



BAR

Bundesarbeitsgemeinschaft
für Rehabilitation



„WEGE ZUR FRÜHZEITIGEN VERNETZUNG IN DER REHABILITATION“

Tagungsbericht zum BAR-Workshop
am 14./15.2.2012 in Kassel



„WEGE ZUR FRÜHZEITIGEN VERNETZUNG IN DER REHABILITATION“

Tagungsbericht zum BAR-Workshop
am 14./15.2.2012 in Kassel

Herausgeber:
 Bundesarbeitsgemeinschaft
 für Rehabilitation (BAR) e.V.
 Solmsstraße 18,
 60486 Frankfurt/Main
 Telefon: +49 69 605018-0
 Telefax: +49 69 605018-29
 info@bar-frankfurt.de
 www.bar-frankfurt.de

Nachdruck nur auszugsweise
 mit Quellenangabe gestattet.

Frankfurt/Main,
 April 2012

ISBN 978-3-943714-05-0

Vorwort	6
I. Einleitung	8
II. Teilnehmerkreis und Ablauf der Veranstaltung	9
III. Einstieg aus der „Vogelperspektive“ – Beiträge aus der Wissenschaft	12
IV. Workshop-Phase I: Frühzeitige Vernetzung bei der Bedarfserkennung und -feststellung	14
IV.1. AG 1: Vernetzung mit der betriebsärztlichen und ambulanten Versorgung	14
IV.2. AG 2: Gemeinsame Servicestellen als Akteur in der Vernetzung	15
IV.3. AG 3: Übergang Schule-Beruf	17
IV.4. Diskussion und Fazit zur Workshop-Phase I	18
V. Workshop-Phase II: Vernetzung bei der Durchführung der Rehabilitation	20
V.1. AG 4: Berufsorientierung und Vernetzung in der medizinischen Rehabilitation – MBO und MBOR	20
V.2. AG 5: Berufsorientierung und Vernetzung in der medizinischen Rehabilitation – Modelle in Regionen	22
V.3. AG 6: DGUV-Reha-Management und rehafutur real	24
V.4. Diskussion und Fazit zur Workshop-Phase II	25
VI. Workshop-Phase III: Erfolgreiche Vernetzung auf dem Weg (zurück) zur beruflichen Integration	27
VI.1. AG 7: Absolventenmanagement bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	27
VI.2. AG 8: Regionale Angebote für Unternehmen	29
VI.3. AG 9: Individualisierte Vernetzung bei der (Re-)Integration – aus Sicht von Trägern und Leistungsanbietern	30
VI.4. Diskussion und Fazit zur Workshop-Phase III	32
VII. Gesamtfazit	34
VIII. Ausblick	37
IX. Materialsammlung	39
X.1. Beiträge aus der Wissenschaft	39
X.2. Workshop-Phase I: Frühzeitige Vernetzung bei der Bedarfserkennung und -feststellung	59
X.3. Workshop-Phase II: Vernetzung bei der Durchführung der Rehabilitation	103
X.4. Workshop-Phase III: Erfolgreiche Vernetzung auf dem Weg (zurück) zur beruflichen Integration	145



Vernetzung ist ein unverzichtbares Element moderner Gesellschaften. Wo Arbeitsteilung hohe Spezialisierung erlaubt und fordert, müssen die Ergebnisse der Experten auch sinnvoll zusammengeführt werden. So kann am Ende mehr stehen als die Summe der einzelnen Teile.

Im Bereich der Privatwirtschaft ist die Optimierung der Zusammenarbeit in und zwischen Organisationen bereits als zentrales Handlungsfeld erkannt worden. Doch wie sieht es aus im Gesundheitswesen, wie im Bereich der Rehabilitation? Auch hier geht es um hochkomplexe (Dienst-)Leistungen, Strukturen und Verfahren. Um das Ziel der Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe zu gewährleisten, bieten die Sozialleistungsträger und Leistungserbringer jeweils spezialisierte und kompetente Unterstützung in einem insgesamt sehr differenzierten (gegliederten) System. Gerade weil der Mensch im Mittelpunkt steht, müssen dabei die Beiträge der Beteiligten möglichst nahtlos ineinander greifen. Hinzu kommen mit Blick auf die Arbeitswelt weitere Akteure. Insbesondere Arbeitgeber und Arbeitnehmervertreter sind in ihrer betrieblichen Rolle, aber auch als Partner in der sozialen Selbstverwaltung unverzichtbare „Player“ in einem auf die berufliche (Re-)Integration ausgerichteten Rehabilitationsgeschehen.

Bei der akteursübergreifenden Vernetzung in der Rehabilitation besteht insgesamt noch Verbesserungspotential. Das wurde bereits 2009 im Kontext der BAR-Aktivitäten zur Verbesserung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit deutlich.

Als Teil des aktuellen Projektes „Effektivität und Effizienz in der Rehabilitation“ waren also Möglichkeiten zur Verbesserung der Vernetzung zwischen den Akteuren der Rehabilitation auszuloten. Die BAR und ihre Mitglieder haben sich der Herausforderung gestellt. Insbesondere wurde mit dem hier dokumentierten Workshop am 14./15.2.2012 in Kassel der erste entsprechend breit aufgestellte Versuch unternommen, die Erfolgsfaktoren guter Vernetzung in der Rehabilitation akteursübergreifend systematisch herauszuarbeiten.

Die Veranstaltung war mit Hilfe des Engagements zahlreicher Referentinnen und Referenten ein voller Erfolg. Dabei ist es gelungen, ein Bild von der vielgestaltigen Landschaft der vernetzten Zusammenarbeit in der Rehabilitation zu erhalten. In der Diskussion mit den Teilnehmern, auch aus dem Bereich der Selbstverwaltung, konnten die Erfolgsfaktoren gelingender Netzwerke destilliert werden. Allen Beteiligten gilt für diese Leistung besonderer Dank.

Mit den vorliegenden Ergebnissen des Workshops ist ein wichtiger Schritt getan, um nachhaltige Verbesserungen bei der Weiterentwicklung der Vernetzung und somit der Rehabilitation insgesamt zu erreichen. Dafür steht die BAR – und wird die Fachdiskussion auch weiterhin aktiv mit gestalten. Wir freuen uns darauf!

Bernd Petri

I. Einleitung

Vernetzung – ohne geht es nicht in der Rehabilitation, das ist allen Beteiligten klar. Aber wie genau kann Vernetzung im gegliederten System funktionieren, wie weiter verbessert werden? Um diesen Fragen nachzugehen hat die BAR am 14./15.2.2012 in Kassel einen Workshop zum Thema „Wege zur frühzeitigen Vernetzung in der Rehabilitation“ ausgerichtet.

Hintergrund sind die trägerübergreifenden Überlegungen im BAR-Projekt „Effektivität und Effizienz in der Rehabilitation“ (EffEff). Hier geht es letztlich darum, wie angesichts knapper Mittel, des demographischen Wandels und steigender Anforderungen in der Arbeitswelt die vorhandenen Ressourcen in der Rehabilitation zum Wohle aller Beteiligten möglichst wirksam und wirtschaftlich eingesetzt werden können. Dabei werden insbesondere mit Blick auf das Rehabilitationsziel „berufliche (Re-)Integration“ grundlegende trägerübergreifende Aspekte von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit in der Rehabilitation betrachtet. Die akteursübergreifenden Prozess-Abläufe im Rehabilitationsgeschehen bilden einen wesentlichen Schwerpunkt der Analysen. Eine Erkenntnis der bisherigen Projektarbeit war, dass hier noch Verbesserungspotential besteht. Neben Prozessen der Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger, deren Einzelheiten in einer eigenständigen Arbeitsgruppe betrachtet werden, ist u.a. auch die Vernetzung der Rehabilitationsträger mit anderen Akteuren der Rehabilitation als Ansatzpunkt für mögliche Verbesserungen des Rehabilitationsgeschehens identifiziert worden.

Die BAR hat dabei den Ansatz gewählt, in erster Linie Erfolgsfaktoren guter Vernetzung der verschiedenen Akteure zu identifizieren und den Blick erst in zweiter Linie auf mögliche Barrieren für die Netzwerkarbeit zu richten. Für die konkrete Umsetzung erschien es mit den der BAR zur Verfügung stehenden Mitteln als die beste Lösung, die zahlreichen Facetten der Thematik mit einem breit aufgestellten Workshop aufzubereiten, in dem möglichst viele der wichtigsten Akteursbereiche in der Rehabilitation über Erfolgsfaktoren der Vernetzung berichten. Zudem sollte der Möglichkeit Rechnung getragen werden, dass ggf. in den verschiedenen Phasen des Rehabilitationsgeschehens unterschiedliche Aspekte der Netzwerkarbeit von Bedeutung sind.

Entsprechend diesen Zielsetzungen des Workshops ist es gelungen, anhand funktionierender und innovativer Netzwerkstrukturen und -projekte Erfolgsfaktoren guter Vernetzung in den verschiedenen Phasen des Rehabilitationsgeschehens erstmals umfassend systematisch zu identifizieren und zu dokumentieren. Unter anderem soll mit dieser Bündelung des Erkenntnisstands im Bereich der akteursübergreifenden Vernetzung eine Orientierungshilfe für die Arbeit „in der Fläche“ geschaffen und somit zur Optimierung des Rehabilitationsgeschehens insgesamt beigetragen werden. In einem ersten Schritt dokumentiert der vorliegende Tagungsband die von den insgesamt 29 Referentinnen und Referenten gehaltenen Vorträge sowie die Hauptinhalte und Ergebnisse der Diskussionen.

II. Teilnehmerkreis und Ablauf der Veranstaltung

Zur zweitägigen Veranstaltung im Schlosshotel Bad Wilhelmshöhe waren annähernd 100 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus der Wissenschaft und verschiedenen Akteursbereichen der Rehabilitationspraxis zusammengekommen. Eine Übersicht über den Tagungsablauf kann dem nachstehend abgedruckten Flyer entnommen werden.

Die Gesamtmoderation der Veranstaltung übernahm am ersten Tag Herr Ingo Nürnberger (Vorstandsvorsitzender der BAR). Durch den zweiten Tag führte Herr Bernd Petri (Geschäftsführer der BAR bis Mai 2012).

Die Präsentationen zu den einzelnen Vorträgen und Referaten sind dem Anhang zu entnehmen.

BAR-Workshop, 14./15.2.2012 - Referenten - Beiträge aus der Wissenschaft

- Erfolgsfaktoren und Herausforderungen bei der Vernetzung von Organisationen
Prof. Jörg Sydow, FU Berlin
- Schnittstellen-Probleme in der medizinischen Re-
habilitation
Nadine Pohontsch, Dr. Ruth Deck,
Universitätsklinik Lübeck
- Vernetzung als Ziel der BAR-Aktivitäten
Bernd Petri, Geschäftsführer BAR

Workshop-Phase I: Frühzeitige Vernetzung bei der Bedarfserkennung und -feststellung

- AG 1:**
- Das Netzwerk WeB-Reha aus betriebsärztl. Sicht
Markus Zimmermann, FORD GmbH, Köln (ang.)
 - WeB-Reha aus Sicht eines Rehabilitationsträgers
Ulrich Theißen, DRV Rheinland, Düsseldorf
 - Rechtzeitiger bedarfsgerechter Zugang zu medi-
zinischer Rehabilitation aus der ambulanten Ver-
sorgung
Prof. Wilfried Mau, Institut für Rehabilitationsme-
dizin, Universität Halle

- AG 2:**
- Weiterentwicklung der Servicestellenarbeit
Susanne Band, DRV Bund, Berlin
 - Vernetzung einer Gemeinsamen Servicestelle
Matthias Matthiesen, DAK, Gemeinsame Service-
stelle Rendsburg

- AG 3:**
- Vernetzung beim Übergang Schule-Beruf in Ba-
den-Württemberg
Renate Schmidt, Bundesagentur für Arbeit, RD
Baden-Württemberg, Stuttgart
 - Projekte zum Übergang Schule/Beruf unter Betei-
ligung von Integrationsämtern
Petra Kraus, IFD Lörrach/Waldshut,
Helmut Rüdlin, Schulamt Lörrach,
Doris Löpmeier, LWL-Integrationsamt, Münster

Workshop-Phase II: Vernetzung bei der Durchfüh- rung der Rehabilitation

- AG 4:**
- MBOR, Konzept und Praxis der Deutschen Ren-
tenversicherung
Uwe Egner/Barbara Gellrich, DRV Bund, Berlin
 - MBO, Konzept und Praxis der Unfallversicherung
Dr. Henry Kohler, BG-Unfallklinik Ludwigshafen
 - RehaBau - Kooperation zwischen den DRVen und
den Betriebsärzten des ASD der BG BAU
Andrea Hauck, BG Bau, Hamburg

- AG 5:**
- Korb2 - Reha muss passen
Jochen Heuer, Institut für Rehabilitationsfor-
schung an der Abt. Sozialmedizin, DRV Westfa-
len, Münster
 - MB-Reha Südbaden
Andrea Nordmann, Zentrum Beruf + Gesundheit,
Bad Krozingen

- AG 6:**
- Verzahnung in der Unfallversicherung
Doris Habekost, DGUV, Berlin
 - rehafutur real
Norbert Gödecker-Geenen, DRV Westfalen,
Münster

Workshop-Phase III: Erfolgreiche Vernetzung auf dem Weg (zurück) zur beruflichen Integration

- AG 7:**
- Absolventenmanagement - Perspektive der
BAG abR
Björn Hagen, Fortbildungsakademie der Wirt-
schaft (FAW) gGmbH, Ratzeburg
 - Absolventenmanagement - Perspektive der Bun-
desagentur für Arbeit
Ulrike Müller, Bundesagentur für Arbeit, RD
Rheinland-Pfalz-Saarland, Saarbrücken
 - Übergänge auf den Allgemeinen Arbeitsmarkt
Brigitte Frensemeier, Berufsbildungswerk Bitburg
Andreas Pradella, Berufsbildungswerk Worms

- AG 8:**
- Modellprojekte Fachberater
Uwe Narkus, Verein zur Förderung der betriebli-
chen Eingliederung im Handwerk, Ilensee
 - Übergänge auf den Allgemeinen Arbeitsmarkt
Dr. Manfred Gehrman, Mosaik Services GmbH,
Berlin

- AG 9:**
- Begleitende Fallbetreuung während stufenw. WE
und Nachsorge / Stärke durch Vernetzung
Volker Faath, Jürgen Neubauer, DRV Rheinland-
Pfalz, Speyer
 - Support - Dienstleistungsnetzwerk für KMU
Dr. Wolfgang Degner, Soziales Förderwerk e.V.,
Chemnitz

Wege zur frühzeitigen Vernetzung in der Rehabilitation

Sehr geehrte Damen und Herren,

gerade in der Rehabilitation ist Vernetzung
mehr als nur ein Modewort. Ein möglichst
enges und reibungsfreies Zusammenwirken
der verschiedenen Akteure ist für das Reha-
Geschehen unverzichtbar, um das Ziel um-
fassender Teilhabe zu erreichen. Wie kann
man die Zusammenarbeit weiter verbessern?
Dem geht die BAR mit dieser aktorsüberg-
reifenden Veranstaltung nach. Ziel ist es, im
gemeinsamen Diskurs Erfolgsfaktoren guter
Vernetzung in der Rehabilitation herauszuar-
beiten. Der Fokus liegt dabei insbesondere
auf der Teilhabe am Arbeitsleben.
Auf der Basis von Erkenntnissen zur Vernet-
zung aus der Wissenschaft werden in drei
Workshop-Phasen innovative und zum Teil
auch in der Praxis bereits bewährte Vernet-
zungs-Strukturen bzw. Projekte aus Sicht un-
terschiedlicher beteiligter Akteure (z. B. der
Leistungsträger, der Leistungserbringer, der
Betriebsärzte) vorgestellt. Die Schwerpunkte
liegen dabei im Bereich der Bedarfserken-
nung, der Reha-Durchführung und der berufli-
chen (Re-)Integration. In den einzelnen Ar-
beitsgruppen wird analysiert, inwieweit aus
den guten Beispielen Ansätze für weitere Ver-
besserungen im Reha-Geschehen insgesamt
abgeleitet werden können.
Die Arbeitsgruppen präsentieren ihre Ergeb-
nisse am Ende jeder Workshop-Phase im Ple-
num. Dort werden bestehende Gemeinsam-
keiten und übergreifende Erkenntnisse abge-
leitet und zusammengeführt.

Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme!

Programm

Dienstag, 14. Februar 2012

11.00 Uhr Begrüßung und Einführung

11.15 Uhr Beiträge aus der Wissenschaft

Erfolgsfaktoren und Herausforderungen
bei der Vernetzung von Organisationen
Prof. Jörg Sydow, FU Berlin

Vernetzung als Ziel der BAR-Aktivitäten
Bernd Petri, Geschäftsführer BAR

Schnittstellen-Probleme in der medizini-
schen Rehabilitation
Nadine Pohontsch, Dr. Ruth Deck,
Universitätsklinik Lübeck

12.45 Uhr Netzwerkpraxis (Mittagessen)

13.45 Uhr Workshop-Phase I*:
Frühzeitige Vernetzung bei der
Bedarfserkennung und -feststellung

AG 1: Vernetzung mit der betriebsärztl-
ichen und ambulanten Versorgung

AG 2: Gemeinsame Servicestellen als
Akteur in der Vernetzung

AG 3: Übergang Schule-Beruf

15.45 Uhr Netzwerkpraxis (Kaffeepause)

16.15 Uhr Präsentation der Ergebnisse
Anschl.: Diskussion

17.15 Uhr Fazit zur frühzeitigen Vernetzung bei der
Bedarfserkennung und -feststellung

Mittwoch, 15. Februar 2012

8.45 Uhr Begrüßung

8.50 Uhr Workshop-Phase II*:
Vernetzung bei der Durchführung
der Rehabilitation

AG 4: Berufsorientierung und Verne-
tzung in der medizinischen Rehabilita-
tion - MBO und MBOR

AG 5: Berufsorientierung und Ver-
netzung in der medizinischen Rehabilita-
tion - Modelle in Regionen

AG 6: DGUV-Reha-Management und
Neues Rehamodell der BFV

10.45 Uhr Netzwerkpraxis (Kaffeepause)

11.15 Uhr Präsentation der Ergebnisse
Anschl.: Diskussion

12.15 Uhr Fazit zur frühzeitigen Vernetzung bei
der Durchführung der Rehabilitation

12.30 Uhr Netzwerkpraxis (Mittagessen)

13.15 Uhr Workshop-Phase III*:
Erfolgreiche Vernetzung auf dem We-
g (zurück) zur beruflichen Integration

AG 7: Absolventenmanagement bei
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsle-
ben

AG 8: Regionale Angebote für
Unternehmen

AG 9: Individualisierte Vernetzung
bei der (Re-)Integration - aus Sicht
von Trägern und Leistungsanbietern

15.15 Uhr Netzwerkpraxis (Kaffeepause)

15.45 Uhr Präsentation der Ergebnisse
Anschl.: Diskussion

16.45 Uhr Fazit zur frühzeitigen Vernetzung im
Prozess der beruflichen (Re-) Integra-
tion

17.00 Uhr Gesamtfazit zur Veranstaltung

*Die Referent/-innen in den einzelnen Arbeitsgruppen
entnehmen Sie bitte dem Beiblatt

Die Teilnehmerzahl ist begrenzt.
Es wird ein Teilnehmerbeitrag i.H.v. 90 EUR erho-
ben.

Anreise:
Mit der Bahn: vom ICE-Bahnhof Kassel-
Wilhelmshöhe mit der Straßenbahnlinie 1 bis zur
Haltestelle Schlosshotel, 500m Fußweg; es besteht
die Möglichkeit von Sonderkonditionen für die Ta-
xixinutzung ab Bahnhof Kassel-Wilhelmshöhe. Bei
Interesse wenden Sie sich bitte an
bankett@schlosshotel-kassel.de.

Mit dem Auto: von der A 44 Ausfahrt Kassel-Bad
Wilhelmshöhe, der Beschilderung Richtung Kur-
hessenthaler, Schlosshotel folgen

Übernachtung
Für die Nacht vom 14. auf den 15. Februar steht
bis zum 18.1.2012 ein Zimmerkontingent im Ver-
anstaltungshotel zur Verfügung. Reservierungen
bitte unter
Tel.: 0561 / 30 88 0.

Anmeldung

zur Veranstaltung „Wege zur frühzeitigen
Vernetzung in der Rehabilitation“

Name: _____
Vorname: _____
Institution: _____
Straße: _____
PLZ/Ort: _____
Telefon: _____
E-Mail: _____

Ich möchte an folgenden Arbeitsgruppen teil-
nehmen (bitte kreuzen Sie für die 3 Workshop-
phasen jeweils Ihren Wunsch an)

Phase I: AG 1 AG 2 AG 3
Phase II: AG 4 AG 5 AG 6
Phase III: AG 7 AG 8 AG 9

Ich benötige für die barrierefreie Teilnahme
Unterstützung in Form von: _____

Bitte bis zum **23.1.2012**
per Fax an
0 69/60 50 18-28
oder per E-Mail an:
diana.arnold@bar-frankfurt.de

Einladung

Veranstaltung
„Wege zur frühzeitigen
Vernetzung in der Rehabilitation“

- am 14./15. Februar 2012
- Kassel



Veranstaltungsort:
Schlosshotel Bad Wilhelmshöhe
Schlosspark 8
34131 Kassel

III. Einstieg aus der „Vogelperspektive“ – Beiträge aus der Wissenschaft

Moderation: Ingo Nürnberger (Präsentationen siehe ab Seite 39)

Herr Nürnberger eröffnete die Veranstaltung mit einer Einführung, in der er insbesondere die Bedeutung der Rehabilitation vor dem Hintergrund des demographischen Wandels hervorhob und die Wichtigkeit funktionierender Vernetzung der verschiedenen Akteure unterstrich.

Es folgten Beiträge aus der Wissenschaft, in denen die Thematik „Vernetzung“ aus allgemeiner Perspektive analysiert wurde. Ziel war es, vor dem Einstieg in die konkrete Diskussion in den Arbeitsgruppen einen Überblick zu erhalten über wissenschaftliche Erkenntnisse im Bereich der Netzwerkarbeit. Da die Netzwerkforschung bislang vor allem im Bereich der Betriebswirtschaftslehre bzw. Soziologie verankert ist, war Herr Professor Jörg Sydow (FU Berlin) als ein Vertreter dieser Forschungsrichtung eingeladen.

Herr Professor Sydow berichtete über Erkenntnisse zur Vernetzung von Organisationen in der Privatwirtschaft und schlug einen Bogen zum Gesundheitswesen. Dabei stellte er u.a. neben Rahmenbedingungen, die die Entstehung von Netzwerken begünstigen, auch Kernpunkte des Aufbaus und der Pflege von Netzwerken dar, z.B. Selektion der Netzwerkpartner oder auch Regulation und Evaluation der Netzwerkarbeit. Als Beispiel zur Evaluation berichtete Herr Professor Sydow von einer netzwerkinternen jährlichen Auszeichnung der besten „Leistungsträger“ und auffälligsten „Trittbrettfahrer“ innerhalb des Netzwerks. Als Bestimmungsfaktoren für den Erfolg von Netzwerkarbeit benannte er unter anderem die Netzwerkwelt, die Netzwerkakteure, die Netzwerkbeziehungen und nicht zuletzt auch die Entstehungsgeschichte des Netzwerks. Bei der anschließenden Diskussion erkundigte sich unter anderem Herr Nürnberger, wie sich die Erkenntnisse zur Vernetzung in der Privatwirtschaft konkret auf den Bereich der Rehabilitation, z.B. auf die Arbeit der Rehabilitationsträger übertragen lassen könnten. Dazu führte Herr Professor Sydow insbesondere aus, dass es zwar richtig sei, dass bürokratische Organisationen wie Körperschaften öffentlichen Rechts wegen vergleichsweise geringer Flexibilität ggf. nicht optimal auf Vernetzungsarbeit vorbereitet seien. Andererseits sei ein wesentlicher Bestandteil erfolgreicher Netzwerkarbeit insbesondere die Organisation von Prozessen und diesbezüglich sei die Kompetenz nach seinen ersten Eindrücken durchaus vorhanden.

