

Abschrift Fotoprotokoll zum 2. Werkstattgespräch

am 15. September 2017 von 10:30 – 16:15 Uhr
in der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover
Teilnehmer/innen: siehe Teilnehmerliste
Protokoll erstellt am: 27.11.2017

1. Nachhaltige Teilhabe / Rehabilitationserfolge sichern

- Einfache Verständlichkeit bei Anträgen / Formularen / Bescheide
- Regionale Konzepte
- Unterschiedliche Anforderungen
- Mobilität fördern
- Schnittstelle medizinische, berufliche Reha bei Suchtkranken
- Transparenz
- Wer ist für was zuständig?
- Enge Abstimmung der Akteure
- Leistungen aus einer Hand
- Frühzeitig „Brücken“ bauen
- Barrieren abbauen
- Leistungsverbot im Vermittlungsprozess
- In Bedarfen, nicht in Leistungen / Zuständigkeiten denken
- Trägerübergreifend, keine gesetzliche Grenze
- Chancen von Digitalisierung nutzen
- Zugänge zu Informationen
- Verständlich für jeden
- Nachhaltige Begleitung
- Schnelle Entscheidung bei zusätzlichem Bedarf
- Freie Wahl, kein Zwang
- Individuelle, passgenaue Fachkompetenz Beratung
- Selbstbetroffene miteinbeziehen
- Schnelle und verbindliche Entscheidung
- Quantität und Qualität Personal
- Fort- und Weiterbildung
- Ressourcen fehlen
- Kein „Schubladendenken“, alle Wege offenlassen

- Kerndatenanalyse
- Datenübermittlung Trägerübergreifend
- Umsetzbarkeit?

2. Nachhaltige Teilhabe / Rehabilitationserfolge sichern

- Online Nachsorge / Peer-Beratung Medien (z. B. Facebook)
- Selbsthilfegruppen
- Übergang Sucht → Beruf
- Berufliche Online-Module während medizinischer Reha als Modellprojekt
- Online Fallkonferenzen

- Bessere Vernetzung der Träger
- Informationsaustausch
- Erreichbarkeit BA, DRV-Servicestelle
- Ansprechpartner
- Beteiligung Arbeitgeber
- Professionelle Arbeitgeberberatung → Integrationsabteilung
- Konkreter Ansprechpartner für Arbeitgeber → unmittelbare Erreichbarkeit als Projekt

- Flexible, individualisierte Angebote

- Nahtloser Übergang
- Verzahnung der Angebote
- Barrieren abbauen
- Formulare in leichter Sprache
- Vereinfachung Antragsverfahren
- Vereinheitlichung IT-Verfahren

3. Nachhaltige Teilhabe / Rehabilitationserfolge sichern

- Schnittstellenmanagement
- Parallelität medizinische & berufliche Leistung
- Teilhabekonferenz während medizinische Rehabilitation
- Beteiligung aller → vor allem der Reha-Berechtigten
- Frühzeitige Abklärung weiteres Teilhabebedarf (berufliche Integration)
- Netzwerke stärken

- Es fehlt der Träger SGB III

- ?
- Berufswege Konferenz
- Arbeitsassistenz / Job Coaching → nachhaltig / ggf. dauerhaft
- Nutzung Budget für Arbeit
- Barrieren der Doppelfinanzierung aufbessern
- Finanzierung Fallmanagement
- Förderung Beschulung während medizinischer Reha
- Integrierte personenbezogene Leistungen
- Rehabilitation als Gesamtprozess
- Flexible berufliche Integrationsangebote
- Ansprechpartner klare Zuständigkeiten (z. B. Jobcenter)

4. Nachhaltige Teilhabe / Rehabilitationserfolge sichern

- „Nachteilsausgleich“ / Nutzbar machen „Nicht Behinderte“
- Digitalisierung
- Budgetübergreifendes Nachsorgeangebot
- Fallmanagement
- Soziale Begleitung
- Selbst-App
- Selbsthilfe einbeziehen → ja, unbedingt
- KMU nach Vermittlung unterstützen
- IFD unabhängig einer Schwerbehinderung
- Job-Coach
- Für AG und AN
- Kurzinterventionen (beruflich & medizinisch)

5. Nachhaltige Teilhabe / Rehabilitationserfolge sichern

- Erfolgsorientierung statt Zeit- und Budgetorientierung
- Was heißt Erfolg? Wer definiert den?

