

REHAVISION

LESERBEFRAGUNG
IN DIESER AUSGABE

Chancen und Perspektiven
der Beruflichen Rehabilitation



Mehr Dialog an den Schnittstellen

Medizin & Beruf: Vernetzung fördert schnelle Integration

Deutschland hat viele Spezialisten, wenn es darum geht, die Leistungsfähigkeit von Menschen wiederherzustellen und ihre Erwerbsfähigkeit zu erhalten. Dafür bürgt das gegliederte System der sozialen Sicherung. Insgesamt erbringen acht Sozialleistungsträger Leistungen der Rehabilitation und Teilhabe, die Menschen mit Behinderungen bei der Wiedereingliederung in das berufliche Leben unterstützen. Erweitert wurden die Leistungen zudem um Angebote zur Prävention gemäß dem Grundsatz „Prävention vor Reha vor Rente“. Idealerweise arbeiten die verschiedenen Leistungsträger Hand in Hand, damit die Übergänge an den Schnittstellen so reibungslos wie möglich gestaltet werden. **REHAVISION** gibt Einblicke in Entwicklungen und alltägliche Praxis. [Seite 3](#)



Betriebe im Fokus

Dass Unternehmen beim Erhalt von Beschäftigungsfähigkeit wichtige Partner sind, spiegelt sich beim 29. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium wider.

[Seite 9](#)



Bekenntnis zu „Stay at work“

Wie können Leistungen für einen dauerhaften Verbleib im Arbeitsleben aussehen? Interview mit Jan Miede, Geschäftsführer der DRV Braunschweig-Hannover.

[Seite 8](#)

Liebe Leserin, lieber Leser,



eine gute, effiziente Zusammenarbeit von medizinischer und beruflicher Rehabilitation bewegt alle Akteure der Rehabilitation seit vielen Jahren. Insbesondere für Menschen mit komplexen Problemlagen, die für ihre Teilhabe medizinische und berufliche Rehabilitationsleistungen benötigen, sind die Brüche und Wartezeiten an den Schnittstellen teilweise gravierend. Dies ist nicht nur individuell frustrierend, sondern auch volkswirtschaftlich nicht sinnvoll. Der Gesetzgeber hat dies erkannt und mit dem Bundes-teilhabe-gesetz (BTHG) und dem Modellvorhaben „rehapro“ alle Akteure aufgefordert, die Zusammenarbeit weiter zu verbessern und gleichzeitig neue Wege der Kooperation auszuprobieren. Auch wenn noch lange nicht alles perfekt ist, hat das BTHG schon jetzt einiges in Bewegung gebracht. Alle Akteure der Rehabilitation tauschen sich deutlich mehr als früher darüber aus, wie die Zusammenarbeit verbessert werden kann. In der neuen Ausgabe der **REHAVISION** möchten wir uns damit auseinander-

setzen, wie die Verzahnung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation aktuell aussieht. Gleichzeitig möchten wir unseren Beitrag dazu leisten, dass durch mehr Dialog und Verständnis voneinander eine bessere Zusammenarbeit gelingt.

Ihnen ist sicher aufgefallen, dass die **REHAVISION** diesmal mehr Inhalt bietet. Wir haben uns dafür entschieden, zwei statt bisher drei Ausgaben herauszubringen – dafür mit deutlich erweitertem Umfang. Ihre Meinung zur Rehavision können Sie uns übrigens jetzt auch über den neuen Feedbackbogen mitteilen. Wir freuen uns über Ihre Rückmeldungen!

Ihre

Dr. Susanne Gebauer

Vorstandsvorsitzende des Bundesverbandes
Deutscher Berufsförderungswerke

Inhaltsverzeichnis

Schwerpunkt Thema	3	Schwerpunkt Forschungsprojekt	16
Mehr Dialog an den Schnittstellen	3	Berufliche Teilhabe sehbeeinträchtigter	
Bekenntnis zu „Stay at work“	8	Menschen verbessern	16
Betriebe im Fokus	9	Leserbefragung	17
„Es geht uns um das Miteinander“	11	Namen und Nachrichten	18
Unternehmen als Partner	12	Kurz notiert	18
Aus den BFW	14	Personalien	19
Vorteil Telemedizin	14	Veranstaltungen	19
Dank Case Management zurück in Arbeit	15		
Verzahnung ermöglicht schnelle Integration	15		

Impressum

Redaktion:

Dr. Susanne Gebauer, Frank Gottwald,
Hans-Dieter Herter, Kerstin Kölzner,
Ellen Krüger, Frank Memmler, Niels Reith,
Dr. Jessica Stock, Astrid Hadem (V. i. S. d. P.)

Fotonachweise (Seite):

iStockphoto.com (1, 3, 14); DRV Braunschweig-Hannover (1, 8); BV BFW/Kruppa (2, 11, 16, 19); SPD/Susie Knoll (4); Zentrum für seelische Gesundheit (5); CeP Höhenried (7); DRV Bund (10, 13, 19); DEGEMED/Lawall (11); SBK/Eric Thevenet (15); zeichensetzen/M.Pletz (18), BFW Hamburg (18); DEGEMED, INN-tegrativ (19)

Gestaltung:

zeichensetzen kommunikation GmbH
GDA Kommunikation – Gesellschaft für Marketing
und Service der Deutschen Arbeitgeber mbH

Leserservice:

Kontakt: Ellen Krüger
Knobelsdorffstraße 92, 14059 Berlin
Tel.: 030 3002-1253, Fax: 030 3002-1256
E-Mail: rehavision@bv-bfw.de

Herausgeber:

Bundesverband Deutscher Berufsförderungswerke e.V.

Druck:

Königsdruck – Printmedien und digitale Dienste GmbH

Mehr Dialog an den Schnittstellen

Medizin & Beruf: Vernetzung fördert schnelle Integration

Deutschland hat viele Spezialisten, wenn es darum geht, die Leistungsfähigkeit von Menschen wiederherzustellen und ihre Erwerbsfähigkeit zu erhalten. Dafür bürgt das gegliederte System der sozialen Sicherung aus gesetzlicher Kranken-, Renten-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung. Insgesamt erbringen acht Sozialleistungsträger Leistungen der Rehabilitation und Teilhabe, die Menschen mit Behinderungen bei der Wiedereingliederung in das berufliche Leben unterstützen. Idealerweise arbeiten die verschiedenen Leistungsträger Hand in Hand, damit die Übergänge an den Schnittstellen so reibungslos wie möglich gestaltet werden. In der Praxis gestaltet sich die Zusammenarbeit an den Schnittstellen jedoch oft alles andere als nahtlos.



Es gibt in Deutschland ein breites Spektrum an Zuständigkeiten und damit an vielfältiger Expertise, die zur Entwicklung von hochqualifizierten Leistungen mit großer Wirksamkeit geführt haben. Das ist einer der großen Vorteile des gegliederten Systems. Alle Leistungen sind angelegt auf einen zielgerichteten, gestuften Einsatz. Zur teilhabeorientierten Versorgung des Menschen sollen sie ineinandergreifen und sich gegenseitig ergänzen. Das ist der Kerngedanke des Systems. Denn eine nahtlose Unterstützung von Menschen mit chronischen Krankheiten oder Behinderungen ist eine der zentralen Aufgaben der Sozialleistungsträger im gegliederten System. Auch deshalb genießt das deutsche Vorgehen international hohes Ansehen.

Schnittstellen als Hürden

Was in der Theorie allerdings gut funktioniert, hapert in der Praxis. „Damit berufliche Wiedereingliederung gelingen kann, müssen viele Akteure zusammenwirken“, erklärt Prof. Dr. Matthias Bethge, Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW): Die betroffene Person muss aktiv an der Wiedereingliederung arbeiten, die ärztlichen und therapeutischen Akteure müssen die berufliche Wiedereingliederung als ein prioritäres Behandlungsziel anerkennen. Anträge auf notwendige Anpassungen und Unterstüt-

zungen müssen zügig bearbeitet und Möglichkeiten einer schnellen, dem Gesundheitszustand angepassten Arbeitsaufnahme gefördert werden. Last but not least muss der Arbeitgeber eine Wiederaufnahme der Tätigkeit unterstützen, selbst wenn diese zunächst modifiziert ist oder in reduziertem Umfang erfolgt. Das sind nicht eben wenige Akteure.

Hinzu kommt: Je komplexer die Bedarfslagen, umso anfälliger ist der reibungslose Ablauf in der Versorgungskette. Die Gründe dafür sind ganz unterschiedlich. Nicht immer ist klar, welcher Rehabilitationsträger am Ende für eine Anschlussleistung zuständig ist – und vor allem nicht, ob eine Anschlussleistung dann auch bewilligt wird. Mehrfachbegutachtungen und lange Bearbeitungszeiten verzögern nicht selten den reibungslosen Reha-Verlauf. Zudem zeigen sich in der Praxis die Sozialgesetzbücher als ungenügend aufeinander abgestimmt, so das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS). Kurz: Die Erfahrung lehrt, dass die trägerübergreifende Zusammenarbeit nicht überall gut funktioniert. So stagnieren die Zugänge zu Rehabilitationsleistungen von Leistungsberechtigten im SGB II seit Jahren, so die Bundesagentur für Arbeit. Gerade bei SGB II-Leistungsberechtigten steigen aufgrund eines langen Zeitverlaufs die Hindernisse für die Arbeitsmarktintegration bis hin zur Erwerbsunfähigkeit. → **Fortsetzung**

Die Forderung nach verbesserten Zugangsmöglichkeiten zu Reha-Leistungen, besserer Information und Beratung sowie optimierter Zusammenarbeit der Leistungserbringer und Leistungsträger ist daher ein Dauerthema. Denn fest steht: Kommt es zu Brüchen in der Versorgung und zu ungewollten Latenzzeiten, hat das Auswirkungen auf die spätere Teilhabe am Arbeitsleben. Ohne eine frühzeitige Verknüpfung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation gerade bei schwerwiegenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen geht wertvolle Lebensarbeitszeit verloren. Das ist mehr als ein individuelles Problem des Einzelnen. Es ist auch gesamtgesellschaftlich eine Herausforderung.



„Nach meiner Einschätzung ist viel in Bewegung gekommen und Bürgerinnen und Bürger sowie Verwaltung können besser zusammenwirken im Sinne guter Reha-Leistungen“

Kerstin Griese, Parlamentarische Staatssekretärin beim Bundesminister für Arbeit und Soziales

worden. „Die Mühe der Bürgerinnen und Bürger bei der Suche nach den zuständigen Behörden haben wir damit dorthin verschoben, wo sie hingehört: zu den Rehabilitationsträgern“, sagt Griese weiter.