Ebenfalls aus dem Bereich der Wissenschaft, jedoch bereits konkret auf die Rehabilitation fokussiert, folgte die zusammenfassende Darstellung eines Forschungsprojektes zu „Schnittstellen in der medizinischen Rehabilitation“ von Dr. Ruth Deck und Nadine Pohontsch (Universität Lübeck). Frau Dr. Deck konzentrierte sich auf die Verbesserung der frühzeitigen Erkennung von Rehabilitationsbedarf und die entsprechende Information der Netzwerkpartner durch den Einsatz einer spezifischen Checkliste und eines Fragebogens bei niedergelassenen Ärzten. In der Diskussion wurde u.a. nachgehakt, ob im Hinblick auf die Vergütung von Ärzten für den Einsatz der untersuchten Instrumente auch finanzielle Aspekte systematisch betrachtet wurden. Dies war kein zentraler Gegenstand der Betrachtungen. Es zeigte sich letztlich eine geringe Beteiligung der niedergelassenen Ärzte, vor deren Hintergrund der nachfolgende Beitrag von Frau Pohontsch über Verbesserungsoptionen bei der Zusammenarbeit zu verstehen ist.

Der Fokus lag hier vor Allem auf den verschiedenen Schnittstellen zwischen den Akteuren Reha-Klinik, Kostenträger und behandelnder Arzt. Diesbezüglich wurden eine Reihe von Barrieren für die Zusammenarbeit identifiziert und Lösungsvorschläge aufgezeigt. Besonderes Augenmerk lag u.a. auf dem für die Vernetzung zentralen Aspekt der wechselseitigen Transparenz zwischen den Netzwerkpartnern. Beispielsweise wurde insbesondere seitens der behandelnden Ärzte darauf hingewiesen, dass kaum nachvollzogen werden könne, wo bzw. in welchem Bearbeitungsstand sich von Patienten gestellte Rehabilitationsanträge befänden. Aufmerksamkeit im Kreis der Workshopteilnehmer erregte der dazu in den Projektdiskussionen erarbeitete Vorschlag, Rehabilitationsanträgen analog der inzwischen häufigen Vorgehensweise beim Versand von Post eine Nummer zuzuordnen, mit denen der Sachstand via Internet nachvollzogen werden könne.

Bernd Petri (Geschäftsführer der BAR bis Mai 2012) stellte zum Abschluss der Einführung komprimiert dar, was Netzwerkarbeit für die BAR bedeutet. Dabei wurde insbesondere klar, dass Vernetzung eine der Hauptaufgaben der BAR ist. Nach den Erfahrungen der BAR-Arbeit ließe sich vermuten, dass sich eine verbesserte Vernetzung innerhalb der Netzwerke mit BAR-Beteiligung insbesondere erreichen ließe, indem die bei der BAR getroffenen Vereinbarungen und Abreden stärker, klarer und verbindlicher formuliert würden. Es gebe Anlass, darüber nachzudenken, welche Konsequenzen daraus folgen könnten, wenn Vereinbarungen nicht eingehalten würden. Eine absolute Freiwilligkeit der Zusammenarbeit ohne Konsequenzen bei Vernachlässigung der jeweils vorgesehenen Verantwortung trüge angesichts der im Rehabilitationssystem bestehenden Rahmenbedingungen nicht weit, so der Eindruck. Diesen Ansätzen zur Verbesserung der Zusammenarbeit stünden allerdings die tatsächlichen Entwicklungen gegenüber. Hier bestünden Anzeichen dafür, dass das Gesamtsystem eher eine zentrifugale Entwicklung nehme. Dies stelle den Erfolg guter Vernetzungsarbeit mitunter zunehmend in Frage.

IV. Workshop-Phase I: Frühzeitige Vernetzung bei der Bedarfserkennung und -feststellung

IV.1. AG 1: Vernetzung mit der betriebsärztlichen und ambulanten Versorgung

Moderation: Bernd Petri / Dr. Michael Schubert (Präsentationen siehe ab Seite 59)

Den Auftakt in der Arbeitsgruppe 1 bildete die Betrachtung gelungener Vernetzung von Rehabilitationsträgern mit der betrieblichen Ebene am Beispiel des Projektes „weB-Reha“. In diesem Projekt kooperieren die Ärztekammer Nordrhein, die DRV Rheinland sowie mehrere Großbetriebe auf Basis der Vorgaben des SGB IX. Ziel ist dabei die Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben, zu der sowohl die Sicherung des Beschäftigungsverhältnisses als auch der Erwerbsfähigkeit zählt. Markus Zimmermann vom Gesundheitsdienst der Ford Werke GmbH Köln stellte hierbei einführend Grundlagen, Verfahrensablauf sowie Rahmendaten der Durchführung aus betriebsärztlicher Sicht dar. Hinsichtlich einer (frühzeitigen) Erkennung von Rehabilitationsbedarf wies er darauf hin, dass sich im betrieblichen Kontext unterschiedliche Beratungsanlässe ergeben, bei denen Rehabilitationsbedarf erkannt und auf entsprechende Angebote hingewiesen werden kann. Im weB-Reha-Konzept werde, so Zimmermann, erfolgreich eine Reha-Einleitung durch den Betriebsarzt praktiziert. Partnerschaftliche Kooperation, als wichtiges Element des abgestimmten Zusammenwirkens, wird auch durch die Einbindung des Betriebsarztes in Informationsflüsse (Reha-Entscheidung) sowie einen koordinierten Informationsaustausch zwischen Betrieb und Rehabilitationsklinik während und nach der Leistung als zielführend angesehen und positiv bewertet.

Den positiven Erfahrungen schloss sich auch Ulrich Theißen (DRV Rheinland) aus Perspektive eines Rehabilitationsträgers an. Er unterstrich gleichfalls die enge Zusammenarbeit der Akteure im gesamten Rehabilitationsprozess. Hinsichtlich Kriterien gelingender Vernetzung verdeutlichte er, dass das Erkennen und Definieren gemeinsamer Ziele eine wesentliche Voraussetzung für erfolgreiche Kooperation bildet. Eine Zusammenarbeit mit Großbetrieben – wie beim Projekt weB-Reha – gelingt oftmals durch bestehende eigene betriebsärztliche Dienste der Unternehmen deutlich besser als bei kleinen und mittelständischen Unternehmen (KMU), bei denen sich der Einbezug betriebsärztlicher Expertise häufig schwieriger gestaltet. Hierbei könnten, so der Vorschlag von Herrn Theißen, gerade ambulante Rehabilitationszentren zu regionalen Kompetenzzentren für betriebliche Gesundheitsförderung weiterentwickelt werden.

Anschließend stellte Herr Theißen das Programm „Plan Gesundheit“ vor, in dem eine Vernetzung zwischen DRV, GKV, betrieblichen Akteuren und Leistungserbringern gelungen sei. In diesem präventiv ausgerichteten, auf fünf Jahre angelegten Programm werden verschiedene Erfolgsfaktoren miteinander kombiniert: eine persönliche Begleitung der Teilnehmer durch einen Präventionsmanager, eine strukturierte Zusammenarbeit zwischen DRV, GKV und Betrieb, längere Laufzeit der Maßnahme zur Steigerung von deren Nachhaltigkeit usf.

Professor Wilfried Mau (Universität Halle) berichtete in seinem Beitrag Ergebnisse einer wissenschaftlichen Untersuchung zum Reha-Zugang und zum Schnittstellenmanagement in der ambulan-

ZUSAMMEN MIT DER DISKUSSION DER ERGEBNISSE IN DER ARBEITSGRUPPE WURDE INSGESAMT DEUTLICH, DASS SOWOHL DIE BETRIEBSÄRZTLICHEN AKTEURE ALS AUCH DIE DER AMBULANTEN MEDIZINISCHEN VERSORGUNG WICHTIGE PARTNER EINES RECHTZEITIGEN, BEDARFSGERECHTEN REHABILITATIONSZUGANGS SIND.“

ten Versorgung. Hierbei stellte er zunächst auf Grundlage von in Experteninterviews gewonnenen Ergebnissen zu Problembereichen und Bedingungen eines nicht rechtzeitigen Rehabilitationszugangs unter Differenzierung von Bedarfserkennung, Antragsverfahren und Bewilligungsverfahren dar. Für erfolgreiche Kooperation mit den Leistungsträgern seien hier insbesondere eine zielgerichtete Informationsvermittlung, ein verbesserter Informationsaustausch, eine größere Transparenz sowie ein Begegnen „auf Augenhöhe“ wichtig und notwendig.

Zusammen mit der Diskussion der Ergebnisse in der Arbeitsgruppe wurde insgesamt deutlich, dass sowohl die betriebsärztlichen Akteure als auch die der ambulanten medizinischen Versorgung wichtige Partner eines rechtzeitigen, bedarfsgerechten Rehabilitationszugangs sind. Dabei sind für gelingende Vernetzung notwendige Informationsflüsse zu definieren und strukturieren, für alle beteiligten Akteure Abläufe und deren Bedingungen transparent zu gestalten sowie die kooperative Zusammenarbeit von Betrieb, niedergelassenen Ärzten, Rehabilitationskliniken und Rehabilitationsträgern auch zu wollen. Gleichfalls wurde jedoch deutlich, dass bereits bei der Bereitschaft der Akteure nicht selten noch Entwicklungsarbeit zu leisten ist.

IV.2. AG 2: Gemeinsame Servicestellen als Akteur in der Vernetzung

Moderation: Marcus Schian (Präsentationen siehe ab Seite 59)

Susanne Band (DRV Bund) eröffnete die Arbeitsgruppe 2 mit ihrem Impulsreferat zu einem Projekt der DRV Bund, mit dem die Arbeit der gemeinsamen Servicestellen in Kooperation mit zahlreichen Akteuren weiter entwickelt wird. In ihrer Darstellung legte Frau Band zunächst einen Schwerpunkt auf einige Hürden, die bei der Einbindung der verschiedenen Akteure in der Anfangsphase zu überwinden waren. Insbesondere hätten die angesprochenen Selbsthilfeorganisationen mitunter erhebliche Vorbehalte kommuniziert (nicht zuletzt wegen vermuteter Konkurrenzsituationen), die erst durch kontinuierliche vertrauensvolle und persönliche Kommunikation hätten abgemildert werden können. Die Klärung datenschutzrechtlicher Fragen habe teilweise ein Hindernis für eine transparen-

te Kommunikation aller Netzwerkpartner dargestellt. Ein Erfolgsfaktor für eine Stabilisierung der Netzwerkarbeit und somit für den Erfolg der Vernetzung insgesamt sei der Abschluss von regionalbezogenen Kooperationsvereinbarungen mit möglichst vielen der am Rehabilitationsgeschehen beteiligten Akteursgruppen gewesen. Die parallel dazu betriebene Öffentlichkeitsarbeit über verschiedene Kanäle habe unterschiedliche Resonanz gezeigt. Bei Ärzten sei sie nach bisherigem Stand allerdings auf ein positives Echo gestoßen. Von allen Netzwerkakteuren begrüßt würden regelmäßig durchgeführte Schulungen zu diversen Schwerpunktthemen des Rehabilitationsgeschehens. Dabei könnten die Vorteile der Vernetzung insbesondere dadurch realisiert werden, dass die Netzwerkpartner über ihren jeweiligen Bereich des Rehabilitationsgeschehens kostenlos berichten. Denn dann könnten die Kosten für die Schulungen insoweit auf die dabei eingesetzten Arbeitszeiten der Teilnehmer zzgl. Raumkosten beschränkt werden.

Matthias Matthiesen (DAK Gesundheit, Gemeinsame Servicestelle Rendsburg) stellte mit vielen praktischen Beispielen die gelebte Netzwerkstruktur der Gemeinsamen Servicestelle Rendsburg dar. Besonders einprägsam war die Schilderung der konkreten Netzwerkarbeit durch persönliche Kontaktpflege mit zahlreichen Akteuren, deren Arbeit für die Rehabilitation relevant ist, einschließlich kommunaler Strukturen. Deren Bedeutung sei in Schleswig-Holstein besonders wichtig, da die Eingliederungshilfe kommunalisiert sei. Durch die intensive Vernetzung mit verschiedensten Akteuren könne die Gemeinsame Servicestelle ihrer zentralen Funktion nachkommen, die richtigen Ansprechpartner abhängig von der individuellen Bedarfslage eines Versicherten zeitnah zu vernetzen und auch anderen Institutionen mit Rat und Tat zur Seite zu stehen. All dies sei insbesondere deshalb möglich, weil die Servicestellenarbeit in der konkreten Situation als Hauptaufgabe (ca. $\frac{3}{4}$ der gesamten Arbeitszeit) erledigt werden kann – mit entsprechendem Rückhalt durch die tragende Institution.

In der Diskussion wurde zusammenfassend herausgearbeitet, dass die Gemeinsamen Servicestellen insbesondere bei der Erkennung und Feststellung von Rehabilitationsbedarf eine wichtige Rolle spielen können, aber auch zu späteren Zeitpunkten im Rehabilitationsgeschehen. Erfolgreiche Netzwerkarbeit Gemeinsamer Servicestellen hängt u.a. ab von einem klaren Bekenntnis von Politik, Reha-Trägern und der konkret für die jeweiligen Aufgaben Verantwortlichen. Dies äußert sich nicht zuletzt in der Verfügbarkeit der erforderlichen Ressourcen und in einer gewissen Unabhängigkeit von Weisungen.

Wichtig ist auch, dass alle Kostenträger in das Netzwerk eingebunden sind. Zudem sollte das Netzwerk permanent erweitert werden, wenn neue Entwicklungen auftreten (z.B. Pflegestützpunkte). Zur erfolgreichen Netzwerkarbeit zählt neben dem inhaltlichen Austausch z.B. im Wege von regelmäßigen wechselseitigen Schulungen insbesondere ein direkter persönlicher Kontakt, u.a. auch über Präsenz in einschlägigen Gremien der unterschiedlichen Netzwerkpartner. Weiterhin sind konkrete Absprachen („Spielregeln“) über die jeweiligen Aufgaben und Aktivitäten sowie einheitliche Qualitätsstandards im Netzwerk für die gemeinsame Arbeit zentral.

Öffentlichkeitsarbeit ist ebenfalls ein wichtiges Element in der Netzwerkarbeit. Dazu gehört neben persönlichem Kontakt und traditioneller Information über Flyer etc. auch, die etablierten Kommunikationskanäle der einzelnen Netzwerkpartner konsequent einzubinden.

Flexibilität ist ein weiteres Schlüsselement erfolgreicher Vernetzung insbesondere mit Blick auf die Fähigkeit, jeweilige regionale Besonderheiten aufzugreifen.

Letztlich, darüber waren sich alle AG-Teilnehmer einig, leben Netzwerke von Gemeinsamen Servicestellen insbesondere durch das Engagement und die fachliche und soziale Kompetenz der konkret beteiligten Personen in den Gemeinsamen Servicestellen.

Erstrebenswert ist es zudem, Gemeinsame Servicestellen eng an die betriebliche Ebene heranzuführen, da die Erkennung von Rehabilitationsbedarf häufig dort zuerst möglich sei und der konkrete Rehabilitationsbedarf oft in Bezug auf einen konkreten Arbeitsplatz (sofern vorhanden) betrachtet werden sollte.

Im Hinblick auf die Einbindung von Betroffenen ist schließlich zentral, dass versucht wird, diesen im Wege des Empowerments die Fähigkeit (zurück) zu geben, eigene Entscheidungen treffen zu können.

Angesichts der präsentierten erfolgreichen Beispiele von Servicestellenarbeit in der Praxis bzw. im Rahmen eines Modellprojektes wurde auch erörtert, welche Möglichkeiten zur Verbesserung der Servicestellenarbeit insgesamt bestehen könnten, indem diese beispielhaften Strukturen in der Fläche verankert werden. Als ein denkbarer Ansatz wurde benannt, die Gemeinsamen Servicestellen verstärkt zu Kompetenzzentren mit den o.g. Merkmalen auszubauen und dabei ggf. ihre Gesamtzahl zu verringern. Als Vorschlag wurde eingebracht, insgesamt hundert „Kompetenzzentren“ aufzubauen, die ggf. auch für weitere örtliche Servicestellen als Ansprechpartner fungieren könnten. Keine Einigkeit erzielt wurde zu der Frage, ob ggf. eine Änderung der Benennung der Gemeinsamen Servicestellen (insbesondere betreffend den Begriff „Gemeinsam“) eine weitere Verbesserung der Bekanntheit und des Nutzens der Gemeinsamen Servicestellen bewirken könnte.

IV.3. AG 3: Übergang Schule-Beruf

Moderation: Dr. Larissa Beck (Präsentationen siehe ab Seite 59)

In der Arbeitsgruppe 3 wurden Netzwerke zur frühzeitigen Bedarfserkennung und -feststellung beim Übergang Schule-Beruf fokussiert. Die Vorträge bezogen sich auf entsprechende Kooperationen in Baden-Württemberg bzw. Nordrhein-Westfalen (NRW) mit dem Ziel der Integration (schwer-)behinderter Jugendlicher in betriebliche Ausbildung und Arbeit, auch außerhalb von Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM).

Doris Löpmeier vom LWL-Integrationsamt Münster erläuterte zunächst die Notwendigkeit einer zielgerichteten Gestaltung des Übergangs Schule-Beruf. Anschließend stellte sie das Integrationsprojekt „STAR“ vor, durch das Jugendliche mit sonderpädagogischem Förderbedarf beruflich integriert werden sollen. Beteiligt an diesem landesweiten Vorhaben sind neben der Regionaldirektion (RD) der Bundesagentur für Arbeit (BA) und dem Ministerium für Schule und Weiterbildung in NRW auch das Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales NRW, der Landschaftsverband Rheinland und der Landschaftsverband Westfalen-Lippe. Ziel ist es u.a., mittels strukturwirksamer

Aktivitäten vorhandene Bedarfe zu identifizieren und dabei auch bestehende Netzwerke systematisch auszubauen, um die berufliche Integration der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu befördern. Wesentliches Instrument dabei sind konkrete Strukturen und Vereinbarungen, in denen Kooperation, Verantwortung und Koordinierungsprozesse der Netzwerkpartner geregelt werden. Auf dieser Grundlage erfolgt in einem frühzeitig drei Jahre vor Schulentlassung beginnenden Prozess die einzelfallorientierte, individuelle Begleitung der betroffenen Jugendlichen, die in kritischen Situationen auch flexible Reaktionen außerhalb bestehender „Automatismen“ befördert.

Neben diesen zentralen Elementen wurden weiterhin besonders herausgestellt das gemeinsame Ziel, die Kooperation „auf Augenhöhe“ und der letztendlich klare Gewinn für alle beteiligten Akteure, der jedoch zunächst auch aktiven Einsatz und „Arbeit“ sowie entsprechend bereitgestellte Ressourcen erfordert, um damit letztendlich auch Mittel einsparen zu können.

Auch im Ansatz von Baden-Württemberg, der gemeinsam von Renate Schmidt (RD Baden-Württemberg, Stuttgart), Petra Kraus (IFD Lörrach/Waldshut) und Helmut Rüdlin (Schulamt Lörrach) vorgestellt wurde, bilden eindeutige, transparente Strukturen und Regelungen die Basis für die Arbeit im gemeinsamen Netzwerk mit dem Ziel der Integration behinderter Jugendlicher. Auch hier wurde ein frühzeitig ansetzendes mehrjähriges Konzept gewählt. Die Gesamtsteuerung des komplexen Akteursgeflechts erfolgt jeweils durch wenige zentrale Ansprechpartner/-innen, die in engem Austausch miteinander stehen und neben entsprechender Fach- und Entscheidungskompetenz auch über soziale Kompetenzen verfügen müssen.

Als Barrieren insbesondere für die Übertragbarkeit der positiven Ansätze auch in andere Regionen wurden u.a. die unterschiedlichen Rahmenbedingungen in den Bundesländern oder auch häufige länderübergreifende Veränderungen derselben benannt. Ebenso wurden bestehende Ängste bei den jeweiligen Netzwerkpartnern als Hindernisse sowie Maßnahmen zu deren Abbau thematisiert. Als in der Praxis auch aufgrund geringer Ressourcen noch kaum vorhanden wurden spezifische geschlechtersensible Ansätze sowie solche für behinderte Jugendliche mit Migrationshintergrund diskutiert.

IV.4. Diskussion und Fazit zur Workshop-Phase I:

Moderation: Ingo Nürnberger (Präsentationen siehe ab Seite 59)

Zu Beginn der gemeinsamen Diskussion der Ergebnisse zur Vernetzung bei der Bedarfserkennung und -feststellung wurden die Erkenntnisse aus den Arbeitsgruppen zusammenfassend dargestellt. Den Bericht zur AG 2 übernahm dabei Thekla Schlör, Bundesagentur für Arbeit, im Übrigen berichteten die Arbeitsgruppenmoderatoren/in. Die Ergebnisse wurden im Plenum zustimmend zur Kenntnis genommen.

Insbesondere wurden die Darstellungen aus dem Bereich der Gemeinsamen Servicestellen (AG 2) von Teilnehmern aus den anderen Arbeitsgruppen als interessante Beispiele umfassender Vernetzung bewertet.

Im Hinblick auf die Vernetzung der Betriebe mit der ärztlichen Versorgung (AG 1) wurde im Plenum diskutiert, inwieweit diese mit einer Verbesserung der Anwesenheitszeit von Betriebsärzten in den Betrieben weiter entwickelt werden könnte. Gerade im Bereich psychischer Erkrankungen wurde die Notwendigkeit vermehrter persönlicher Betreuung durch Betriebsärzte von einigen Teilnehmern als Verbesserungsoption benannt. Konkret möglich könnte dies beispielsweise durch Stärkung lokaler Arbeitsmedizinischer Zentren (AMZ) werden. Von anderen Teilnehmern wurde auf bestehende Vereinbarungen zwischen Landesverbänden von Unternehmen mit den jeweiligen Verbänden der Betriebs- und Werksärzte hingewiesen, die eine weitere Aufstockung von Arbeitsmedizinischen Zentren ggf. überflüssig machen könnte. Eine Umsetzung dieser Vereinbarungen in der Fläche unter stärkerer Einbindung von Arbeitgebern wurde von den Teilnehmern begrüßt. Insgesamt rückten als zentrale Ansprechpartner in der frühen Phase des Rehabilitationsgeschehens neben den niedergelassenen und den Betriebsärzten auch ambulante Reha-Zentren als potentiell wichtige Akteure in den Fokus, insbesondere, soweit es vertiefte Abklärung von Rehabilitationsbedarf betrifft.

Eine Teilnehmerin betonte insbesondere mit Blick auf den Übergang Schule-Beruf (AG 3) weiterhin, dass die Netzwerke abhängig vom konkreten Handlungsbedarf aufzustellen und zu aktivieren seien. Während in Bezug zur Erkennung von möglichem Rehabilitationsbedarf ein breites Netzwerk vieler Akteure sinnvoll sei, könne dies bei der konkreten Feststellung von Rehabilitationsbedarf bereits anders zu betrachten sein.

Dass erfolgreiche Netzwerkarbeit auch Innovation, nicht nur im Sinne von Optimierung bedeutet und die Kenntnis der anderen Partner und ihrer Belange voraussetzt, war das Resümee eines anderen Teilnehmers. Weitere Beiträge unterstrichen die Bedeutung der Klarheit des Nutzens (z.B. im BEM nach § 84 Abs. 2 SGB IX) und des Ziels der jeweiligen Netzwerkarbeit sowie die Wichtigkeit der Bereitstellung von Ressourcen, insbesondere in der Anfangsphase von Netzwerkarbeit. In diesem Zusammenhang betonten einige Teilnehmer die Erforderlichkeit klarer Unterstützung aller Vernetzungsaktivität in der Rehabilitation durch die Politik sowie, in Bezug auf die Sozialversicherungsträger, durch die Selbstverwaltung.

Den letztgenannten Aspekt aufgreifend, wies Herr Nürnberger abschließend darauf hin, dass die Partner in der Selbstverwaltung die entsprechende Diskussion in jüngster Zeit bereits deutlich intensiviert hätten und nach derzeitigem Stand in absehbarer Zeit mit einem gemeinsamen Erkenntnis zum Thema Rehabilitation gerechnet werden könne.