- Weiterer Kontakt zu Rehabilitanden (Stichwort: Prämie bei erfolgreicher Wiedereingliederung)
- Unterstützung solange, wie Bedarf besteht
- „Ausschleichen“ statt „Beendigung“
- Kümmerer
- Rehabilitand sucht sich Mitarbeiter nach Reha aus (Ansprechpartner)
- nicht nach Bewilligung
- Dezentralisierung Nachsorge
- Regionalisierte Netzwerke

- Soweit Nachsorge in zu geringem Maße angenommen wird → Belohnungssystem für Rehabilitanden
- Konzept Nachsorgeanreiz (Forschung)
- Planungsgespräch mit Versicherten
- Was ist auch fachlicher Sicht am besten= Was möchte der Rehabilitand?
- „Belohnungssysteme“ intelligent gestalten – Fehlanreize vermeiden
- Reha ad infinitum? (Reha nicht endlos)

- Evaluation von / bei Reha-Einrichtungen → Transparenz (auch für Versicherte)
- Transparenz auch für Rehabilitanden
- Ergebnisse veröffentlichen
- Rechtskreisübergreifend
- Richtige Wahlentscheidung für Rehabilitanden ermöglichen

- Nachsorge bei Prävention
- Neues Konzept zur Nachhaltigkeit
- Mit Kümmerer
- Präventionsbegriff konkretisieren (Primär-, Sekundär-, Tertiärpräev.)
- mit Firmen zusammen?

- Tele-Reha Nachsorge weiterentwickeln
- Nachsorge-App
- Bessere Erreichbarkeit für alle Rehabilitanden
- Erforschung neuer Instrumente bzgl. Medienverhalten
- Akzeptanz der Rehabilitanden ermitteln

6. Nachhaltige Teilhabe / Rehabilitationserfolge sichern

- Fallmanagement auch über 6 Monate nach dauerhafter Integration
- Angebot für die Versicherte durch Reha-Träger der vorher geleistet hat
- Befragung der Rehabilitanden nach der Integration
- Bis zu 2 Jahre nach Arbeitsaufnahme (virtuell, schriftlich, telefonisch)
- Wechsel der Ansprechpartner vermeiden

- Zuständigkeiten & Geldflüsse läuft für den Ratsuchenden im Hintergrund
- Informationsangebote ausbauen, niederschwelliger Zugang
- Öffentlich geförderte Arbeit schaffen
- Beratungsangebote für Arbeitgeber ausbauen
- Aktive, aufsuchende Beratung bei Arbeitgeber
- „Teilhabeberatung“ für Arbeitgeber
- Unterstützung von KMU →
- gibt bereits: „Inklusionsberater“ für KMU! Projekt: Unternehmensnetzwerk Inklusion (UNi) Bundesweit
- Steuerung über die Karriere
- „Reha-Berater“ bei den Kammern einrichten
- AN-Fallmanagement der KK mit beruflichen Reha-Trägern vernetzen
- Schaffung von Rahmenbedingungen, dass KK auf Reha Träger zugehen kann
- Weitere Fördermöglichkeit außerhalb Eingliederungszuschüsse und Budget für Arbeit um AN im Betrieb zu halten
- Virtuelles Beratungsangebot ausbauen
- Digitalisierung Rat & Hilfe erhalten
Webcam
- Hausarzt soll den Teilhabeerfolg „begleiten“
- Sensibilisierung über LTA

1. Personengruppen mit besonderen Problemlagen

- Genügsame auf niedrigste Niveau (Anmerkung: steht im Zentrum der Metaplanwand)



- Komplexe Hilfeplanung
- Vermeidung Rentenbezug
- Ansprechpartner „Kümmerer“
- AG mitbeziehen
- Anspruch auf Berufswechsel
- Junge Erwachsene ohne Zugang zum System zu nutzen
- Individuelle Unterstützung an Stelle von Maßnahmen
- „Ausgesteuerte“ Personen – nach Ablauf K6
- Lohnfortzahlung verlängern – Verlängerte, stufenweise Wiedereingliederung
- Hilfrechtskreisübergreifend individuell & bedarfsgerecht

- Freiwillige Einwilligung für institutionell übergreifendes Arbeiten
- Datenschutz behindert
- Mit Einwilligung von Betroffenen geht doch alles!
- Menschen mit Erwerbsminderungs-Rente
- Hilfe nicht zeitlich limitieren sondern über Fortschritt / Erfolg steuern
- Rückkehrrecht nach Arbeitsversuch
- „Vorrang med. Leistungen“
- Voraussetzungsloser Maßnahmenbeginn
- aber nicht beliebig
- Junge Erwachsene mit psych. Problem / Erkrankungen
- Lohnkosten Zuschuss für Beschäftigung
- Einfache Tätigkeiten mit Wertschätzung + Verlässlichkeit
- Auch Leistung bei ungünstiger Prognose
- Suchtkranke
- Abkehr von Ziel der vollen Erwerbstätigkeit
- Einführung der Teil-AV