Auf Wunsch können die betroffenen Menschen auch selbst an der Teilhabeplankonferenz teilnehmen. So erhalten sie nicht nur alle Informationen rund um den Bescheid, sondern auch mehr Selbstbestimmung im Reha-Prozess. Im Mittelpunkt steht also nur noch der einzelne Mensch und die Frage, welche Unterstützung er benötigt – wie es die Träger untereinander organisieren, darum muss sich der Mensch mit Behinderungen nicht mehr kümmern. „Nach meiner Einschätzung ist viel in Bewegung gekommen und Bürgerinnen und Bürger sowie Verwaltung können besser zusammenwirken im Sinne guter Reha-Leistungen“, zeigt sich Kerstin Griese zufrieden. „Das ist eine der großen Errungenschaften des BTHG.“

Das sieht auch Dr. Susanne Gebauer, Vorstandsvorsitzende des Bundesverbandes Deutscher Berufsförderungswerke (BV BFW) so: „Wir begrüßen die Deutlichkeit, mit der der Gesetzgeber mit dem BTHG nachdrücklich die trägerübergreifende Zusammenarbeit verpflichtend gemacht hat. Die Zukunft wird zeigen, ob das Gesetz die Hürden der Realität meistern wird.“ Die BFW seien mehr als bereit, ihren Part dazu beizutragen.

BTHG: Herausforderungen erkannt

Mit dem Bundesteilhabegesetz und dem Programm „rehapro“ hat das BMAS die Weichen für eine innovative und erfolgreiche Vernetzung gestellt und dabei auch den Faktor Frühzeitigkeit in den Blick genommen. Probleme wie unterschiedliche Bedarfsfeststellungs- und Planungsverfahren oder Zuständigkeitsstreitigkeiten zwischen den Trägern sollen damit der Vergangenheit angehören. Das BTHG setzt ganz bewusst an den bisherigen Schwachstellen des gegliederten Systems an, um die Schnittstellen zu reduzieren. Und das sind einige.

Vor allem das neue Teilhabeplanverfahren soll dabei helfen. Neu ist, dass nur noch ein Träger als „leistender Träger“ bei trägerübergreifenden Teilhabeleistungen zuständig ist – auch wenn Rentenversicherung, Bundesagentur für Arbeit, Unfall-, Kranken- und Pflegekasse für unterschiedliche Leistungen zuständig bleiben. Dieser eine Träger ist auch verantwortlich für die Teilhabeplankonferenzen. So werden „Hilfen wie aus einer Hand ermöglicht“, erklärt die Parlamentarische Staatssekretärin Kerstin Griese im Gespräch mit REHAVISION. Damit wird nun ein Antrag auf verschiedene Reha-Leistungen so behandelt, als wäre er zugleich bei allen Rehabilitationsträgern gestellt

rehapro: Fokus Schnittstellenmanagement

Wenn es Erfolgsfaktoren für eine Vermeidung von Ausgliederung gibt, ist ein wesentlicher die möglichst frühe Intervention. Das BTHG verpflichtet die Träger von Reha-Maßnahmen daher, drohende Behinderungen frühzeitig zu erkennen und gezieltes Handeln noch vor Eintritt der Rehabilitation zu ermöglichen. Dafür braucht es geeignete präventive Maßnahmen. Auch aus diesem Grund hat der Bund das Förderprogramm „rehapro“ entwickelt.

Aktuell beschäftigen sich im Förderprogramm rehapro 19 Modellprojekte – rund ein Drittel aller Vorhaben – mit dem Übergang von medizinischer zu beruflicher Rehabilitation. „Der Fokus liegt hier entweder direkt beim Schnittstellenmanagement oder es werden innovative Bestandteile aus beiden Versorgungssegmenten miteinander verknüpft bzw. neu konzipiert“, berichtet die Parlamentarische Staatssekretärin Kerstin Griese und stellt das Modellprojekt „AktiFAME“ der DRV Nord vor: „Eine neu entwickelte Intervention für psychisch erkrankte Menschen verbunden mit einem individuellen, bedarfsorientierten Fallmanagement. Letzteres ermöglicht u. a. einen nahtlosen Übergang zwischen medizinischen und beruflichen Rehabilitationsleistungen.“

Mit dem neuen Gesetz und dem Förderprogramm ist also an den Schnittstellen tatsächlich etwas ins Rollen gekommen. Das ist gut so. Aber es reicht nicht. Dass die Umsetzung in der Praxis Zeit braucht, ist angesichts der Komplexität der Leistungen und Vielzahl der Akteure nicht allzu verwunderlich.

Noch immer zu lange Wartezeiten

„Der Gesetzgeber hat aus gutem Grund das verbesserte Zusammenspiel der Akteure eingefordert“, sagt Dr. Petra Becker. Sie ist geschäftsführende Gesellschafterin der Dr. Becker-Unternehmensgruppe, die bundesweit acht Reha-Kliniken, drei Therapiezentren und vier Seniorenpflegeeinrichtungen betreibt. „Aus unserer Sicht ist es extrem wichtig, dass sich die Nachversorgung gut anschließt, da in der medizinischen Reha Impulse gesetzt und Voraussetzungen geschaffen werden können, damit Patienten ihren Lebensstil oder ihr berufliches Umfeld langfristig erfolgreich verändern können.“ Die Erfahrung zeige aber, dass es immer wieder zu lange Wartezeiten zwischen abgeschlossener medizinischer Rehabilitation und Beginn der beruflichen Rehabilitation gebe. Die Ursachen dafür sind aus ihrer Sicht zu lange Bearbeitungszeiten und Friktionen im Bewilligungsprozess. Doch schon während der medizinischen gelte es, die berufliche Rehabilitation „auf den Weg zu bringen“. Dazu gehöre es, frühzeitig den Bedarf für eine Leistung zur beruflichen Rehabilitation zu erkennen und noch während der medizinischen Rehabilitation die nächsten Schritte einzuleiten.

Woran hapert es also in der Praxis genau? „In der medizinischen Rehabilitation können derzeit nur Empfehlungen ausgesprochen werden. Die Entscheidungen darüber, ob diese Empfehlungen umgesetzt werden, wie z. B. die Bewilligung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) oder eine stufenweise Wiedereingliederung, finden in der Regel erst anschließend statt.“ Hier könnten Absprachen und Fallkonferenzen, wie sie das BTHG insbesondere für komplexe Fälle vorsieht, Abhilfe schaffen. Auch gemeinsam definierte Standardfälle könnten dazu beitragen, die Übergänge an den Schnittstellen zu verbessern. „Aktuell werden beim Übergang in LTA die Empfehlungen aus der medizinischen Reha zu 80 % bewilligt, 20 % werden zunächst abgelehnt“, erklärt die Reha-Expertin. Im Idealfall sollten die Empfehlungen der Klinik regelhaft ausreichend sein und kein weiteres Bewilligungsverfahren nach sich ziehen. Alternativen könnten beschleunigte Prüfverfahren für bestimmte Patientengruppen sein oder eine gemeinsame Abstimmung am Ende der medizinischen Rehabilitation. Video-Reha-Beratungen könnten solche Abstimmungsgespräche effizient ermöglichen und dabei unterstützen, frühzeitig Weichen zu stellen.

Unterschiedliche Sprachen

Ein weiteres Problem an den Schnittstellen sei, dass dort unterschiedliche Sprachen gesprochen werden. Dr. Petra Becker: „Die medizinische Rehabilitation spricht die

Sprache des Mediziners, die berufliche Rehabilitation die des Pädagogen. Der Mediziner sieht immer zuerst die Diagnose, während der Pädagoge das Entwicklungspotenzial sieht.“ Damit es an den Übergängen gut funktioniert, müssen also beide Gruppen nicht nur eine gemeinsame Terminologie entwickeln, sondern auch ein gemeinsames Verständnis dafür, welche Schwerpunkte die einzelnen Bereiche setzen.

Aber nicht nur die Sprache ist unterschiedlich, sondern auch die jeweiligen Dokumentationssysteme. „Beim Wechsel der Patienten von einem System ins andere kann meist nicht auf den Ergebnissen des vorhergehenden Systems aufgebaut werden – etwa beim Assessment.“ An den Schnittstellen gibt es daher nicht nur einen Systemwechsel, sondern auch einen Medienbruch. „Hier erfolgt sehr viel Doppelarbeit, statt auf der Vorarbeit aus dem System zuvor aufzubauen“, kritisiert sie. Systeme kompatibel zu machen und mehr Einheitlichkeit zu schaffen, sei ein sinnvoller Schritt zu fließenden Übergängen.



Best Practice für nahtlose Übergänge

Dass es besser laufen kann, hat die Dr. Becker-Unternehmensgruppe zusammen mit dem BFW Weser-Ems der INN-tegrativ gGmbH vorgemacht. Seit ein paar Jahren arbeitet ein Gemeinschaftsunternehmen, das Zentrum für seelische Gesundheit in Bremen, nach einem einmaligen Konzept, das sich den nahtlosen Übergang zwischen medizinischer und beruflicher Reha zum Ziel gemacht hat. Eine beispielhafte Zusammenarbeit, die zeigt, wie sich Hürden abbauen und Versorgungsketten besser gestalten lassen. Das BFW Weser-Ems hält als nahtlose Ergänzung zum therapeutischen und beratenden Angebot des Rehabilitationszentrums eine Vielzahl von Angeboten zur beruflichen Rehabilitation bereit. „Bereits in der Konzeption haben wir überlegt, welches Assessment und welche Datenerhebungen sowohl in der medizinischen als auch in der nachfolgenden beruflichen Rehabilitation sinnvoll und notwendig sind“, skizziert Dr. Petra Becker das gemeinsame Vorgehen. → **Fortsetzung**

Vernetzung im Zentrum für seelische Gesundheit Bremen verbessert Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Und natürlich waren auch die zuständigen Reha-Träger mit an Bord. Zusammen wurde ein Prozess entwickelt, in dem Patienten-Diagnosen und -Erkenntnisse für die nachfolgende Integrationsmaßnahme nutzbar gemacht werden und der Patient gezielt auf die nachfolgende berufliche Rehabilitation vorbereitet wird. Direkt und gänzlich unbürokratisch, vor allem aber ohne zeitliche Verluste. „Für den Patienten ist es sehr wichtig, dass er an einer Schnittstelle nicht in ein Loch und damit in neue Unsicherheit fällt“, unterstreicht Dr. Petra Becker einen weiteren wichtigen Aspekt nahtloser Rehabilitation. Denn der Gewinn einer sicheren Perspektive schon in der medizinischen Reha gehöre zu den Erfolgsfaktoren einer erfolgreichen Rehabilitation. „Verunsicherung zu vermeiden, bedeutet den Erfolg zu steigern“, so ihr Fazit.