V. Workshop-Phase II: Vernetzung bei der Durchführung der Rehabilitation

V.1. AG 4: Berufsorientierung und Vernetzung in der medizinischen Rehabilitation – MBO und MBOR

Moderation: Dr. Michael Schubert (Präsentationen siehe ab Seite 103)

In Arbeitsgruppe 4 wurden innerhalb des Rahmens der Vernetzung bei der Durchführung der Rehabilitation Ansätze mit einer verstärkten Berufsorientierung in den Mittelpunkt gestellt. Barbara Gellrich (DRV Bund) stellte hierzu den konzeptionellen Ansatz der DRV Bund vor. Verdeutlicht wurde dabei, dass alle Rehabilitationsleistungen der DRV – dem gesetzlichen Auftrag des SGB VI gemäß – berufsbezogen ausgerichtet, jedoch abhängig von der spezifischen Fallgestaltung der Patienten unterschiedliche Intensitäten berufsbezogener Aktivitäten und Angebote zu differenzieren sind. Etwa ein Drittel aller Patienten weisen nach Analysen der DRV Bund sog. „besondere berufliche Problemlagen“ (BBPL) auf, für welche das Konzept der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) entwickelt wurde. Über ein standardisiertes Screening, so Frau Gellrich, kann der Personenkreis bereits im Rahmen des Rehabilitationszugangs (im Bereich der DRV: nach Antragstellung) identifiziert werden. Kern des MBOR-Angebotes innerhalb der Rehabilitation sind berufsbezogene psychoedukative Gruppenangebote, eine Belastungserprobung sowie Arbeitsplatztraining, wodurch die Inhalte der Rehabilitationsleistung besser mit der Arbeitsrealität der Patienten verzahnt werden. Bei Patienten, deren Rückkehr an den Arbeitsplatz als unwahrscheinlich gilt, findet zudem eine intensive Zusammenarbeit mit Leistungserbringern, insbesondere zu Fragen der Belastungserprobung und beruflichen Rehabilitation statt. Wenngleich das MBOR-Konzept aktuell als Modellprojekt in mehreren Kliniken erprobt wird und daran im Anschluss erst Bewertungen und Empfehlung abzugeben sind, betonte die Referentin den sinnvollen Grundgedanken der Vernetzung von Rehabilitation und Arbeit durch spezifische therapeutische Angebote, um Bedarfslagen von Personen mit spezifischen Gefährdungsfaktoren der Erwerbsfähigkeit zielgerichteter Rechnung zu tragen.

Daran anschließend stellte Dr. Henry Kohler das Rehabilitationskonzept mit medizinisch-beruflicher Orientierung (MBO) an der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Ludwigshafen vor. Innerhalb des auf definierte Berufsgruppen spezifizierten Konzeptes wird die individuelle berufliche Leistungsfähigkeit mit den beruflichen Leistungsanforderungen zielgerichtet abgeglichen. Ferner stellte Dr. Kohler dar, dass die Ausrichtung der Rehabilitation auf die Spezifika des ausgeübten Berufes (50% der gesamten Therapiezeit) sowohl für die Patienten als auch für Leistungsträger und Leistungserbringer wesentliche Vorteile bietet. Ein wichtiges vernetzendes Element von betrieblichem Arbeitsplatz und Rehabilitationseinrichtung ist das Vorliegen bzw. Erheben einer Beschreibung des Arbeitsplatzes und dessen spezifischer Anforderungen durch die Reha-Manager der BG. Allgemeiner stellte er abschließend fest, dass eine Definition gemeinsamer Zielvorstellungen sowie zielgerichtete Kommunikation und Transparenz des Verfahrens Voraussetzungen für gelingende Kooperation sind. Dabei bilden Gesundheit und Arbeitsfähigkeit des Rehabilitanden die gemeinsame Schnittmenge aller Beteiligten.

In einem dritten Beitrag berichtete Andrea Hauck (BG Bau) von der Kooperation zwischen DRV und den Betriebsärzten der BG Bau im Rahmen des etablierten, berufsspezifischen Programms „RehaBau“ für Bauhandwerker. Dabei unterstrich sie gleichfalls die Sinnhaftigkeit berufsspezifischer Rehabilitationsleistungen, die insbesondere auch die Prävention dauerhafter Funktionsbeeinträchtigungen im Blick haben. Im Rahmen von „RehaBau“ kann der Betriebsarzt eine Rehabilitationsleistung einleiten. Seine Stellungnahme kann dann als Gutachten fungieren (vgl. auch AG 1). In diesem Zusammenhang plädierte Frau Hauck dafür, die Feststellung des Vorliegens von Rehabilitationsbedarf bzw. des Bedarfs an beruflich orientierter Rehabilitation nicht pauschal vom Erreichen bestimmter AU-Zeiten abhängig zu machen. Zudem können die Arbeitsmediziner mit konkreten Arbeitsplatzbeschreibungen wichtige Informationen für die Rehabilitationsleistung liefern. Sie stellte weiterführend dar, dass der betriebsärztliche Dienst auf Basis des Einverständnisses des Patienten in Informationsflüsse vor, während und nach der Rehabilitationsleistung eingebunden ist. Frau Hauck wies jedoch darauf hin, dass erfolgreiche Vernetzung und effektive Kooperation immer auch durch die Beteiligten gelebt werden müsse, wozu seitens der Partner z.T. auch Voraussetzungen zu schaffen seien.

IN DER DISKUSSION WURDE DEUTLICH, DASS BERUFSBEZOGENE REHABILITATIONSANSÄTZE, DIE DIE ARBEITSREALITÄT VERSTÄRKTER IN DEN BLICK NEHMEN, ALS SINNVOLL BEWERTET WERDEN KÖNNEN, ABER ZUGLEICH AUCH FRAGEN ZU DEREN EFFIZIENZ INFOLGE DEUTLICH HÖHERER KOSTEN PRO REHABILITAND ENTSTÜNDEN.“

In der Diskussion wurde deutlich, dass berufsbezogene Rehabilitationsansätze, die die Arbeitsrealität verstärker in den Blick nehmen, als sinnvoll bewertet werden können, aber zugleich auch Fragen zu deren Effizienz infolge deutlich höherer Kosten pro Rehabilitand entstehen. Damit verbunden ist auch, dass einerseits der Rehabilitationszugang rechtzeitig zu gestalten ist sowie andererseits zielgenaue Instrumente zur Identifikation potenzieller MBO(R)-Patienten zum Einsatz kommen. Nicht zuletzt wurde für die zielführende Ausgestaltung der Rehabilitation das Vorliegen von Informationen zum Arbeitsplatz und zur beruflichen Tätigkeit als hilfreich für die Rehabilitationspraxis herausgestellt.

V.2. AG 5: Berufsorientierung und Vernetzung in der medizinischen Rehabilitation – Modelle in Regionen

Moderation: Marcus Schian (Präsentationen siehe ab Seite 103)

Die Arbeitsgruppe 5 wurde eröffnet durch ein Impulsreferat von Jochen Heuer (Institut für Rehabilitationsforschung Norderney) zum Projekt „Korb 2 – Reha muss passen!“ Dieses auf Beschäftigte in kleinen und mittleren Unternehmen (KMU) fokussierte Projekt konzentriert sich u.a. auf die Informationsbedarfe im Netzwerk verschiedener Akteure unmittelbar im Vorfeld, während der Durchführung und im Nachgang zur Durchführung einer Rehabilitation (Versicherte, Arbeitgeber, Betriebsräte, Betriebsärzte, Rehaklinik-Mitarbeiter und -Sozialarbeiter, Reha-Fachberater). Als zentrale Ansatzpunkte für Verbesserungen werden dabei die Kenntnis der therapeutischen Kräfte in Reha-Kliniken über die Arbeitsplatzanforderungen des Rehabilitanden und eine verbesserte Kommunikation mit Betriebsärzten fokussiert. Zur Verbesserung der Informationslage wird nach Befragungen der Akteure, der Durchführung von Expertengruppen und entsprechender Evaluation im Ergebnis ein Patientenfragebogen vorgeschlagen, der die jeweils vorhandenen Instrumente ergänzen kann. Zur Verbesserung der Kommunikation mit Betriebsärzten wird angeregt, deren schnelle Erreichbarkeit für den Fall des Kommunikationsbedarfs im Netzwerk zu optimieren und die Möglichkeit ihrer Einbindung in das Netzwerk durch verbesserte Information des Versicherten (der der Einbindung zustimmen muss) auszubauen. Nach dem Stand der Evaluation profitieren alle Akteure im Netzwerk von der verbreiterten Informationsbasis und der verstärkten Einbindung der betriebsärztlichen Expertise. Im Nachgang zum Referat wird auf Nachfrage nicht zuletzt verdeutlicht, dass bei der Umsetzung des vorgeschlagenen Vorgehens insbesondere gewisse Anfangsinvestitionen erforderlich sind, um den Fragebogen in die Klinikpraxis einzubinden bzw. an diese anzupassen. Auch die verstärkte Einbindung der betriebsärztlichen Expertise ist mit Anfangsinvestitionen verbunden. Die Abfrage von psychischen Faktoren wird von den Diskussionssteilnehmern als wichtig, zugleich im Hinblick auf datenschutzrechtliche Aspekte als Herausforderung angesehen.

Im zweiten Impulsreferat stellte Andrea Nordmann die vom Zentrum Beruf und Gesundheit, Bad Krozingen, angebotenen Dienstleistungen vor. Der Dienstleister ist vernetzt mit diversen Reha-Kliniken und zahlreichen Unternehmen in der Region. Ein besonderes Element des Angebots ist die Möglichkeit, von den ersten berufsbezogenen Assessments, Informationsmöglichkeiten und ggf. Interventionen noch vor einer Reha-Maßnahme den Rehabilitanden auch während – z.B. durch berufsbezogene Verzahnungsleistungen – und insbesondere nach einer Maßnahme durchgehend betreuen und auf diesem Weg den Prozess insgesamt mitgestalten zu können. Dabei gelingt es, ein Netzwerk mit allen am Rehabilitationsgeschehen beteiligten Akteuren aufzubauen, u.a. den Arbeitgebern, den Kostenträgern (Reha-Fachberatern), Reha-Kliniken, therapeutischen und sozialen Hilfsangeboten etc. Dem standen in der Anfangszeit allerdings auch Hürden gegenüber, so die von einigen beteiligten Akteuren gefühlte Konkurrenzsituation, Anfangsinvestitionen für den Netzwerkaufbau, Informationslücken in Klinikteams oder bei nicht unmittelbar regional verankerten Fachberatern, die Erreichbarkeit von Patienten, Überprüfbarkeit der Ergebnisse etc.

Der Vernetzung förderlich waren eine klare Zentrierung aller Aktivitäten auf den Patienten und seine Aktivierung. Erfolgreich ist die Zusammenarbeit nicht zuletzt auch dann, wenn Bedarfe umfassend und frühzeitig erhoben wurden, die Kommunikation durch den Dienstleister aktiv und frühzeitig aufgenommen wurde und wenn den mit den Netzwerkpartnern kommunizierenden Beratern (Job-Coaches) ein gut informiertes „Back-Office“ für vertiefte Informationen zur Verfügung steht. Zentral für den Erfolg der Beratungen ist schließlich eine vom Rehabilitanden wahrgenommene Unabhängigkeit der begleitenden Beratung bei gleichzeitig engen Kontakten zu Kostenträgern, zu den therapeutischen Kräften der Rehabilitationskliniken und schlussendlich auch zu den Arbeitgebern. Nicht zu unterschätzen ist die Funktion als Dolmetscher zwischen den verschiedenen Kommunikationsgepflogenheiten der verschiedenen Netzwerkpartner. Allein diese Funktion erleichtert das zielorientierte Zusammenwirken der Akteure oft ungemein. Auf Nachfrage führte Frau Nordmann aus, dass der Erfolg der angebotenen Dienstleistungen sich insbesondere an der beruflichen Integration messe und sich unter anderem daran zeige, dass das Angebot vom ursprünglichen Status eines Modellprojektes seit einiger Zeit bereits in den Regelbetrieb übernommen worden sei. Bestätigt werde die erfolgreiche Arbeit zudem durch positive Rückmeldungen der Netzwerkpartner. Abgerechnet werde im Wege von Fallpauschalen.

In der Diskussion der vorgestellten Projekte bzw. Strukturen kristallisierte sich insbesondere heraus, dass ohne gewisse Anfangsinvestitionen der Aufbau eines erfolgreichen Netzwerkes kaum möglich ist. Dazu zählt auch die klare Strukturierung bzw. Aufgabenverteilung im Netzwerk. Eine Hürde stellen mitunter die Übergänge zwischen vertikalen und horizontalen bzw. vertikalen Netzwerkstrukturen dar. So können von einer zentralen Stelle initiierte Vorgaben (Fragebögen, Konzeptionen, Standards etc.) mit den vor Ort unter verschiedenen Netzwerkpartnern bereits bewährten Strukturen/Abläufen mitunter nicht ohne Modifikationen in Deckung gebracht werden. Es gilt, eine Balance zu finden zwischen zentralen Vorgaben und der erforderlichen Flexibilität im konkreten Einzelfall. Für die Phase „Durchführung der Rehabilitation“ ist die Befriedigung der Kommunikationsbedarfe der Rehabilitationskliniken besonders zentral. Es gilt weiterhin, neben einer guten „Erstbedarfserkennung“ die individuelle Steuerung im Nachgang durch vertiefte Informationen zu erleichtern. Dafür scheinen grundsätzlich die verstärkte Einbindung des Rehabilitanden, aber auch – mit seiner Zustimmung – der Weg über die Betriebsärzte erfolgversprechende Kanäle zu sein. Insgesamt zeigt sich, dass eine Zentrierung aller Netzwerkaktivitäten auf den Patienten/Rehabilitanden als Erfolgsfaktor anzusehen ist. Netzwerkarbeit ist nur möglich auf der Basis vertrauensvoller Zusammenarbeit, die die Belange der Netzwerkpartner berücksichtigt. Dabei ist es hilfreich, den Nutzen des Netzwerks für alle Beteiligten zu verdeutlichen. Besonders zielführend kann es dabei sein, wenn es einen aktiven „Netzwerktreiber“ gibt, der nicht zuletzt Funktionen als Dolmetscher, Berater, Lotse übernehmen kann.

V.3. AG 6: DGUV-Reha-Management und rehafutur real

Moderation: Dr. Larissa Beck (Präsentationen siehe ab Seite 103)

In der Arbeitsgruppe 6 wurden Vernetzungsaspekte bei der Reha-Durchführung aus der Perspektive zweier Leistungsträger, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV, Referentin Doris Habekost) und der Deutschen Rentenversicherung Westfalen (Referent Norbert Gödecker-Geenen) präsentiert. Das Referat von Herrn Gödecker-Geenen wurde kurzfristig als Ersatz für den krankheitsbedingt ausgefallenen Vortrag zum neuen Rehamodell der BFW organisiert.

Im Bereich der Unfallversicherung verursachen weniger als 5 % der Arbeitsunfälle insgesamt etwa 2/3 der Gesamtkosten der daran anschließenden Rehabilitationsmaßnahmen. Um hier die notwendige intensive Fallbetreuung und Koordination bei der Reintegration ins Erwerbsleben unter Einbezug aller beteiligten Netzwerk-Akteure sicherzustellen, wurden für das Rehabilitations-

IM BEREICH DER UNFALLVERSICHERUNG VERURSACHEN WENIGER ALS 5 % DER ARBEITSUNFÄLLE INSGESAMT ETWA 2/3 DER GESAMTKOSTEN DER DARAN ANSCHLIESSENDEN REHABILITATIONSMASSNAHMEN.“

management ein Handlungsleitfaden und ein an der ICF orientierter „Reha-Plan“ entwickelt. Mit diesen Instrumenten werden Ressourcen gebündelt eingesetzt, Planungssicherung und Verlässlichkeit gegenüber allen Netzwerk-Partnern und einheitliche Qualitätsstandards sichergestellt. Positiv hervorgehoben wurden die günstigen gesetzlichen Rahmenbedingungen der Unfallversicherung, die eine Rehabilitation „aus einer Hand mit allen geeigneten Mitteln“ und damit insbesondere auch die persönliche Begleitung und Betreuung durch die Reha-Manager/-innen ermöglichen. Eine Investition in entsprechende Personalressourcen ist dabei Grundvoraussetzung. Weiterhin betont wurde die kontinuierliche Fortentwicklung der eingesetzten Instrumente anstelle eines Beharrens auf einem einmal erreichten „Status quo“. Dazu gehört auch die regelmäßige Weiterqualifizierung der Netzwerk-Akteure und -Akteurinnen. Hierbei spielt die aktive Unterstützung durch die Führungsebene – nicht nur bei einzelnen Netzwerkpartnern – eine zentrale Rolle.

Die persönliche Fall-Betreuung betonte auch der seit 2011 bestehende Modellversuch „rehafutur real“ der DRV Westfalen. Hier wird zur frühzeitigen Vernetzung mit Unternehmen bzw. Arbeitgeber/-innen über den „Betriebsservice Gesunde Arbeit“ ein kostenloses Beratungs- und Lotsenangebot im Netzwerk-Bereich Rehabilitation, aber auch in Bezug auf betriebliche Gesund-

heitsförderung offeriert. Wesentliche Partner für die Integrationsberatung sind dabei nahe gelegene Berufsförderungswerke. Auf Nachfrage aus der Arbeitsgruppe wurde jedoch klar gestellt, dass hier grundsätzlich auch andere Leistungserbringer aus dem Bereich der beruflichen Rehabilitation einbezogen werden könnten. Ausschlaggebend seien hier u.a. regionale Strukturen.

Für die berufliche Wiedereingliederung wurden neben dem Zugang über Betriebe weitere Zugangswege zum Projekt in den Blick genommen: neben Fällen aus Standardverfahren der beruflichen Rehabilitation werden auch solche aus dem Betrieblichen Eingliederungsmanagement, direkt aus der medizinischen Rehabilitation oder solche, die eine Stufenweise Wiedereingliederung begonnen, aber nicht zu Ende gebracht haben, in die Betreuungsarbeit einbezogen. Als zentral für das Netzwerkmanagement wurden hier u.a. die zentrale Fallsteuerung durch die Reha-Fachberater, die Wahrnehmung von Integrationsverantwortung und die Förderung der Mitwirkungsbereitschaft durch frühzeitige und verlässliche Beratung betont. Um diese optimal ein- bzw. umzusetzen, wurden Investitionen in die Weiterentwicklung vorhandener Strukturen als erforderlich angesehen, beispielsweise in die Beratungsangebote der Gemeinsamen Servicestellen.

Als wichtige Erkenntnis im Rahmen der intensiven persönlichen Betreuung zeigte sich u.a., dass die häufig gute Integrationsperspektive beim alten Arbeitgeber nicht immer sofort ersichtlich ist und unter Nutzung der Kompetenzen aller Beteiligten zunächst z.T. „mit Geduld“ herausgearbeitet werden muss. Beide Vorträge ließen außerdem erkennen, dass hinsichtlich der Qualitätssicherung bisher v.a. Strukturen und Prozesse in den Blick genommen wurden. Im Hinblick auf die Ergebnisqualität fehlt es u.a. derzeit noch an einheitlichen Kriterien zur Erfassung der Wirksamkeit. Offen ist zudem die Übertragbarkeit auf andere Zielgruppen z. B. ohne noch vorhandenen Arbeitsplatz. In Bezug auf den Zugang durch abgebrochene Leistungen der stufenweisen Wiedereingliederung, die im Projekt der DRV Westfalen bisher nur in Trägerschaft der Rentenversicherung aufgetreten ist, wurde die Zusammenarbeit mit anderen Rehabilitationsträgern, insbesondere der Gesetzlichen Krankenversicherung sowie der Bundesagentur für Arbeit, diskutiert. Hier besteht zumindest regional teilweise noch Optimierungsbedarf im Hinblick auf effektive Netzwerkarbeit.

V.4. Diskussion und Fazit zur Workshop-Phase II

Moderation: Bernd Petri (Präsentationen siehe ab Seite 103)

Die Erkenntnisse der einzelnen Arbeitsgruppen zur Vernetzung bei der Durchführung der Rehabilitation wurden im Plenum zustimmend zur Kenntnis genommen.

Im Hinblick auf die AG 4 ergänzten Vertreter der DRV Bund, dass alle Rehabilitationsleistungen der DRV auf das Ziel der beruflichen (Re-)Integration ausgerichtet sind, wobei mit dem Konzept der MBOR in erster Linie auf besondere, spezifische Bedarfslagen definierter Subgruppen mit Bedarf an einem noch stärkeren Berufsbezug eingegangen werden könne. Dem schloss sich Herr Dr. Kohler auch im Hinblick auf MBO an. Ziel sei es letztlich, die berufliche Orientierung in allen Leistungsbereichen weiter zu stärken.

Frau Hauck führte in Bezug auf das Angebot „RehaBau“ aus, dass die bei MBO/MBOR vorgestellten Auswahlkriterien mitunter nicht zielführend sein könnten. Sie verdeutlichte, dass es oft angezeigt sei, wesentlich früher auf die Versicherten zuzugehen, teilweise z.B. bereits nach 3 Wochen Arbeitsunfähigkeit. Daraufhin stellte ein Vertreter der Rentenversicherung klar, dass das Kriterium „3 Monate AU“ für die Leistung MBOR kein K.O.-Kriterium sei, sondern bei weiteren Anhaltspunkten auch darunter liegende Arbeitsunfähigkeitszeiten ausreichen würden.

In Bezug auf die AG 5 wurde im Teilnehmerkreis noch einmal bekräftigt, dass ein aktives Netzwerkmanagement den Erfolg der Netzwerkarbeit befördern kann. Dabei wurde nicht zuletzt die „Vermittler-“ und „Dolmetscherfunktion“ unterstrichen. Im Hinblick auf die erforderliche fachliche Kompetenz wurden die Fortbildung zum zertifizierten „Disability-Manager“ sowie diverse Studiengänge an verschiedenen Universitäten und Fachhochschulen thematisiert.

Zu den in der AG 6 erreichten Ergebnissen wurde diskutiert, dass die Kommunikation mit Arbeitgebern von Versicherten, die einen Arbeitsunfall erlitten haben, in der Regel einfacher ist, als wenn sich die Ursachen eines gesundheitlichen Problems für den Arbeitgeber nicht wahrnehmbar darstellen. Zugleich wurde angemerkt, dass sich in Leiharbeitsverhältnissen ein geringeres Interesse der Arbeitgeberseite an Prävention und Rehabilitation abzeichnet. Dabei wiesen einige Teilnehmer darauf hin, dass der Zugang der KMU zum Thema insbesondere bei den Arbeitgebern mittlerweile stark verbessert sei. Teilweise sei zu bemerken, dass eher Betriebsräte und Betriebsärzte der Thematik skeptisch gegenüber stünden.

Im Fazit zur Workshop-Phase II verdeutlichte ein Teilnehmer, dass neben den Arbeitsplatzanforderungen auch die Arbeitsbeziehungen, in denen sich der Rehabilitand befindet, näher betrachtet werden müssten, um den Reha-Erfolg zu verbessern. Zudem wurde herausgestellt, dass die verstärkte Information der Rehabilitationsteams in den Einrichtungen (ambulant/stationär) über die konkreten Arbeitsplatzbedingungen für eine gelingende Vernetzung und erfolgreiche Rehabilitation maßgeblich ist. Hinweise für vertieften Informationsbedarf können sich dabei nicht zuletzt durch besondere Screenings ergeben. Ein weiterer Teilnehmer betonte, es sei deutlich geworden, dass die Arbeit an den Bedarfen der Netzwerkpartner orientiert werden muss und nicht an den bereits vorhandenen (Dienst-)Leistungsangeboten. Eingebracht wurde schließlich der Hinweis, dass die erforderliche Regionalisierung von Netzwerkarbeit mit dem Instrument „runder Tisch der Beteiligten“ gut hergestellt werden könne. Dies habe sich im Bereich „Übergang Schule-Beruf“ bewährt. Herr Petri fokussierte in seiner zusammenfassenden Bemerkung die Aspekte der Aktivierung des Versicherten (vom homo patiens zum homo agens), die vertrauensvolle Zusammenarbeit und die persönlichen Beziehungen im Netzwerk.