2. Personengruppen mit besonderen Problemlagen

- Systemsprenger / Junge Wilde
- Blinde / Taubstumme
- Menschen mit Behinderung
- Schüler mit Behinderung (ehemalige Förderschule)
- Chronisch Kranke
- Unterschiedliche Ausgangslage
- Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf
- Peer-Beratung
- „besondere Problemlage“ → zu wenig Inklusives System
- Persönliches Budget
- Individuelles trägerübergreifendes Fallmanagement
- Psych. Kranke
- Einsame
- Menschen mit psychischer Beeinträchtigung
- Sichere Feststellung der Beeinträchtigung? → bei allen Gruppen
- Unter Berücksichtigung des jeweiligen persönlichen Kontextes
- Ältere
- Arbeitslose
- BGM

- Verhältnisbezogenes BGM
 - Arbeitnehmer mit „Dauerstress“
 - Alleinerziehende Mütter
 - Vereinbarkeit von Reha & Familie
 - Junge Eltern in Überforderung
 - „Verdeckte“ Rehas (KiJu)
 - Aufsuchende niederschwellige Begleitung
 - Übergang Schule – Beruf ziehen
 - Alleinerziehende mit Reha-Bedarf (akut, medizinisch, beruflich)
-
- Flüchtlinge (Traumata)
 - Flüchtlinge mit Gewalttrauma
 - Flüchtlinge mit Behinderung
-
- Menschen ohne Schulabschluss
 - Menschen ohne Berufsabschluss

3. Personengruppen mit besonderen Problemlagen

- Berufliche Reha muss koordiniert werden
 - Frühzeitige, individuelle Betreuung
 - Kümmerer / Ansprechpartner
 - „Haus für Gesundheit“ → alle unter einem Dach
 - Beratung, Versorgung, Begleitung zusammen
 - Arbeitgeberbeziehung Arbeitgeberberatung
 - Unterstützung Sozialraum
 - „Gemeindeschwestern“ community organizer
-
- Sucht
 - Nahtlose Übergänge
-
- Menschen mit „herausforderndem“ Verhalten
 - Schwere Persönlichkeitsstörung
 - immer häufigeres Auftreten
 - Sozial nicht angepasstes Verhalten
-
- Menschen mit komplexen Problemen
 - Privat / Arbeit / Gesundheit
-
- Schädel- / Hirntraumata
 - Zuständigkeiten – Probleme
-
- Psychische Erkrankungen
 - Frühzeitige Erkennung
 - Differenzierte Angebote / Begleitung stärken

- Wie ist das nutzbar? Wer erkennt es?
- Beratungshotline psychischer Erkrankungen
Betroffene, Angehörige, Arbeitgeber

4. Personengruppen mit besonderen Problemlagen

- SGB II Kunden, die medizinisch nicht angebunden sind → keine Reha
 - Geschlechtsspezifische Ansätze
 - Sucht
 - Migrationshintergrund
 - Menschen mit psychischer Beeinträchtigung
 - keine Stigma reproduzieren und dennoch unterstützen
 - → schwer psychisch kranke Menschen (jung 14-25 Jahre) Familie, Schule, Bildung, Betreuung
 - → schwer psychisch kranke Menschen, die vom Arbeitsverlust bedroht sind!
-
- Schnittstelle Reha / Ende / Beginn SGB II Austausch
 - Für alle → integrierte fachmedizinische Behandlung z. B. PIA
 - Einbindung von Reha Ergebnissen in Integrationsplanung
 - Identifikation / Beratung Assessment der Zielgruppe
 - Individuell
 - Bedarfsgerecht
 - Passgenau
 - flexibel
 - Bedarfe erkennen
 - Kombination „rechtskreisübergreifender“ Angebote
 - Kommunale Leistungen GKV / SGB VIII
 - Rechtskreisübergreifendes Fallmanagement
 - Zuständigkeit nachrangig
-
- Anschluss-Reha nach Akutbehandlung
 - IPS-Coaching vor Ort & individuell einsetzbares Budget
 - Konsequenter Einsatz individueller Methoden
 - Notwendiger Anschlusshilfeplan
 - Sanktionen (SGB II) psychische Beeinträchtigte
 - Mitwirkungspflicht kann nicht in gleichen Maßen eingefordert werden
 - Mitwirkung der Betroffenen?
 - Psychisch auffällige Personen → fehlende Einsicht – keine Arztanbindung
-
- Komplexe Fälle Ko-Morbiditäten
 - Z. B. Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen, denen die Standard-Reha (medizinisch und beruflich) nicht zurück hilft
 - Langfristige Reha (3-5 Jahre) & Übergang in die eigene Wohnung

- Aufsuchende Begleitung / Betreuung
- Sozialräumliche Ansätze
- Intensiver!
- Psychosoziale Betreuung
- Barrierefreiheit
- Beratung Quantität/Erreichbarkeit
- Fachkräfte entsprechend qualifiziert - Wer?
- Abschluss der Fachkräfte
- Wahlmöglichkeit, berufliche Möglichkeit

