabe für alle Patientinnen und Patienten, die solche Leistungen benötigen (analog einer „Phase E“), und Schaffen entsprechender regionaler Strukturen
- Sicherstellung einer rechtzeitigen bedarfsgerechten Hilfsmittelversorgung und ihrer besseren Verzahnung mit den Reha-Leistungen

Generelles Aufwerten der Rehabilitation als Gesundheitsstrategie entsprechend der WHO-Vorgaben durch eine *konzertierte Aktion „REHABILITATIO*N“ der Reha-Leistungsträger, des BMAS, des BMG, der Bundesärztekammer, der Fachverbände und der Selbsthilfe.

D. LITERATUR

1. Bassler M (2017) Individualisierte Reha bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. 26. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Frankfurt
2. Bender A, Adrion, C.: Fischer, L., Huber M, Jawny K, Straube A, Mansmann U (2016) Langzeitrehabilitation von Patienten mit erworbenen Hirnschädigungen. Dtsch Arztebl 113(38):634–641
3. Beyer J, Seidel EJ (2017) Frührehabilitation ist erstes Glied einer nahtlosen Rehabilitationskette. Rehabilitation 56(4):272–285. doi:10.1055/s-0043-112071
4. Blumenthal M, Geng V, Egen C, Gutenbrunner C (2016) Querschnittlähmung in Deutschland – Forschungsdaten zur Gesundheit, Versorgungs- und Lebenssituation Betroffener. Phys Med Rehab Kuror 26(06):303–308. doi:10.1055/s-0042-119073
5. Bräuning-Edelmann M, Kreß S (2013) Psychiatrische Rehabilitation- selbstverständlich? Ein Überblick über die RPK-Landschaft in Deutschland. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, Berlin
6. Breuninger K (2017) Vom Projekt Reha XI ins Pflegestärkungsgesetz II. Entwicklung der Reha-Empfehlungen im Rahmen der Pflegebegutachtung der MDK, Berlin
7. Briest J, Bethge M (2016) Intensivierte medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitationsnachsorge: Langfristige Ergebnisse der randomisiert-kontrollierten Multicenter-Studie. Rehabilitation 55(2):108–114. doi:10.1055/s-0042-102998
8. Briest J (2018) Gesundheitszustand, Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Einstellung zur Rückkehr ins Erwerbsleben bei zeitlich befristeten Erwerbsminderungsrentnern. Gesundheitswesen:eFirst. doi:10.1055/a-0795-3511
9. Brzoska P, Razum O (2014) Versorgungsprobleme und mögliche Lösungsstrategien bei Menschen mit Migrationshintergrund. Dtsch Med Wochenschr 139(38):1895–1897. doi:10.1055/s-0034-1387238
10. Bühring P (2018) Krankschreibungen helfen nicht. Deutsches Ärzteblatt (Dtsch Arztebl) 115(43):A1940
11. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (2013) Phase E der neurologischen Rehabilitation. Empfehlungen. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Frankfurt
12. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (2019) Gemeinsame Empfehlung "Reha-Prozess". Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V., Frankfurt
13. Bundesministerium für Gesundheit Ergebnisse der Statistik KG 5, Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen 2016 der gesetzlichen Krankenversicherung
14. Debus F, Mierswa D, Ruchholtz S, Lopez CL, Schwarting T, Kühne CA (2014) Rehabilitation von schwerverletzten Patienten im Akutkrankenhaus. Wer macht was? Rehabilitation 53(01):25–30. doi:10.1055/s-0033-1341458
15. Deutsche Rentenversicherung Bund (2015) Arbeitsbuch Reha-Ziele. Zielvereinbarungen in der medizinischen Rehabilitation. Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
16. Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. Dokumentation der Fachtagung: Geriatrische Rehabilitation – Versorgung bedarfsgerecht gestalten. https://www.dvfr.de/veranstaltungen/geriatrische-rehabilitation-versorgung-bedarfsgerecht-gestalten/. Zugegriffen: 14. Februar 2019
17. Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. (2013) Phase E der Neuro-Rehabilitation als Brücke zur Inklusion. Stellungnahme der DVfR zur Neuorientierung der postakuten Rehabilitation und Nachsorge bei Erwachsenen mit erworbenen Hirnschädigungen, Heidelberg
18. Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. (2016) Zur Bedeutung der Heilmittel für die Förderung der Teilhabe unter Berücksichtigung des Auftrags therapeutischer Fachberufe- ein Betrag zur aktuellen Diskussion. Expertise der DVfR
19. Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. (2017) Positionspapier der DVfR zur nichtvollstationären rehabilitativen Versorgung geriatrischer Patienten, Bd 22

20. Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. (2018) Positionspapier der DVfR zur Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG). "Zum Verfahren der Bedarfsermittlung und -feststellung in der Praxis und zur Bedeutung von § 13 SGB IX"
21. Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. (2018) Stellungnahme der DVfR zu Inhalten der Bedarfsermittlung im SGB IX: Morbidität, Sorge um Gesundheiterhaltung und Krankheitsbewältigung
22. Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V. (2008) Mobile Rehabilitation. Ein neues Konzept der Teilhabesicherung ; Diakonie für kranke Menschen ; Umsetzung der Diakonie. Zentraler Vertrieb des Diakonischen Werkes der EKD, Leinfelden-Echterdingen
23. Eiff W von, Schüring S, Greitemann B, Karoff M (2011) REDIA - Auswirkungen der DRG-Einführung auf die Rehabilitation. Rehabilitation 50(4):214–221. doi:10.1055/s-0031-1275720
24. Fischels R (2016) Das Projekt RehaInnovativen – Weiterentwicklung der medizinischen und medizinisch-beruflichen Rehabilitation, Berlin
25. Friedrich-Ebert-Stiftung (2015) Zukunft der medizinischen Rehabilitation. Positionspapier: Reformvorschläge einer Arbeitsgruppe von ExpertInnen
26. Grundke S, Behrens J, Parthier K, Schubert M, Fiala K, Mau W, Klement A (2013) Rehabilitationszugangs- und Schnittstellenoptimierung in der ambulanten Versorgung. PR 25(04):43–51. doi:10.5414/PRX00437
27. Gutenbrunner C, Schwarze M (2011) JobReha - bedarfsgerechte arbeitsplatzbezogene Rehabilitation. systematische Modellentwicklung. Phys Rehab Kur Med 21(5):234–241
28. Gutenbrunner C, Egen C, Kahl KG, Briest J, Tegtbur U, Miede J, Born M (2017) Entwicklung und Implementierung eines umfassenden Gesundheitsmanagements (Fit for Work and Life) für Mitarbeiter/innen eines Universitätsklinikums – ein Praxisbericht. Gesundheitswesen 79(07):552–559. doi:10.1055/s-0035-1549955
29. Haerlin C, Plößl I (2018) Berufliche Beratung psychisch Kranker. Psychiatrie-Verl., Bonn
30. Hänel P, Muschalla B (2018) Integration migrierter Ärzt*innen in deutsche Rehabilitationskliniken: Hürden und Anregungen für die Zukunft. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg) 27. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung. Rehabilitation bewegt! Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin, S 516–518
31. Hillienhof A (2019) Ärzte wollen Rehabilitation von Menschen mit komplexen Gesundheitsstörungen verbessern. https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/sw/Rehabilitation?nid=100372. Zugegriffen: 11. Februar 2019
32. IGES Institut GmbH Leistungsbewilligungen und -ablehnungen durch Krankenkassen
33. Institut für rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm (2017) Konzept zum "Fallmanagement bei Leistungen zur Teilhabe" der Deutschen Rentenversicherung, Bad Buchau
34. Janßen H (2018) Ermittlung des allgemeinen Rehabilitationsbedarfs und Evaluation Mobiler Geriatrischer Rehabilitation in stationären Pflegeeinrichtungen und der Kurzzeitpflege. Abschlussbericht
35. Kizilhan JI (2018) Psychische Erkrankungen von türkischstämmigen Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation: Eine prospektive Studie. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg) 27. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung. Rehabilitation bewegt! Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin, S 510–512
36. Kleineke V, Stamer M, Zeisberger M, Brandes I, Meyer T (2015) Interdisziplinäre Zusammenarbeit als ein Merkmal erfolgreicher Rehabilitationseinrichtungen - Ergebnisse aus dem MeeR-Projekt. Rehabilitation 54(04):266–272
37. Langbrandtner J, Yilmaz-Aslan Y, Aksakal T, Brzoska P, Razum O, Deck R (2018) Versorgungserwartungen von Menschen mit Migrationshintergrund in der medizinischen Rehabilitation-Ergebnisse einer qualitativen Längsschnittbefragung. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg) 27. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung. Rehabilitation bewegt! Deutsche Rentenversicherung Bund,