VI. Workshop-Phase III: Erfolgreiche Vernetzung auf dem Weg (zurück) zur beruflichen Integration

VI.1. AG 7: Absolventenmanagement bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Moderation: Marcus Schian (Präsentationen siehe ab Seite 145)

Ulrike Müller (Bundesagentur für Arbeit, Regionaldirektion Rheinland-Pfalz-Saarland) eröffnete die Arbeitsgruppe 7 mit einem Einblick in das Absolventenmanagement aus Sicht der Bundesagentur für Arbeit. Das Absolventenmanagement sei geschaffen worden, da es zuvor kaum regelhafte Zusammenarbeit der Akteure beim Übergang zwischen Weiterbildungsmaßnahmen und konkreter Integration ins Berufsleben gegeben habe. Eine intensivere und frühzeitigere Betreuung von Absolventen mit kooperativer Begleitung sei als Ansatzpunkt erkannt worden, um die berufliche Integration von Rehabilitanden insgesamt zu verbessern. Frau Müller stellte dabei auch das interne Netzwerk innerhalb der Bundesagentur vor. Hier arbeiten Reha-Berater, Vermittler und Arbeitgeberservice eng zusammen, um die berufliche Integration von Rehabilitanden/innen zeitnah nach Abschluss einer Weiterbildungsmaßnahme zu ermöglichen. Die entsprechenden Verantwortlichkeiten und ihr Zusammenwirken wurden klar aufgezeigt. Verdeutlicht wurden auch die Erwartungen an die Leistungserbringer (konkret insbesondere die BBWe) hinsichtlich der konkreten Maßnahmeinhalte sowie der begleitenden Integrationsbemühungen. Betont wurde dabei nicht zuletzt die Bedeutung einer regelmäßigen und frühzeitigen gegenseitigen Kommunikation anhand eines vereinheitlichten Berichtswesens zu Detailspekten der Qualifikations- und Vermitt-

„EINE INTENSIVERE UND FRÜHZEITIGERE BETREUUNG VON ABSOLVENTEN MIT KOOPERATIVER BEGLEITUNG SEI ALS ANSATZPUNKT ERKANNT WORDEN, UM DIE BERUFLICHE INTEGRATION VON REHABILITANDEN INSGESAMT ZU VERBESSERN.“

lungsbemühungen, das Bestehen klarer diesbezüglicher Absprachen sowie Respekt gegenüber den jeweiligen Rahmenbedingungen der Netzwerkpartner. Ergänzend zum Impulsreferat von Frau Müller berichteten Andreas Pradella (BBW Worms) und Brigitte Frensemeier (Euro-BBW Bitburg) die Leistungserbringersicht auf das Absolventenmanagement. Hervorgehoben wurden auch hier die positiven Effekte klarer Absprachen zwischen den Netzwerkakteuren sowie des einheitlichen Berichtswesens, das es erleichtere, die relevanten Informationen zu sammeln und teilweise auch erste geeignete Fragen im Vorfeld zu klären.

Die Perspektive von wirtschaftsnahen Leistungserbringern der ambulanten beruflichen Rehabilitation stellte Björn Hagen, BAG abR dar. Zentral sei, dass sämtliche Aktivitäten in allen Phasen des Rehabilitationsgeschehens konsequent auf das Ziel der beruflichen (Re-)Integration ausgerichtet würden (Anschlussperspektive statt Abschlussperspektive). Vorteilhaft für die auf dieses Ziel orientierte Zusammenarbeit sei die Vernetzung dieser Leistungsanbieter in regionalen unternehmenszentrierten Netzwerken, die als Arbeitsmarkt und als Unterstützersysteme genutzt werden könnten. Diese Netzwerke könnten in betriebs- und branchenbezogene Kontakte unterteilt werden. Wichtig ist auch in diesem Leistungserbringerbereich eine zielgenaue Dokumentation der Qualifikations- und Vermittlungsaktivitäten und ihrer Erfolge.

In der nachfolgenden Diskussion wurde auf Nachfrage bestätigt, dass sich im Falle psychischer Erkrankungen eine Vernetzung mit Unternehmen ggf. als schwierig herausstellen kann, nicht zuletzt vor dem Hintergrund nach wie vor bestehender Vorbehalte. Im Hinblick auf die BAG abR wurde die Frage nach dem Erfolg der wirtschaftsnahen Anbieter aufgeworfen. Dieser werde durch die positive Resonanz der Unternehmen bestätigt. Vergleichsbetrachtungen mit anderen Anbietern würden indes nur eingeschränkt angestellt.

Aufgegriffen wurde weiterhin die Thematik Datenschutz. Diese stellt sich, so einige Arbeitsgruppenteilnehmer, regelmäßig als Hindernis bei der Kommunikation zwischen den verschiedenen Akteuren heraus. Grundsätzlich ist die Einwilligung des Rehabilitanden bzw. seine aktive Mitwirkung erforderlich, um entsprechende Hürden zu umgehen. Teilweise wird dies so gelöst, dass der Rehabilitand bereits zu Beginn des Absolventenmanagements in die entsprechende Informationsweitergabe einwilligt. Im Hinblick auf medizinische Diagnosen wird dies in manchen Trägerbereichen auf somatische Diagnosen beschränkt, während psychische Diagnosen auch mit Einwilligung des Rehabilitanden nicht weitergegeben werden. Eng damit verknüpft wurde die Frage der Mitwirkung des Rehabilitanden als zentralem Akteur des Reha-Netzwerkes erörtert. Einigkeit bestand dahingehend, dass die Eigeninitiative des Rehabilitanden durch persönliche Betreuung gefördert bzw. unterstützt werden kann. Allerdings muss es auch Grenzen der Unterstützung geben, etwa wenn offensichtlich wird, dass keinerlei Mitwirkungsbereitschaft besteht.

Im Hinblick auf die Zusammenarbeit bei der Vermittlung von Rehabilitanden richtete die BA die Bitte an die DRV, mit dem gezeigten Beispiel zum Absolventenmanagement auf die BA zuzugehen, um die Schnittstelle Rehabilitation und Vermittlung – auch im SGB II-Bereich – zu verbessern. Es wurde deutlich, dass nicht in jeder Region die entsprechenden Kontaktdaten zur Verfügung stehen. Seitens der DRV wurde berichtet, dass ihre Refachberater zur Verbesserung der Kommunikation in einigen Regionen Listen mit ihren jeweiligen Kontaktdaten an die Arbeitsagenturen verteilen. Hingewiesen wurde zudem auf bestehende Vereinbarungen zwischen der Bundesagentur für Arbeit und der DRV Bund sowie einige regionale Vereinbarungen zum Zusammenwirken der Rentenversicherungsträger und der Arbeitsagenturen.

Eingegangen wurde zudem auf den Wettbewerbsdruck der Leistungsanbieter, der wegen der Kostenzwänge im Ergebnis eine qualitativ hochwertige Leistungserbringung und eine optimale Netzwerkarbeit bisweilen erschwert.

Abschließend wurden die bislang benannten Erfolgsfaktoren in der Arbeitsgruppe weiter systematisiert und ergänzt. Demnach sind neben Transparenz und Klarheit von Aufgaben im jeweiligen Netzwerk aufgrund von Absprachen insbesondere folgende Faktoren für erfolgreiche Netzwerkarbeit relevant:

- Ausrichtung der Netzwerke auf regionale Besonderheiten, insbesondere auf regionale Unternehmensnetzwerke
- wechselseitige Akzeptanz der jeweiligen Rahmenbedingungen der Netzwerkpartner
- persönliche Betreuung des Rehabilitanden im Prozess der Vermittlung
- Austausch von direkten Kontaktdaten der jeweiligen persönlichen Ansprechpartner im Netzwerk
- aktive Netzwerkarbeit von allen Beteiligten, ggf. Rollenzuweisung als Netzwerkmanager an einen Netzwerkpartner
- regelmäßiges strukturiertes Berichtswesen, insbesondere dabei:
 - einzelfallbezogene adäquate („kreative“) Lösung von Datenschutzfragen
- kontinuierliche Akquise von Unternehmenskontakten
- Netzwerkarbeit auch durch Fortbildung

VI.2. AG 8: Regionale Angebote für Unternehmen

Moderation: Dr. Larissa Beck (Präsentationen siehe ab Seite 145)

In Arbeitsgruppe 8 ging es um die Perspektive zweier unterschiedlicher Leistungserbringer bei der Vernetzung auf dem Weg zur beruflichen (Re-)Integration.

Uwe Narkus, Integrationsfachberater vom Verein zur Förderung der Betrieblichen Eingliederung im Handwerk e.V., stellte seine Tätigkeit in Schleswig-Holstein vor. Für die Förderung der Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben spielt v.a. die Orientierung an den Bedürfnissen und Anforderungen der Arbeitgeber aus dem Handwerksbereich – nicht nur bezogen auf den konkreten Arbeitsplatz – bei der Beratung eine wichtige Rolle. Dabei ist es wichtig, sich bei der Kontaktaufnahme und -pflege für den Aufbau von Netzwerken der jeweiligen Innungskultur sowie der alltäglichen Praxisrealität des spezifischen Arbeitgeberbereichs insbesondere aus dem Bereich der KMU anzupassen. Als Beispiele benannt wurden hier mögliche Gesprächszeitpunkte angesichts langer Arbeitstage, die Dauer von Beratungen oder auch die verwendete Sprache.

Als Zugangsweg zu den Betrieben stellen die Handwerker-Innungen eine Möglichkeit dar. Eine kompakte und zielorientierte Beratung durch einen kontinuierlichen Ansprechpartner ist wichtig, um beim Gegenüber zunächst Vorbehalte ab- und die Bereitschaft dafür aufzubauen, über Beschäftigungsmöglichkeiten für eingeschränkte, aber fachkompetente Angestellte nachzudenken. Als Barriere für die direkte Kontaktaufnahme mit Rehabilitationsträgern durch die Handwerksbe-

triebe selbst wurden hier beispielsweise unpersönliche Hotlines bzw. „Warteschleifen“ benannt. Diese Aufgabe wird daher vom Berater übernommen, und der Arbeitgeber damit entlastet. Für die Neueinstellung leistungsgeminderter Arbeitnehmer stellen außerdem transparente Fördermöglichkeiten einen zentralen Anreiz dar. Insgesamt betont wurde die Rolle des Integrationsfachberaters als „Informationsvermittler“ innerhalb der Netzwerk-Kommunikation.

Dr. Manfred Gehrman (Berliner Mosaik-Services Integrationsgesellschaft mbH) stellte anhand eines Beispiels aus dem Bereich des Hotel- und Gaststättengewerbes in Berlin die Perspektiven innerhalb eines Integrationsbetriebs vor. Ziel ist es hier, die Leistungsfähigkeit von Menschen mit Behinderung individuell zu steigern, um die Übernahme der Betroffenen in ein tarifliches Beschäftigungsverhältnis zu ermöglichen. Dieser Prozess entwickelt sich häufig sehr langsam und nicht frei von Rückschlägen und erfordert eine entsprechende intensive und flexible Betreuung. Dabei wirken insbesondere das Berliner Integrationsamt sowie die Bundesagentur für Arbeit als Netzwerkpartner mit. Um am Markt zu bestehen, ist dabei für den Integrationsbetrieb ebenso wie für andere Unternehmen ein tragfähiges Businesskonzept erforderlich. Dazu gehört beispielsweise auch die Sicherung des Personalbestands durch entsprechende Rekrutierungsmaßnahmen. Um diese zu sichern, sind als weitere Partner im Netzwerk Förderschulen vertreten, um auch hier frühzeitig den Kontakt von Menschen mit Behinderung zur beruflichen Praxis herzustellen. Hierbei gilt es auch, z.T. seitens der Betroffenen bestehende Barrieren, die sich z.B. durch den Wunsch zur Aufrechterhaltung vorhandener sozialer Netzwerke im Rahmen von WfbM entwickeln können, zu überwinden.

Für die kontinuierliche Netzwerkarbeit der beteiligten Akteure hinderlich sind zudem häufig die Rahmenbedingungen, die durch die Förderung auf Ebene von Modellprojekten entstehen.

VI.3. AG 9: Individualisierte Vernetzung bei der (Re-)Integration – aus Sicht von Trägern und Leistungsanbietern

Moderation: Dr. Michael Schubert (Präsentationen siehe ab Seite 145)

In Arbeitsgruppe 9 ging es um die individualisierte Vernetzung bei der (Re-)Integration aus Sicht von Trägern und Leistungsanbietern. Hierzu stellten Volker Faath und Jürgen Neubauer von der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz das Konzept der begleitenden Fallbetreuung während stufenweiser Wiedereingliederung und Nachsorge sowie das Projekt „Stärke durch Vernetzung“ vor. Dabei ist beiden Ansätzen eine aktive Rolle des Rehabilitationsträgers bei der Vernetzungsarbeit gemeinsam.

Ansatzpunkt der ersten Initiative war, dass einerseits stufenweise Wiedereingliederung als wirksam und kosteneffektiv zu bezeichnen ist, andererseits aber eine fehlende Betreuung und Unterstützung der Versicherten während des Verfahrens und während der Reintegration in die Berufstätigkeit konstatiert wird. Mit dem Ziel, die Zahl der Abbrecher von stufenweiser Wiedereingliederung zu minimieren sowie die Eingliederungsverläufe insbesondere von Risikogruppen zu verbessern, wurde, so berichtete Volker Faath, ein individualisiertes Betreuungsangebot etabliert. Dieses Angebot wird von der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz als Modellprojekt ge-

tragen und ist personell an den jeweiligen Rehabilitationseinrichtungen verortet. Die Leistung wird dabei einer definierten Patientengruppe durch die Rehabilitationseinrichtung empfohlen, wobei die Betreuungsleistung bis zu vier Kontakteinheiten von bis zu 60 min entspricht. Hinsichtlich der Ergebnisse berichteten die Referenten, dass einerseits eine durchgängig positive Bewertung des Konzeptes vorgenommen wurde, andererseits aber nur einzelne Einrichtungen das Konzept mit substantiellen Fallzahlen umsetzen. So sei dieser Ansatz der Vernetzung mit dem Ziel einer verbesserten Reintegration in die berufliche Tätigkeit einerseits sinnvoll, andererseits aber für die Rehabilitationskliniken, als Anbieter des Angebots, scheinbar zum Teil schwierig umzusetzen. Hier sei nach den Erfahrungen der Referenten weitere konzeptuelle Arbeit zu leisten. Hinsichtlich des Aspektes der erfolgreichen Vernetzung zeigte sich daraus, dass Vernetzungskonzepte die Belange der einzelnen Akteure (hier: strukturelle Rahmenbedingungen der Leistungserbringer) gezielt zu berücksichtigen haben, wobei mögliche Hindernisse oder Barrieren aufzunehmen sowie kontinuierlich zu reflektieren und zu kommunizieren sind.

Das ebenfalls vorgestellte Projekt „Stärke durch Vernetzung“ beinhaltet ein Beratungsangebot des Rehabilitationsträgers, welches wiederum eng mit betriebsärztlichen Diensten sowie Rehabilitationseinrichtungen zusammenarbeitet. Die Zusammenarbeit der Akteure beginnt bereits im Rahmen des Reha-Zugangs (Erstellung einer Arbeitsplatzbeschreibung) und setzt sich während der medizinischen Rehabilitation (Abstimmung zwischen Reha-Arzt und Werksarzt verpflichtend) bis zum Reha-Ende fort (Entlassungsberichtübermittlung an den Werksarzt). Zugleich – und hierin wird die besondere Stärke des Ansatzes gesehen – hat das Beratungsangebot auch kleine und mittelständische Betriebe im Blick, wobei die Unterstützung beim betrieblichen Eingliederungsmanagement einen wesentlichen Schwerpunkt bildet. Erfahrungen zeigen, dass so die Zusammenarbeit verbessert, Wartezeiten verkürzt und die Rehabilitation individueller auf die konkrete Arbeitssituation abstimbar ist, was zu einer verbesserten und nachhaltigeren Reha-Zielerreichung führt.

Dr. Wolfgang Degner stellte im Anschluss das Dienstleistungsnetzwerk ‚support‘ für kleine und mittlere Unternehmen in der Region Chemnitz vor. Ausgehend von der Überlegung, dass berufliche Teilhabe nur mit entsprechenden Arbeitsplätzen möglich ist, wurde dieses Netzwerk unternehmenszentriert, also auf den Beratungs- und Unterstützungsbedarf der Betriebe ausgerichtet. Gerade hinsichtlich der Reintegration von Menschen ins Erwerbsleben ist bei der Ausrichtung von Netzwerken die „Kundengruppe“ der Betriebe ebenso in den Blick zu nehmen, wie die der Rehabilitanden bzw. Menschen mit Behinderung. Mit dieser Zielperspektive werden mit ‚support‘ Unternehmen umfassend zur Beschäftigung von Menschen mit Schwerbehinderung beraten sowie entsprechende Schritte bis zu Einstellung koordiniert. Dabei hob Herr Dr. Degner hervor, dass die regionale Zusammenarbeit mit Wirtschaftsverbänden sowie die „Sichtbarkeit“ des Angebotes für die betrieblichen Akteure wichtige Gradmesser erfolgreicher Vernetzungsarbeit sind. Insbesondere sind die Aspekte der Nachhaltigkeit und Dauerhaftigkeit wie auch der einheitlichen Ansprechpartner einem zeitlich befristeten kampagnenbezogenen Vorgehen bei der Netzwerkentwicklung vorzuziehen.

VI.4. Diskussion und Fazit zur Workshop-Phase III

Moderation: Bernd Petri (Präsentationen siehe ab Seite 145)

Auch die Berichte über die Erkenntnisse der Arbeitsgruppen zur Vernetzung auf dem Weg zurück zur beruflichen (Re-)Integration wurden im Plenum überwiegend zustimmend zur Kenntnis genommen.

In der Diskussion wiederholte Thekla Schlör (Bundesagentur für Arbeit) im Hinblick auf das Absolventenmanagement (AG 7) das Angebot an die Rentenversicherungsträger, die Kontakte zu den Arbeitsagenturen vor Ort auf administrativer und auch auf persönlicher Ebene zu intensivieren. Die BA stehe hinter den entsprechenden Vereinbarungen mit der Rentenversicherung. Sie wiederholte das Angebot, das Zusammenspiel "Rehabilitation und Vermittlung" in einer gemeinsamen Vereinbarung mit der Rentenversicherung zu optimieren.

Kritisch angemerkt wurde von einem Teilnehmer, dass in der bisherigen Plenumsdiskussion die wesentliche Frage der für eine intensive Netzwerkarbeit erforderlichen Ressourcen und wie diese konkret zur Verfügung gestellt werden könnten weitgehend ausgeklammert worden sei. Die Teilnehmer waren sich einig, dass dieser Aspekt verstärkt berücksichtigt werden muss.

„**U**NTERNEHMEN WOLLTEN IN ALLER REGEL EINEN ANSPRECHPARTNER FÜR ALLE FRAGEN VON GESUNDHEIT UND ARBEIT.“

Vorgeschlagen wurde zudem die Einrichtung von Alumni-Netzwerken ehemaliger Rehabilitanden/innen. Hier sahen die Vertreter der Rehabilitationsträger in erster Linie die Leistungsanbieter als mögliche Initiatoren. Die BA erwägt diesbezüglich die Unterstützung von Peer-Counselling, allerdings ist derzeit noch offen, in welchem Umfang.

Aufgeworfen wurde weiterhin die Thematik Datenschutz. Hierzu berichtete ein Vertreter der BAR-Geschäftsstelle, dass eine trägerübergreifende Arbeitsgruppe eingerichtet worden sei, die sich mit den die Rehabilitationsträger betreffenden Datenschutzfragen befasse. Diese habe hinsichtlich der bislang im Workshop diskutierten Fragen beispielsweise zwischen gesundheitsbezogenen Daten und Daten zum Verfahrenssachstand unterschieden, nicht zuletzt weil hier möglicherweise unterschiedliche Maßstäbe angelegt werden könnten. Eine weitere Teilnehmerin berichtete, dass

die Datenschutzbeauftragten in ihrem System auch bei Einwilligung die Weitergabe von Daten teilweise untersagen. Im Ergebnis blieb die Feststellung der Workshop-Teilnehmer, dass die entsprechenden datenschutzrechtlichen Fragen mittelfristig einer Antwort bedürfen, um Netzwerkarbeit verlässlich und damit erfolgreich strukturieren zu können.

Mit Blick auf Angebote für Unternehmen bei der (Re-)Integration (AG 8) wurde zunächst noch einmal betont, dass seitens der KMU insbesondere durch die dort bei den Entscheidern gegebenen zeitlichen Engpässe der Kontakt mit den Rehabilitationsträgern erheblich erschwert wird. Ein erfolgreicher Weg könnte die Kontaktherstellung über Innungen sein. Dabei sind nicht zuletzt die sehr verschiedenen Kommunikationskulturen zu beachten. Unternehmen wollen in aller Regel einen Ansprechpartner für alle Fragen von Gesundheit und Arbeit. Zudem herrscht bei Arbeitgebern beim Umgang mit Krankheit meist eine Problemorientierung, die zunächst ebenso wie Vorbehalte gegenüber dem System der sozialen Sicherung überwunden werden muss. Dafür ist ein persönlicher und kontinuierlicher Kontakt unabdingbar.

Ein weiterer Teilnehmer wies mit Blick auf Integrationsbetriebe darauf hin, dass deren Finanzierung regelmäßig problematisch sei. Sie stünden auch im Wettbewerb. Bei erfolgreichen Projekten sei immer zu beachten, dass eine projektbasierte Finanzierung in der Regel keine Nachhaltigkeit ermögliche. Auch hier wurde die Datenschutzthematik erneut angesprochen.

Im Hinblick auf die AG 9 unterstrich Herr Faath noch einmal, dass bei den dort diskutierten Angeboten der DRV Rheinland-Pfalz der Aspekt des durchgehenden Ansprechpartners besonders berücksichtigt werde. Die DRV Rheinland-Pfalz stehe sowohl für KMU als auch allgemein für die Themenbereiche stufenweise Wiedereingliederung und BEM nach § 84 Abs. 2 SGB IX als Ansprechpartner zur Verfügung. Auch der Gedanke der Gemeinsamen Servicestelle werde dort intensiv gelebt. Im Hinblick auf die intensivierte Kommunikation mit der betrieblichen Ebene werde mit Einwilligung des Rehabilitanden der Reha-Entlassungsbericht regelmäßig an den Betriebsarzt weitergegeben.

Herr Dr. Degner betonte die Bedeutung „zugehender“ Angebote für Unternehmen. Informationskampagnen seien zwar für die Akquise von Unternehmenskontakten wichtig, reichten für sich alleine aber nicht aus.

VII. Gesamtfazit

Die Schlussrunde der Diskussion eröffnete Herr Petri mit seinem Gesamtfazit zur Veranstaltung.

Vernetzung geschehe nicht von selbst. Es brauche ein klares Bekenntnis der Entscheider in den jeweiligen Akteursbereichen, um Netzwerkarbeit zu ermöglichen. Ein wichtiger Faktor dabei sei, dass der Nutzen des Netzwerks deutlich wird. Eine besonders lohnenswerte Idee sei aus seiner Sicht die Möglichkeit der Nachverfolgung von Rehabilitationsanträgen.

Im Weiteren benannte Herr Petri zusammenfassend im Laufe der Veranstaltung identifizierte Erfolgsfaktoren guter Netzwerkarbeit:

Nutzen des Netzwerks

- für die Netzwerkpartner
- insbesondere für den Versicherten

Spezifität des Netzwerks

- inhaltlich
- regional

Klärung der Aufgaben im Netzwerk durch klaren Rahmen

- spezifisch, je nach konkret erforderlicher Vernetzung
- Verträge sind hilfreich, der Rahmen kann aber auch durch in der Praxis etablierte Routinen ohne gesonderte Vereinbarungen gesetzt werden

Transparenz

- über Ziele und Nutzen des Netzwerks
- über Abläufe bei den Netzwerkpartnern
- Befriedigung des jeweiligen Informationsbedarfs
- wechselseitige Akzeptanz der jeweiligen Rahmenbedingungen der Netzwerkpartner

Versichertenzentrierung des Netzwerks

- insbesondere: Aktivierung
- verbesserte Beratung durch alle Netzwerkpartner
- Flexibilität der Netzwerkpartner

Kompetenzen der Netzwerkakteure

- fachlich
- menschlich, sozial
- um so wichtiger, je aktiver die Netzwerkrolle

Vertrauen und persönliche Kommunikation

- Wertschätzung des Gegenübers

- mit Ängsten umgehen
- Gestaltung bei personalem Wechsel

Regelmäßigkeit und Stabilität des Netzwerks

- strukturell
- zeitlich
- prozesshaft (vgl. oben, „Klärung der Aufgaben...“)

Strukturierte Kommunikation

- Kontaktdaten der richtigen Ansprechpartner
- ggf. strukturiertes Berichtswesen, standardisierte Informationswege

Öffentlichkeitsarbeit

- durch das Netzwerk selbst
- Nutzung der spezifischen Kommunikationskanäle der einzelnen Netzwerkpartner

Aktives Netzwerkmanagement („Netzwerktreiber“)

- z.B. als gesonderte Dienstleistung, aber nicht zwingend
- diverse Rollen als Dolmetscher, Berater, Broker, Lotse, Anwalt
- ggf. hilfreich: Entscheidungskompetenzen beim Netzwerkmanagement ansiedeln

Verfügbarkeit von Ressourcen

- zeitlich, personell
- insbesondere zu Beginn der Netzwerketablierung

Engagement und Verantwortung

- individuell, institutionell, aber auch auf Ebene der Politik und der Selbstverwaltung
- abhängig von der jeweiligen Rolle im Netzwerk und vom Ansprechpartner

Ein weiterer noch nicht intensiv diskutierter Aspekt sei die Nutzung neuer Medien. Hier liege noch viel Potential. Für Verbesserungen erforderlich sei der Transfer von Modellen in die Fläche, insbesondere hier seien Ressourcen und Engagement wichtig. Auf Ebene der BAR werde zeitnah damit begonnen eine verbesserte Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger unter anderem damit zu befördern, dass vier Gemeinsame Empfehlungen zu zwei Empfehlungen zusammengeführt würden. Nicht zuletzt an diesem Vorhaben lasse sich auch das in diesem Workshop wiederholt als Erfolgsfaktor guter Vernetzung identifizierte Engagement der Institutionen messen.