MBOR für möglichst frühzeitige Zusammenarbeit

Ganz neu ist die Vernetzung von medizinischer mit beruflicher Rehabilitation nicht. Seit 2012 bietet die Deutsche Rentenversicherung als „Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation“ (MBOR) gezielt diagnostische und therapeutische Konzepte an, um Rehabilitanden möglichst frühzeitig bei der Bewältigung beruflicher Problemlagen zu unterstützen. Mit der so genannten MBOR Stufe C wurden zudem neue Formen der Zusammenarbeit zwischen Reha-Kliniken und

Anbietern der beruflichen Rehabilitation wie den Berufsförderungswerken erarbeitet. Sie umfassen spezifische Leistungen wie die Belastungserprobung und eignen sich für Patienten, bei denen nicht absehbar ist, ob sie ihren alten oder einen entsprechenden Arbeitsplatz wieder erfolgreich einnehmen können. Allerdings erweist sich die MBOR Stufe C in der Praxis oft als wenig praktikabel, da der Koordinierungsaufwand an der Schnittstelle kein Bestandteil der Vergütung ist.

„Die Wirksamkeit dieses Ansatzes ist durch randomisierte kontrollierte Studien klar belegt“, so DGRW-Vorstand Prof. Dr. Matthias Bethge vom Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Universität zu Lübeck. Allerdings sei die Umsetzung in der Versorgungspraxis herausfordernd. „Damit es in der Realität klappt, muss die Zielgruppe erreicht werden und müssen die empfohlenen Module in vollem Umfang umgesetzt werden. Die berufliche Orientierung der Rehabilitation muss sich als klar erkennbarer roter Faden durch das Programm ziehen“, sagt Bethge.

Schnittstelle Betrieb wird wichtiger

Und noch eine Schnittstelle ist in den letzten Jahren verstärkt in den Fokus gerückt: die Zusammenarbeit mit Betrieben. Hier sind schnellere Zugänge zu erforderlichen Leistungen gefragt, um Unternehmen dabei zu unterstützen, Mitarbeiter nicht frühzeitig

durch Ausgliederung zu verlieren. Einer der Auslöser dafür sind die steigende Komplexität und Dynamik der Arbeitswelt, die wachsende psychische Belastungen mit sich bringt. Der Anteil der Langzeiterkrankten aufgrund von Stress, Burnout und Depressionen steigt unaufhaltbar. Laut BKK Gesundheitsreport 2018 ist ihr Anteil am Arbeitsunfähigkeitsgeschehen in den vergangenen 40 Jahren von 2 % auf 16,6 % gestiegen. Psychische Erkrankungen sind mit 43 % zudem häufigste Ursache für krankheitsbedingte Frühberentungen, das Durchschnittsalter ist mit 48,3 Jahren überdurchschnittlich jung. Eine beunruhigende Entwicklung.

In Summe addieren sich die Gesundheitsstörungen zu einem gesundheitsökonomischen Problem mit klaren Risiken beim Thema Fachkräftesicherung. Kein Wunder, dass die Gesundheit ihrer Arbeitnehmer für Unternehmen zunehmend an Bedeutung gewinnt.

Prävention für Arbeitnehmer gefragt

Präventionsleistungen für Beschäftigte sind daher gefragt. Es geht darum, Gesundheit zu fördern, Arbeitskraft zu erhalten und ein möglichst langes und gesundes Erwerbsleben zu ermöglichen. Auch hier zielt der Gesetzgeber auf eine Stärkung der Zusammenarbeit, da Prävention, Akutbehandlung und

Herausforderung Schnittstelle – Status Quo



- Die Politik hat mit dem BTHG den Handlungsauftrag angenommen
- Forschungsergebnisse bestätigen Wirksamkeit gut vernetzter medizinischer und beruflicher Rehabilitation
- Erfolgreiche Beispiele aus der Praxis belegen Nutzen vernetzter Leistungen
- Programme wie rehapro fördern Innovationen an Schnittstellen



- Fehlende Anreize zur Kooperation
- Unterschiedliche Sprache in den verschiedenen Systemen
- Berufliche Wiedereingliederung noch nicht als prioritäres Behandlungsziel anerkannt
- Wenig Erfahrungen mit dem neuen Instrument Teilhabeplanverfahren
- Fehlen von generellen trägerübergreifenden Standards
- Keine regelhafte Einführung von Erfolgsmodellen

© BV BFW



medizinische Rehabilitation ineinandergreifen. Dass die gesetzlichen Krankenversicherungen Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten anbieten, ist bekannt. Aber auch die Rentenversicherung hat ihre Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit an Versicherte erweitert. Mit dem Flexirentengesetz hat der Gesetzgeber noch einmal die Präventionsleistungen betont und zur Pflichtleistung der DRV erklärt. Ab dem 45. Lebensjahr gibt es nun den „Ü45-Check“, einen freiwilligen, berufsbezogenen Gesundheits-Check. Noch mehr Angebote bieten spezielle Präventionszentren, die die Deutsche Rentenversicherung derzeit bundesweit aufbaut.

Klinik Höhenried: Innovatives Präventionszentrum

Eines davon gehört zur Klinik Höhenried der DRV Bayern Süd, die Anfang Oktober 2019 ein eigenes Centrum für Prävention (CeP) eröffnete – ein wirkliches Leuchtturmprojekt. Angebote zur Prävention haben hier Tradition, sagt Geschäftsführer Robert Zucker: „Bereits 2013 wurde für Mitarbeiter großer Unternehmen ein präventives Angebot eingeführt: BETSI.“ Das Präventionsprogramm, das in seiner Langform „Beschäftigungsfähigkeit teilhabeorientiert sichern“ heißt, richtet sich an Menschen im Beruf, die bereits gesundheitliche Beschwerden haben, aber noch nicht chronisch krank sind. Meist sind es Probleme mit dem Gewicht, hohe Blutdruckwerte oder Rückenschmerzen. Andere fühlen sich vom Job gestresst. BETSI fördert gesundheitsorientierte Verhaltensweisen und einen bewussteren Umgang mit körperlichen und psychischen Anforderungen.

Neben dem Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramm BETSI gibt es inzwischen ein weiteres Programm, das den Fokus auf die Stärkung des psychischen Immunsystems richtet: „Energie Vital“. Hier stehen der Schutz vor psychischen Belastungen sowie Techniken zur Entspannung und Konfliktbewältigung

im Mittelpunkt. „Energie Vital soll die Resilienz stärken sowie die körperliche und seelische Gesundheit fördern“, erklärt Zucker und berichtet: „Das Programm wurde so gut angenommen, dass wir an die Grenzen unserer Kapazitäten gestoßen sind.“ Deshalb entschloss sich die Geschäftsführung, das Angebot zu erweitern und das CeP zu bauen. „Durch den Rechtsanspruch auf den Ü45-Check und Präventionsangebote sind einfach mehr Kapazitäten erforderlich“, erklärt der Klinik-Geschäftsführer. Immerhin werden deutschlandweit rund 40 Mio. Versicherte nach und nach von den Rentenversicherungen angeschrieben und auf die Präventionsleistungen hingewiesen.

Centrum für
Prävention der
Klinik Höhenried

Zugänge aus Betrieben unterschiedlich

Der Zugang von Beschäftigten aus Konzernen ins Präventionszentrum läuft problemlos. Dort gibt es in der Regel gut informierte Betriebsmediziner, die präventionsrelevante Mitarbeitergruppen im Auge haben. Mit vielen großen Konzernen gibt es feste Kooperationen. Anders sieht es bei den kleinen und mittelständischen Betrieben aus: „Die müssen über die DRV erreicht werden“, erklärt Robert Zucker. Um Mitarbeiter aus Kleinbetrieben anzusprechen, hat man den Zugang bewusst niedrigschwellig konzipiert. Eine kurze ärztliche Stellungnahme und eine Überweisung reichen aus.

Schon jetzt zeigt sich, wie gefragt das neue Präventionszentrum ist: Mehr als 2.000 Personen haben bereits die Angebote genutzt. Die meisten stationär, einige ambulant. Dazu haben die Präventionsexperten extra ein Online-Coaching und eine eigene Trainings-App entwickelt. „Mit dem neuen Konzept rennen wir offenen Türen ein“, bestätigt Robert Zucker den CeP-Erfolg. Profitieren werden davon alle: Die leistungsgestärkten Beschäftigten und ihre Unternehmen, aber auch die Rentenversicherungen – denn Prävention ist volkswirtschaftlich besser als Reha und noch besser als Rente.

Bekenntnis zu „Stay at work“

Interview mit Jan Miede, Geschäftsführer der DRV Braunschweig-Hannover

Der Auftrag der Deutschen Rentenversicherung (DRV) ist klar: Die Beschäftigungsfähigkeit der Versicherten soll möglichst optimal sichergestellt werden. Dazu gibt es rehabilitative und präventive Leistungen. Immer wichtiger wird für die DRV die frühzeitige Zusammenarbeit mit Betrieben. Jan Miede, Geschäftsführer der DRV Braunschweig-Hannover, spricht im Interview mit **REHAVISION** über Leistungen und Konzepte, wie die DRV und Betriebe gemeinsam gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen für einen dauerhaften Verbleib im Arbeitsleben schaffen können.



Jan Miede,
Geschäftsführer
der Deutschen
Rentenversicherung
Braunschweig-
Hannover

REHAVISION: Was brauchen erfolgreiche „Return-to-Work“- oder „Stay-at-Work“-Konzepte?

Jan Miede: Der gesetzliche Auftrag der Rentenversicherung ist es, durch Leistungen zur Teilhabe den Auswirkungen einer Krankheit oder Behinderung auf die Erwerbstätigkeit der Versicherten vorzubeugen oder sie zu überwinden. So sollen Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben verhindert werden. Unser Ziel ist es, sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiederenzugliedern. Es geht also nicht darum, allgemein die gesundheitlichen Verhältnisse der versicherten Bevölkerung zu verbessern. Vielmehr steht für die Rentenversicherung das Individuum, also die oder der Versicherte im Mittelpunkt. Deren Beschäftigungsfähigkeit soll optimal sichergestellt werden, um sie idealerweise bis zur Regelaltersrente im Erwerbsleben zu halten. Damit trägt die DRV – auch aus eigenem Interesse heraus – dazu bei, dem demografischen Wandel und dem sich entwickelnden Fachkräftemangel entgegenzutreten.

Wie sieht das konkret aus?

Die Rentenversicherung hat ihre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu MBOR-Leistungen, also Leistungen zur medizinisch-beruflich-orientierten Rehabilitation, weiterentwickelt und dafür ein viel beachtetes

Konzept entwickelt, das jetzt in aktualisierter Form vorliegt. Noch stärker als zuvor werden jetzt psychische Beeinträchtigungen in den Fokus genommen. Dabei geht es darum, im Rahmen rehabilitativer Leistungen die besonderen Anforderungen eines konkreten Arbeitsplatzes zu erkennen und die Versicherten bereits während ihrer medizinischen Rehabilitation optimal dafür zu trainieren. Anders als bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geht es bei Präventionsleistungen um Versicherte mit lediglich ersten gesundheitlichen Beeinträchtigungen, gleichwohl wird aber ein Bezug zur ausgeübten Beschäftigung hergestellt. Damit bekennt sich die Rentenversicherung bewusst zu ihrer Verantwortung, durch die Gestaltung ihrer präventiven Angebote ein „Stay-at-Work“ sicherzustellen. So werden etwa die wichtigen Trainingsphasen auch parallel zur beruflichen Tätigkeit weitergeführt. Und über ein „Refreshing“, das Teil jeder Präventionsleistung ist, wird der Blick noch einmal darauf geschärft, ob die Leistung erfolgreich ist im Hinblick auf die Weiterführung der bisherigen beruflichen Tätigkeit.

