

RehaInnovativen
**Weiterentwicklung der medizinischen und medizinisch-beruflichen
Rehabilitation**

Zwischenbericht (Stand 18. April 2017)

Ausgangssituation:

Der demografische Wandel, die Anpassung an eine sich kontinuierlich wandelnde Arbeitswelt und das sich verändernde Krankheits- und Behandlungsspektrum stellen die medizinische Rehabilitation in Deutschland vor neue Herausforderungen. Um diesen zu begegnen und die Leistungsfähigkeit des Rehabilitationssystems langfristig zu sichern, erschien im Jahr 2014 eine umfassende Weiterentwicklung und Neuausrichtung notwendig.

Diesbezüglich wurden folgende Schwerpunktthemen identifiziert, die sich aus ersten Überlegungen und in Vorgesprächen mit einzelnen Reha-Experten ergeben haben:

1. Prävention
2. Kooperation mit der Wirtschaft
3. Reha Regionen mit Modellcharakter
4. Einbindung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden (Empowerment)
5. Übergangsmanagement / Schnittstellenproblematik
6. Transparenz/ Datenzusammenführung bei der BAR.

Basierend auf diesen Schwerpunktthemen wurde im BMAS am 01.09.2014 die Konzentration auf folgende Arbeitsfelder festgelegt:

- **Personenzentrierung** (Differenzierung, Flexibilisierung und Individualisierung der Rehabilitation nach Maßgabe der Zielgruppen und deren Bedarfen (optimiertes Bedarfsfeststellungsverfahren) unter aktiver Einbindung der Rehabilitanden)
- **Schnittstelle Beruf** (nahtloses Übergangsmanagement mit frühzeitiger Berücksichtigung des beruflichen Aspekts, Kooperation mit der Wirtschaft)
- **Reha Regional** (Sozialraumorientierung, regionale Netzwerke, trägerübergreifendes Fallmanagement).

Zielsetzung:

Aus den Arbeitsfeldern ergab sich die Zielsetzung des Projekts *RehaInnovativen*, 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.

Agenda:

Das Projekt ist über einen Zeitraum von ca. vier bis fünf Jahren angelegt.

Auf dem Anfang 2019 vorgesehenen Abschlussgespräch sollen die Ergebnisse der Arbeitsgruppen vorgestellt und Umsetzungsmaßnahmen abgeleitet werden.

30.06.2015: Auftaktveranstaltung (Vollversammlung) mit 35 Reha-Expertinnen und -Experten (Rehabilitationsträger, Leistungserbringer, Sozialverbände, Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler sowie Betroffene und deren Interessenvertretungen) in Berlin.

Bezogen auf die drei Arbeitsfelder wurden in einer moderierten Diskussion seitens der Experten*innen Möglichkeiten zur inhaltlichen Ausgestaltung der weiteren Arbeit in den einzelnen Arbeitsfeldern genannt.

Die Diskussion orientierte sich an folgenden Leitfragen:

1. Welche neuen Herausforderungen ergeben sich aus Ihrer Sicht für die medizinische und medizinisch-berufliche Rehabilitation?
2. Worin sehen Sie wichtige Ansätze zur Weiterentwicklung der medizinischen und medizinisch-beruflichen Rehabilitation, auch vor dem Hintergrund der regionalen Ausrichtung von Rehabilitation? Wo sollten zukünftige inhaltliche Schwerpunkte liegen?
3. Wie könnte eine zielgruppenspezifische Rehabilitation zukünftig ausgerichtet werden, insbesondere auch für Personen mit psychischen Erkrankungen?
4. Wie und unter welchen Voraussetzungen könnten entwickelte Konzepte erprobt und rehabilitationswissenschaftlich evaluiert werden?

Ergänzend wurden Ideen und Hinweise zu einem vierten fachübergreifenden Arbeitsfeld identifiziert. Die Bearbeitung wurde zunächst zurückgestellt.