Nach diesem Überblick rundeten Schlussbeiträge von anwesenden Vertretern aus der Selbstverwaltung der BAR die Veranstaltung ab. Herr Hüttenmeister bedankte sich ausdrücklich für die Ausrichtung der Veranstaltung. Es sei gelungen viele neue Perspektiven auf das zentrale und herausforderungsvolle Thema „Vernetzung“ aufzuzeigen. Man könne viel für die Arbeit in den Selbstverwaltungsgremien der BAR und der einzelnen Sozialversicherungsträger mitnehmen. Herr Nürnberger schloss sich dieser Einschätzung an und ergriff die Gelegenheit zu einem ab-



schließenden Fazit aus seiner Sicht. In der Veranstaltung seien viele der mittlerweile schon sprichwörtlichen „Leuchttürme“ vorgestellt, das insgesamt vorhandene Wissen zum Thema „Vernetzung“ in der Rehabilitation erstmals in dieser Form und Breite systematisch gebündelt worden. Über die zahlreichen von Herrn Petri dargestellten Erfolgsfaktoren guter Vernetzung habe ganz überwiegend Einigkeit bestanden. Für ihn stehe nun die Frage an, wie es weitergehen könne. Die Antwort sollte mit Sicherheit nicht die Initiierung noch weiterer Modellprojekte sein. Nunmehr müsse es darum gehen, die gewonnen Erkenntnisse zu nutzen, um die Strukturen anzugehen. Ein wesentliches Hindernis für die Umsetzung der erörterten Erfolgsfaktoren sei das Fehlen von Ressourcen, d.h. letztlich auch: es fehlt Geld. Ein zentraler Aspekt verbesserter Vernetzung, darauf wiesen auch die Ergebnisse des RehaFutur-Entwicklungsprojektes eindeutig hin, sei sicherlich die verbesserte Beratung von Versicherten, benötigt würden daher bessere Beratungsstrukturen. Bei der für die dafür erforderlichen Veränderungen nötigen Diskussion müssten auch die bisherigen Erfolge bei der Realisierung von Effizienzgewinnen berücksichtigt werden. Im Bereich der DRV könne davon ausgegangen werden, dass in den vergangenen Jahren an die 60% Effizienzgewinne erzielt worden seien. Auch im Bereich der BA sei insoweit sehr viel passiert. Stelle man diese Effizienzgewinne in die Überlegungen ein, so sei die Rehabilitation auch mit verbesserten Beratungsstrukturen immer noch günstiger als vor einigen Jahren. Nun wäre wichtig, dass sich die Sozialpartner zusammensetzten und gemeinsam diskutierten, wie die Strukturen verbessert werden könnten. Nicht zuletzt in diesem Workshop sei beispielsweise die Wichtigkeit guter Beratung deutlich geworden. Die Sozialversicherung sei insgesamt in der Pflicht, diese anzubieten. Klar sei natürlich, dass eine intensiviertere Beratung keine unrealistischen Wünsche wecken dürfe. Sie dürfe indes auch nicht nur der Schonung des Budgets der die jeweilige Beratungsstelle tragenden Institution dienen. Als Erkenntnis bleibe, dass letztlich eine Debatte auch über Stellen geführt werden müsse.

Aber auch Empfehlungen für die inhaltliche Arbeit der BAR ließen sich ableiten. So könne sie die sich abzeichnende Veränderungsbereitschaft nutzen und möge nicht nachlassen, die aufgezeigten Ideen kontinuierlich in die Gremienarbeit einzubringen und sich dabei auch nicht von den naturgemäß langsamen Fortschritten abhalten lassen.

VIII. Ausblick

Mit dem Workshop ist es gelungen, Erfolgsfaktoren guter Vernetzung erstmals umfassend, akteursübergreifend und bezogen auf den gesamten Rehabilitationsprozess systematisch zu identifizieren und zu dokumentieren.

Damit liegt eine erste Orientierungshilfe für Netzwerkarbeit in der Rehabilitation vor, an der die Akteure in der Praxis die Ausgestaltung und Entwicklung von Netzwerken ausrichten können.

Die erzielten Ergebnisse werden im Rahmen des BAR-Projektes „Effektivität und Effizienz in der Rehabilitation“ aufgegriffen und weiterentwickelt.



Erfolgsfaktoren und Herausforderungen bei der Vernetzung von Organisationen

Jörg Sydow
Institut für Management, Fachbereich Wirtschaftswissenschaft

BAR "Wege zur frühzeitigen Vernetzung in der Rehabilitation", Kassel, 14. Februar 2012

"Netzwerk-Assoziationen"

- dezentral, flexibel, fluide
- modern, postmodern
- hierarchielos, -arm, heterarchisch
- virtuell (weil IT-basiert)
- ...
- Netzwerke – zwischen Metapher und "network science" (Barabasi 2002)
- Netzwerke als Organisationsform ökonomischer Aktivitäten (Powell 1990; Sydow 1992)
- Neu: Management interorganisationaler Netzwerke (Sydow/Duschek 2011)

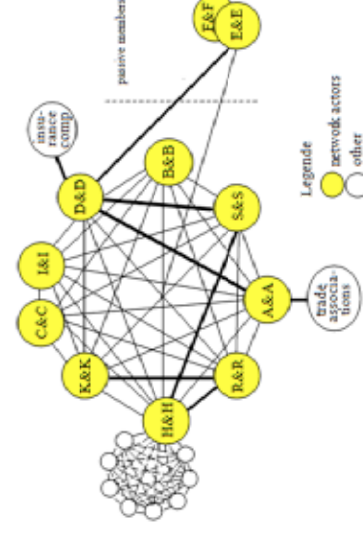
Jörg Sydow: Vernetzung von Organisationen, BAR Kassel, 14. Februar 2012

2

Agenda

1. Netzwerke als Organisationsform
 - Beispiele
 2. Management von Netzwerken
 - Beispiele
- Amelung, V./Sydow, J./Windeler, A. (2009)(Hrsg.): *Vernetzung im Gesundheitswesen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Sydow, J./Duschek, S. (2011): *Management interorganisationaler Beziehungen*. Stuttgart: Kohlhammer.

InBroNet: Ein regionales Netzwerk von Industrierversicherungsmaklern



Sydow (2005), S. 231.

OptecBB: Kern des Optik-Clusters Berlin-Brandenburg

Legend:
 ● Companies
 ● Research Institute
 ● University
 ● Bank, Venture Capitalist
 ● Network organization

Data set 2003: 81 interviews; confirmed, potentially multi-dimensional relations

Freie Universität Berlin

Leich (2009)

Jörg Sydow: Vernetzung von Organisationen, BAR Kassel, 14. Februar 2012

RSS: Ein strategisches Netzwerk im Optik-Cluster

Legend:
 ● University
 ● Company
 ● Research Institute
 ● Very Intense
 ● Intense

Burger/Sydow (2011)

Jörg Sydow: Vernetzung von Organisationen, BAR Kassel, 14. Februar 2012

Unternehmensnetzwerke - definiert

Ein **Unternehmensnetzwerk** stellt "eine auf die Realisierung von Wettbewerbsvorteilen zielende, Organisationsform ökonomischer Aktivitäten zwischen Markt und Hierarchie dar, die sich durch komplex-reziproke, eher kooperative denn kompetitive und relativ stabile Beziehungen zwischen rechtlich selbst-ständigen, wirtschaftlich jedoch zumeist abhängigen Unternehmen auszeichnet" (Sydow 1992, S. 82).

Eine **Netzwerkunternehmung** stellt eine in diese Organisationsform ökonomischer Aktivitäten mittels Netzwerkbeziehungen eingebundene (hierarchische) Organisation dar.

Freie Universität Berlin

Sydow/Duschek (2011), S. 176

Jörg Sydow: Vernetzung von Organisationen, BAR Kassel, 14. Februar 2012

Zwei Wege zur Netzwerkbildung: Quasi-Internalisierung und Quasi-Externalisierung

MARKT: 'arm's-length transaction'

NETZWERK: Strategische Allianzen, Konsortien, Arbeitsteilung, Ausgliederung/gründung

HIERARCHIE: 'firm'

Quasi-Internalisierung

Quasi-Externalisierung

Freie Universität Berlin

Sydow/Duschek (2011), S. 155

Jörg Sydow: Vernetzung von Organisationen, BAR Kassel, 14. Februar 2012

Organisationales Feld und interorganisationales Netzwerk

Legend:
 ● Associations
 ● State actors
 ● Banks
 ● Support agencies

Agents supporting the network activities in the region

Sydow/Windeler (2003), S. 176

Freie Universität Berlin

Jörg Sydow: Vernetzung von Organisationen, BAR Kassel, 14. Februar 2012

Zur Bedeutung des organisationalen Feldes für die interorganisationale Vernetzung

Branchenbedingungen unter denen Vernetzung eher auftritt	... eher nicht auftritt
Räuscher technologischer Wandel	Langsamer technologischer Wandel	
Hohe Wettbewerbsintensität	Niedrige Wettbewerbsintensität	
Heterogene Kundenwünsche	Homogene Kundenwünsche	
Formale Standards wie standardisierte Arbeitsverträge, Standardsoftware oder ISO 9000 genutzt	Formale Standards weniger bedeutsam	

Untersucht wurden 330 U.S.-Unternehmen im herstellenden Gewerbe 1992-1997; erfasste Vernetzungsformen: Contract, Manufacturing, Vertrags- und Zeitarbeit, Allianzen (Schilling/Steensma 2001)

Freie Universität Berlin

Jörg Sydow: Vernetzung von Organisationen, BAR Kassel, 14. Februar 2012

Netzwerkmanagement: Funktionen und Praktiken

Selektion: Wer und was soll ins (im) Netzwerk aufgenommen werden (verbleiben)?

Allokation: Wie sollen die Aufgaben und Ressourcen verteilt werden?

Evaluation: Wie sollen Kosten und Nutzen im Netzwerk-zusammenhang bestimmt und verteilt werden?

Regulation: Wie und worüber soll die Erledigung der Aufgaben aufeinander abgestimmt werden?

Management-praktiken

Sydow/Duschek (2011), S. 177

Freie Universität Berlin

Jörg Sydow: Vernetzung von Organisationen, BAR Kassel, 14. Februar 2012

Management von Spannungsverhältnissen

Autonomie, Abhängigkeit, Vertrauen, Kontrolle, Kooperation, Wettbewerb, Flexibilität, Spezifität, Vielfalt, Einheit, Stabilität, Flexibilität, Formalität, Informalität, Ökonomie, Herrschaft, Stabilität, Flexibilität, Wandel

Sydow/Duschek (2011), S. 192

Freie Universität Berlin

Jörg Sydow: Vernetzung von Organisationen, BAR Kassel, 14. Februar 2012

Freie Universität Berlin

Netzwerkmanagement: History and Context Matter!

- Auf die **Netzwerkumwelt** (Feld, Branche, etc.) kommt es an!
→ *Gesundheitswesen: DMP, IV, IT, ...*
- Aber auch auf die **Netzwerkakteure** und ihre Fähigkeiten – nicht zuletzt zum Netzwerkmanagement!
→ *Gesundheitswesen: Heterogene Akteure*
- Zudem auch auf die Quantität und Qualität der Netzwerk-**beziehungen** – verstanden nicht nur als Ergebnis, sondern auch **Medium** des Netzwerkmanagements bzw. der Netzwerkmanagementpraktiken!
- Last but not least: Auf die **Geschichte** (der Organisation, des Netzwerks, des Feldes) kommt es an!
→ *Gesundheitswesen: Vernetzung aus dem Nichts?*

Jörg Sydow: Vernetzung von Organisationen, BAR Kassel, 14. Februar 2012 13

Freie Universität Berlin

Zusammenfassung

- Die Vernetzung von Organisationen führt zu einer von Markt und Hierarchie differierten Organisationsform ökonomischer Aktivitäten mit einer eigenen institutionellen Logik.
- Das Management von Netzwerken hat dieser Logik zu folgen, kann weder allein auf Preiskoordination noch auf hierarchische Weisung setzen.
- Die wichtigsten Funktionen und Praktiken des Netzwerkmanagements sind: Selektion, Allokation, Regulation und Evaluation.
- Netzwerkmanagement ist immer auch ein Management von Spannungsverhältnissen, bei dem gilt: Context and history matter!

Jörg Sydow: Vernetzung von Organisationen, BAR Kassel, 14. Februar 2012 14

Freie Universität Berlin

Literatur

Amelung, V./Sydow, J./Windeler, A. (2009)(Hrsg.): *Vernetzung im Gesundheitswesen*. Stuttgart.

Barabasi, A.-L. (2002): *Linked: The new science of networks*. Cambridge.

Burger, M. & Sydow, J. (2011): *Can inter-organizational networks become path dependent?* 27th EGOS Colloquium, Gothenburg, Sweden, July 6-9, 2011.

Lerch, F. (2009): *Netzwerkdynamiken im Cluster: Optische Technologien in der Region Berlin-Brandenburg*. Diss. Freie Universität Berlin

Powell, W.W. (1990): *Neither market nor hierarchy: Network forms of organizational behavior*. In: Staw, B.M./Cummings, L.L. (Hrsg.): *Research in organizational behavior* 12. Greenwich, Conn., 295-336.

Schilling, M.A./Steenma, H.K. (2001): *The use of modular organizational forms: An industry-level analysis*. *Academy of Management Journal* 44 (6), S. 1149-1168.

Sydow, J. (1992): *Strategische Netzwerke*. Wiesbaden.

Sydow, J./Duschek, S. (2011): *Management interorganisationaler Beziehungen*. Stuttgart.

Sydow, J./Windeler, A. (2003): *Reflexive development of inter-firm networks*. In: Buono, A.F. (Hrsg.): *Enhancing inter-firm networks and inter-organizational strategies*. Greenwich, S. 169-186.

Jörg Sydow: Vernetzung von Organisationen, BAR Kassel, 14. Februar 2012 15

Freie Universität Berlin

Netzwerkmanagement: History and Context Matter!

- Auf die **Netzwerkumwelt** (Feld, Branche, etc.) kommt es an!
→ *Gesundheitswesen: DMP, IV, IT, ...*
- Aber auch auf die **Netzwerkakteure** und ihre Fähigkeiten – nicht zuletzt zum Netzwerkmanagement!
→ *Gesundheitswesen: Heterogene Akteure*
- Zudem auch auf die Quantität und Qualität der Netzwerk-**beziehungen** – verstanden nicht nur als Ergebnis, sondern auch **Medium** des Netzwerkmanagements bzw. der Netzwerkmanagementpraktiken!
- Last but not least: Auf die **Geschichte** (der Organisation, des Netzwerks, des Feldes) kommt es an!
→ *Gesundheitswesen: Vernetzung aus dem Nichts?*

Jörg Sydow: Vernetzung von Organisationen, BAR Kassel, 14. Februar 2012 13

UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

Wege zur frühzeitigen Vernetzung in der Rehabilitation

Schnittstellen-Probleme in der medizinischen Rehabilitation

Dr. Ruth Deck
Institut für Sozialmedizin
Universität Lübeck

Kassel, 14. Februar 2012

UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

Schnittstellenprobleme

- **Kommunikationsprobleme** zwischen Rehabilitationsklinik und Hausarzt
- **Kommunikationsprobleme** zwischen Kostenträger und Hausarzt
- **Informationsdefizite** hinsichtlich wechselseitiger Erwartungen
- **Informationsdefizite** hinsichtlich verschiedener Reha-Kriterien
- **Fehlende Transparenz, geringe Ökonomie** von Gutachten und Berichten; **geringes wechselseitiges Wissen** über Behandlungsverläufe

IM FOCUS DAS LEBEN

UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

Bedeutung von Schnittstellenproblemen

- **Reha-Effekte zum Teil nur moderat**
- **Langzeiteffekte fehlen nahezu**

Tab. 3 Gründe für fehlende Nachhaltigkeit

- keine oder falsche Reha-Veranlassung?
- mangelnde Nachsorge?
- unzureichende Intensität der Behandlung?
- kein ausreichend multimodales Therapieprofil?
- fehlende Individualisierung (wenige Standardprogramme)?
- verfehlte Zielorientierung (klinische Besserung vs. Ausgleich der Teilhabestörung)?
- zu geringe Flexibilität (zeitlich/räumlich)?
- Präferenzen (Erwartungen und Wünsche) der Patienten nicht berücksichtigt?
- unzureichende bzw. falsche Auswahl der Reha-Maßnahmen (Schweregrad des Rückenschmerzes, Chronifizierung)?

Hilge & Raspe, 2005

IM FOCUS DAS LEBEN

UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

... kein neues Thema!

Barth M, Hoffmann-Markwald A, Koch U, Potreck-Rose F, Wittmann WW. (1989): Die Inanspruchnahme medizinischer Maßnahmen zur Rehabilitation - Die Sichtweise der Experten. Deutsche Rentenversicherung 8-9, S. 514-529.

Brandt, Chr. (1989): Die medizinische Rehabilitation aus der Sicht des niedergelassenen Arztes. Rehabilitation 28, S. 67-73.

Petermann F, Pöschke A, Deuchert M, Vogel H, Seger W. (1994): Verbesserung des Zugangs zur medizinischen Rehabilitation: Prävention und Rehabilitation 6, S. 47-55.

Krischke NR, Schmidt S, Petermann F, Seider W. (1997): Einfluß niedergelassener Ärzte auf den Zugang zur medizinischen Rehabilitation. Münchner Medizinische Wochenschrift 139, 27/28, S. 425-428

Schiffke M. (1999): Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und Rehabilitationskliniken. Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt 6, S. 8-10.

Deck R, Heinrichs, K., Koch, H., Kohlmann, T., Mittag, O., Peschel, U., Ratschko, K.W., H. Weik, H., Zimmermann, M. (2000): „Schnittstellenprobleme“ in der medizinischen Rehabilitation: die Entwicklung eines Kurzfragebogens zur Ermittlung des Informations- und Kommunikationsbedarfs bei Hausärzten. Gesundheitswesen 62, S. 431-436.

Van den Bussche, H., Dunkelberg, S. (2003): Wer sollte über Anträge zur medizinischen Rehabilitation entscheiden? Rehabilitation, 42, S. 350-353.

Dunkelberg, S., van den Bussche, H. (2004): Bedarf an und Nutzen von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen aus hausärztlicher Sicht. Rehabilitation 43, S. 33-41.

Deck, R., Träder, J.-M., Raspe, H. (2009): Identifikation von potenziell Reha-Bedarf in der Hausarztpraxis: Idee und Wirklichkeit. Rehabilitation 48: 73-83.

IM FOCUS DAS LEBEN

... gut 5 Jahre später

UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

Barth M, Hoffmann-Markwald A, Koch U, Potreck-Rose F, Wittmann WW. (1989): Die Inanspruchnahme medizinischer Maßnahmen zur Rehabilitation - Die Sichtweise der Experten. Deutsche Rentenversicherung 8-9, S. 514-529.

Brandt, Chr. (1989): Die medizinische Rehabilitation aus der Sicht des niedergelassenen Arztes. Rehabilitation 28, S. 67-73.

Petermann F, Pöschke A, Deuchert M, Vogel H, Seger W. (1994): Verbesserung des Zugangs zur medizinischen Rehabilitation. Prävention und Rehabilitation 6, S. 47-55.

Krischke NR, Schmidt S, Petermann F, Seider W. (1997): Einfluß niedergelassener Ärzte auf den Zugang zur medizinischen Rehabilitation. Münchner Medizinische Wochenschrift 139, 27/28, S. 425-428

Schiffke M. (1999): Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und Rehabilitationskliniken. Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt 6, S. 8-10.

Deck R, Heinrichs, K., Koch, H., Kohlmann, T., Mittag, O., Peschel, U., Ratschko, K.W., H. Weik, H., Zimmermann, M. (2000): „Schrittweisenprobleme“ in der medizinischen Rehabilitation: die Entwicklung eines Kurzfragebogens zur Ermittlung des Informations- und Kommunikationsbedarfs bei Hausärzten. Gesundheitswesen 62, S. 431-436.

Van den Bussche, H., Dunkelberg, S. (2003): Wer sollte über Anträge zur medizinischen Rehabilitation entscheiden? Rehabilitation, 42, S. 350-353.

Dunkelberg, S., van den Bussche, H. (2004): Bedarf an und Nutzen von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen aus hausärztlicher Sicht. Rehabilitation 43, S. 33-41.

Deck R, Träder, J.-M., Raspe H. (2009): Identifikation von potenziellem Reha-Bedarf in der Hausarztpraxis: Idee und Wirklichkeit. Rehabilitation 48: 73-83.

IM FOCUS DAS LEBEN

N=98 (Rücklaufquote 75.4%)

- Persönliche Kontakte
- Telefonische Kontakte
- Kontaktforen
- Workshops
- Mehr Infos über Bewilligungskriterien, Entscheidungsverfahren und deren Begründungen

Regelmäßige interdisziplinäre Arbeitsgruppen

IM FOCUS DAS LEBEN

Fragebogen für Patientinnen und Patienten in Schleswig-Holstein

Selbstauskunftsbogen Patienten

Fragen zum subjektiven Gesundheitszustand und zum subjektiven Reha-Bedarf

IM FOCUS DAS LEBEN

UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

Fragebogen für Patientinnen und Patienten in Schleswig-Holstein

Maximaler Punktwert 23

IM FOCUS DAS LEBEN

UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

Fragebogen für Patientinnen und Patienten in Schleswig-Holstein

IM FOCUS DAS LEBEN

UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

Inhalte des Patientenfragebogens

Indikatoren	Messung
Gesundheitszustand	1 Item
Schmerzen	Schmerzen in 10 verschiedenen Körperbereichen
Stimmung und Vitalität	SF-36, V und PW
Allgemeinbeschwerden	SCL-90R, Subskala Somatisierung
Coping	ESS, Subskala Katastrophisieren
Leistungsfähigkeit	Numerische Bewertung des Alltags, FPG
Prognose der Erwerbsfähigkeit	Ein-Engelkorts
Arbeitsruhe	Pausen, Alkohol, Sport, Engpässern
Lebensgewohnheiten	Einschätzung der Reha-Bedürftigkeit, Ziele, Humanität
Soziodemographische Merkmale	Erwerbskennz

Maximaler Punktwert 38

IM FOCUS DAS LEBEN

UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

Arzturteil und Patientenrisiko

Patienten-Risikoscore

Gesamturteil des Hausarztes

IM FOCUS DAS LEBEN

UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

Der Verfahrensablauf

Verdacht auf Reha-Bedarf

1. Checkliste, linke Spalte & Fax an IFS
2. Selbstauskunftsbogen

Auswertung IFS Patientenprofil

Risiko: ggf. Ergänzung der Checkliste rechte Spalte & Fax an IFS

Kein bedeutsames Risikoprofil

Kein Reha-Bedarf

Reha-Bedarf

Zustimmung des Patienten zur Reha

Einleitung des Antragsverfahrens über die Krankenkasse – Vordruck 60

Zuständige KV Befundbericht der KV wird dem Antrag beigelegt

Zuständige KV Befundbericht der KV wird dem Antrag beigelegt

Projektende

IM FOCUS DAS LEBEN

UNIVERSITÄT ZU LÜBECK
IM FOCUS DAS LEBEN

Checkliste zum Reha-Bedarf

- ist kurz und einfach
- liefert plausible und zuverlässige Resultate
- ist eine Erleichterung für die Hausarztpraxis

aber ...