Und für Menschen mit erheblich eingeschränkter Leistungsfähigkeit für ihre beruflichen Aufgaben hat die DRV Fallmanagementstrukturen entwickelt. Sie stellen zeitnah sicher, dass erforderliche Unterstützungsleistungen wie etwa Hilfsmittel oder Weiterqualifizierungen umgehend erbracht werden können, und damit eine Weiterbeschäftigung, ein „Return to work“, möglich wird – häufig bei dem bisherigen Arbeitgeber.

Welche präventiven Leistungen setzen an der Schnittstelle zum Betrieb an?

Präventive Leistungen gibt es bei der DRV unter zwei Aspekten: Für ihre Versicherten erbringt sie individuelle verhaltenspräventive Leistungen, wenn erste gesundheitliche Beeinträchtigungen aufgetreten sind, die die ausgeübte Beschäftigung gefährden. So ist es im SGB VI, § 14 geregelt. Schon hier sehen wir den Bezug zur konkreten beruflichen Tätigkeit. Darüber hinaus nimmt die Rentenversicherung auch Betriebe unter dem Präventionsgedanken in den Fokus, insbesondere kleine und mittlere. 2015 hat sie einen bundesweiten Firmenservice geschaffen mit dem Schwerpunkt „Gesunde Beschäftigte“. Dabei handelt es sich um ein umfassendes Dienstleistungsangebot der Rentenversicherung an die Unternehmen. Sie berät zu den Themen medizinische und berufliche Rehabilitation, zur

Prävention, zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement und zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement. Es geht sowohl um das konkrete Leistungsangebot als auch um den Weg in diese Leistungen für einzelne Beschäftigte. In diesem Kontext übernimmt die Deutsche Rentenversicherung auch eine Wegweiserfunktion zu Angeboten anderer Sozialversicherungsträger.

Wie kann man Betriebe gut erreichen?

Gerade wenn es um die Beratung der Arbeitgeber zum Thema Mitarbeitergesundheit geht, steht der Ausbau der Firmenserviceangebote der Deutschen Rentenversicherung eher noch am Anfang – jedenfalls wenn man es auf die Gesamtzahl der Versicherten und der Unternehmen bezieht. Dabei gibt es durchaus regionale Unterschiede. Die Rentenversicherung wird sich in Zukunft viel stärker engagieren, ihre Leistungsangebote und insbesondere auch die Präventionsangebote sowohl gegenüber den Arbeitgebern als auch den Versicherten zu vermitteln. Denn wir sind der Überzeugung, dass frühzeitige gesundheitliche Interventionen vielfach der Entwicklung chronischer Erkrankungen vorbeugen können. Dazu gehören etwa Informationen zum richtigen Lebensstil, zum verantwortungsvollen Suchtmittelgebrauch sowie zu Ernährung, Entspannung und Bewegung. Und dies gilt es immer wieder zu betonen. Letztlich wird das auch von der Politik unterstützt, indem sie sich im SGB V für die Beteiligung der Rentenversicherung an der Entwicklung einer gemeinsamen nationalen Präventionsstrategie ausgesprochen hat. Die im Gesetz

vorgesehenen versichertenbezogenen individuellen verhaltenspräventiven Leistungen sind Teil dieser Strategie. Zudem soll die DRV darauf hinwirken, dass die Einführung einer freiwilligen, individuellen und berufsbezogenen Gesundheitsvorsorge für Versicherte ab Vollendung des 45. Lebensjahres trägerübergreifend in Modellprojekten erprobt wird. Auch hierzu laufen regionale Projekte an.

Auf welche Partner setzt „Prävention 4.0“?

Der Gesetzgeber hat erkannt, dass es für eine erfolgreiche Prävention im Prinzip einer Kooperation aller Sozialversicherungsträger im regionalen Bereich bedarf. Deshalb hat er den Auftrag erteilt, Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie abzuschließen. Ein Auftrag, der auch in allen Bundesländern umgesetzt wurde. Hier geht es darum, Partner für Prävention und Gesundheitsförderung zu finden und die Reichweite und Wirksamkeit der Aktivitäten zu erweitern. Die DRV hat dabei einen Auftrag für das Setting „Arbeitswelt“. Auf dieser Basis werden regional auch Kooperationen mit Trägern der Unfallversicherung oder der gesetzlichen Krankenversicherung gesucht. Ziel ist es, gemeinsame Strategien zu entwickeln, wie Betriebe für ihre Mitarbeiter gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen schaffen können. Sie sollen ihre gesetzlichen Aufträge zur Durchführung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements erfüllen können, sodass Präventions- und Rehabilitationsbedarfe der Mitarbeiter frühzeitig erkannt werden können.

Betriebe im Fokus

29. Reha-Kolloquium beschäftigt sich mit Prävention, Rehabilitation und „guter Arbeit“

Dass Unternehmen beim Erhalt von Beschäftigungsfähigkeit ein wichtiger Partner sind, spiegelt das 29. Rehabilitationswissenschaftliche Kolloquium wider. Zu Recht gilt der von der Deutschen Rentenversicherung (DRV) und Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW) veranstaltete Kongress als wichtigstes Forum für praxisrelevante Ergebnisse zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation. Schwerpunktthema ist 2020 „Prävention und Rehabilitation – der Betrieb als Partner“. Einen Einblick in das Programm geben Katrin Parthier, wissenschaftliche Referentin bei der DRV Bund, und Dr. Marco Streibelt, wissenschaftlicher Leiter des Kongresses.

Durch die Auswirkungen des demografischen und digitalen Wandels befindet sich unsere Arbeitswelt im Umbruch: Belegschaften altern, Arbeitsanforderungen werden komplexer, Arbeitsformen flexibler. Wie, was und wie viel bzw. wie lange wir künftig arbeiten, könnte sich dadurch grundlegend ändern. Unterstützungsangebote zur Förderung, zum Erhalt und zur Wiederherstellung von Gesundheit und Teilhabe gewinnen vor diesem Hintergrund an Bedeutung. Eine nachhaltige berufliche (Re-)Integration erfordert dabei zunehmend die Verzahnung der Unterstützungsangebote mit Leistungen anderer Versorgungsbereiche und mit den Betrieben selbst. Die DRV und Leistungserbringer kooperieren daher

verstärkt mit der betrieblichen Ebene. Neben Arbeitgebern in Klein-, Mittel- und Großunternehmen sind Werks- und Betriebsärzte sowie betriebliche Sozialdienste wichtige Kooperationspartner. Der Dialog zwischen betrieblichen Akteuren, Leistungsträgern und -erbringern ist notwendig, um eine nahtlose Versorgung sicherzustellen. Ziel ist ein abgestimmter Präventions- bzw. Rehabilitationsprozess.

Damit diese Angebote und Prozesse mit dynamischen Veränderungen Schritt halten können, bedarf es wissenschaftlicher Forschung als Grundlage für eine kontinuierliche Weiterentwicklung. Für eine präventive und gesundheitserhaltende → **Fortsetzung**



Arbeitsgestaltung sind die kontextuellen Bedingungen des Betriebes bzw. des einzelnen Arbeitsplatzes und das individuelle Gesundheitsverhalten der Arbeitnehmenden in den Blick zu nehmen. Letztlich kommt es darauf an, Gestaltungspotenziale für Prävention, Rehabilitation und „gute Arbeit“ auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse partnerschaftlich mit Betrieben wahrzunehmen. Wie das am besten gelingen kann, darum geht es beim Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium in über 250 Vorträgen und Diskussionsforen.

Studien zu Prävention und Rehabilitation

Eine der größten Herausforderungen dürfte zukünftig darin liegen, Personen frühzeitig mit Angeboten der Prävention und Rehabilitation zu erreichen. Die DRV fördert daher gezielt Forschungsprojekte zur Erschließung neuer Zugangswege. Beim Kongress werden Ergebnisse zu Studien vorgestellt, die hierfür die Nutzung von Routinedaten, Möglichkeiten der Digitalisierung sowie eine engere Zusammenarbeit mit betrieblichen und ärztlichen Akteuren, aber auch der Sozialversicherungsträger untereinander analysieren. Als weitere Erfolgsfaktoren für gelingende berufliche Teilhabe gelten ein verstärkter Arbeitsplatzbezug und eine stärkere Ausdifferenzierung der Reha-Leistungen. Verschiedene konzeptuelle Ansätze zu „Medizinisch-beruflich orientierter Rehabilitation“ (MBOR) und Fallmanagement greifen dies auf.

Das 29. „Reha-Kolloquium“ findet vom 2. bis 4. März 2020 im Hannover Congress Centrum statt.

→ reha-kolloquium.de

Für die Entwicklung, Evaluation und Umsetzung betriebsnaher Ansätze bietet sich die gemeinsame Forschung mit Unternehmen an. Mögliche Partizipationsformate sollen daher in einem Diskussionsforum von wissenschaftlichen und betrieblichen Akteuren gemeinsam erörtert werden. Die Erkenntnisse werden u. a. relevant sein für die im Spätsommer geplante rentenversicherungsübergreifende Förderbekanntmachung zur Weiterentwicklung beruflicher

Rehabilitationsstrategien. Die Auswirkungen der Digitalisierung auf die Arbeitsbedingungen im Joballtag beleuchtet der Arbeits- und Organisationspsychologe Prof. Dr. Bertolt Meyer von der TU Chemnitz. Er zeigt auf, welche Chancen mit der Digitalisierung einhergehen, in welche Richtung sich die „Arbeitswelt 4.0“ entwickeln kann und welche Herausforderungen es für Betriebe und Arbeitnehmende zu meistern gilt.

Einflussfaktor Betriebsgröße

Inwiefern die Betriebsgröße einen Einfluss auf die Umsetzungs- und Ergebnisqualität von gesundheitsbezogenen Maßnahmen hat, ist Gegenstand eines weiteren Diskussionsforums. In der Veranstaltung werden

sowohl wissenschaftliche als auch betriebliche Akteure aus dem kürzlich abgeschlossenen Forschungsverbund „Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit bei gesundheitlicher Beeinträchtigung“ der Hans-Böckler-Stiftung zu Wort kommen. Über die Erfahrungen aus der Perspektive eines Großunternehmens wird Bernd Osterloh, Vorsitzender des Gesamt- und Konzernbetriebsrats sowie Mitglied des Präsidiums des Aufsichtsrates der Volkswagen AG, im Rahmen einer Keynote berichten. Volkswagen praktiziert seit langem ein ganzheitliches Gesundheitsmanagement, das auch Aspekte der Arbeitsorganisation, der Ergonomie und der Perspektive für jeden Einzelnen umfasst.