Aus der Auftaktveranstaltung im Juni 2015 haben sich themenbezogen drei Arbeitsgruppen gebildet, denen sich die beteiligten Experten*innen zuordnen konnten:

AG 1: „Übergänge optimieren (Leitung: Frau Dr. Seel)

AG 2: „Reha individualisieren“ (Leitung: Herr Dr. Buschmann-Steinhage)

AG 3: „Regional zusammenarbeiten“ (Leitung: Herr Prof. Dr. Morfeld)

Die bedarfsmäßige Aufnahme einzelner weiterer externer Experten*innen in die Arbeitsgruppen wurde vereinbart.

10.05.2016: Zweites Expertengespräch (Vollversammlung) im BMAS Bonn. Es erfolgten Berichte aus den drei Arbeitsgruppen, die jeweils im Anschluss im Plenum diskutiert wurden. Dabei ergaben sich folgende Diskussionsthemen:

AG 1 „Übergänge optimieren“:

- Rehabilitation ICF-konform gestalten
- Darstellung unterschiedlicher Übergänge / Schnittstellen anhand von Fallbeispielen
- Schließen von Finanzierungslücken (Übergangsgeld, Arbeitslosengeld II)
- Orientierung der Rehabilitation am spezifischen Bedarf (Problemorientierung)

AG 2 „Reha individualisieren“:

- Peer Counseling einbeziehen
- Wirksamkeit der Rehabilitation
- Dynamik der Bedarfe im Reha-Verlauf
- Prozessorientierte Denkweise
- Beachtung der Spezifik der Problemlagen

AG 3 „Regional zusammenarbeiten“:

- Bedeutung / Definition des Teilhabebegriffs (unterschiedliche am Rehabilitationsprozess beteiligte Professionen haben unterschiedliche Teilhabebegriffe)
- Potentielle Rolle eines Teilhabemanagers, Koordinators etc.
- Bedeutung und Nutzung neuer Medien
- Bedeutung des Sozialraumes für die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden

Aus der Diskussion ergab sich der Arbeitsauftrag, die Ziele für die jeweiligen Arbeitsgruppen besser herauszuarbeiten sowie zu klären, wie sich die drei Arbeitsgruppen besser vernetzen können bzw. wie sich inhaltliche Überschneidungen reduzieren lassen.

Zwischen den Experten-Gesprächen fanden zusätzlich fünf Treffen der Steuerungsgruppe (zuletzt 15.02.2017) sowie regelmäßige Treffen der drei Arbeitsgruppen statt.

Auf dem DVfR-Kongress am 14./15. November 2016 in Berlin wurde das Projekt einer breiten Öffentlichkeit vorgestellt. In drei heterogen zusammengesetzten Workshops wurden die Handlungsfelder diskutiert und vertieft bearbeitet.

In der fünften Sitzung der Steuerungsgruppe wurde im Februar 2017 beschlossen, die bisherigen Ergebnisse zusammenzufassen, um eine Diskussionsgrundlage für die weitere Vorgehensweise zu erhalten. Diese Diskussionsgrundlage in Form einer Matrix soll den bisherigen Diskussionsstand wiedergeben, um dann in den Arbeitsgruppen diskutiert, präzisiert und erweitert zu werden. Perspektivisch kann der Text die Grundlage einer Problemlandkarte bilden. Anschließend soll der Zwischenbericht im Experten-Gespräch im Mai 2017 präsentiert und diskutiert werden.

Der nachfolgend dargestellte Zwischenstand der Diskussionsergebnisse in den einzelnen Arbeitsgruppen basiert auf den vorliegenden Protokollen der AG-Sitzungen (Stand März 2017). Nicht alle Ergebnisse basieren auf dem Konsens aller Mitglieder der jeweiligen Arbeitsgruppe.