UNIVERSITÄT ZU LÜBECK
IM FOCUS DAS LEBEN

**Reha-Bedarf:
Übereinstimmung von Arzt- und Patienteneinschätzung**

Patienteneinschätzung	Arzteeinschätzung			
	Geringe Belastung	1	2	3
1	6	1	2	2
2	1	2	6	2
3	3	4	2	5
4	2	3	4	15

40%
78%

UNIVERSITÄT ZU LÜBECK
IM FOCUS DAS LEBEN

Nutzung / Rücksendung von Checkliste und Fragebogen

UNIVERSITÄT ZU LÜBECK
IM FOCUS DAS LEBEN

Beteiligung am Projekt

UNIVERSITÄT ZU LÜBECK
IM FOCUS DAS LEBEN

„Optimierung der Zusammenarbeit von Reha-Kostenträgern, Reha-Einrichtungen und ambulanter Versorgung“

UNIVERSITÄT ZU LÜBECK
IM FOCUS DAS LEBEN

Gründe

Bürokratie

- Ohnehin schon zu viele Zettel in der Praxis, wir ersticken im Papierkram
- gerade bei der Reha müssen wir zusätzlich noch viele Anträge schreiben, das reicht
- keine Lust, noch mehr Papiere zu bearbeiten

„Negativ-Image“ von Reha und Kostenträger

- Mangelnde Kommunikation
- Anträge verschwinden im Nirwana
- Differenzen zwischen im Reha-Entlassungsbericht und vom Patienten berichteten Therapien

UNIVERSITÄT ZU LÜBECK
IM FOCUS DAS LEBEN

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

ruth.deck@uk-sh.de

UNIVERSITÄT ZU LÜBECK
IM FOCUS DAS LEBEN



Wege zur frühzeitigen Vernetzung in der Rehabilitation



Optimierung der Zusammenarbeit von Reha-Kostenträgern, Reha-Einrichtungen und ambulanter Versorgung*

Dipl.-Psych. Nadine Pohontsch
Institut für Sozialmedizin
Universität Lübeck

* gefördert vom vfr e.V., Antragsteller: R Deck, J-M Träder & M Scherer
Kassel, 14. Februar 2012

IM FOCUS DAS LEBEN



Hintergrund

- unterschiedliche Zuständigkeiten im System der medizinischen Rehabilitation schaffen Kooperations- und Koordinationsprobleme
- vielfältige Anstrengungen zur Überwindung von „Schnittstellen-Problemen“ z.B. Deck et al., 2000; Träder, 2007; Deck et al. 2009 ...
- eine optimale Verzahnung in der Rehabilitationskette (Kostenträger, Rehabilitationskliniken, ambulante Versorgung und Rehabilitanden) noch nicht erreicht
- Nachteile für alle Beteiligten an der Rehabilitationskette (Kostenträger, Rehakliniken, ambulante Versorgung & Rehabilitanden)

IM FOCUS DAS LEBEN



Ziel der Studie

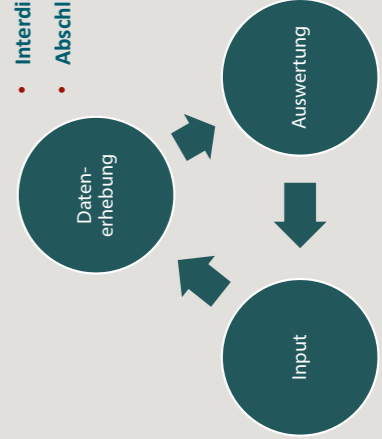
- Identifikation von Barrieren für bedarfsgerechten Zugang, Kooperation und Kommunikation
- Entwicklung möglicher Lösungen zur Verbesserung der Zusammenarbeit, Gewährleistung effektiver Kooperation und Koordinationsstrukturen
- Empfehlungen / Diskussion der Implementation in die Praxis

IM FOCUS DAS LEBEN



Methode

- 3 aufeinander aufbauende Projektphasen
 - Fokusgruppen (monodisziplinär)
 - Interdisziplinäre Gruppengespräche
 - Abschlusskonferenz



IM FOCUS DAS LEBEN

Studienablauf

Ergebnisse Fokusgruppen I

- Schnittstelle niedergelassener Arzt / Kostenträger:
 - bürokratische Abläufe nicht nachvollziehbar (z. B. Bewilligungen, Aufforderungen zum Rehaantrag, Zuständigkeiten)
 - Formulare: zu umfangreich, kompliziert und standardisiert, „Antrag auf Antrag“ (Formular 60 der Krankenkassen)
 - Bewilligung / Ablehnung nicht nachvollziehbar
 - niedergelassener Arzt vs. anonymen Sachbearbeiter, Gefühl mangelnder Wertschätzung des Arztes
 - Erkennung von Reha-Bedarf durch den niedergelassenen Arzt
 - starke (Zeit-) Ressourcenbindung beim niedergelassenen Arzt

Ergebnisse Fokusgruppen II

- Schnittstelle Reha-Klinik / Kostenträger:
 - Reha-Fähigkeit bestimmter Patientengruppen
 - Falschzuweisung durch Kostenträger
 - psychosomatische Reha ohne 4-/6 - Wochen-Kostenübernahme
 - Ansprechpartner fehlen / sind unklar
 - QS-Anforderungen an Entlassbriefe
 - unvollständige (Vor-) Befunde

Ergebnisse Abschlusskonferenz / Empfehlungen I

- Erstellung einer neuen Webseite der DRVen
 - Zielgruppe: Versicherte
 - Inhalte: Informationen zum Reha-Antrag & zum Ablauf des Bewilligungsverfahrens, Ansprechpartner, Hinweis auf Hotline / gemeinsame Servicestellen, Log In für die Antragsnachverfolgung
- Zielgruppe : niedergelassene Ärzte
- Inhalte: Reha-Bedarf, Informationen zum Reha-Antrag & zum Ablauf des Bewilligungsverfahrens, Erläuterung Befundbericht, Ansprechpartner, Hinweis auf Hotline und gemeinsame Servicestellen, elektronisches Forum mit Email-Option und Rückruf-Funktion, FAQ

Ergebnisse interdisziplinäre Gespräche

Ergebnisse Abschlusskonferenz / Empfehlungen III

- Fort-/Weiterbildung
 - Kurzvorträge in der Kreisstellenversammlung zu Änderungen bei Reha-Anträgen/Updates
 - attraktive eintägige Weiterbildungsveranstaltung zu Antragsverfahren und damit zusammenhängenden Themen (evtl. Primärzielgruppe: frisch niedergelassene Ärzte)
- Unterstützung der Erkennung von Reha-Bedarf
 - über die Checkliste Reha-Bedarf der DRV Nord informieren
 - die Kostenträger müssen in den gemeinsamen Empfehlungen verankerten Verpflichtung zur Förderung der Entwicklung und des Einsatzes von Assessment- und Screeningverfahren oder Selbstauskunftsbögen, die der Erkennung eines möglichen Rehabilitationsbedarfs, dienen noch stärker nachkommen

Ausblick

Die Bereitschaft neue Wege zu be...

„[...] Und da ist die Frage natürlich, ob man ein Netzwerk von Reha-Kliniken hat, wo man ja auch durchaus dann irgendwie eine Art Fortbildung machen könnte oder Kontakt knüpfen könnte oder wie auch immer, um sich besser zu vernetzen. [...] Weil es gibt natürlich typische orthopädische oder kardiologische Kliniken auch in der Umgebung, [...] wo man vielleicht auch besser sich vernetzen könnte [...] für P (Bundesland) Ärzte.“ (Abschnitt 342-348, Hausärzte)

Publikationen

- Pohontsch N, Deck R (2010). Überwindung von „Schnittstellenproblemen“ in der medizinischen Rehabilitation. Monitor Versorgungsforschung; 6: 40 – 43
- Pohontsch N, Deck R (20011). Schnittstellenprobleme und ihre Auswirkung auf die rehabilitative Versorgung. neuroreha; 3: 114-119

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Nadine Pohontsch, Institut für Sozialmedizin
Nadine.Pohontsch@uksh.de
0451 – 500 58 43

„Im Raum steht ja die Frage, ob es eine Arbeitsgruppe WeBSITE geben soll. Ich glaube, [...] aus den verschiedenen Äußerungen herausgehört zu haben, dass man in der heutigen Zeit kommunizieren sollte über Internet [...] Ich glaube, man braucht so eine Arbeitsgruppe.“ (Zeilen 1024-1028, 1066, Kostenträger-Vertreter / Abschlusskonferenz)

Publikationen

- Pohontsch N, Deck R (2010). Überwindung von „Schnittstellenproblemen“ in der medizinischen Rehabilitation. Monitor Versorgungsforschung; 6: 40 – 43
- Pohontsch N, Deck R (20011). Schnittstellenprobleme und ihre Auswirkung auf die rehabilitative Versorgung. neuroreha; 3: 114-119

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Nadine Pohontsch, Institut für Sozialmedizin
Nadine.Pohontsch@uksh.de
0451 – 500 58 43

„Vernetzung als Ziel der BAR-Aktivitäten“
Hon.-Prof. Bernd Petri

Akteursübergreifender Workshop
Wege zur frühzeitigen Vernetzung in der Rehabilitation“
am 14./15.2.2012, Kassel

Mitglieder der BAR

- Deutsche Rentenversicherung Bund
- Spitzenverbände der Krankenversicherung
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
- Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung
- Bundesagentur für Arbeit
- Bundesländer
- BAG der überörtlichen Träger der Sozialhilfe
- BAG der Hauptfürsorgestellten und Integrationsämter
- Kassenärztliche Bundesvereinigung
- Spitzenverbände der Sozialpartner

Triebkräfte im Wandel zur Netzwerkgesellschaft
(vgl. Castells 2001, Fleisch 2001, Jansen 2001)

- Nachteile von Großorganisationen
- Neue Informations- und Kommunikationstechnologien
- Strukturwandel zu flexibleren Produktionsformen und hohen Innovationsraten
- Steigender Kapitalbedarf für Innovationen...
- Wachsende Bedeutung der Produktivkraft des Wissens

Reha-Modell und System Umwelt: Schnittstellen zwischen Akteuren

Kooperation und Koordination

Gesetzlicher Auftrag SGB IX u. a.

- Gemeinsame Empfehlungen
- Zertifizierung/Qualitätsmanagement
- Gemeinsame Servicestellen für Rehabilitation

Trägerübergreifende Vereinbarungen z. B.

- Handlungsempfehlungen
- Persönliches Budget
- Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation
- Rahmenvereinbarung Reha-Sport und Funktionstraining

- Rehabilitation und Teilhabe als trägerübergreifende Aufgabe
- Effektivität und Effizienz in der Rehabilitation / Beteiligung an übergreifenden Initiativen wie z.B. RehaFutur
- Fachseminare und Fortbildungen z.B. für Mitarbeiter der Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation oder SGB II Träger
- Arbeitshilfen

Kassel, 14. Februar 2012

5

Bernd Peiri



www.bar-frankfurt.de

Fragen zu Netzwerken

- Um welche Art von Netzwerk handelt es sich?
- Um welchen Typ von Netzwerk handelt es sich?
- Wie wird das Netzwerk gesteuert?
- Welche gemeinsamen Ziele verfolgen die Partner?
- Wie wird die Zusammenarbeit geplant? Welche Standards gibt es?
- Wie sind die Nahtstellen organisiert? Wie ist die Verantwortung für die „Übergabe“ geregelt?
- Wie wird auf Abweichungen vom Plan reagiert? Gibt es eine zentrale Koordinationfunktion?
- Wie werden die Ergebnisse des Netzwerkes gemessen und überprüft?

Kassel, 14. Februar 2012

6

Bernd Peiri

Definition und Typen

Unter einem Netzwerk wird der Zusammenschluss verschiedener Institutionen verstanden, die sich im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen zu einer Zusammenarbeit verpflichten. Dabei kann im Netzwerk ein Mitglied als „Netznoten“ fungieren. (Bremer Forum für Arbeit 2005)

Autonome Akteure, die sich bei Bedarf die jeweiligen Fähigkeiten und Kenntnisse gegenseitig zur Verfügung stellen. (Brickholzer)

Typen

Primäre Netzwerke sind nicht organisierte Zusammenschlüsse des informellen Sektors, z.B. Familien, Verwandte, Bekannte und Freunde.

Sekundäre Netzwerke sind organisierte Zusammenschlüsse des intermediären Sektors, wie etwa Selbsthilfegruppen, Nachbarschaftsgruppen und Vereine oder Verbände.

Tertiäre Netzwerke vernetzen unterschiedliche Einrichtungen (sowohl im intermediären als auch im formalen/öffentlichen Sektor). (Grove 1995)



www.bar-frankfurt.de

Typen von Netzwerken

Horizontale Netzwerke: Die Partner arbeiten in der gleichen Branche. (z.B. Zusammenschluss von Kliniken)

Vertikale Netzwerke: Die Partner kooperieren in vordemnachgelagerten Stufen der Wertschöpfung. (z.B. Zusammenschluss von ambulanten und stationären Einrichtungen im Rahmen eines Disease Management Programms)

Diagonale bzw. laterale Netzwerke: Unternehmen aus unterschiedlichen Branchen koordinieren ihre Tätigkeiten in einem Netzwerk (z.B. versch. Unternehmen koordinieren Ihre Entsorgung).

(Wiedermann 1998)

Kassel, 14. Februar 2012

8

Bernd Peiri

Gestaltungsdimensionen von Netzwerken

Dimension	Ausprägung
Typus	primär sekundär tertiär
Richtung	horizontal vertikal diagonal
Geogr. Veriellung	lokal regional international
Ziele	Kostensenkung Erlösoptimierung Qualitätsverbesserung
Organisation	Absprache Kooperationsvereinbarung Verträge unter allen Partnern
Hierarchie	Gleichberechtigt Koordination durch neutrale Stelle
Zeit	projektbezogen Zeitlich befristet Auf Dauer

Kassel, 14. Februar 2012

9

Bernd Peiri

Wesentliche Elemente von Netzwerken

- Prozesse systematisch und strategisch gestalten
- Kontakte gezielt herbeiführen
- Austausch von Informationen und Unterstützung
- Ressourcen gemeinsam nutzen
- Erfolg der Beteiligten fördern
- Netzwerkbeziehungen pflegen und langfristig gestalten

Kassel, 14. Februar 2012

11

Bernd Peiri



www.bar-frankfurt.de

Netzwerke im Reha-Management

In Netzwerken arbeiten Leistungserbringer verschiedener Fachbereiche und Leistungsträger zusammen. Grundlage eines Netzwerkes ist ein gemeinsames und abgestimmtes Handeln, bei dem jeder Netzwerkpartner entsprechend den Vereinbarungen seinen Teil zum Gesamterfolg beiträgt. Ziel ist es, ein abgestimmtes, nahtloses Rehabilitationsverfahren ohne hemmende Schnittstellen sicherzustellen. Dazu sind die Ansprechpartner der Netzwerkpartner bekannt, sie arbeiten ohne „bürokratische Schranken“ eng zusammen. Die Netzwerkpartner sind über die Reha-Planung informiert und die Verantwortlichkeiten für die einzelnen Phasen zwischen den Partnern festgelegt. (DGUV Handlungsleitfaden Reha-Management 2011)

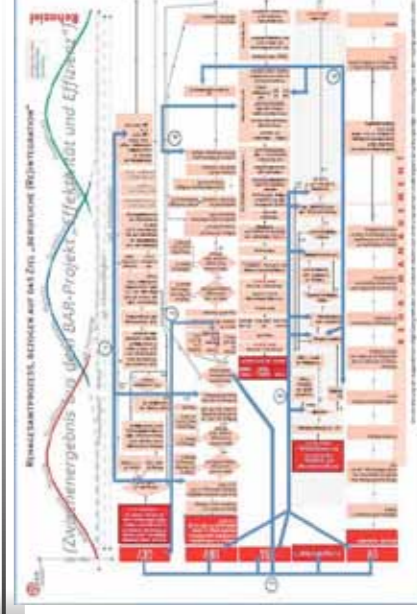


Kassel, 14. Februar 2012

10

Bernd Peiri

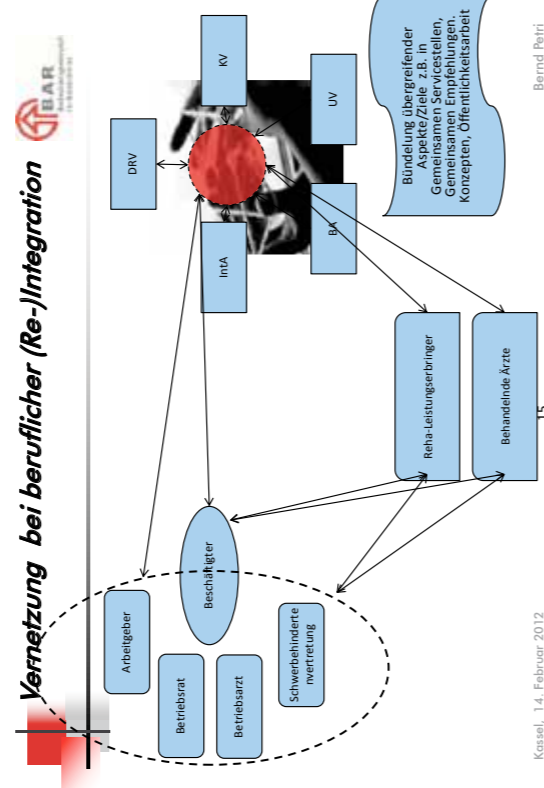
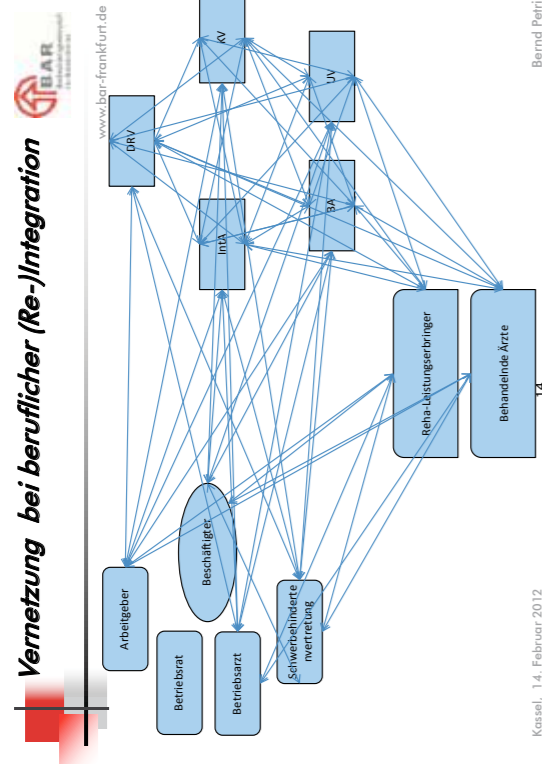
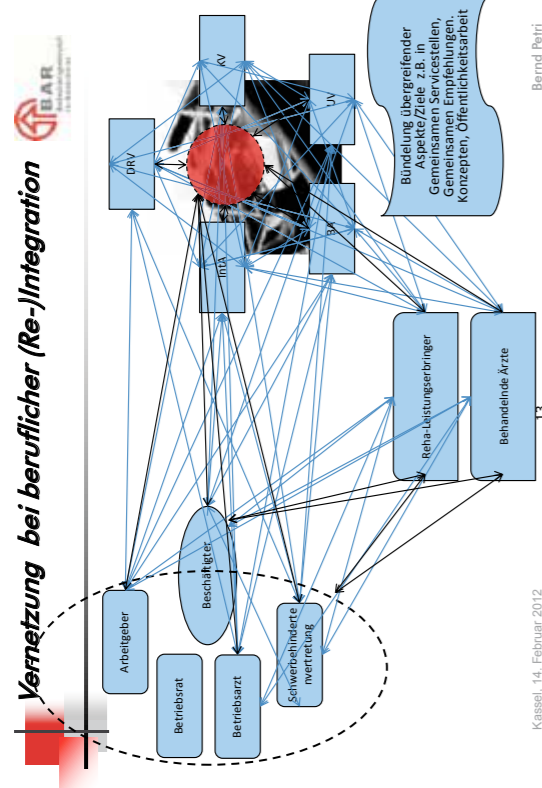
Prozesse und Schnittstellen bei Reha-Trägern



Kassel, 14. Februar 2012

12

Bernd Peiri



- Netzwerken in der konkreten BAR-Arbeit**
- www.bar-frankfurt.de
- Netzwerk hat spezifische Funktion/Nutzen (vgl. Aufgaben der BAR)
 - Vorteile der Kooperation überwiegen (Streitvermeidung, Vereinfachung der notwendigen Abstimmungen)
 - Jeder Akteur im Netzwerk hält Kontakte zu mehreren anderen im Netzwerk (Kontinuierliche Aufgabe der BAR, z.B. Gremien- und Projektarbeit)
 - Grundlage von Netzwerken: Klare Regelungen (Vereinbarungen/Verträge/Leitbild) über Ziele und Aufgaben (Satzung, Geschäftsordnungen, Projektaufträge)
 - partnerschaftlicher Umgang (Selbstverständnis der BAR)
- (angelehnt an: RehaFutur-Bericht, Empfehlungen der AG 3)
- 16
- Bernd Petri
- Kassel, 14. Februar 2012

- Fazit**
- Die Fähigkeit, funktionsfähige Netzwerke zu bilden und partnerschaftlich mit anderen zu kooperieren, wird zunehmend selbst zu einer Kernkompetenz (Doppler und Lauterburg 2002, 182f).
 - Die BAR steht für Vernetzung in der Rehabilitation
 - bei der Erfüllung der eigenen Aufgaben
 - insbesondere bei der Begleitung der Weiterentwicklung in der Reha.
 - Ziel ist immer die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen, insbesondere am Arbeitsleben.
 - Dieses Ziel lässt sich (nur) mit Vernetzung besser erreichen.
- www.bar-frankfurt.de
- 17
- Bernd Petri
- Kassel, 14. Februar 2012

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V.
 www.bar-frankfurt.de
 bernd.petri@bar-frankfurt.de

18

Bernd Petri

Wege zur frühzeitigen Vernetzung in der Rehabilitation 14.02.12 Kassel

AG1 Vernetzung mit der betriebsärztlichen und ambulanten
Versorgung



Markus Zimmermann, Gesundheitsdienst Ford Werke GmbH Köln



Vernetzung mit der betriebsärztlichen und ambulanten Versorgung

- Hintergrund des WeB Reha Projekts
- Rechtsgrundlagen
- Ablauf des Verfahrens
- Daten und Zahlen bei Ford
- Weitere gemeinsame Aufgaben der Kooperationspartner



3

AG1 Vernetzung mit der betriebsärztlichen und ambulanten Versorgung

Zum Unternehmen FORD

Ca. 30.000 Mitarbeiter/-innen aus 57 Nationen

Köln: Fertigung Fiesta, Fusion, Motorenwerk, Getriebewerk
Produktentwicklung, Ersatzteillager, Schmiede
Europazentrale

Saarlouis: Fertigung Focus, C-MAX, Kuga

Aachen: Ford Forschungszentrum

Genk (B): Fertigung Mondeo, Galaxy und S-MAX;
Testgelände Lommel



2



Vernetzung mit der betriebsärztlichen und ambulanten Versorgung

Projekt Web Reha



2005: Entwicklung des Projekts Web Reha zwischen der

Ärztlikammer Nordrhein und der

DRV Rheinland sowie größeren Firmen als

Kooperationspartner

auf Grundlage der gemeinsamen Empfehlung auf BAR-
Ebene zur „Verbesserung der gegenseitigen

Information und Kooperation aller beteiligten Akteure.“

nach § 13 Abs. 2 Nr. 8 und 9 SGB IX.

8. in welchen Fällen ... der Betriebs- oder Werkarzt in die Einleitung und

Ausführung von Leistungen zur Teilhabe einzubinden sind,...

9. zu einem Informationsaustausch ...zur möglichst frühzeitigen

Erkennung des individuellen Bedarfs voraussichtlich erforderlicher

Leistungen zur Teilhabe ...