Kooperation und Vernetzung

Auch Kooperation und Vernetzung sind Thema: Unter dem Titel „Starke Partner für gesundes Leben und Arbeiten“ koordinieren die DRV Bund und die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) ihre Zusammenarbeit bei der Beratung von Unternehmen insbesondere zu den Themen BEM und Prävention. Über das Netzwerk „KMU-Gesundheitskompetenz“ der AOKen Niedersachsen und Nordost erhalten klein- und mittelständische Unternehmen unter Beteiligung der DRV und der DGUV Beratung und Unterstützung zu verschiedenen Themen des betrieblichen Gesundheitsmanagements.

Evidenzbasierung von Teilhabeleistungen

Auch für Teilhabeleistungen gilt der Anspruch der wissenschaftlichen Evidenzbasierung. Bislang war es jedoch nicht oder nur schwer möglich, die dafür notwendigen Studiendesigns durchzuführen. Zwei aktuellen Studien zur „absoluten“ Wirksamkeit der stationären medizinischen Rehabilitation ist dies nun gelungen. Die Ergebnisse sind ermutigend: Sie belegen die spezifische Wirksamkeit und den klinisch relevanten Nutzen der Rehabilitation. Ergänzend wird sich der Rehabilitationswissenschaftler Prof. Dr. Matthias Bethge von der Universität zu Lübeck mit den wissenschaftlichen Ergebnissen zur Return-to-Work-Forschung in Deutschland beschäftigen.

„Es geht uns um das Miteinander“

Vernetzung stärkt die Zusammenarbeit an den Schnittstellen

Gemeinsam netzwerken – ein Interview mit Christof Lawall, Geschäftsführer der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation (DEGEMED) und Niels Reith, Geschäftsführer des Bundesverbandes Deutscher Berufsförderungswerke (BV BFW) über die Zusammenarbeit von medizinischer und beruflicher Rehabilitation.



Christof Lawall (links),
Geschäftsführer
der DEGEMED und
Niels Reith (rechts),
Geschäftsführer
des BV BFW

REHAVISION: Neben einer Satellitenveranstaltung haben DEGEMED und BV BFW anlässlich des Reha-Kolloquiums erstmals einen gemeinsamen Netzwerkabend ins Leben gerufen. Was waren Ihre Beweggründe?

Niels Reith: Das Bundesteilhabegesetz (BTHG) fordert alle Akteure der Rehabilitation dazu auf, die Zusammenarbeit an den Schnittstellen zu verbessern. Neben den Rehabilitationsträgern sind hier auch die Leistungserbringer gefragt. Als Verbände wollen wir unsere Mitglieder und das Anliegen des BTHG unterstützen, indem wir Raum für Austausch und neue Ideen schaffen. Wir wollen medizinischen und beruflichen Leistungserbringern Gelegenheit bieten, sich besser kennenzulernen und zu vernetzen. Nach unserer Erfahrung kann Vernetzung ein erster Schritt für Projektideen und konkrete Kooperationen sein.

Christof Lawall: Es geht uns um das Miteinander. Medizinische und berufliche Reha sind Teil einer Branche. Wir arbeiten für dieselben Rehabilitanden und haben eine hohe Übereinstimmung bei den gesetzlichen Leistungsträgern. Daher sind wir sehr froh, dass das Bundesministerium für Arbeit und Soziales und die Deutsche Rentenversicherung diesen Netzwerkgedanken unterstützen und mit hochrangigen Vertreterinnen und Vertretern persönlich präsent sind.

Wo müssen die Rahmenbedingungen angepasst werden, damit die Zusammenarbeit an den Schnittstellen noch besser gelingt?

Christof Lawall: Menschen mit einer chronischen Erkrankung, einer Behinderung oder nach einem Unfall haben keine Zeit zu verlieren, wenn es um ihre Reintegration geht. Die Unternehmen übrigens auch nicht – jeder Arbeitsausfall ist sofort ein Produktivitätsverlust.

Hier dürfen Antragsverfahren oder bürokratische Planungs- und Auswahlprozesse nicht im Weg stehen. Alle sind zur maximalen Beschleunigung verpflichtet – Leistungsträger und Leistungserbringer.

Welche Möglichkeiten bietet aus Ihrer Sicht das Bundesprogramm rehapro bei der Entwicklung neuer Lösungsansätze?

Niels Reith: Mit rehapro sollen die Grundsätze „Prävention vor Rehabilitation“ und „Rehabilitation vor Rente“ gestärkt werden. Damit dies gelingt, brauchen wir eine bessere Verzahnung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation. Gerade bei komplexen gesundheitlichen Beeinträchtigungen und besonderen beruflichen Problemlagen sind reibungslose Übergänge von der medizinischen in die berufliche Rehabilitation wichtig, um die Arbeitsfähigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen und Verrentungen zu vermeiden. Auch die Schnittstelle zum Betrieb muss im gesamten Prozess immer im Blick behalten werden. Eine übergreifende Fallsteuerung, wie sie stellenweise implementiert wurde, bietet hier erhebliche Vorteile. In manchen Fällen können auch kombinierte oder parallele Leistungen sinnvoll sein. rehapro bietet den Raum, neue Ansätze der Zusammenarbeit zu erproben. Mit Blick auf die kommenden Förderwellen gibt es sicherlich noch Potenzial, innovative Vorhaben mit medizinischen und beruflichen Rehabilitationserbringern zu entwickeln, die neue Kooperationsformen beinhalten. Unter Umständen sollten auch neue Anreize geschaffen werden, um die Kooperation an den Schnittstellen weiter zu befördern.

Die DEGEMED ist der Spitzenverband der medizinischen Rehabilitation. Sie setzt sich für die Interessen der stationären und ambulanten Rehabilitationseinrichtungen ein und ist offen für alle Betreibermodelle und Rechtsformen. Ihre Anliegen und Themen vertritt die DEGEMED gegenüber Politik, Leistungsträgern und Öffentlichkeit.

→ degemed.de

Unternehmen als Partner

Erfolgsmodelle für Prävention und Gesundheitsförderung

Prävention hat Konjunktur – in allen Lebenswelten. Betriebe sind gefragt, die wertvolle Arbeitskraft ihrer Beschäftigten zu erhalten oder wiederherzustellen. Gleichzeitig sind alle Sozialversicherungsträger angehalten, miteinander zu kooperieren, um ihren gesetzlichen Präventionsauftrag zu erfüllen. Es geht darum, Betriebe beim Aufbau gesundheitsfördernder und präventiver Rahmenbedingungen zu unterstützen. Modellvorhaben und gute Beispiele zeigen, wie die Umsetzung in der Praxis gelingen kann

Im Vergleich zur Rehabilitation ist die Zusammenarbeit der Sozialversicherungsträger im Bereich Prävention relativ neu. Mit dem Präventionsgesetz (2015), dem Flexirentengesetz (2016) und zuletzt dem Bundesteilhabegesetz (ab 2017) hat der Gesetzgeber die Eckpfeiler für diese Entwicklung gesteckt. Das Zusammenspiel der Akteure koordiniert eine Nationale Präventionsstrategie; sie beschreibt gemeinsame Ziele zur Gesundheitsförderung und Prävention, benennt vorrangige Handlungsfelder und Zielgruppen.

Lotsen im gegliederten System

Damit kommt den gesetzlichen Sozialversicherungsträgern im gegliederten Versicherungssystem eine Lotsenfunktion für Beschäftigte und Arbeitgeber zu. Leistungen sollen koordiniert und „wie aus einer

Hand“ erbracht werden. Durch das vernetzte Zusammenwirken vor Ort sollen Zuständigkeitsgrenzen überwunden werden, so dass der Zugang zu Leistungen für Betroffene und Betriebe erleichtert wird.

Kooperation von DRV Bund und DGUV

Wie die Zusammenarbeit über Trägergrenzen hinweg in der Praxis funktionieren kann, zeigen die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund) und die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV). Mit der gemeinsamen Erklärung „Starke Partner für gesundes Leben und Arbeiten“ legten sie im Jahr 2016 den Grundstein ihrer Kooperation bei der Beratung von Unternehmen zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM). Auch die Themen Prävention und Gesundheitsförderung sollen dabei Berücksichtigung finden. „Betriebe und Unternehmen haben ein Interesse daran, von den Trägern der Sozialversicherung eine Beratung ‚wie aus einer Hand‘ zu erhalten.“ heißt es in der gemeinsamen Erklärung. Ziel des Vorhabens ist es, die Belegschaft gesund zu halten und ihre Beschäftigungsfähigkeit zu sichern.

Trägerübergreifendes Know-how

Eine wichtige Voraussetzung für das Gelingen ist die Kenntnis der Leistungsangebote der Kooperationspartner sowie der jeweiligen Ansprechpersonen vor Ort. Gemeinsame Beratungen, Qualifizierungen und Workshops versetzen die Berater und Beraterinnen der Renten- und Unfallversicherung in die Lage, Arbeitgeber je nach Bedarf auf ergänzende Leistungen des anderen Trägers hinzuweisen. Damit können die beteiligten Akteure die Lotsen- und Wegweiserfunktion bei der Beratung von Betrieben ausfüllen.

Modellregion Berlin-Brandenburg

Konkretisiert wurde die Kooperation in regionalen Modellprojekten. In der Modellregion Berlin-Brandenburg konnte als ein Partnerunternehmen ein Finanzdienstleister mit etwa 200 Beschäftigten gewonnen werden. In dem mittelständischen Unternehmen bestand Handlungsbedarf aufgrund des hohen Durchschnittsalters der Beschäftigten und eines zunehmenden Veränderungsdrucks in der Belegschaft infolge des digitalen Umbruchs im Finanzsektor. Im Projekt setzten die Partner – der Finanzdienstleister, die zuständige Verwaltungs-Berufsgenossenschaft (VBG)

Gesetzliche Grundlagen für Prävention im SGB

SGB I § 14, 15 **Verpflichtung aller Sozialleistungsträger zu Auskunft und Beratung**

SGB V § 20d **Nationale Präventionsstrategie**

- Abs. 1** Entwicklung einer nationalen Präventionsstrategie – Krankenkassen gemeinsam mit den Trägern der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung und den Pflegekassen
- Abs. 2** Inhalte der Nationalen Präventionsstrategie: bundeseinheitliche, trägerübergreifende Rahmenempfehlungen und Präventionsbericht
- Abs. 3** Vereinbarung einer Bundesrahmenempfehlung der Träger durch Festlegung gemeinsamer Ziele, Handlungsfelder und Zielgruppen.
- Abs. 4** Erstellung eines Präventionsberichts alle vier Jahre durch die Nationale Präventionskonferenz

SGB V § 20 **Gesetzliche Krankenversicherung: Primäre Prävention und Gesundheitsförderung**

SGB VI § 14 **Leistungen der Rentenversicherung zur Prävention**

SGB VII § 14 **Gesetzliche Unfallversicherung: Grundsatz**



Die Kooperation zwischen DGUV und DRV wurde bei der Führungskräfteveranstaltung im Januar 2020 weiterentwickelt. Im Bild: Andreas Konrad, Leiter der Abteilung Rehabilitation der DRV Bund

und die DRV – auf eine Kombination aus individual- und verhältnispräventiven Maßnahmen. Seit Herbst 2017 befindet sich das Projekt in der Umsetzung. Das Spektrum der Dienstleistungen reicht von Präventionsleistungen der Rentenversicherung über psychische Gefährdungsbeurteilung und regelmäßige Angebote zur Individualprävention und Gesundheitsvorsorge der VBG bis zur BEM-Einzelfallberatung.