Berlin, S 508–509
38. Langhorne P, Holmqvist LW (2007) Early supported discharge after stroke. J Rehabil Med 39(2):103–108. doi:10.2340/16501977-0042
39. Mecklenburg H, Stock J (2010) Handbuch berufliche Integration und Rehabilitation. Wie psychisch kranke Menschen in Arbeit kommen und bleiben. Psychiatrie-Verl., Bonn
40. Petersen C, Ullrich A, Wahls F, Glaesener J-J, Ueblacker P, Boettcher H, Koch U (2008) Psychosoziale Belastungen und Ressourcen von Patienten nach Polytrauma. Phys Rehab Kur Med 18(06):313–317. doi:10.1055/s-0028-1085994
41. Pohontsch N, Träder JM, Scherer M, Deck R (2013) Empfehlungen zur Überwindung von Schnittstellenproblemen in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung. Rehabilitation 52(05):322–328
42. Pöppl D, Deck R, Kringler W, Reuther P (2014) Strukturen und Prozesse in der ambulanten Neurorehabilitation. Die Rehabilitation 53(3):168–175. doi:10.1055/s-0033-1353193
43. Razum O, Brzoska P (2017) Rehabilitation und Migration: Zugang, Wirksamkeit, Herausforderungen. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg) 26. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung. Prävention und Rehabilitation in Zeiten der Globalisierung. Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin, S 27–29
44. Rentsch HP (2004) Das "Shared Care Modell" als effizientes und qualitativ hoch stehendes Versorgungsprinzip in der Rehabilitation. Neurol Rehabil 10(5):253–260
45. Reuther P, Wallesch C-W (2015) Teilhabesicherung nach Schlaganfall. Gesundheitswesen 77(7):513–521
46. Rollnik JD (2016) Endpunkte der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation (Phase B). Treffen des ärztlichen Sachverständigenrats der BAR, Frankfurt
47. Schmidt-Ohlemann M, Schweizer C (2009) Mobile Rehabilitation. Eine Innovation in der ambulanten medizinischen Rehabilitation. Rehabilitation 48(01):15–25. doi:10.1055/s-0028-1105926
48. Schönle P-W, Beyer J, Bredehorst M, Grotkamp S, Brahner V, Seger W, Cibis W, Badke A, Weinbrenner S (2017) Intensivmedizinische Rehabilitation funktionell schwerstgeschädigter Patienten – missing link zwischen Intensivmedizin und Rehabilitation. Neurol Rehabil 23(3):249–255
49. Schwarz B, Specht T, Bethge M (2017) Fortschreibung von Desintegrationskarrieren statt Förderung beruflicher Wiedereingliederung. Eine qualitative Studie zur Arbeitgebereinbindung in den Reha-Prozess. Rehabilitation 56(6):365–371. doi:10.1055/s-0043-111618
50. Schwarz B, Claros-Salinas D, Streibelt M (2018) Meta-Synthesis of Qualitative Research on Facilitators and Barriers of Return to Work After Stroke. J Occup Rehabil 28(1):28–44. doi:10.1007/s10926-017-9713-2
51. Seger W, Petri B, Müller-Fahrnow W, Lay W, Grotkamp S, Huller E, Seidel E, Steinke B, Deetjen W, Gronemeyer S, Lubke N, Mittelstaedt G von, Korsukewitz C, Aubke W, Schian HM, Heipertz W, Wallrabenstein H, Zelfel RC, Cibis W, Philgus B (2008) Perspektiven der Rehabilitation. Ein Positionspapier des Ärztlichen Sachverständigenrates der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) zur Weiterentwicklung der Rehabilitation. Gesundheitswesen 70(5):267–280
52. Seger W, Cibis W, Deventer A, Grotkamp S, Lübke N, Schönle P-W, Schmidt-Ohlemann M, Schubert M (2018) Die Zukunft der medizinisch–rehabilitativen Versorgung im Kontext der Multimorbidität – Teil I. Begriffsbestimmung, Versorgungsfragen und Herausforderungen. Gesundheitswesen 80(1):12–19. doi:10.1055/s-0042-108440
53. Seger W, Cibis W, Deventer A, Grotkamp S, Lübke N, Schoenle P, Schmidt-Ohlemann M, Schubert M (2018) Die Zukunft der medizinisch-rehabilitativen Versorgung im Kontext der Multimorbidität – Teil II. Strukturelle Voraussetzungen und Anforderungen an das rehabilitative Versorgungssystem. Gesundheitswesen 80(2):105–112. doi:10.1055/s-0042-108441
54. Simmel S, Drisch S, Haag S, Bühren V (2013) Langzeitergebnisse nach Polytrauma mit ISS ≥ 25. Der Chirurg 84(9):771–779. doi:10.1007/s00104-013-2479-y