4



Vernetzung mit der betriebsärztlichen und ambulanten Versorgung

Rechtsgrundlagen:

- **Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG)** und hier insbesondere:
 - Aufgaben der Betriebsärzte (§ 3 ASiG 1f)
- **SGB IX** und hier insbesondere
 - Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 26 ff SGB IX)
 - Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 33 ff SGB IX) einschließlich der Leistungen an Arbeitgeber (§ 34 SGB IX)
 - Betriebliches Eingliederungsmanagement (§ 84 Absatz 2 SGB IX)
- **SGB VI** und hier insbesondere
 - Voraussetzungen für die Leistungen (§ 9 ff SGB VI)
 - Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 15 ff SGB VI)
- **SGB X** und hier insbesondere
 - Schutz der Sozialdaten (§ 67 ff SGB X)

Quelle: DRV Web-Reha Allgemeine Informationen > Kooperationsziele und Rechtsgrundlagen



Vernetzung mit der betriebsärztlichen und ambulanten Versorgung

Web Reha

WeB-Reha-Verfahren in Nordrhein und Westfalen.

In Niedersachsen, Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz

ähnliche Verfahren durch regionalen Rentenversicherungsträger initiiert.

DRV Bund und DRV-Knappschaft-Bahn-See lassen das Verfahren ebenfalls gelten, d.h. auch für Versicherte in Nordrhein und Westfalen sind Reha-Verfahren über den Werks-/Betriebsarzt initiiert.

WeB-Reha-Verfahren wird in NRW von insgesamt ca. 45 Betrieben, überwiegend Großbetriebe, (Ford, Post, Henkel, Rheinbahn,...) angewandt.



Vernetzung mit der betriebsärztlichen und ambulanten Versorgung

Rechtsgrundlage SGB IX §84

Sind Beschäftigte innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig, **klärt der Arbeitgeber mit der zuständigen Interessenvertretung** im Sinne des § 93, bei schwerbehinderten Menschen außerdem mit der Schwerbehindertenvertretung, **mit Zustimmung und Beteiligung der betroffenen Person** die Möglichkeiten, **wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden werden und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann (betriebliches Eingliederungsmanagement BEM).**

Soweit erforderlich wird der Werks- oder Betriebsarzt hinzugezogen



Vernetzung mit der betriebsärztlichen und ambulanten Versorgung

Ablauf des Verfahrens

- Identifizierung von Rehabilitationsbedarf
- Antragsstellung
- Prüfung und Entscheidung
- Durchführung der medizinischen Rehabilitation
- Wiedereingliederung
- Prüfung der Nachhaltigkeit



Vernetzung mit der betriebsärztlichen und ambulanten Versorgung

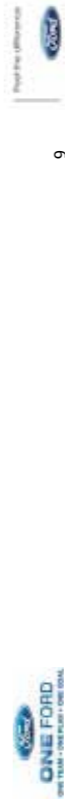
Identifizierung von Rehabilitationsbedarf

Rehabilitationsbedürftigkeit im Sinne der Rentenversicherung ist anzunehmen, wenn:

die (Erwerbsfähigkeit) **Beschäftigungsfähigkeit** aus medizinischen Gründen **erheblich gefährdet oder gemindert** ist.

Anlässe hierzu können sein

- Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen
- Arbeitsplatzgesprächstunde
- Integrationsmanagement
- Leistung nach §51 SGB IX, Anregung meist durch MdK
- Beratung im Rahmen Runder Tisch MdK/DRV
- Durch Haus- und Fachärzte



Vernetzung mit der betriebsärztlichen und ambulanten Versorgung

Standardformular Verordnong von medizinischer Rehabilitation der KBV - Muster 61



- I. Sozialanamnese
 - Lebenssituation
 - Berufliche Tätigkeit, Wochenstunden,
 - Schichttätigkeit, AU?
 - Einschränkung der Ausübung der Tätigkeit durch die Krankheit?
 - Antrag auf Pflegebedürftigkeit?
- II. Klinische Anamnese
Beschwerden und Verlauf
- III. Rehabilitationsrelevante Diagnosen (ICD10)



Vernetzung mit der betriebsärztlichen und ambulanten Versorgung

Antragstellung

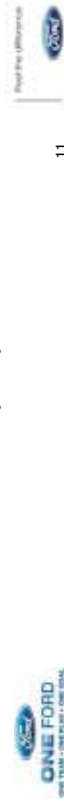
Bedingung:

Rehabilitationsbedürftigkeit wird festgestellt.

Der Versicherte stimmt dem Verfahren zu.

Antragsformulare Medizinische Reha der DRV

- **G100** Antragsformular
- **G110** Anlage zum Antrag
- **G 9801** Einverständniserklärung des Versicherten
- **G 9802** Ärztlicher Bericht
- **Monitoring** Blatt 1 - Meldung an zentralen Ansprechpartner bei DRV in Düsseldorf



Vernetzung mit der betriebsärztlichen und ambulanten Versorgung

Prüfung und Entscheidung

- Klärung der Kostenträgerschaft / Zuständigkeit durch DRV-R im Zweifel durch die „Gemeinsame Servicestelle“
- Prüfung durch den sozialmedizinischen Dienst der DRV-R
- Bei Bedarf kurzfristig Einladung zu aktueller Begutachtung
- Bei Bewilligung Auswahl einer geeigneten Reha- Einrichtung (wenn möglich unter Berücksichtigung der Wunscheinrichtung des Web- Arztes und des Versicherten)
- Bewilligungsbescheid an den Versicherten - Formulare für AG und Web Info
- Kostenzusage der DRV-R an die Einrichtung, Übermittlung **G 9801** und **G100**
- Rückmeldung an Web Arzt über Entscheidung
- Reha Einrichtung nennt Aufnahmezeitpunkt an Versicherten und Web Arzt



Vernetzung mit der betriebsärztlichen und ambulanten Versorgung

Durchführung der Maßnahme

Der Bezug zum Arbeitsplatz soll im Vordergrund stehen, Informationsaustausch zw. Einrichtung und WeB Arzt kann sinnvoll und nötig sein, z.B. bezüglich:

- Arbeitsplatzanforderungen (Beispiel Kooperation Lahntalambulanz)
- Einstufung/Bewertung des pos./neg. Leistungsbildes
- betriebliches Umfeld
- therapeutisches Programm
- Nachsorgemöglichkeiten und -notwendigkeiten
- weitere Maßnahmen (zum Beispiel stufenweise Wiedereingliederung).

Erstellung eines standardisierten Entlass- Berichts

Der Entlassungsbericht kann durch das **IMBA-Fähigkeitsprofil** ergänzt werden



13

Vernetzung mit der betriebsärztlichen und ambulanten Versorgung

Nachhaltigkeit

Ca. 6 Monate nach Beendigung der Maßnahme sollte Feedback des WeB Arztes an Einrichtung erfolgen (Formular **G 9803**), dies wird in der Regel durch Koordinierungsstelle DRV zugeschickt. Darin enthaltene Informationen über

- Durchgeführte Wiedereingliederung / evtl. stufenweise WE
- Erfolg der Wiedereingliederungsmaßnahme
- aktuelle Arbeitsplatzbeschreibung
- Einschätzung der Übereinschätzung mit der sozialmedizinischen Bewertung der durchführenden Reha-Einrichtung



15

ARBEITSGRUPPE 1

Vernetzung mit der betriebsärztlichen und ambulanten Versorgung

Wiedereingliederung

- Ist eine Wiedereingliederung an den bisherigen Arbeitsplatz nach Ende der Maßnahme ad hoc nicht ohne Weiteres möglich, kann / können
 - eine stufenweise Wiedereingliederung erfolgen (§ 28 SGB IX),
 - eine Beschäftigung evtl. an einem alternativen Arbeitsplatz erreicht werden
 - weitere Leistungen zur Teilhabe erforderlich sein
- Kooperation von Einrichtung, Rehabilitand und Betrieb vor Entlassung zur Planung einer Wiedereingliederung erforderlich
- Start jetzt innerhalb von 4 Wochen erforderlich, früher 2 Wochen
- Erstellung des Stufenplans durch Einrichtung
- Verlaufsverfolgung und Rückmeldung durch WeB Arzt

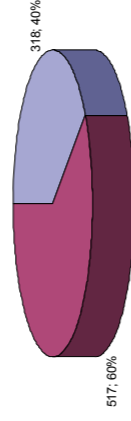


14

Vernetzung mit der betriebsärztlichen und ambulanten Versorgung

Daten und Zahlen

Reha-Anträge 01.01.2008 bis 22.02.2011



Bis 22.2.11 867 Fälle, davon 350 WeB Reha

Mittlerweile (Stand 13.2.12) 1124, davon 464 WeB Reha



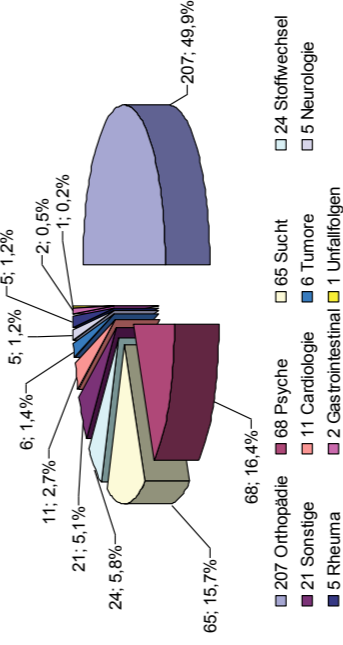
16

ARBEITSGRUPPE 1

Vernetzung mit der betriebsärztlichen und ambulanten Versorgung

Daten und Zahlen

Diagnosen WeB-Reha 01.01.2008 bis 22.02.2011 (350 Fälle + 65 Suchtfälle)

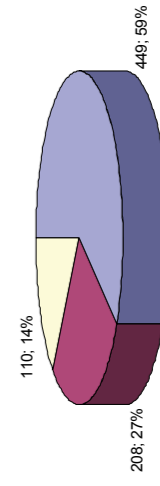


17

Vernetzung mit der betriebsärztlichen und ambulanten Versorgung

Daten und Zahlen

Erfolg durchgeführter Reha-Massnahmen gesamt 01.01.2008 bis 22.02.2011 (767)



- 449 Beschäftigte haben Arbeit ohne HHM wieder aufgenommen
- 208 Beschäftigte haben Arbeit mit HHM wieder aufgenommen
- 110 Beschäftigte haben Arbeit noch nicht wieder aufgenommen

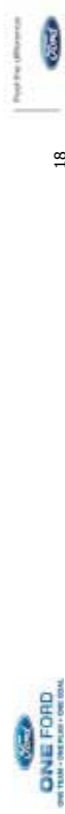
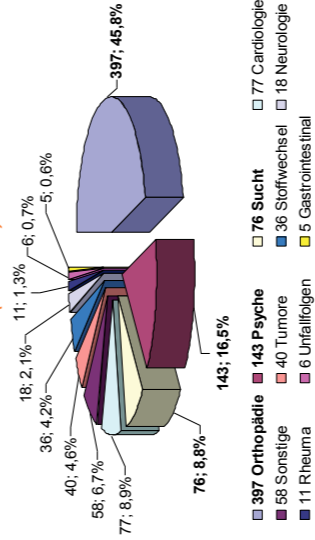


19

Vernetzung mit der betriebsärztlichen und ambulanten Versorgung

Daten und Zahlen

Diagnosen Reha gesamt 01.01.2008 bis 22.02.2011 (967 Fälle)

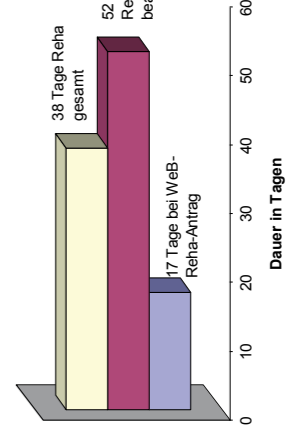


18

Vernetzung mit der betriebsärztlichen und ambulanten Versorgung

Daten und Zahlen

Durchschnittliche Dauer von Reha-Ende bis zur Wiederaufnahme der Arbeit in Tagen 01.01.2008 bis 22.02.2011

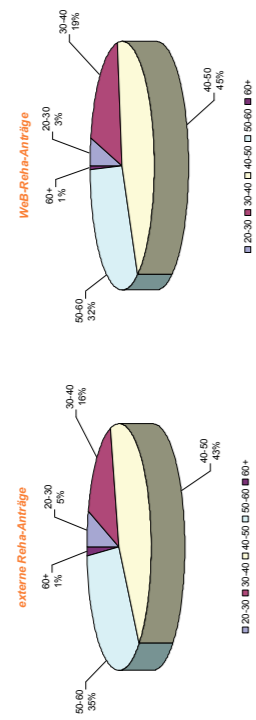


20

Vernetzung mit der betriebsärztlichen und ambulanten Versorgung

Daten und Zahlen

Altersverteilung



Vernetzung mit der betriebsärztlichen und ambulanten Versorgung

Daten und Zahlen Kostenbetrachtung

Kosten der Zeit zwischen Reha-Ende und Arbeitsfähigkeit (2008 bis 2011)

ca. 25 000 Tage x 286 €
(Kosten pro Mitarbeiter und Tag Ford Werke GmbH)

7,15 Mio €

Durchschnittliche Zeit bis Arbeitsaufnahme

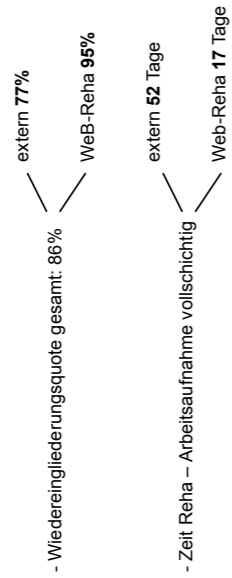
externe Reha 52 Tage x 286 € = 14 586 €
Web-Reha 17 Tage x 286 € = 4 862 €



Vernetzung mit der betriebsärztlichen und ambulanten Versorgung

Daten und Zahlen Zusammenfassung

- durchschnittliche Antragsdauer **96** Tage
- Altersstruktur Web-Reha und extern beantragte Reha identisch
- Hauptdiagnosen Skeletterkrankungen und F-Diagnosen (Psyche & Sucht)



Vernetzung mit der betriebsärztlichen und ambulanten Versorgung

Vernetzung des Werks- und Betriebsarztes

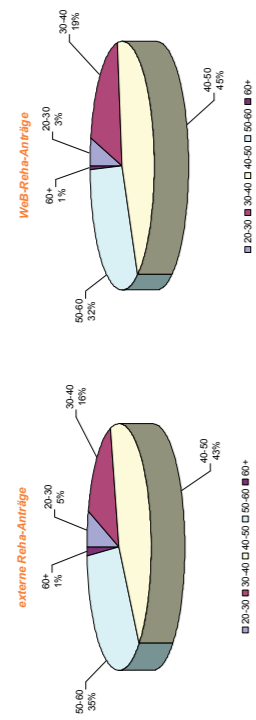
1. Betriebsarzt ist Bindeglied zwischen Mitarbeitern/Führungskräften des Betriebs und Rehakliniken / Niedergelassene Ärzte / Trägern
2. Kann Anforderungen mit Fähigkeiten vor und nach Reha abgleichen
3. Kennt betriebliche Sozialleistungen und Teilhabemöglichkeiten
4. Begleitung und Nachverfolgung der Wiedereingliederung
5. Runde Tische mit DRV und MdK (überwiegend PronovaBK!)
Teilnehmer sind RehaBerater DRV-R, Schwerbehindertenvertreter, Vertreter Eingliederungsmanagement, Werkarzt, MdK.
Treffen 1x/Mo im Betrieb



Vernetzung mit der betriebsärztlichen und ambulanten Versorgung

Daten und Zahlen

Altersverteilung



Vernetzung mit der betriebsärztlichen und ambulanten Versorgung

Daten und Zahlen Kostenbetrachtung

Kosten der Zeit zwischen Reha-Ende und Arbeitsfähigkeit (2008 bis 2011)

ca. 25 000 Tage x 286 €
(Kosten pro Mitarbeiter und Tag Ford Werke GmbH)

7,15 Mio €

Durchschnittliche Zeit bis Arbeitsaufnahme

externe Reha 52 Tage x 286 € = 14 586 €
Web-Reha 17 Tage x 286 € = 4 862 €



Vernetzung mit der betriebsärztlichen und ambulanten Versorgung

Weitere gemeinsame Aufgaben der Kooperationspartner

1. Verkürzung der Zeit zwischen Antragsstellung und Reha-Antritt
2. Verkürzung der Zeit zwischen Rehabilitation und Arbeitsaufnahme
3. Verbesserung Informationsfluß zum Stand Bewilligung und Aufnahme
4. Intensivierung der Information über objektive Arbeitsplatzdaten an die Reha-Einrichtung (echte arbeitsplatzbezogene Rehabilitation)
5. Überprüfung der Nachhaltigkeit durch Verfolgung der AU-Zeiten nach der Reha!
6. Diskrepanz zwischen Realität und sozialmedizinischen Empfehlungen verringern (z.B. Schicht- und Bandbefreiung als Standardelement oder empfohlener Arbeitsplatzwechsel ohne Arbeitsplatzkenntnis)
=> Realitätsorientierte Sozialmedizinische Empfehlungen



Vernetzung mit der betriebsärztlichen und ambulanten Versorgung



 <p>Ulrich Theißen</p> <p>Frühzeitige Vernetzung</p> <p>1</p>	<p>Web-Reha</p> <p>Werks- und Betriebsärzte in Reha-Kooperation mit nordrheinwestfälischen Rentenversicherungsträger</p> <p>Frühzeitige Vernetzung</p> <p>2</p>
<p>Allgemeine Grundlagen</p> <p>➤ Rechtsgrundlagen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • § 84 SGB IX • § 13 SGB IX • „Gemeinsame Empfehlung zur Verbesserung der gegenseitigen Kooperation aller beteiligten Akteure nach § 13 Abs. 2 Nr. 8 und 9 SGB IX“ <p>➤ Reha-Leistungen als ein Modul des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM)</p> <p>➤ Ein Projekt in NRW zielt auf die Kooperation mit Werks-/Betriebsärzten – „Web-Reha“</p> <p>Frühzeitige Vernetzung</p> <p>3</p>	<p>Was wollen wir mit Web-Reha erreichen?</p> <p>➤ Durch Web-Reha soll auch leistungsgeminderten / leistungsgewandelten Personen eine möglichst dauerhafte Teilhabe am Arbeitsleben ermöglicht werden.</p> <p>➤ Enge Zusammenarbeit der Beteiligten bei der</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifizierung des Reha-Bedarfs, • der inhaltlichen Ausgestaltung der Reha-Leistung sowie bei • der Ergebnisübermittlung und • (Wieder-) Eingliederung in den Arbeitsprozess. <p>➤ Gemeinsame Ziele als Voraussetzung für erfolgreiche Kooperation</p> <p>Frühzeitige Vernetzung</p> <p>4</p>

<p>Gemeinsame Ziele und Reha? (KoRB-Untersuchung)</p> <p>Arbeitgeber:</p> <ul style="list-style-type: none"> • grds. positive Einstellung zur Reha • möglichst wenig Einfluss auf betriebliche Abläufe • rechtzeitige Planung möglich <p>Reha-Einrichtungen: frühzeitige und möglichst präzise Informationen über Arbeitsplatzbedingungen und spezifische Arbeitsplatzprobleme</p>	<p>Vernetzte Strukturen - Wie bekommen wir die hin?</p> <p>→ ...an einen Tisch</p> <p>Zielgruppe in der Anfangsphase: Großbetriebe in NRW</p> <p>Zielgruppe in der Ausbauphase: Klein- und mittelständische Unternehmen in NRW</p> <p>Beteiligte</p> <ul style="list-style-type: none"> » Werks- und Betriebsärzte (auch über betriebliche Dienste) » Universitäten und weitere „Forschungsinstitute“ » Soziale Leistungsträger » Reha-Einrichtungen » Runder Tisch in Betrieben <p>Träger des Modells</p> <ul style="list-style-type: none"> » Ärztekammern in NRW » Rentenversicherungsträger in NRW
<p>Ablauf (1)</p> <ul style="list-style-type: none"> » Reha-Initiative durch Werks-/Betriebsarzt incl. Beschreibung der Arbeitsanforderungen » Datenschutzerklärung (Werks-/Betriebsarzt = „Beteiligter“) » Entscheidung durch RV-Träger » Information an Beteiligte » Durchführung einer medizinischen arbeitsplatzorientierten Reha; Kontakt zum Werks-/Betriebsarzt + Reha-Fachberater 	<p>Ablauf (2)</p> <ul style="list-style-type: none"> » Übermittlung der Ergebnisse an Beteiligte » Ggf. Durchführung weiterer Teilhabeleistungen im Betrieb oder betriebsübergreifend (eingebettet in BEM; „Runder Tisch“) » Nachhaltigkeitsprüfung durch Kontakt Reha-E. → W&B

<p>Monitoring</p> <p>Um die Einhaltung der Abläufe sicherzustellen, wurde im April 2008 ein Monitoringverfahren eingeführt</p> <p>Ergebnisse (Stand Feb. 2012):</p> <table border="1"> <tr> <td>Web-Reha-Anträge im Monitoringverfahren:</td> <td>983</td> </tr> <tr> <td>davon Bewilligungen:</td> <td>656</td> </tr> <tr> <td>Ablehnungen:</td> <td>65</td> </tr> <tr> <td>Abgaben:</td> <td>247</td> </tr> <tr> <td>Offene Verfahren:</td> <td>15</td> </tr> </table>	Web-Reha-Anträge im Monitoringverfahren:	983	davon Bewilligungen:	656	Ablehnungen:	65	Abgaben:	247	Offene Verfahren:	15	<p>Unterstützung</p> <p>Hotline: 01 802- 932 732</p> <p>www.web-reha.de</p> <p>Manual + Flyer</p>
Web-Reha-Anträge im Monitoringverfahren:	983										
davon Bewilligungen:	656										
Ablehnungen:	65										
Abgaben:	247										
Offene Verfahren:	15										
<p>Geplante Evaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> » Welchen Einfluss hat das Web-Reha-Verfahren auf die „Beschäftigungsfähigkeit“? » Notwendigkeit standardisierter Assessment- Instrumente » Wie erfolgreich ist das Verfahren im Hinblick auf die (Wieder-)Eingliederung in das Erwerbsleben (volkswirtsch. Nutzen)? » Gibt es Unterschiede in der Behandlung, z.B. besondere Module im Rahmen von MBOR? » Gibt es Indikationen für die das Verfahren besonders gut geeignet ist? 	<p>Perspektive 1</p> <ul style="list-style-type: none"> » Einbeziehung der klein- und mittelständischen Unternehmen, die keinen „eigenen“ Werks- oder Betriebsarzt beschäftigen » Nutzung des dichten Netzwerkes der ganztätig ambulanten Einrichtungen im Rheinland » Unterstützung beim Ausbau der Reha-Einrichtungen zu regionalen Kompetenzzentren für Betriebliche Gesundheitsförderung 										

NEU!

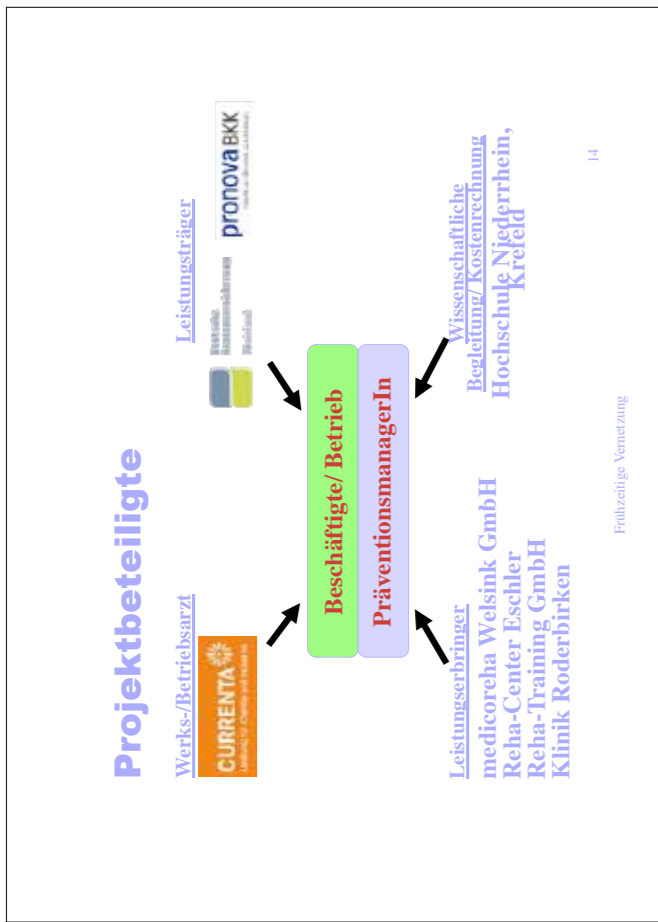
PLAN GESUNDHEIT TU WAS WIRKT

Lernen Sie gesund zu leben

EINE INITIATIVE FÜR IHRE GESUNDHEIT VON:

- Medische Reha-Netzwerke
- CURRENTA
- medicoreha
- pronova BKK
- REHATRaining
- von Lieben

Frühzeitige Vernetzung



Präventionsziele

Übergeordnete Ziele

- Erhalt der Arbeitsbewältigungsfähigkeit bei gesundheitsgefährdender Berufstätigkeit wegen erhöhter Anforderungen im Bereich manuelle Lastenhandhabung/ Fehlbeanspruchungen durch Zwangshaltungen.
- Zusammenhänge zwischen Lebensführung und der Entstehung und/oder Verschlimmerung von Krankheiten anschaulich und mit Bezügen auf den Lebensalltag der Versicherten vermitteln.