„Gesunde Arbeit Hamburg“

In Hamburg arbeiten Berufsgenossenschaften und Unfallkassen, die Rentenversicherung sowie Krankenkassen im Modellvorhaben „Gesunde Arbeit Hamburg“ zusammen. Zum Thema Rückengesundheit erproben die Träger mit ausgewählten Pflegeeinrichtungen und dem Hamburg Airport, wie sie Leistungen in Prävention und Rehabilitation stärker aufeinander abstimmen und miteinander verzahnen können. Profitieren sollen davon sowohl die Unternehmen als auch deren Beschäftigte. Ihren neuen Weg der vernetzten Kooperation stellten die Hamburger Sozialversicherungen Anfang Februar 2020 bei einem Infotag Führungskräften aus Unternehmen, Fachkräften aus dem Arbeitsschutz und Experten aus Politik und der Trägerlandschaft vor.

Um die Kooperation von DRV und DGUV bei den relevanten Akteuren bekannt zu machen, werden alle Maßnahmen von einer intensiven Öffentlichkeitsarbeit begleitet. Neben den Unternehmen sind Betriebsärzte und Interessenvertretungen hierbei wichtige Zielgruppen.

Angebote ergänzen sich ideal

In den Modellprojekten hat sich gezeigt, dass sich die Angebote der Renten- und Unfallversicherung ideal ergänzen und Unternehmen dadurch besonders von der Kooperation profitieren können. Die Erfahrungen der Regionen sollen in ein strukturiertes Vorgehen für die bundesweite Beratung von Betrieben einfließen. Sie zeigen das Spektrum der Möglichkeiten und ha-

ben Vorbildwirkung. Perspektivisch soll die Zusammenarbeit auch für andere Leistungsträger geöffnet werden. In einigen Modellregionen wurde dieser Schritt bereits gegangen. Dass die Kooperation zwischen Renten- und Unfallversicherung ein Erfolg ist, unterstrichen die Partner Anfang 2020 mit einer Führungskräfteveranstaltung und ebneten damit den Weg zum bundesweiten Rollout.

Berliner Stadtreinigung: BEM zählt

Auf Vernetzung setzten auch die Berliner Stadtreinigungsbetriebe (BSR). Der größte kommunale Entsorger Deutschlands arbeitet in Sachen Prävention und Wiedereingliederung seit Jahren mit dem Firmenservice der DRV Berlin-Brandenburg zusammen. Weitere Partner sind dabei das BFW Berlin-Brandenburg, die Betriebskrankenkasse (BKK) VBU sowie die Unfallkasse (UKB) Berlin. Seine Beschäftigten informiert der Berliner Entsorger systematisch über die Präventionsleistungen der Rentenversicherung. Diese bietet wiederum ihre fachliche Expertise bei Fragen der Antragstellung und Ablauforganisation an. Mit dem BEM hat die BSR ein wichtiges Instrument zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit etabliert. „BEM ist eine Gemeinschaftsaufgabe“, stellt BSR-Personalvorstand Martin Urban fest und unterstreicht damit das vernetzte interdisziplinäre Engagement bei dem Thema.

2017 schuf der Dienstleister mit dem BEM-Symposium eine Austauschplattform für Führungskräfte, Beschäftigte aus Personalabteilungen und Interessenvertretungen sowie BGM- und BEM-Beauftragte von Unternehmen aus Berlin und dem Bundesgebiet. 2020 geht die BSR mit ihrem Symposium in die 4. Runde. Unterstützt wird sie dabei wieder von der BKK VBU, die UKB und der DRV Berlin-Brandenburg.

4. BEM-Symposium der BSR zum Thema „Individualität der Eingliederungsmaßnahme“.

→ 26./27. August 2020
bei der DRV Bund

Vorteil Telemedizin

Innovative Ansätze im Return-to-Work-Prozess

Digitale Technologien wie Telemedizin, medizinische Apps, Robotik, Künstliche Intelligenz oder Virtual Reality werden die Gesundheitsversorgung im kommenden Jahrzehnt nachhaltig verändern. Prof. Dr. Andreas Weber, Leiter des Medizinischen Fachdienstes im BFW Dortmund, beschreibt in seinem Gastbeitrag Chancen und Zukunftsperspektiven der Telemedizin in der beruflichen Rehabilitation.



Befeuert durch das neue Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (DVG) stehen derzeit vor allem digitale Leistungen, die in der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden, im Fokus der Öffentlichkeit. Weniger Aufmerksamkeit erfährt dagegen die medizinische und besonders die berufliche Rehabilitation. Dabei kommt der Rehabilitation vor dem Hintergrund des demografischen Wandels mit älter werdenden Belegschaften, einer verlängerten Lebensarbeitszeit sowie der Zunahme von chronischen (Mehrfach-) Erkrankungen eine wachsende Bedeutung zu.

Vorreiterrolle für BFW

Berufsförderungswerke als Leistungserbringer mit dem Strukturmerkmal eines medizinischen und psychologischen Fachdienstes haben die Chance, eine Vorreiterrolle in der zukunftsorientierten innovativen Gestaltung der beruflichen Rehabilitation einzunehmen. Mit Blick auf die steigende Zahl von Rehabilitanden mit komplexen chronischen (Mehrfach-) Erkrankungen wird die Verknüpfung von medizinischen rehabilitativen Interventionen mit krankheitsbezogenen speziellen Angeboten und mit der adäquaten Versorgung von Folgeerkrankungen immer wichtiger. Dabei gilt das Prinzip „wie aus einer Hand“ zur Sicherung des Return-to-Work-Prozesses. Daher wurde im BFW Dortmund das Konzept einer indikationsbezogenen integrativen Medizin entwickelt.

Über aktuelle und Zukunftsthemen tauschen sich die Leitungen der medizinischen Dienste der BFW Anfang Mai im BFW Frankfurt aus.

Kennzeichnend für diesen Ansatz sind qualitativ hochwertige medizinische Dienstleistungen, die – auch unter Nutzung digitaler Technologien – in Zusammenarbeit mit externen Experten erbracht werden. So wird die Telemedizin als Telekonsil im BFW Dortmund bereits seit 2016 im Rahmen einer digitalen Kooperation mit dem Epilepsiezentrum der Universitätsklinik Erlangen eingesetzt. Epilepsieerkrankungen mit weitreichenden sozialen und beruflichen Folgen, häufiger Unter- oder Fehlversorgung sowie eines oft schlechten Therapieverhaltens des Betroffenen führen in der beruflichen Reha oft zu vermehrten Fehlzeiten, hohem Abbruchrisiko und niedriger Integrationsquote. „Tele-Epilepsie“ ermöglicht den direkten Zugang zu räumlich entfernten Top-Experten ohne Wartezeiten oder lange Anreise.

Kurz vor der Umsetzung steht das Angebot der „Tele-Schlafmedizin“. Aufgrund der erheblichen Relevanz chronischer Schlafstörungen für den Erfolg einer beruflichen Rehamaßnahme, besteht hier ein großer Bedarf. Neben telemedizinischen Kooperationen sind digitale Anwendungen denkbar wie Videosprechstunden, medizinische Apps zur Therapieüberwachung, Trainingszwecken oder Virtual Reality im Rahmen von Eignungsabklärungen.

Perspektiven für die Zukunft

Die Aufweichung des ärztlichen Fernbehandlungsverbotes eröffnet weitere Optionen. Perspektivisch ist die Vision eines großräumigen Digitalverbundes innerhalb der BFW-Fachdienste mit telemedizinischer Schwerpunktbildung reizvoll. Auch an der Schnittstelle zur medizinischen Rehabilitation ergeben sich sinnvolle Einsatzmöglichkeiten für digitale Technologien, z. B. innerhalb einer MBOR-Kooperation zwischen medizinischer Reha-Einrichtung und Berufsförderungswerken, gerade bei größerer räumlicher Distanz. In der Nachsorge von Personen, die nach einer medizinischen in die berufliche Reha gehen, kann eine digitale Vernetzung medizinischer Reha-Einrichtungen mit dem Medizinischen Dienst eines BFW zur Sicherung des Therapieerfolges hilfreich sein. Eine interdisziplinäre Vernetzung der Akteure der beruflichen Rehabilitation mit Dienstleistern der Gesundheitsversorgung über Sektorengrenzen hinweg ist jenseits von Modellprojekten lange überfällig. Digitale Technologien könnten ihr zum Durchbruch verhelfen. Sie werden allerdings nicht zum Nulltarif zu haben sein und stellen eine Herausforderung für die Reformfähigkeit des Systems und seiner tradierten Vergütungsstrukturen dar. Telemedizin und digitale Gesundheitsanwendungen haben das Potenzial, in der beruflichen Rehabilitation das Serviceangebot, die medizinischen Dienstleistungen und die Integrationschancen zu verbessern. Sie leisten darüber hinaus einen maßgeblichen Beitrag für eine Leistungssteigerung der BFW.

Dank Case Management zurück in Arbeit

Bundesweite Zusammenarbeit der SBK und Berufsförderungswerke vereinbart

Mit dem Ende des Krankengeldbezuges drohen Beschäftigten oft Brüche im Erwerbsverlauf. Oft fehlt es an einer beruflichen Perspektive. Um diese Lücke im Fallmanagement zu schließen, arbeitet die SBK Siemens-Betriebskrankenkasse nun mit den Berufsförderungswerken (BFW) beim Case-Management zusammen. Ein Mehrwert nicht nur für die Versicherten.

Für die Kundenberater der SBK stellte sich vielfach die Frage, wie Langzeit erkrankte Versicherte wieder in das Arbeitsleben eingegliedert werden können. Vor diesem Hintergrund initiierte die Krankenkasse 2016 gemeinsam mit dem BFW Oberhausen ein regionales Pilot-Projekt, um den Nutzen des Case Managements zu bewerten. Der Mehrwert überzeugte, es ergab sich eine Win-Win-Situation: SBK-Versicherte erhielten durch die Beratung neue berufliche Perspektiven und konnten schneller in das Arbeitsleben zurückkehren. Gleichzeitig reduzierte die SBK ihre Krankengeldaufwendungen.