- Ortsnahe Rehabilitation
- Ambulante Angebote
- Reha-Bus auf dem Land

5. Personengruppen mit besonderen Problemlagen

- Junge Menschen (bis 25 Jahre) mit psychischer Beeinträchtigungen
- Eingliederungshilfe infolge psychischer Beeinträchtigungen vermeiden durch frühzeitige Intervention (ab 16 Jahre)

- Junge Mütter und ihre Kinder

- Menschen mit schweren psychischen und Abhängigkeitserkrankungen

- Traumatisierte Flüchtlinge

- Kinder drogenabhängiger und armer Eltern („fallen durch alle Maschen“)

- Zwischen drei und sechs Stunden Erwerbsfähigkeit
- Unterstützung / Beschäftigung und Fortbildung von EM-Rentnern außerhalb der Werkstatt (WfbM)

- Personen, „die durch alle Maschen fallen“

- Junge Menschen mit Lernbehinderung

6. Personengruppen mit besonderen Problemlagen

- Migrantinnen mit psychischer Erkrankung → interkulturelles Fallmanagement & Begleitung
- Sehr hohes Risiko der Erwerbsminderungsrente
- Unter Inanspruchnahme von Reha-Leistungen

- Flüchtlinge mit Behinderung
 - Geschlechtersensible Behandlung (Anforderung)
 - Beispiel: Türkinen → ohne Deutschkenntnisse, ohne Beruf, häusliche Gewalt
 - Sucht: berufliche Integration LTA?
 - Präventives Angebot bei Suchtmittelmissbrauch
 - Begleitung neu aufgenommener Beschäftigung
-
- Personen mit prekärer Berufssituation / schlechter Ausbildung den Zugang zu Reha-Leistungen ermöglichen
 - Menschen in BBWs – schlechte Jobchancen auf dem 1. Arbeitsmarkt
 - Personen, die langfristig arbeitslos sind
 - Berufsbezogen trägerübergreifend LTA / Qualifizierung
 - Teilqualifizierung – Ausbildungsbausteine
-
- Komplex-Intervention für Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen
 - Klinische Phase und betriebliche Phase und Arbeitsplatzbegleitung aus einer Hand
 - Regionale RTW-Neuro-Netzwerke
 - Fallpauschale
 - Übergreifendes Fallmanagement
 - Individuum-zentrierte Unterstützungsleistung aus Netzwerkoptionen
 - Experten für verschiedene Phasen & gutes Übergangsmanagement
 - Kooperationen entlang „Reha-Prozess“
-
- Früher Erwerbstätige mit psych. Erkrankung auf den Weg EM-Rente → WfbM
 - Jobcoaching / Einsatz IFD vor EU-Rente ermöglichen
 - Psych. Erkrankungen: LTA-Anspruch I
 - Psych. Erkrankungen früh erkennbar / Kooperation mit Krankenkassen!
 - Personen mit teilweiser EM-Rente, die im ALG-II-Bezug sind

1. Prävention vor Rehabilitation / Frühzeitige Intervention bei Rehabilitation

- Betriebe / Arbeitgeber
 - Arbeitnehmer
 - Betriebliches Gesundheitsmanagement stärken
 - Arbeitgeber mit in den Fokus nehmen
 - Andocken an Präventionsgesetz
 - Mobile BGM für KMU →
z. B. durch Lotsen
- Begleitung/Beratung:
- Lotse für Betroffene in Jobcenter, Klinik etc.
 - Niedrigschwellige, wohnortnahe Angebote in Kombination mit digitalen Kanälen

- Externe „Wegweiser“ → Zusammenarbeit mit Dritten
- Lotse als Einheit / Gruppe?
- „Fachstelle für Prävention“
- Portal wie www.krebsinformationsdienst.de / Hotline

➤ Umsetzung

- Netzwerk „Integration“
- Rechtskreisübergreifender Reha-Beginn im Akutbereich
- Angebote zur Gesunderhaltung (schaffen) / vernetzen, integrieren
- Übergang Schule – Beruf
- Aufklärung / individuelle Beratung in den Schulen für Schüler und Azubis
- System von Reha stärken durch passgenaue Hilfe in der Jugend
- Passgenaue, individuelle, nachhaltige Hilfe
- Berufswegplanung & Begleitung
- Sensibilisierung / Früherkennung
- Resilienz Beratung an Berufsschulen (für Lehrer und Azubis)
- Schulung / Beratung für Ausbilder in KMUs
- Fachkompetenz im SGB II
- Reha-Experten in Kliniken
- Medizinisch, psychologisches Fachpersonal
- Kooperation von Krankenkassen / Ärzten / individuelle Persönliche Ansprechpartner auf Ebene
- Leistungsberechtigter als Subjekt achten
- Gesetzliche Änderung
- Öffnung von Angeboten bislang Voraussetzung SB-Eigenschaft