AG 1 „Übergänge optimieren“:

Diskutierte Themen:

Eingrenzung der Übergänge:

- Übergang (im Sinne von Zugang) [aus unterschiedlichen Settings] zu medizinischen Reha-Leistungen
- Übergang (im Sinne von Zugang) [aus unterschiedlichen Settings] in Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)
- Übergang von der medizinischen Rehabilitation in Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Übergang in die nachgelagerte Versorgung
- Return-to-Work (Förderung von Teilhabe am Arbeitsleben und von sozialer Teilhabe)

Übergangsszenarien und zugehörige Bezugspunkte:

- für einzelne medizinische Zielgruppen (v.a. Menschen mit neurologischen Erkrankungen, Menschen mit psychischen Erkrankungen, Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen, Geriatrische Patienten, Multimorbidität) ⇒ Besonderheiten und Übertragbarkeit auf andere Patientengruppen
- Bezugspunkt „Rolle und Bedeutung des Arztes“

- Bezugspunkt Bundesteilhabegesetz (Bedarfsermittlung, Teilhabeplan, Teilhabekonferenz als Instrumente zur Gestaltung von Übergängen)

Bedeutung von „Informationsweitergabe“:

- Weitergabe und Weiterverwendung von Informationen zwischen den Akteuren bzw. durch die Akteure
- Zugang der Betroffenen zu ihren eigenen Daten ⇒ „Der Betroffene ist die Kontinuität“

Identifikation von Problemen:

Was macht gute Übergänge aus? Woran scheitern Verläufe?:

- Entwicklungspotenziale zur Förderung eines frühzeitigen und nahtlosen Zugangs zur Rehabilitation (indikationsspezifisch und indikationsübergreifend)
- Gewährleistung der Weitergabe von Informationen bei der Überleitung
- Fallmanagement zur Gestaltung des jeweiligen Übergangs, z.B. nahtlose Übergänge zwischen medizinischen und beruflichen Leistungen; Kooperation mit Jobcentern/ Arbeitgebern
- Koordinationsmängel zwischen Sozialdienst und Stationen im Krankenhaus
- Falsche/ mangelnde Informationen bei der Überleitung
- Abstimmungsbedarf: Leistungsmöglichkeiten/-grenzen der Reha-Einrichtungen
- Reha-Nachsorge: Probleme in der Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten
- Verwerfungen/ Fehlanreize im gegliederten Sozialleistungssystem

„Informationelle Probleme bei der Gestaltung von Übergängen“:

- Betroffenenperspektive ⇒ Einsehbarkeit der eigenen Daten durch den Betroffenen ⇔ „Betroffener als Herr seiner Daten“ – bspw. Übergabe des Entlassberichts
- zielgruppenspezifische Aufarbeitung von Informationen

Ergebnisse:

- Standards für Fallmanagement mit dem Fokus auf der Gestaltung der Übergänge zur, während und nach der Reha
- Etablierung einer Informations-/Wissens-/Handlungskontinuität
- Informationsinitiative für einzelne Zielgruppe (v.a. niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser incl. Soziale Dienste, Jobcenter)

- Informationelle Kontinuität für die Betroffenen - Möglichkeiten einer personenzentrierten Berichterstellung sollen erhöht werden ⇒ Idee eines „Informationskompass“

Was ist an den diskutierten Ansätzen innovativ?

- Informationskompass für unterschiedliche Beteiligte am Reha-Prozess

Herausgearbeitete Limitierungen:

- Nicht in allen Punkten können einheitliche Einschätzungen, Bewertungen und Sichtweisen erreicht werden.
- Datenschutz
- Zuständigkeiten, Rahmenbedingungen, Handlungsspielräume der Leistungsträger
- Systembedingte Wechselwirkungen
- Datenschutzvorschriften

Offene Themenfelder:

Geplante weitere Schritte:

- Übergangsszenarien skizzieren (unter der Berücksichtigung einer Verknüpfung mit der Arbeitswelt) / Good practice Beispiele
- Konkretisierung zielgruppenspezifischer Problemlagen und entsprechender Lösungsansätze
- Akteure und deren Bedeutung im und für den Prozess beschreiben
- „Lücken“ & Fehlanreize im System aufzeigen
- Hilfen für „Einsteiger“ (Erstellung von problemorientierten Informationsmaterial)
- Erstellung eines „Ergebnis- und Diskussionspapiers“ um einerseits konsentiertere Ergebnisse, andererseits diskutierte Ansätze mit unterschiedlichen Sichtweisen angemessen abzubilden.