55. Simmel S, Müller W-D, Reimertz C, Kühne C, Glaesener J-J (2017) Phasenmodell der Traumarehabilitation. Wie können wir das „Reha-Loch“ vermeiden? Unfallchirurg 120(9):804–812. doi:10.1007/s00113-017-0389-z
56. Spies M, Kulisch K, Streibelt M, Brütt AL (2017) Wie bewerten Versicherte unterschiedliche Ausgestaltungen der Rehabilitation? Eine qualitative Studie. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg) 26. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung. Prävention und Rehabilitation in Zeiten der Globalisierung. Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin, S 83–84
57. Staender J, Schott T (2014) Qualitätssteigerung durch Vernetzung: ,,Brückenschläge‘‘. Public Health Forum 22(83):35–36. doi:10.1016/j.phf.2014.03.009
58. Theißen U (2018) Psyrada-Verfahren: Hintergrund und Ziele des Verfahrens, Wuppertal
59. Thietje R, Böthig R, Hirschfeld S (2013) Teilhabe des Querschnitggelähmten nach Erstbehandlung. Ergebnisse einer Verlaufsbeobachtung. Trauma Berufskrankh 15:190–193
60. Turner-Stokes L, Paul S, Williams H (2006) Efficiency of specialist rehabilitation in reducing dependency and costs of continuing care for adults with complex acquired brain injuries. J Neurol Neurosurg Psychiatry 77(5):634–639. doi:10.1136/jnnp.2005.073411
61. van den Heuvel D, Veer A, Greuel H-W (2014) Geriatrische Versorgungsstrukturen in Deutschland. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 47(1):13–16. doi:10.1007/s00391-013-0570-0
62. Weissinger V (2015) Förderung der Teilhabe Abhängigkeitskranker am Arbeitsleben- Eine träger- und organisationsübergreifende Aufgabe. Sucht akt (1):27–46
63. Weissinger V (2016) Zugangswege erweitern, Übergänge optimieren am Beispiel der Suchtrehabilitation (alkoholbezogene Störungen). DVfR-Kongress, Berlin
64. Weissinger V (2017) Zugangswege erweitern, Übergänge optimieren: Handlungsbedarf und-ansätze am Beispiel der Suchtrehabilitation. Sucht akt (1):15–33
65. Wurm S (2018) Psyrada-Verfahren: Ablauf des Verfahrens, Wuppertal

E. ANHANG

Mitglieder des Expertenbeirats:

Hr. Christian Abt
Hr. Prof. Dr. Robert Bering
Hr. Andreas Bethke
Hr. Dr. Joachim Beyer
Hr. Holger Borner
Hr. Thomas Bublitz
Hr. Uwe Egner
Hr. Dr. Harry Fuchs
Hr. Dr. Jean-Jacques Glaesener
Hr. Prof. Dr. Jan-Marc Hodek
Hr. Gerd Kukla
Fr. Sylvia Kurth
Hr. Armin Lang
Hr. Prof. Dr. Matthias Morfeld
Hr. Matthias Nagel
Hr. Dr. Matthias Schmidt-Ohlemann
Hr. Prof. Dr. Dr. Paul W. Schönle
Fr. Prof. Dr. Helga Seel
Hr. Dr. Marco Streibelt
Hr. Dirk van den Heuvel
Fr. Dr. Susanne Weinbrenner
Fr. Melanie Wendling

Teilnehmerinnen und Teilnehmer in den Arbeitsgruppen:

Fr. PD Dr. Viktoria Arling
Fr. Irmgard Backes
Fr. Susanne Bartel
Hr. Prof. Dr. Markus Bassler
Hr. Prof. Dr. Robert Bering
Hr. Dr. Joachim Beyer
Hr. Holger Borner
Hr. Thomas Bublitz
Hr. Dr. Rolf Buschmann-Steinhage
Hr. Uwe Egner
Fr. Edelinde Eusterholz
Hr. Dr. Jean-Jacques Glaesener
Hr. Prof. Dr. Bernd Greitemann
Hr. Dr. Heinrich Walter Greuel
Fr. Brigitte Gross
Hr. Dr. Hans-Günther Haaf
Hr. Heiko Kilian
Fr. Dr. Sabine Kreß
Fr. Dr. Monika Kücking

Hr. Gerd Kukla
Hr. Dr. Eric Liebich
Hr. Rolf Limbeck
Fr. Hannelore Loskill
Hr. Prof. Matthias Morfeld
Fr. Katrin Parthier
Hr. Markus Oberscheven
Hr. Dr. Dr. Paul Reuther
Fr. Marion Rink
Hr. Prof. Dr. Heinz Rüddel
Hr. Dr. Matthias Schmidt-Ohlemann
Hr. Prof. Dr. Dr. Paul Walter Schönle
Fr. Prof. Dr. Helga Seel
Hr. Prof. Dr. Will Spijkers
Hr. Tomas Steffens
Hr. Ottmar Waterloo
Fr. Dr. Susanne Weinbrenner
Hr. Dr. Volker Weissinger
Hr. Dirk van den Heuvel