2. Prävention vor Rehabilitation / Frühzeitige Intervention bei Rehabilitation

- KMU
- Partner KMU /Kammern
- KMU Service & Beratung zur Gesundheit
- Gemeinsame Strukturen für KMU
- Beratungsstelle Gesundheit HWK, IHK
- Präventive Angebote bei Suchtmittelmissbrauch
- Verbände „UNi“ (Unternehmens Netzwerk Inklusion BAG, BDA)
- MA-Schulung
- Gesundheitsberatung im SGB II
- Mehr Schulung psych. Gesundheit bei MA / Fallmanager

- Interdisziplinäre Teams
- Gezielte Informationen
- Mehr Teilnahme an Sportangeboten
- Gesundheitsorientierung
- Wer? Arbeitgeber, Reha, Kostenträger → Koordinierung?
- Präventive med. Angebote für bestimmte Berufsgruppen
- Anreize für präventive Maßnahmen → finanziell? → alternativ?
- Barrierefreie Angebote
- „Behördenhopping“ vermeiden
- Begutachtung / Assessment
- Vorsorge → Untersuchung (evtl.), Assessment
- Arbeitsmedizinisches Gutachten / Beratung
- Positives Gutachten / Potentiale erkennen
- Unabhängige Beratung
- Realistische Begutachtung
- Die Antragssteller wissen am besten was sie brauchen! Ggf. mit Beratung
- Berufliche Reha mit 50
- Präventive Gestaltung von Erwerbsverlängerung (Rente 67)
- Betrifft alle Berufe, die einseitige Belastung haben, Handwerk und Pflege

3. Prävention vor Rehabilitation / Frühzeitige Intervention bei Rehabilitation

- Ausreichend therapeutische Versorgung
- „Versorgung“ muss die Resilienz-Stärkung in den Fokus nehmen
Gesunde und starke Quartiere!
- Früher Beginn von Maßnahmen / 14-18 Jahre
- StW Sucht & Mediengebrauch
- Diagnostische Aktivierungsmaßnahme
- Assessment sozialgesetzbuch Übergang und Identifikation von „gefährdeten“ Fällen
- Maßnahmenangebote zur Stabilisierung / Stärkung → Prävention
- Enge sozialpädagogische Betreuung
- Kooperation von KKS & SGB II
- Rechtskreisübergreifende diagnostische Angebote
- Sensibilisierung / Intensivierung für / von betriebliches Gesundheitsmanagement
- Nutzerspezifische Kommunikation
z. B. Information über Internet-Portal, App o.ä.
- Förderung der betrieblichen Weiterbildung zu BGM / Prävention
- Früherkennung durch psychische Gefährdungsbeurteilung im Betrieb

- Sozialräumliche Angebote
- Regionale, persönliche Arbeitgeberberatung zu Reha / Prävention
- Aufgabenwahrnehmung
- Psychische Belastungserprobung
- Blick ändern Resilienz statt Sucht
- Fachkräfte für Prävention (Kooperation mit Jobcenter) oder RV-Träger
- Netzwerke / Spinne im Netz
- Koordination Breite eines Netzwerkes
ungewöhnliche Akteure
- Wohnungsbaugenossenschaften

4. Prävention vor Rehabilitation / Frühzeitige Intervention bei Rehabilitation

- Schulung IFK = Beratungsfachkraft
- Verbesserung Schnittstelle BA-DRV
- Leistungsverbot §22 SGB III lockern als Modellprojekt
- Datenschutz darf kein Hemmschuh sein
- Beratung der Betriebe /Arbeitgeber
- Beratungsangebote in Betrieben → SB Vertretung?
- Gesundheitsförderung
- Trägerabhängig / Beratung zu Angeboten
- Mobiles BGM für KMU
- Gemeinsames BGM für mehrere KMU → Netzwerk
- Ansprechpartner für Schulen / Bildungsträger
- Nutzung der Social Media
- Niederschwelliges Beratungsangebot
- Leichtere Antragsverfahren
- Mehrsprachigkeit
- Portal / App für Informationen zu Präventionsangebote
wie z.B. Krebsinformationsdienst.de
- Gemeinsame / übergeordnete
Fachstelle „Prävention“ nach regionalen Gegebenheiten verortet
- Kooperation mit KK: Angebote den Kunden vorstellen und
Ansprechpartner der Präventionsmaßnahmen o. ä. benennen
- Lotsen-Funktion
- Transparenz über ärztliche Untersuchungen
- Fallkonferenz mit Kunden und Reha (Berufsberatung)

