

# 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](http://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. Verbessertes 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. Verbessertes 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. Verbessertes 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