Ansätze für Projekte:

- Verzahnte Betreuung von Patientinnen und Patienten mit psychosozialen Problemfeldern in der Post-Reha-Phase
- Soziale und berufliche Teilhabe für Menschen mit Multipler Sklerose
- Standards für Fallmanagement zur Gestaltung von Übergängen
- Initiierung indikationsspezifischer ausgerichteter Modellvorhaben zur Verknüpfung der Leistungen zur beruflichen Teilhabe mit Leistungen der medizinischen Rehabilitation (im Rahmen des § 11 SGB IX-neu)

Überschneidungen zu anderen Arbeitsgruppen:

- z.T. zu AG 2 „Reha individualisieren“ und AG 3 „Regional zusammenarbeiten“: Wegen konzeptioneller Überlegungen zum Entlassungsmanagement nach der akutmedizinischen Krankenhausbehandlung

AG 2 „Reha individualisieren“:

Diskutierte Themen:

Generell:

- kein ausschließlicher Bezug auf die medizinische und medizinisch-berufliche Rehabilitation von Menschen im erwerbsfähigen Alter. Einzubeziehen sind weitere Personen(gruppen), die medizinische Rehabilitation für ihre selbstbestimmte Teilhabe benötigen
- „visionäre Diskussion“

Im speziellen:

- Entwicklungslinien, denen sich die medizinische Rehabilitation stellen muss (u. a. Demographie, Multimorbidität, Migration, selbstbewusstere informierte Leistungsberechtigte, eingeschränkte Ressourcen, sich ändernde Arbeitswelt)
- Zugang zur Rehabilitation: Wie kann Reha-Bedarf frühzeitig erkannt werden? Welche Gruppen haben einen erschwerten Zugang zur Rehabilitation? Welche Faktoren verhindern den Zugang zur Rehabilitation?
- Vorhandensein von erforderlichen Leistungen für spezielle Zielgruppen – Orientierung an der ICF: v. a. für Patienten mit Querschnittlähmung,

Schizophrenie, chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen, Amputation, Polytrauma, Schlaganfall

- Case Management (Fall-, Reha-, Disability Management) - Beteiligung der Betroffenen von Anfang an
- Zukünftiger individueller Bedarf an Reha-Leistungen – Orientierung an einem Raster (Zeit, Handlungsebenen, Personengruppen)

Identifikation von Problemen:

- Standardisierung versus Individualisierung ⇒ individueller Bedarf der Betroffenen kann sich im Rehabilitationsprozess laufend ändern ⇒ Anpassung der Leistungen notwendig
- Versorgungslücken ⇒ Bedarf für Phasenmodelle für nicht-neurologische Patienten / unterschiedliche Probleme je nach Indikation, bspw. Patienten mit psychischen Störungen benötigen andere Konzepte als Polytrauma-Patienten
- (zeitliche) Grenzen der medizinischen Rehabilitation / fehlende längerfristige Begleitung Unterstützung von „schwerwiegenden“ Fällen bzw. „chronischen“ Rehabilitationsprozessen ⇒ Ursache für Misserfolg des Reha-Prozesses
- fehlende Ermittlung des individuellen Rehabilitationsbedarfs durch Reha-Träger und behandelnde Ärzte (im Krankenhaus oder niedergelassen) / zu wenig Berücksichtigung des Reha-Bedarfs beim Entlassungsmanagement im Krankenhaus
- Fallbegleitung durch Hausärzte oft nicht ausreichend
- Fallmanagement ⇒ zu wenig Fallmanagement bei schwierigen Fallgestaltungen, z. T. keine individuelle Einbindung des Betroffenen (z. B. bei Hilfsmitteln)
- Mehrbedarf an ambulanter Rehabilitation
- Berücksichtigung der Teilhabe bei Forschungsprojekten zur Ergebnisqualität und Evaluation der Rehabilitation sowie mehr trägerübergreifende Forschung

Ergebnisse:

- Reha-Bedürfnis ist nicht identisch mit Reha-Bedarf
- ggf. Bedarf für ein Reha-Assessment (als Teil der Bedarfsfeststellung vor Beginn der Rehabilitation)
- Reha individualisieren bedeutet auch die Rehabilitationsleistungen zu flexibilisieren (z. B. berufsbegleitende Rehabilitation, Intervallrehabilitation)

- individualisierte Rehabilitation für besondere Personengruppen (z. B. Ältere, Migranten)
- zentral: individuelle Reha-Ziele und die Wege zur Erreichung sollen gemeinsam zwischen dem/der Leistungsberechtigten und den die Rehabilitation Durchführenden vereinbart werden ⇒ Anpassung bei entsprechendem Bedarf
- Etablierung einer individuellen Prüfung des Reha-Bedarfs im Krankenhaus durch Reha-erfahrene Ärzte/Reha-Liaisondienst ⇒ frühzeitige Planung der Rehabilitation im Krankenhaus – Entlassungsbericht des Krankenhauses: sollte bei erkennbarem Reha-Bedarf einen ersten Teilhabeplan enthalten
- Entlassungsbericht der Rehabilitationseinrichtung muss Planung für weitere ggf. notwendige Leistungen enthalten
- qualifiziertes Fallmanagement (mit Lotsenfunktion) bei entsprechendem Bedarf
- Aufbau von Versorgungsstrukturen zur Unterstützung niedergelassener Ärzte bei Rehabilitation von Erkrankungen mit schleichendem Verlauf ohne Krankenhausaufenthalt ⇒ bspw. Mobile Rehabilitation, Tagesklinik, Reha-Zentrum, Ärzte für Physikalische Medizin und Rehabilitation am Krankenhaus

Was ist an den diskutierten Ansätzen innovativ?

- Reha-Liaisondienst am Krankenhaus
- Reha-Angebote über die bisherigen Standard-Angebote hinaus (z. B. im Sinne der Phase E-Konzepte von BAR und DVfR)
- Phasenmodell analog zur Neurologie für andere Indikationen (z. B. Polytrauma)

Herausgearbeitete Limitierungen:

- Spannungsfeld: individualisiertere Rehabilitation vs. Standardisierung (z. B. im Zuge des Qualitätsmanagements)
- Individualisierung braucht Ressourcen (Zeit, Personal)
- Spannungsfeld individualisiertere Rehabilitation ⇒ leistungsorientiertere Vergütung
- Spannungsfeld: enge Zusammenarbeit vs. Datenschutz

Offene Themenfelder:

- Ausweitung der Ansätze auf weitere Patientengruppen
- Wie ist Individualisierung im „Reha-Massengeschäft“ umsetzbar?

Geplante weitere Schritte:

- Formulierung eines Konzepts für die individualisierte Bedarfsfeststellung und Erprobung des Konzepts
- Formulierung eines Konzepts für die Individualisierung innerhalb der Rehabilitationsleistungen

Ansätze für Projekte:

- Erprobung der individualisierten Bedarfsfeststellung
- Orientierungspunkte für ein trägerübergreifendes individuelles Fallmanagement bei Leistungen zur Teilhabe nach SGB IX

Überschneidungen zu anderen Arbeitsgruppen:

- z. T. zu AG 1 „Übergänge optimieren“:
Wegen konzeptioneller Überlegungen zum Entlassungsmanagement nach der akutmedizinischen Krankenhausbehandlung
- z. T. zu AG 3 „Regional zusammenarbeiten“:
bei regionalem Bezug - hier erfolgt jedoch der individuelle Blickwinkel aus Sicht der Betroffenen
wegen konzeptioneller Überlegungen zur Unterstützung niedergelassener Ärzte auf dem Gebiet der Rehabilitation durch weiteres Fachpersonal/weitere Institutionen

AG 3 „Regional zusammenarbeiten“:

Diskutierte Themen:

- Generell: es wurde angestrebt, keine indikationsbezogene Diskussion zu führen. Trotzdem kristallisierte sich ein Schwerpunkt Neurologie heraus.
- Hingegen wurden die Überlegungen auf den Personenkreis fokussiert, der auch mit einer medizinischen Rehabilitation nicht nur vorübergehend oder ggf. dauerhaft auf Grund einer gesundheitlichen Schädigung eine relevante Beeinträchtigung der Teilhabe aufweist oder dem diese zumindest droht.
- Als besondere Personengruppe wurden die Menschen identifiziert, die jetzt schon Eingliederungshilfe erhalten und insofern schwer beeinträchtigt, mehrfachbehindert oder gar schwerstmehrfachbehindert gelten. Da für gerade diese Gruppe der

Sozialraum eine zentrale Bedeutung hat, sollen die Chancen und Grenzen der herkömmlichen medizinischen Rehabilitation für diese Gruppe ausgelotet werden und ggf. kompensatorische oder alternative Lösungen im Sozialraum identifiziert werden (Best practice). Diese sollen aber nicht im Vordergrund der Bearbeitung stehen.

- Der fokussierte Personenkreis lebt und arbeitet im Sozialraum, so dass man diesen einerseits als „in die medizinische Reha abgebenden“ und andererseits als „nach der medizinischen Reha aufnehmenden“ Sozialraum verstehen kann. Teilhabeprobleme und deren Lösung sind, wenn sie sich nicht durch Veränderungen des Individuums selbst lösen lassen, im Teilhabe ermöglichenden oder ggf. behindernden Sozialraum zu begreifen.
- Sozialraum oder Region soll nicht nur im Sinne des Quartiers verstanden werden, sondern sollte eine Differenzierung nach Größe, reharelevanter Ausstattung, Aufgaben etc. beinhalten ⇔ Differenzierung zwischen Lebenswelt und Sozialraum
- Die Funktionsfähigkeit bzw. die Teilhabechancen sollten in Bezug auf alle Lebensbereiche betrachtet werden, da bei Personen mit Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit und dadurch eingeschränkter Teilhabe häufig verschiedene Lebensbereiche betroffen sind und eine wechselseitige Beeinflussung anzunehmen ist.
- Schnittstellen-Probleme – v.a. Erstkontakt im Gesundheitswesen/ niedergelassene medizinische Versorgung/Nachsorge - innerhalb der Versorgungselemente und zwischen verschiedenen Reha-Trägern
- Wer benötigt regionale Vernetzung bzw. profitiert davon?
- Welche Organisationsmodelle und Schnittstellengestaltungen kommen im als Netzwerk gedachten Sozialraum in Betracht, haben sich bewährt oder sind zu entwickeln?
- Konkret: Wie gestaltet sich der Ablauf von der Indikation für eine medizinische Reha, deren Durchführung und dann vor allem die weitere Versorgung im aufnehmenden Sozialraum?
- Welche Angebote sollten wohnortnah und betriebsnah vorhanden sein und welche sind in einer größeren Entfernung ausreichend?
- Bedarf für flexibilisierte und modularisierte Rehabilitation im Sozialraum - Orientierung an der ICF und Kontextfaktoren
- Analyse von Best-Practice Beispielen

Identifikation von Problemen:

- Rehabilitation ist mittelschichtorientiert

- Notwendige Verhaltensänderungen werden im Rahmen der Rehabilitation zwar initiiert, jedoch anschließend nicht beibehalten
- medizinische Rehabilitation ist immer noch viel zu wenig am Ziel der Teilhabe ausgerichtet
- Sozialräume sind nach Größe und Aufgaben zu differenzieren
- Rolle der Hausärzte - benötigter Unterstützungsbedarf. Die Sicht der Vertragsärzte auf medizinische Reha entspricht nicht deren tatsächlichem Potential, so dass Chancen nicht genutzt werden.
- Definition von Region und Sozialraum
- Nachsorgekonzepte aus der jeweiligen Maßnahme heraus und im Anschluss an die Maßnahme scheinen den Sozialraum und seine Potentiale nur unzureichend abzubilden bzw. einzubeziehen.