- Kooperationsprojekte mit Jugendhilfe – SGB VIII

5. Prävention vor Rehabilitation / Frühzeitige Intervention bei Rehabilitation

- Verbindliche Kooperation Krankenkasse / Jobcenter / BA → Personenkreisidentifikation zur Prävention
- Schnittstellenmanagement zwischen RV und KV verbessern
- Beantragung Jobcoaching frühzeitig / präventiv vor Chronifizierung
- Reha-Kette darf nicht unterbrochen werden
- KK-RV-BA-Jobcenter
- 1. Ansprechpartner?
- Beruflicher Reha-Fall: F-Diagnosen anerkennen (Wettbewerbsgleichheit)
- IFD für psychisch Kranke
- Nachhaltigkeit sichern
- Betriebliche „Vorsorge“ wichtig
- BGM
- „Unterstützungs-Puffer-System“
- s. „Helfer in der Landwirtschaft“ für K.

- junge Menschen / psych. auch im Fokus halten
- Bereits (gutes) Bestehendes einfließen lassen
- Körper, Geist, Seele gleichermaßen ansprechen, Zugänge gestalten

- Eigenes „Haus“ (?) für arbeitssuchende, kranke Menschen → JC
- Mitarbeiter → Schulung
- Bedarf bereits im Betrieb erkennen
- Sensibilisierung und Ermutigung
- Psychisch Kranke schneller Reha-Beginn notwendig
- Suchterkrankungen frühzeitig erkennen (viele Patienten in Krankenhäusern sind auch suchtkrank)
- Psychische Erkrankungen früher erkennen und rehabilitieren
- Schwierig! Kompetenzüberschreibung
- Präventive Angebote der Rentenversicherung schaffen
- Längere berufsbegleitende (integrationsbegleitende) medizinische Reha

6. Prävention vor Rehabilitation / Frühzeitige Intervention bei Rehabilitation

- Enge Kooperation der beteiligten Akteure
- Fachliche Begleitung von Anfang bis Ende
- Kontinuierliches Beratungsangebot (Fallmanagement)
- Noch vor der Reha intervenieren

- Qualifizierung MA
 - Bedarfe erkennen → Beratung einleiten Jobcenter
 - Ganzheitliche Betreuung (medizinisch, psychologisch, beruflich, gesundheitlich)
 - Ein auf psychisch erkrankte Menschen abgestimmtes Fallmanagement
 - Maßnahmenkonzept – ganzheitliche Sichtweise
 - Gesundheitscoach (Spezialist)
- Zuständigkeitsprobleme überwinden
- Zukunftsplanung in Schule Infos über Hilfen
 - „Proaktive Beratung“ → Optionen, Tools (PB) in versch. Lebensphase
 - Erprobung von Tätigkeiten → mehrere wie Praktika / betreut
 - Für Menschen mit Behinderung
- Beratungsexperten (Eltern, Kinder, Betriebe)
 - Bestehende Beratungsdienste (IFD) ertüchtigen / einschalten
 - Mitdenken einer Antistigma-Wirkung
- Übergang Schule – Beruf / Ausbildung
 - Nicht körperliche Behinderung, sondern geistige, seelische und Lernbehinderung
 - Reha „modernisieren“ – Kundenorientiert
 - Neustrukturierung von Ausbildungsberufen und Teilqualifikation
 - Übergang Reha-Maßnahme → Arbeit
 - Fachberater Coach / BEM (klein / groß)
 - Stärker an Arbeitgeber herantreten Job-Carving
 - Bei AU von gekündigten Arbeitnehmern: Jobsuche während der AU
 - Betriebl. Arbeits- und Gesundheitsschutz einbeziehen
- Vernetzung Geschäftspolitik / Stakeholder-Reha
 - Med. Reha und LTA muss übergangslos ineinander übergehen (nicht zwei Bereiche)
 - Mehr als Reha-Träger vernetzend
- Erstanträge ernst nehmen und schnell reagieren
 - Wenn Reha-Bedarf erkannt, sollten die Reha-Leistungen nicht hinausgeschoben werden
 - Reha-Ablehnung als Beratungseinstieg nutzen
 - Neues Konzept Beratungseinstieg
 - Wenn keine Reha bewilligt → alternative Leistung, da Bedarf schon erkennbar
- „Systemische Intelligenz“ durch Prozessoptimierung stärken
 - besser und genauer planen → externes Qualitätsmanagement

1. Verbesserter Zugang zu Rehabilitation / Leistung wie aus einer Hand / individualisierte Rehabilitation (Fallmanagement)