Diese Ergebnisse haben die SBK darin bestärkt, die Zusammenarbeit bundesweit auszubauen, um allen SBK-Versicherten ein Case Management anbieten zu können. Mit dem im Dezember 2019 geschlossenen Rahmenvertrag wurde der Grundstein für die flächendeckende Zusammenarbeit gelegt. In den nächsten

Monaten geht es nun darum, das Beratungsangebot in der Fläche zu etablieren und bekannt zu machen. SBK-interne Webinare und gemeinsame Kick-off Termine bieten eine gute Basis für die Zusammenarbeit. In regelmäßigen Qualitätszirkeln tauschen die Partner Erfahrungen aus und entwickeln die Kooperation weiter.



Verzahnung ermöglicht schnelle Integration

Kooperation von BFW Dortmund und Reha-Klinik Fredeburg

Hilfen, die nahtlos ineinandergreifen und einen reibungslosen Rehabilitationsverlauf ermöglichen, haben für die Betroffenen den größten Nutzen. Wie bedeutsam zudem eine räumliche Nähe für den Erfolg sein kann, zeigt die Kooperation zwischen dem BFW Dortmund und der Johannesbad Klinik Fredeburg, einer Fachklinik für Abhängigkeitserkrankte. Seit 2018 betreibt die Johannesbad Gruppe direkt im BFW Dortmund eine Adaptionseinrichtung mit 32 Plätzen, die Menschen nach einer Therapie in den Berufsalltag zurückbringt. Geplant ist nun in direkter BFW-Nachbarschaft eine neue Reha-Klinik in Betrieb gehen.

„Die Dynamik in der Wirtschaft und die Anforderungen des BTHG lassen Veränderungen in den Leistungen notwendig erscheinen“, erklärt BFW Dortmund-Direktor Christian Vogel. „Das Ziel ist, individuelle Leistungen passgenau und zeitenoptimiert an die jeweilige Zielgruppe anzupassen, um im Rahmen von Kooperationen ein Angebot zu entwickeln, das Rehabilitanden eine maximale Versorgung ermöglicht.“ Nach ersten Erfahrungen in der Zusammenarbeit zwischen dem BFW Dortmund und der Adaption der Johannesbad Klinik für Suchterkrankte scheine der verkürzte Übergang zwischen medizinischer und beruflicher Reha für die Zielgruppe zukunftsweisend zu sein, so Vogel. Die Adaption beschreibt die Entwöhnungsbehandlung im Anschluss an eine medizi-

nische Rehabilitation. Hier stehen die gesundheitliche Stabilisierung und die Vorbereitung auf die Rückkehr ins Arbeitsleben im Fokus. Schließt sich die berufliche Orientierung direkt an die Adaption an, trägt dies maßgeblich zu einer schnellen Wiedereingliederung bei, etwa durch eine berufliche Qualifizierung im BFW. Der große Vorteil ist, dass Klinik-Therapeuten und BFW-Experten schon während der medizinischen Rehabilitation zusammenarbeiten, in der Therapiezeit die Patienten bereits Bewerbungstrainings erhalten und ihre beruflichen Fähigkeiten erproben können.

Die neu geplante Reha-Klinik der Johannesbad Gruppe schafft in den nächsten Jahren weitere 250 Plätze – und erweitert die Kooperation damit deutlich.

Berufliche Teilhabe sehbeeinträchtigter Menschen verbessern

Ergebnisse des Forschungsprojekts ORELTA

Nur etwa ein Drittel aller blinden und sehbehinderten Menschen in Deutschland ist erwerbstätig. Wiederum drei Viertel der Beschäftigten berichten von Barrieren am Arbeitsplatz. Vor diesem Hintergrund identifiziert das im März 2017 gestartete Projekt ORELTA Faktoren, die zum Gelingen oder Beschränken einer beruflichen Teilhabe blinder und sehbehinderter Menschen beitragen. ORELTA steht dabei für: „Von der ophthalmologischen Rehabilitation zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“



Partner des von der Deutschen Rentenversicherung Bund geförderten Vorhabens sind die Humboldt-Universität zu Berlin und der Bundesverband Deutscher Berufsförderungswerke (BV BFW). „Neben Experteninterviews und der Analyse von Sekundärdaten haben wir viele blinde und sehbehinderte Menschen befragt“, berichtet Jana Gisbert Miralles, die beim BV BFW mit dem Projekt betraut ist. Insgesamt beteiligten sich 362 Betroffene mit unterschiedlichem beruflichem Status an der quantitativen Befragung: darunter 163 Erwerbstätige, 39 Erwerbslose, 88 in Ausbildung oder Umschulung befindliche und 62 Menschen im EM-Renten-Bezug. 36 von ihnen berichteten außerdem in biografischen Interviews über ihren Werdegang. Für die meisten Befragten haben Arbeit und Beruf einen hohen Stellenwert. In der Realität zeigt sich aber, dass sehbeeinträchtigte Menschen im Vergleich zur durchschnittlichen Erwerbsteilhabe nur zu etwa 30 Prozent in Beschäftigung sind. Besonders dramatisch ist die Situation blinder Personen.

anpassungen, Qualifizierungsmaßnahmen und Hilfsmittelschulungen entscheidend. Die einseitige Konzentration auf Leistung in Betrieben führt in Verbindung mit Vorurteilen gegenüber Sehbeeinträchtigten oft ins berufliche Aus. „Aufklärung und Best Practice können auf der Unternehmensseite ein Umdenken herbeiführen“, so die Projektmitarbeiterin der Humboldt-Universität Sandra Kappus. „Die Erfahrung zeigt, dass positive Inklusionsbeispiele Vorbildcharakter haben.“

Rechtzeitig intervenieren

In der primäraugenärztlichen Versorgung muss das Bewusstsein für eine Verantwortung jenseits der medizinischen Behandlung geschaffen werden, damit Probleme am Arbeitsplatz frühzeitig erkannt werden können. Die Beratungskompetenz und Sensibilität des medizinischen Personals sollte deutlich verbessert werden. Das Forscherteam empfiehlt zudem, dass Leistungserbringer stärker zusammenarbeiten, damit Betroffene schneller Kontakt zu allen relevanten Akteuren erhalten.

Rahmenbedingungen optimieren

Noch bestehen im Versorgungsprozess v. a. bei der Leistungsbeantragung bürokratische Hürden. Diese gilt es abzubauen. Die Kommunikation der Kostenträger untereinander und mit den blinden und sehbehinderten Menschen muss intensiviert, ressortbezogenes Denken überwunden werden. Zudem braucht es mehr gezielte psychologische Beratung zur Verarbeitung des Sehverlustes. Arbeitgeber können durch die Bereitschaft zu Arbeitsplatzanpassungen und durch flexible Arbeitsmodelle zum Ausgleich behinderungsbedingter Einschränkungen beitragen. Vielfach sind Unterstützungsangebote und Fördermöglichkeiten nicht bekannt und die Bürokratie bei der Beantragung zu groß. Eine wichtige Rolle spielen Kolleginnen und Kollegen. Sie sollten von Beginn an eingebunden werden.

Nur wenn kurative, rehabilitative und beschäftigungssichernde Angebote miteinander verzahnt und Schnittstellen überwunden werden, kann die berufliche Teilhabe von sehbeeinträchtigten Personen langfristig gesichert werden. Daher ist eine strukturierte und sektorenübergreifende Versorgungssteuerung mit flexiblen Versorgungspfaden notwendig, so das Fazit der Forscher.

ORELTA

Weitere Ergebnisse des Projektes werden beim Reha-Kolloquium am 2. März 2020 in Hannover vorgestellt.

Was sind gute Voraussetzungen?

Auf der Seite der Betroffenen sind Motivation, Belastbarkeit und Flexibilität günstige Voraussetzungen für die berufliche Teilhabe. Als förderlich erweisen sich auch eine souveräne Selbstpräsentation sowie der sichere Umgang mit Hilfsmitteln. Um individuelle Stärken optimal nutzen zu können, ist ein zeitnaher und transparenter Zugang zu beruflichen Reha-Leistungen wie die blindentechnische Grundausbildung, Arbeitsplatz-

REHAVISION

F E E D B A C K

Fragebogen auch
online unter:
[www.bv-bfw.de/
feedback](http://www.bv-bfw.de/feedback)

Ihre Meinung ist uns wichtig!

Informativ und kompakt: **REHAVISION** will Experten der Rehabilitations-Landschaft sowie eine interessierte Fachöffentlichkeit rund um aktuelle Entwicklungen, Trends und Themen in der beruflichen Rehabilitation und an ihren Schnittstellen auf dem Laufenden halten. Seit 2020 erscheint **REHAVISION** zweimal pro Jahr, mit mehr Seitenumfang als bisher.

Damit das Magazin noch näher an Ihren Bedarfen und inhaltlichen Wünschen ausgerichtet werden kann, ist Ihre Meinung wichtig! Bitte füllen Sie dazu den Fragebogen aus und lassen uns Ihre Antworten zukommen – **gerne auch online**. Die Befragung ist selbstverständlich anonym.

01 Ihre Bewertung

Wie bewerten Sie bei Rehavision folgende Merkmale (1: sehr gut bis 4: ausreichend)?

- | | | | | |
|----------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Informative Inhalte | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 |
| Themenauswahl | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 |
| Titelseite | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 |
| Grafische Gestaltung | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 |
| Lesbarkeit der Texte | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 |
| Länge der Texte | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 |

02 Ihr Leseverhalten

Wie oft lesen Sie Rehavision?

- ☐ Regelmäßig ☐ Sporadisch

Wie intensiv beschäftigen Sie sich mit dem Inhalt?

- ☐ Ich nehme das Magazin **1 Mal** in die Hand, um es durchzublättern.
- ☐ Ich nehme das Magazin **1-3 Mal** in die Hand, um einzelne Beiträge zu lesen.
- ☐ Ich nehme das Magazin **häufiger** in die Hand, um alle Beiträge zu lesen.
- ☐ Ich sammle das Magazin und **empfehle** Artikel weiter.

03 Ihre Themen

Welche Themen sind Ihnen besonders wichtig?

- ☐ Arbeitsmarkt
- ☐ Berufliche (Aus- und Weiter-)Bildung
- ☐ Sozial- und Behindertenpolitik
- ☐ Internationale Rehabilitation
- ☐ Zukunftstrends und Perspektiven
- ☐ Vernetzung/Schnittstellen
- ☐ Themen aus den Berufsförderungswerken
- ☐ Reha-spezifische Themen wie _____
- ☐ Servicethemen wie _____
- ☐ Sonstige Themen wie _____

04 Ihre Medien

In welcher Form möchten Sie Rehavision gerne lesen?