Ergebnisse:

- Im Sozialraum sind zahlreiche Ressourcen vorhanden, die nicht genutzt werden
- Etablierung reha-medizinischer Ansprechpartner im Sozialraum und Unterstützung der Vertragsärzte durch u.a. ambulante Fachdienste, Reha-Kliniken, Pflegestützpunkte, spezifische Reha-Betreuer ist erforderlich
- Etablierung eines Reha-Netzwerkes in der Region: Wer initiiert, organisiert, entwickelt?
- Identifikation des Bedarfs für Teilhabemanager
- Insbesondere die sog. Nachsorge, vielleicht besser eine allgemein konzipierte Phase E als Brücke zur Inklusion, ist zu analysieren und zu verbessern.

Was ist an den diskutierten Ansätzen innovativ?

- Nachzeichnen der gesamten Strecke von der Initiierung der Maßnahme – Versicherte/Patienten kommen aus einem Sozialraum – um personenzentriert zu identifizieren, welche Potentiale auf Seiten des Behandlers und auf Seiten des Patienten/Versicherten im Sozialraum ungenutzt bleiben.

- Die Nutzung der WHO Konzeption eines bio-psycho-sozialen Modells (ICF) könnte gerade im Bereich der Umweltfaktoren Potentiale besitzen, die eine Strukturierung von sozialräumlicher Weiterversorgung erlaubt.

Herausgearbeitete Limitierungen:

- Limitierungen werden vor allem durch die Trägerdifferenzierungen, die eingefahrenen Strukturen und Verhaltensweisen der Akteure in der vertragsärztlichen Versorgung, die unklare Finanzierung von Netzwerkarbeit im Sozialraum, die mangelnde gesetzliche Fixierung eines Fallmanagements und im Fehlen von Versorgungselementen im Sozialraum gesehen, so dass Empfehlungen bspw. zur Nachsorge im Sozialraum aufgrund seiner Ausstattung (z.B. ländliche Region) und Fehlen eines Netzwerkes nicht umgesetzt werden können.
- Es fehlt an einer verbindlichen Regionalplanung und deren gesetzlicher Grundlage

Offene Themenfelder:

- Die Bedeutung landesweiter oder bundesweiter Angebote als spezialisierte Unterstützer der regionalen Sozialräume

Geplante weitere Schritte:

- Erstellung eines Zwischenberichts (inkl. Problemlandkarte)
- Erarbeitung einer Projektskizze für ein Projekt (s.u.)

Ansätze für Projekte:

- Verbesserung der Versorgung von Versicherten durch strukturierte Vernetzung und teilhabeorientierte Gestaltung des Sozialraums
- Teilhabeplanung während der medizinischen Reha
- Sozialräumliche Angebote der medizinischen Reha (bzw. mit rehabilitativer Ausrichtung) für schwerstbehinderte Personen aus der Eingliederungshilfe

Überschneidungen zu anderen Arbeitsgruppen:

- z.T. zu AG1 „Übergänge optimieren“: Wegen konzeptioneller Überlegungen zum Entlassungsmanagement nach der akutmedizinischen Krankenhausbehandlung
- z.T. zu AG 2 „Reha individualisieren“:
 - Charakterisierung von Reha-Patienten (eher Mittelschicht, v.a. hoch motivierte Patienten profitieren von der Rehabilitation, Patienten mit hohem Erwerbsminderungsrisiko profitieren von Rehabilitation in jetziger Form zu wenig, Fehlversorgung: „zu gute“ Patienten kommen in die Reha und können von dieser dann nicht mehr profitieren)
 - Weil auf der individuellen Ebene der mögliche Bedarf zunächst ermittelt werden soll
 - Wegen konzeptioneller Überlegungen zur Unterstützung niedergelassener Ärzte auf dem Gebiet der Rehabilitation durch weiteres Fachpersonal/ weitere Institutionen

Die Überschneidungen zwischen den drei Arbeitsgruppen relativieren sich bei konkreter Betrachtung der Diskussionspunkte, da die einzelnen Themenfelder jeweils aus unterschiedlichen Blickwinkeln diskutiert werden. Somit kann sich in der perspektivisch geplanten abschließenden Zusammenschau der Diskussionsergebnisse zusätzlich ein komplexeres Bild ergeben.