- Identifizierung → Bedarf → Zuständigkeit
 - Erkennen von Bedarfen
 - Multiprofessionelles Team / Fallmanagement Beratung-Betroffener-AG Anbieter
 - Zuständigkeit hintenanstellen
 - Ganzheitlich Reha-Plan → Leistungsträger übergreifend
 - Bedarfsorientiertes Vorgehen
 - Leistungen aus einer Hand
 - Auswertung der Fallmanagerrolle → Beispiel: Hausarztmodell
 - Individualisierte Kombination von Leistungen nach Bedarf
 - Flexibilisierung statt Leistungsgrenzen
 - Mischfinanzierte Maßnahmen
 - Verknüpfte Maßnahmen nicht konsekutiv
-
- Identifikation
besondere Problemgruppen
 - Sucht- und psychische Erkrankung und andere Gruppen
 - Intensive Betreuung
 - EIN Fallmanager
 - Unabhängig vom Rechtskreis
 - Weniger Bürokratie
 - Erleichterter Datenaustausch → Meldewesen
-
- Fallmanager
 - Fallkonferenz
in allen Rechtskreisen
 - Entscheidungsbefugt
 - Hohes Anforderungsprofil
 - Schnelle Reaktion
 - Verantwortung nicht abgeben (dürfen)
-
- Klare Zuständigkeit – Facharbeiter
 - Transparenz der Angebote
-
- Reha als Notwendigkeit erkennen
 - „Verpflichtende“ Beratung

2. Verbesserter Zugang zu Rehabilitation / Leistung wie aus einer Hand / individualisierte Rehabilitation (Fallmanagement)

- Langwierigkeit des sequentiellen Verfahrens, in dessen Verlauf neue Problemlagen entstehen

- Zusammenfassung in spezialisierter Organisationseinheit im Jobcenter
 - Zugangsbarrieren bei Älteren bei beruflicher Reha
 - Erfolgreicher Durchlauf des Reha-Verfahrens setzt Kompetenzen voraus, die viele Reha-Bedürftige nicht haben
 - Fallberatung in Hinblick auf individuelle Bedarfslagen
 - Fragwürdigkeit der Reha-Prognose und Weiterentwicklung von Reha- Konzeption
 - Förderung systemischer Betrachtungsweise in Hinblick auf Kinder
-
- Reha-Ersteingliederung: Frühe Erkennung & Beratung in Schule
 - Schnittstellen-Problematik zwischen Stakeholdern in Reha-Geschehen
 - Möglichkeiten der Brückenbildung bei Schnittstellenproblemen ausbauen und erproben (in vorhandenen Strukturen)
 - Zahl der Reha-Akteure reduzieren (alle Regeln aus SGB II, III, V, VI und IX herausnehmen, die sich gegenseitig aushebeln)

3. Verbessertes Zugang zu Rehabilitation / Leistung wie aus einer Hand / individualisierte Rehabilitation (Fallmanagement)

- Ansprechpartner für Hilfen (kurzfristige Unterstützung für Jobcenter etc.)
 - Zugang vereinfachen
 - Fallbesprechungen / Klare Ansprechpartner
-
- Gesundheitsförderung im Betrieb (psych. Probleme)
 - Firmenservice auch für Klein- und Kleinstbetriebe
 - Arbeitgeberkontakte
-
- Erkennen von gesundheitlichen Einschränkungen
 - Qualifizierung von Mitarbeitenden
-
- Finanzierung von Früherkennung – Intervention niedergelassener Arzt
-
- Liaisondienste im Krankenhaus
 - Sprechstunde trägerübergreifend
 - Übergänge durch Kooperation
 - Vernetzte „vor Ort“ Angebotsstrukturen in Jobcenter
-
- Gemeinsame Konzepte von Suchthilfe / Psychiatrie & Arbeitsförderung
 - Verbund von Jobcentern, Rentenversicherung, GKV und Leistungserbringern
-
- Ansatz weitergedacht
 - Zuständigkeiten auflösen!
 - Neue Institution / Organisation schaffen
 - Vorteil: Mensch im Mittelpunkt, Orientiert an Fähigkeiten

4. Verbessertes Zugang zu Rehabilitation / Leistung wie aus einer Hand / individualisierte Rehabilitation (Fallmanagement)

- Zugang aus Krankheitsfeldmanagement
- Betrieb als Zugangsweg
- Erweiterung des BGM aus potentieller Reha-Sicht
- Professionelle externe Unterstützung bei Reha-Zugang für Betrieb (KMU)
- Überbetriebliche Betriebsärzte / Sozialdienste speziell für KMU's
- Regionale Netzwerke
- Monetäre Anreize für Ärzte für Erkennung Reha Bedarf
- „Anfangsverdacht“ Reha → niedrigschwelliger Zugang
- Anreiz für Ärzte: Verordnung von Reha aufwendig → Anstoß wegen Anfangsverdacht müsste reichen
- Niedrigschwelliger Zugang in Sucht Reha
- Anreize können zu Fehlentwicklungen führen. Stattdessen: Vergütung für zeitl. Aufwand der Feststellung von Reha-Bedarf
- Vergütung → Komplexleistung → analog Integrierte Versorgung
- Fallkonferenz mit allen Beteiligten
- Auflösung Besitzstandsdenken?!
- Schlechte Vernetzung zwischen med. und beruflicher Reha
- Nicht ohne Berechtigte / Antragsteller
- Institutionsunabhängige Flyer im Wartezimmer
- Individuelles Fallmanagement phasenübergreifend (medizinisch → beruflich)
- Reha im Fernsehen → Bekanntheit steigern
- Reha ent-stigmatisieren – Reha ist Hilfe-Option – Kein Abstellgleis