- ☐ In gedruckter Form
- ☐ Als PDF-Download
- ☐ Als E-Paper
- ☐ Über eine App

05 Ihre Person

Ihr Hintergrund:

- ☐ Reha-Trägerlandschaft
- ☐ Verbandslandschaft
- ☐ Unternehmen
- ☐ Wiss. Organisation
- ☐ Leistungserbringer
- ☐ Selbsthilfe
- ☐ Sonstige _____



Senden Sie den Fragebogen bitte an folgende Fax-Nummer: 030 3002-1256.
Oder beteiligen Sie sich an der Leserbefragung online unter www.bv-bfw.de/feedback

Kurz notiert

Chefsache Inklusion – dreimal in 2020



Das erfolgreiche Expertenforum, das seit 2014 bei namhaften Unternehmen wie u. a. SAP, Airbus, Ford, Deutsche Telekom oder der Deutschen Bahn veranstaltet wird, wird 2020 gleich dreimal fortgesetzt: Im Mai findet im Vorfeld des Parlamentarischen Abends des Bundesverbands der Berufsförderungswerke (BV BFW) ein Think Tank von Entscheidern aus der Wirtschaft statt, um aktuelle und relevante Themen und Aspekte aus Sicht von Unternehmen aufgreifen zu können. Einen Monat später geht es am 11. Juni mit „Chefsache Inklusion Mitteldeutschland“ weiter. Gastgeber ist dort das Porsche-Werk in Leipzig. Im Herbst 2020 gibt es eine weitere Veranstaltung aller BFW in Nordrhein-Westfalen. Auch dieses Mal wird es um Erfahrungen aus der Praxis gehen, die zeigen, dass eine erfolgreiche Fachkräftesicherung das Potenzial von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Blick hat.

→ Mehr unter: chefsache-inklusion.de

CJD übernimmt BFW Hamburg



Das Christliche Jugenddorfwerk Deutschlands (CJD) hat zum 1. Januar 2020 die Perspektiv-Kontor Hamburg GmbH (PepKo) übernommen. Zur PepKo-Gruppe gehören neben dem Berufsförderungswerk Hamburg ein Berufsbildungswerk, ein Berufliches Trainingszentrum und die ausblick hamburg GmbH. Als Kooperationspartner mit an Bord ist das IT-Unternehmen akquinet health services GmbH. Das CJD ist ein bundesweit etablierter Träger im Bereich der beruflichen Rehabilitation, der mit dem BFW Koblenz bereits ein Berufsförderungswerk betreibt. „Hamburg bietet aufgrund seiner Bedeutung großes Potenzial, das Angebotsportfolio im CJD zu erweitern“, so CJD Vorstand Samuel Breisacher. Erklärtes Ziel ist es, Menschen dabei zu unterstützen, ihren Weg (zurück) in Beruf und Beschäftigung zu finden.

Erster Teilhabeverfahrensbericht veröffentlicht

Mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) wurde ein Teilhabeverfahrensbericht eingeführt. „Dieser Teilhabeverfahrensbericht soll erstmals in der Geschichte der Rehabilitation einen validen Gesamtüberblick über einen Tätigkeitsbereich der für Teilhabe und Rehabilitation zuständigen Behörden schaffen, für den sie jährlich circa 40 Milliarden Euro an Beitrags- und Steuermitteln ausgeben“, so Dr. Rolf Schmachtenberg, Staatssekretär im Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

Mit dem BTHG hat der Gesetzgeber alle Reha-Träger dazu verpflichtet, Daten zu den an sie gestellten Anträgen auf Reha-Leistungen zu erfassen und an die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) zu übermitteln. Ende 2019 hat die BAR nun den ersten Teilhabeverfahrensbericht veröffentlicht. Er umfasst Daten von 39 Rehabilitationsträgern, die Angaben zu 2,3 Millionen Anträgen auf Reha-Leistungen aus dem Jahr 2018 übermittelt haben. Dabei geht es um:

- Anzahl der Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation & Teilhabe
- Anzahl der Weiterleitungen nach § 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX
- Durchschnittliche Dauer zwischen Erteilung und Vorlage eines Gutachtens
- Bearbeitungszeit
- Widersprüche und Klagen
- Dauerhafte Integration in Arbeit nach einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben

So zeigt die Übersicht über die erfassten Widersprüche und Klagen über alle Trägerbereiche hinweg unter anderem, dass 51 % der Widersprüche aus dem Jahr 2018 und 30,1 % der rechtskräftig entschiedenen Klagen aus Sicht der Leistungsberechtigten erfolgreich waren.

Aus BVA wird BAS

Zum 1. Januar 2020 ist das 1956 gegründete Bundesversicherungsamt (BVA) in Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) umbenannt worden. Mit der Umbenennung kommt damit auch im Namen zum Ausdruck, was inhaltlich bereits vollzogen ist: die stetige Weiterentwicklung des früheren BVA von einer Aufsichtsbehörde zu einem Bundesamt mit weiteren vielschichtigen Verwaltungs- und Finanzierungsaufgaben. Das BAS führt die Aufsicht über die Träger und Einrichtungen der gesetzlichen Kranken-, Pflege-, Renten- und Unfallversicherung, deren Zuständigkeitsbereich sich über mehr als drei Bundesländer erstreckt. Zudem nimmt das BAS wichtige Verwaltungsaufgaben im Bereich der Sozialversicherung wahr. Zu diesen Aufgaben gehören u. a. die Verwaltung des Gesundheitsfonds, die Durchführung des Risikostrukturausgleichs in der Krankenversicherung, die Zulassung von Behandlungsprogrammen für chronisch Kranke sowie die Verwaltung des Ausgleichsfonds in der sozialen Pflegeversicherung.

Personalia

Zarnekow-Förderpreis 2020 für Dr. Susanne Bartel

Für ihre Dissertation zum Thema „Arbeit – Gesundheit – Biografie“ erhält **Dr. Susanne Bartel** vom BV BFW den Förderpreis für Rehabilitationsforschung 2020 der Illa und Werner Zarnekow-Stiftung. Verliehen wird der Preis jährlich von der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften DGRW für eine herausragende und aktuelle wissenschaftliche Arbeit zu einem rehabilitationswissenschaftlichen Thema. Die feierliche Preisverleihung findet im Rahmen der Eröffnung des 29. Reha-Kolloquiums am 3. März 2020 in Hannover statt.



DRV Bund: Neuer Leiter des Bereichs Reha-Wissenschaften

Dr. Marco Streibelt hat im Oktober 2019 die Nachfolge von Dr. Rolf Buschmann-Steinhage als Leiter des Bereichs Reha-Wissenschaften bei der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund) übernommen und verantwortet damit die inhaltlich-strategische Ausrichtung des Reha-Forschungsprogramms der DRV Bund. Dr. Marco Streibelt arbeitet seit 2009 in der Abteilung Rehabilitation der DRV Bund und war dort zuständig für die Initiierung und Betreuung von Entwicklungs- und Umsetzungsprojekten.



BFW Bad Pyrmont: Neue Leitung

Im Januar 2020 hat **Olaf Gorniak** die Leitung des Berufsförderungswerk Bad Pyrmont übernommen, einem von elf Standorten der INN-tegrativ gGmbH. Der 51-jährige Dipl.-Ing. für Druckereitechnik war bisher als Geschäftsbereichsleitung im Bereich Qualifizierung tätig. „In den letzten Jahren habe ich den Wandel des Berufsförderungswerkes zum modernen Anbieter beruflicher Rehabilitations- und Bildungsangebote mitgestaltet und bin hoch motiviert, als Mitglied der Unternehmensleitung mehr Verantwortung zu übernehmen“, unterstreicht Gorniak.



BFW Weser-Ems: Wechsel an der Spitze

Mit **Claudia Janßen** steht seit dem 1. Januar 2020 erneut eine Frau an der Spitze des BFW Weser-Ems. Das BFW mit Sitz in Ganderkesee gehört zur INN-tegrativ gGmbH. Claudia Janßen, die Perdita Engler im Amt folgt, war zuletzt als Geschäftsbereichsleitung für die Beruflichen Reha- und Integrationszentren der INN-tegrativ im Nordwesten tätig. „Die Weiterentwicklung des Unternehmens lag mir immer am Herzen. Im Rahmen der neuen Aufgabe kann ich mich noch aktiver in die Konzeption und Umsetzung neuer Angebote einbringen und den Standort für die Zukunft rüsten“, sagt sie.



DEGEMED: Vorstand gewählt

Die Mitgliederversammlung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation (DEGEMED) hat Anfang November einen neuen Vorstand gewählt: Die bisherige Vorstandsvorsitzende **Dr. Constanze Schaal** (RehaZentren Baden-Württemberg, Stuttgart) wurde einstimmig im Amt bestätigt, das sie seit 2016 inne hat. Weitere Vorstandsmitglieder sind: Tobias Brockmann (Paracelsus Kliniken, Osnabrück), Björn Gollée (Kirchberg Klinik, Bad Lauterberg), Ricarda Lorenz (Thermalbad Wiesenbad), Angelika Presl (Bavaria Klinken, Kreischa), Petra Schraml-Dussle (Fachklinik Sonnenhof, Waldachtal), Robert Zucker (Klinik Höhenried, Bernried), Dr. Hubert Erhard (BG Klinikum Hamburg) und Dr. Maik Fischer (Staatsbad Bad Pyrmont). Der Vorstand wird bis zum Jahr 2022 im Amt sein.



Veranstaltungen

Termine auf einen Blick

- **Deutscher Demografie Preis 2020**
18. März 2020 | Berlin
- **Werkstätten:Messe 2020**
1.-4. April 2020 | Nürnberg
- **Verleihung des Inklusionspreises für die Wirtschaft 2020**
27. April 2020 | Berlin
- **SightCity**
27.-29. Mai 2020 | Frankfurt
- **Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit**
17.-19. Juni 2020 | Berlin
- **REHACARE INTERNATIONAL**
23.-26. September 2020 | Düsseldorf

Fit für die Zukunft

Menschen. Unternehmen. Berufsförderungswerke.



4

Gesetze enthalten Grundlagen
für Prävention



8

Sozialleistungsträger erbringen
Leistungen der Rehabilitation
und Teilhabe



43 %

der Frühverrentungen sind
psychischen Erkrankungen
zuzuschreiben

Zahlen und Fakten der Ausgabe auf einen Blick



20 %

der Empfehlungen aus der
medizinischen Rehabilitation für
LTA werden zunächst abgelehnt



40 Mio.

Versicherte haben Anspruch
auf Präventionsangebote



51 %

der Widersprüche von
Leistungsberechtigten gegenüber
Trägern waren 2018 erfolgreich

Zugang für alle responsiv & barrierefrei

Kommunikation, die Inklusion unterstützt:
www.bv-bfw.de

Ausgabe verpasst? Archiv & Leserservice

Die Ausgaben der **REHAVISION** als Download:
www.bv-bfw.de > Publikationen