5. Verbessertes Zugang zu Rehabilitation / Leistung wie aus einer Hand / individualisierte Rehabilitation (Fallmanagement)

- Frühe Identifikation
- Kontext-Faktoren im Reha-Zugang / -Gestaltung verstärkt berücksichtigen
- Zeitnahe med. Rehabilitation → Stabilisierung
- Zugang: Hausärzte ins Boot holen
- Identifikation spezieller Indikation für „Tele-Reha“
- Kurze Intervention → schneller, um SV zu identifizieren JCF
- Krankengeldmanagement bei Jobcenter / AA

- Wie bei Krankenkassen für Arbeitslose
- Hausarzt
- Frühe Einbindung Krankenkassen
- Einheitliche Definition des Reha-Bedarfs bei allen Trägern
- Sensibilisierung der Ärzte für Reha

- 1 Reha-Träger
- statt: LE wie aus einer Hand = Leistungen aus einer Hand
- keine doppelten Zuständigkeiten
- Fallkonferenzen für Übergänge
- Bei mehreren Reha-Leistungen: Trägerwechsel vermeiden
- Keine Weiterleitung bei Doppelzuständigkeit

- Begleitete „Probefbeschäftigung“
- Coaches im privaten Umfeld
- Trägerübergreifende Fallmanager
- Zur individuellen Begleitung über alle Reha-Phasen hinweg
- Begleitung nach der eigentlichen Reha zur Sicherung des Erfolgs
- Für besondere Fälle, nicht für Regelfälle

- Eigenverantwortung der Betroffenen stärker hervorheben → Selbstvermittlungsprämie
- Wirkung überprüfen

- Neue Formen der Reha: und AUF
- Verknüpfung von Reha mit Umschulungsmaßnahmen entspricht Arbeitsmarktbedarf
- Reha neben Arbeit nähere Verbindung mit stufenweiser Wiedereingliederung
- Gesetzliche Definition von AU und Erwerbsminderung schärfen / einhalten?
- Teilzeit Reha

- Zugang: Betriebliche Sozialdienste für KMU und deren Mitarbeiter
- Zugang: Auf Menschen mit Problemen zugehen
- Hotline / überbetriebliches Eingliederungs-Management

5. Verbesserter Zugang zu Rehabilitation / Leistung wie aus einer Hand / individualisierte Rehabilitation (Fallmanagement)

- Frühzeitige „Vermittlung“ in eine Reha
- Frühzeitige Identifizierung der Bedarfe
- Akutversorgung ausbauen
- Insbesondere im Bereich Sucht → niederschweligen Zugang ermöglichen
- Nahtloser Zugang nach Akutbehandlung
- Akutklinik steuert ohne „Timelag“
- Meldungen aus dem „Fürsorgesystem“ schulen

- Trägerübergreifendes Reha-Budget für einen Rehabilitanden
 - Schnittstellen werden minimiert
-
- Berufliche Perspektiven für Suchterkrankte
 - → AG mit ins Boot holen
 - Schmerzpatienten entwickeln / ausbauen
 - „Bora“ (beruflich-orientierte Rehabilitation für Abhängigkeitserkrankungen)
 - Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation ausbauen
 - Schnittstellen zur anschließenden Reha ausbauen
-
- Leistungsverbot für Jobcenter aufweichen und Jobcenter tritt in Vorleistung
 - Sensibilisierung / Fortbildung der Jobcenter-MA
 - Keine „Erweiterung“ der Reha-Träger durch „die Hintertür“
 - Wenn der Reha-Prozess „zu lange dauert“
 - Standardisierung des Leistungsangebotes der Reha-Träger
 - Angleichung des Förderverhaltens der Reha-Träger
 - Individualisierung nicht gefährden → individuelle Vorgehensweise fördern
 - Vielfalt der Förderleistung nicht beschneiden
-
- Vernetzung von med. & berufliche Reha ausbauen und stärken
 - Akut-Behandlung bei laufender LTA ermöglichen
-
- Niedergelassene Ärzte müssen in Reha Maßnahme vermitteln können
 - Sensibilisierung von Ärzten über berufliche Reha
 - Nicht nur Fokus auf medizinische Reha setzen