Individuelle Ziele, insbesondere

- Gewichtsreduktion bei Adipositas
- Verbesserung der Fitness, kardiolipomale Leistungsfähigkeit
- Senkung des Herzinfarktrisikos (PROCAM)
- Senkung des Diabetesrisikos (FINDRISK)
- Reduktion von bereits bestehenden Rückenbeschwerden
- Beschwerdefreies Arbeiten unter erhöhten Belastungen

Frühzeitige Vernetzung

Phase 1: Sofort ANFAHSE

Der Startschuss

Das Gesundheitsberatungsgespräch

Termin 1: Blutentnahme
Arztliche Untersuchung und Belastungs-EKG

Termin 2: Gesundheitscheck
umfangreiche Befundmappe
erste konkrete Ziele setzen

NEU!

PLAN GESUNDHEIT TU WAS WIRKT

Lernen Sie gesund zu leben
DIE INITIATIVE FÜR IHRE GESUNDHEIT VON:

Medische Reha-Netzwerke
CURRENTA
medicoreha
REHATRaining
von Lieben

Frühzeitige Vernetzung

Phase 2: Drei Tage BASISWISSEN

Das Fundament setzen

Donnerstag, xx.0y.2011
13.00 – 18.00 Uhr

Freitag, xx.0y.2011
09.00 – 16.30 Uhr

Samstag, xx.0y.2011
09.00 – 13.00 Uhr

Kennenlernen
sich selbst, die eigene Fitness, die Gruppe, das Reha-Zentrum, die Präventionsmanager, den Werksarzt

Erproben
Bewegung, Rückentraining, Ernährung, Entspannung, Stressbewältigung

Erlernen/ Erarbeiten
Hintergrundwissen, eigenen Trainingsplan entwickeln, konkrete Ziele setzen

Frühzeitige Vernetzung

Phase 3: 16 Wochen LEBENSTILERPROBUNG

Das Haus bauen

16 Wochen Intensivtraining im ambulanten Reha-Zentrum

2 Termine pro Woche (jeweils 90 Minuten)

Theorie und viel, viel Praxis

1. Ausweichtermin pro Woche

Erste Gruppen- und Einzeltermine mit Präventionsmanagern.

Zwei Veranstaltungstermine damit auch der Spaß nicht zu kurz kommt.

Frühzeitige Vernetzung

Phase 4: 18 Monate IHR NEUES LEBEN

Das Haus einrichten und bewohnen

Training und Gesundheitsmaßnahmen in Eigeninitiative

15 Gruppentermine mit den Präventionsmanagern

6 Einzeltermine mit den Präventionsmanagern

Telefon- und E-Mail Kontakte nach Bedarf

Viel Unterstützung für den Kampf gegen den inneren Schweinehund und Motivationschwund

Frühzeitige Vernetzung

Phase 5: Die Zeit danach SPASS IM ERFOLG

Das Haus „in Schuss“ halten

Training und Gesundheitsmaßnahmen in Eigeninitiative

6 Gruppentermine mit den Präventionsmanagern

1 Einzeltermin mit den Präventionsmanagern

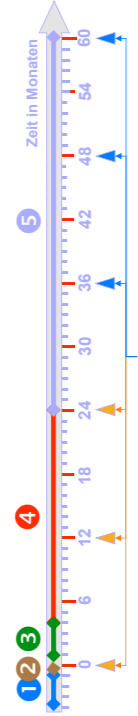
Telefon- und E-Mail Kontakte nach Bedarf

Gezielte Unterstützung für die letzten Attacken des inneren Schweinehundes.

Frühzeitige Vernetzung

Zeitlicher Projektablauf

- 1 **Betriebliche Vorbereitungsphase:** Anpassung des Projekts an die betriebliche Situation, Workshop mit dem FK, Informationsveranstaltung für MA
- 2 **Initialphase:** Dreitägige Auftaktveranstaltung in einem der Reha-Zentren
- 3 **Trainingsphase:** Intensivierte Trainingsphase (berufsbegleitend, 2 x wöchentlich) nach individuellem Trainingsplan in einem der Reha-Zentren, Schulungsprogramm zu Gesundheitsthemen
- 4 **Bestätigungsphase:** Individueller Transfer des Gelernten in den Alltag. Regelmäßige Treffen/Kontakte mit dem Präventionsmanager um offene Fragen zu klären, Schwierigkeiten auszuräumen, etc.
- 5 **Eigenverantwortungsphase:** Nur noch gelegentliche Treffen/Kontakte mit dem Präventionsmanager, um Probleme auszuräumen und das Erlernte weiter zu stabilisieren



Wirkungskontrolle

▲ mit medizinischer / ▲ ohne medizinische Untersuchung



21

Frühzeitige Vernetzung

Besondere Erfolgsfaktoren

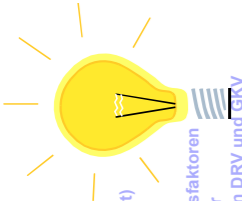
- Setting-Ansatz**
- hohe Compliance**
- Gruppendynamische Effekte**
- Selbstverantwortung und Empowerment**
- Verhaltens- und Verhältnisprävention**
- Guiding durch Präventionsmanager**
- Zusammenarbeit KV / RV / Betrieb**
- Nachhaltigkeit / Laufzeit**

23

Frühzeitige Vernetzung

Ein-schlusskriterien

- rentenversichert DRV Rheinland (versicherungsrechtliche Voraussetzungen erfüllt)
- Krankenversicherung über Pronova BKK
- Altersobergrenze 5 Jahre bis zur Rente
- Personen mit besonderen beruflichen Belastungsfaktoren
- Präventionsleistungen sinnvoll und durchführbar
- entsprechend dem Präventionskonzept/-leitfaden DRV und GRV



Aus-schlusskriterien

- Versicherte mit manifesten Befunden und/oder bei denen bereits umfangreiche therapeutische Leistungen erfolgt sind, scheiden für Leistungen nach Plan Gesundheit aus.
- Fehlende Trainingstauglichkeit
- Vorrangige Behandlungsbedürftigkeit
- Bestehende Stoffwechselelgleichungen
- Suchterkrankungen



22

Frühzeitige Vernetzung

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit



ulrich.theissen@drv-rheinland.de

24

Frühzeitige Vernetzung

Bonusmaterial

1. Der Betriebsarzt erkennt Reha-Bedarf

- Hierfür stehen ihm eine Reihe von Instrumenten zur Verfügung
- arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen
 - Begutachtung der Einsatzfähigkeit von MA im Hinblick auf einen speziellen Arbeitsplatz (Unfall, Krankheit, Langzeit-AU)
 - Begehung des Arbeitsplatzes
 - Gesundheitsbericht und Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung
 - Gesundheitsaktionen, betriebliche Screenings
 - Informationen über Reha-Leistungen (z.B. in Arbeitszeitung, Intranet, Flyer, MA-Veranstaltungen)
 - Fehlzeiten- und Integrationsmanagement

26

Frühzeitige Vernetzung

FAX 1

Deutsche Rentenversicherung Rheinland
Abteilung RGE
Mamela Bruns
Fax-Nr.: 0211-937-3398

Mitteilung über die Antragsstellung auf eine Leistung zur Teilhabe

Beschäftigter:

(Name/Vorname) (Geb.-Datum)

Für diesen Beschäftigten/wird eine Leistung zur Teilhabe beim Service-Zentrum beantragt.

Antragdatum: ggf. Wunsch Reha-Einrichtung:

Mit dem Antragsformular werden folgende Unterlagen versandt:
G 100
G 982 (Beimbericht)
G 980 (Dienstbescheinigung)

27

Frühzeitige Vernetzung

FAX 2

Herrn/Frau: (Name/Vorname) (Geb.-Datum)
Firma: (Name)
Fax-Nr.: (Telefonnummer)

Informationen zur Entscheidung durch die Deutsche Rentenversicherung Rheinland

Beschäftigter:

(Name/Vorname) (Geb.-Datum)

Für diesen Beschäftigten/wird eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation bewilligt. Bewilligungsdatum: in Ort: Reha-Einrichtung: in ansonsten ambulanten Form Kontaktdaten der Reha-Einrichtung:

Der Antrag auf eine medizinische Reha. Leistung müsste abgelehnt werden, weil

28

Frühzeitige Vernetzung

Web-Reha Monitoring 1

Ihre Ansprechpartnerin: Stempel des Werks-/Betriebsarztes mit Telefonnummer

Beschäftigter:

(Name/Vorname) (Geb.-Datum)

Für diesen Beschäftigten/wird eine Leistung zur Teilhabe beim Service-Zentrum beantragt.

Antragdatum: ggf. Wunsch Reha-Einrichtung:

Mit dem Antragsformular werden folgende Unterlagen versandt:
G 100
G 982 (Beimbericht)
G 980 (Dienstbescheinigung)

27

Frühzeitige Vernetzung

Web-Reha Monitoring 2

Ihre Ansprechpartnerin: Mamela Bruns
Tel.Nr.: 0211-937-3407
Fax-Nr.: 0211-937-3398
E-Mail: mamela.brunsen@drv-rheinland.de

Beschäftigter:

(Name/Vorname) (Geb.-Datum)

Für diesen Beschäftigten/wird eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation bewilligt. Bewilligungsdatum: in Ort: Reha-Einrichtung: in ansonsten ambulanten Form Kontaktdaten der Reha-Einrichtung:

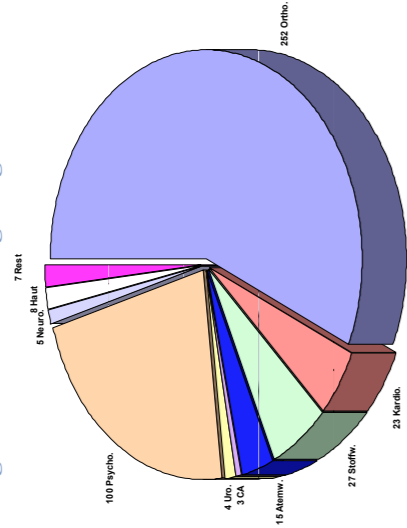
Der Antrag auf eine medizinische Reha. Leistung müsste abgelehnt werden, weil

28

Frühzeitige Vernetzung

Monitoring - Juni 2008 bis Oktober 2011

3. Verteilung der 1. Einweisungsdiagnose:



Frühzeitige Vernetzung

Rechtzeitiger bedarfsgerechter Zugang zu medizinischer Rehabilitation aus der ambulanten Versorgung

Ergebnisse des Forschungsprojekts „Rehabilitationszugangs- und Schnittstellenoptimierung in der ambulanten Versorgung“

Mau W. (1)

Fiala K. (1), Grundke S. (2), Parthier K. (3),

Behrens J. (3), Klement A. (2), Schubert M. (3, 4)

(1) Institut für Rehabilitationsmedizin

(2) Sektion Allgemeinmedizin

(3) Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft

(4) Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Frankfurt/M.

BAR – Kassel 14. Februar 2012



Forschungsstand

- Der Rat des (Haus)Arztes ist einer der stärksten Prädiktoren für eine Reha-Antragstellung
- Hausärzte und spezialisierte Fachärzte betreuen (chronisch kranke) Patienten wohnortnah und langfristig
- Screening-Instrumente, als zentrale Möglichkeit frühzeitiger Bedarfserkennung werden von niedergelassenen Ärzten sehr schlecht angenommen (Deck et al. 2009)
- Verschiedene Studien benennen Vielzahl an Problembereichen, und Hürden des Reha-Zugangs aus der ambulanten Versorgung (u.a. Deck et al. 2009, van den Busche/Dunkelberg 2003, Mau/Müller 2008)



Sozialrechtlicher Rahmen

- § 61 Abs. 1 SGB IX:

Beratungspflicht zu Teilhabeleistungen niedergelassener Ärzte

- Gemeinsame Empfehlung „Frühzeitige Bedarfserkennung“

„Zur Unterstützung der Erkennung eines möglichen Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe stellen die Rehabilitationsträger [...] Informationen mit entsprechenden Hinweisen auf Hilfeangebote und weitere Beratungsmöglichkeiten zur Verfügung. Sie fördern [...] den Einsatz von [...] Assessmentverfahren, [...] Screeningverfahren oder Selbstauskunftsbögen, die der Konkretisierung eines möglichen Teilhabebedarfs dienen.“ §1 Abs. 2

„Insbesondere niedergelassene (Fach-)Ärzte/innen [...] sollen die betroffenen Menschen über geeignete Leistungen zur Teilhabe beraten, bei Verdacht auf einen Bedarf an Leistungen zur Teilhabe bei der Antragstellung unterstützen oder eine Beratung veranlassen.“ §4 Abs. 3



Forschungsfrage

Gefragt wird nach ...

- Optimierungsmöglichkeiten und Einflussfaktoren der Zugangsprozesse zu medizinischer Rehabilitation (DRV) sowie
- der Ausgestaltung der Schnittstelle zur ambulanten Versorgung

Ziele:

- Weiterentwicklung eines bedarfs-gerechten Reha-Zugangs,
- Verbesserung der Einbindung niedergelassener Ärzte in den Prozess der Bedarfserkennung,
- Vermeidung von Fehlversorgung.



Forschungsfrage

Gefragt wird nach ...

- Optimierungsmöglichkeiten und Einflussfaktoren der Zugangsprozesse zu medizinischer Rehabilitation (DRV) sowie
- der Ausgestaltung der Schnittstelle zur ambulanten Versorgung

Ziele:

- Weiterentwicklung eines bedarfs-gerechten Reha-Zugangs,
- Verbesserung der Einbindung niedergelassener Ärzte in den Prozess der Bedarfserkennung,
- Vermeidung von Fehlversorgung.



Methode

- Design / Studientyp**
explorative qualitative Studie
- Erhebungsverfahren**
fallvignetten- und leitfadengestützte Experteninterviews
- Auswertungsstrategie**
Inhaltsanalyse

Datenbasis	
Interviewees	51
Hausärzte	32
Rheumatologen	15
Soz.-med. Gutachter	04

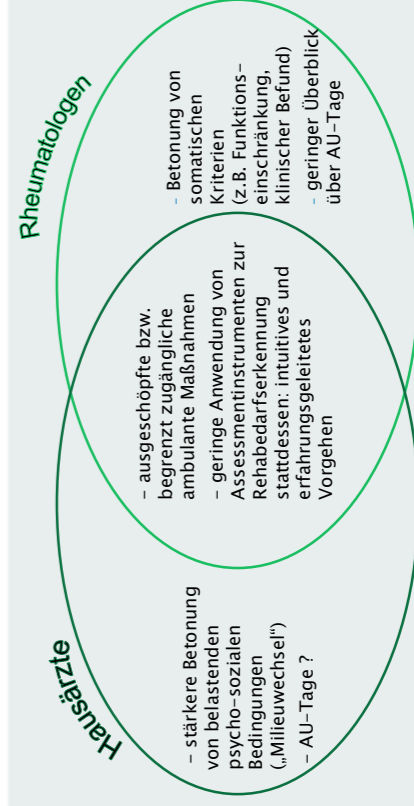
Methode

Auswertungsstrategie Inhaltsanalyse – Gütekriterien

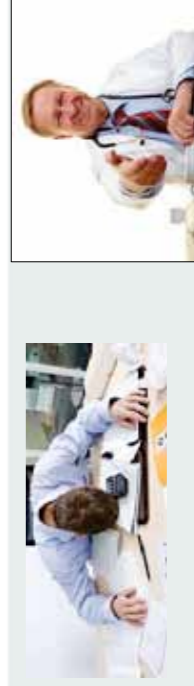
- Theoriebildung aus dem Datenmaterial heraus (induktiv)
Prozessbasierter Erkenntnisgewinn: Analyse als sich wiederholender („iterativer“) Prozess
- Analyse erfolgte in einer Interpretationsgruppe
sicherstellen der Reflexivität der Forscher und Zuverlässigkeit der Textinterpretation (Interkoderreliabilität)
- Kommunikative Validierung (*laufend*)
Daten/Ergebnisse werden den befragten/beobachteten Menschen vorgelegt, mit der Bitte um Rückmeldungen zur Analysegüte (Breite/Tiefe)
- Perspektiventriangulation
Erfahrungsaufschichtungen, Ereignisverstrickungen und Aktivitätsperspektiven werden systematisch nachvollzogen und miteinander in Beziehung gesetzt

ERGEBNISSE

Bedarfsmerkmale und Vorgehen bei Reha-Bedarfserkennung



Negative Einflussfaktoren auf Reha-Bedarfserkennung



Patientenseitig

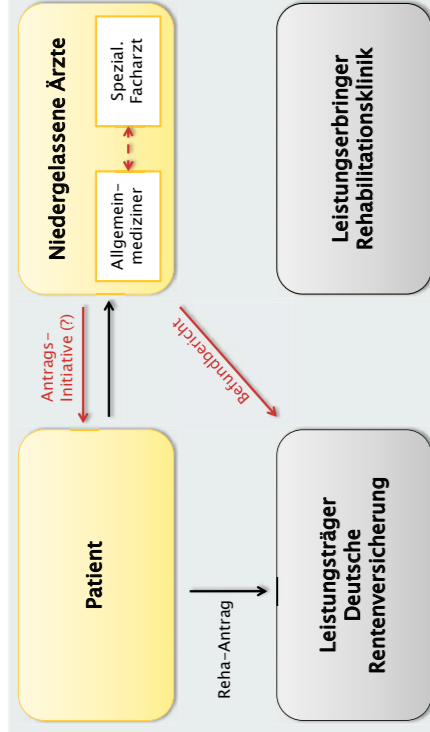
- Präsentismus
- Geringe „AU-Bereitschaft“
- „Patient traut sich nicht, Reha anzusprechen bzw. erkennt seine eigene Bedürftigkeit nicht“

Arztseitig

- Hoher Zeitaufwand vs. hohe Ablehnungsquote
- Informationsdefizite und Entmutigung
- Geringe Vernetzung zw. mehreren behandelnden Ärzten

ARBEITSGRUPPE 1

Antragsverfahren

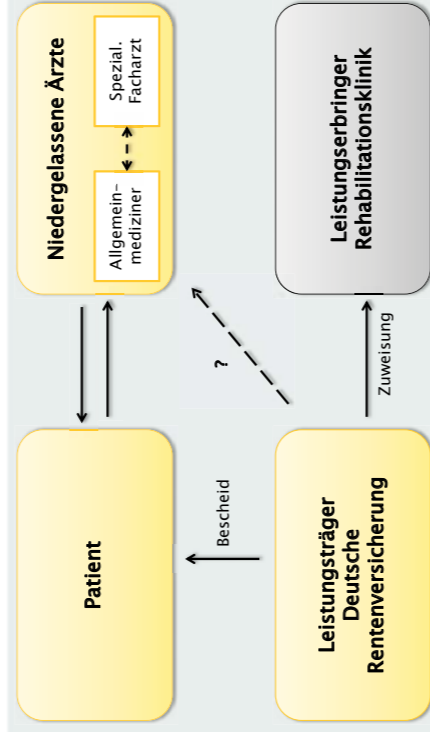


13

Medizinische Fakultät

MARTIN-LUTHER-UNIVERSITÄT
HALLE-WITTENBERG

Bewilligungsverfahren



15

Medizinische Fakultät

MARTIN-LUTHER-UNIVERSITÄT
HALLE-WITTENBERG

Antragsverfahren

- Subjektiv unklare Träger-Zuständigkeiten → ärztl. Überforderung
- Geringe Akzeptanz des vermeintlich für alle Anträge notwendigen Kurses nach den Reha-Richtlinien (GKV)
- Fehlende Abstimmung der Fachärzte untereinander
- Fehlende Kommunikation niedergelassene Ärzte – Leistungsträger
- Geringe(s) inhaltliches Verständnis / Praktikabilität der Formulare

→ Gutachter: unabgestimmte, undifferenzierte und ICF-ferne Indikationsstellung erschwert die Nachvollziehbarkeit antrags-/trägerrelevanter Aspekte des Gesundheitszustandes

14

Medizinische Fakultät

MARTIN-LUTHER-UNIVERSITÄT
HALLE-WITTENBERG

Bewilligungsverfahren

Wahrgenommene Diskrepanzen zwischen Reha-Bedarf und -Bewilligung

- hohe Ablehnungsquote
 - ökonomische Aspekte (?)
- Intransparenz der Bewilligungspraxis**
- Unkenntnis / Infragestellung der Entscheidungsgrundlagen
 - Z.B. Kriterien „Ausschöpfen ambulanter Maßnahmen“ und AU-Zeiten nicht ausreichend belastbar
 - Unkenntnis von Anforderungen der Antragsausgestaltung

→ Entwicklung fragwürdiger Strategien:

- „Reha vor Rente“ → „Reha über Rente(nantrag)“
- Undifferenzierte Indikationsstellung („Zuschütten“ mit Facharzt- und Krankenhausbefunden)

16

Medizinische Fakultät

MARTIN-LUTHER-UNIVERSITÄT
HALLE-WITTENBERG

ARBEITSGRUPPE 1

Bewilligungsverfahren

Fehlende Interaktion zwischen DRV und Niedergelassenen:

- Rückmeldung zu Antragsengang, Verfahrensstand und Bearbeiter, Prüfergebnis und –kriterien, Behandlungsalternativen, Potentialen und Mängeln der Befundberichte
- Fehlende Ansprechpartner

→ Gefahr: mangelnde Rückkopplung an die Ärzte verhindert „Lerneffekte“ und fordert einseitig das Gefühl von Desinteresse und Degradierung

17

Medizinische Fakultät

MARTIN-LUTHER-UNIVERSITÄT
HALLE-WITTENBERGDiskussion/Schlussfolgerungen
Information / Kommunikation

- Anforderungen an ärztliche Befundberichte besser verdeutlichen (z.B. Basis-Infos zu Komponenten der Reha-Indikation / Bewilligungskriterien / sozialmedizinischen Entscheidungsgrundlagen/ ICF-Bezug / Träger-Zuständigkeiten, Rollenwechsel vom „Anwalt der Patienten“ zum neutralen Sachverständigen)
- Aufgaben(teilung) von Allgemeinärzten und spezialisierten Fachärzten bei Befundberichten
- Stärkung, Bekanntgabe und Nutzung der zielführenden Funktion der Gemeinsamen Servicestellen
- niederschwellige Strategien zur Fort-/Weiterbildung wie Material für Qualitätszirkel, verbesserter Internetauftritt der Träger
- beidseitig bekannte, erreichbare und auskunftsfähige Ansprechpartner

19

Medizinische Fakultät

MARTIN-LUTHER-UNIVERSITÄT
HALLE-WITTENBERGDiskussion/Schlussfolgerungen
Bedarfserkennung

- Akzeptanzförderung praktikabler systematischer Checklisten / Assessments
- ICF-Orientierung und Sensibilisierung für „somatische“, „psychische“ und „soziale“ Indikatoren (z.T. arzt-gruppenabhängig)
- kontextabhängige Indikator-/Bedarfs-Interpretation
 - Arbeitsunfähigkeit (z.B. gering trotz hohem Risiko bei Präsentismus)
 - Ausschöpfung ambulanter Maßnahmen (z.B. schlechte Facharztverfügbarkeit, Budget-Limitierungen)
- Kenntnisse der Reha-Angebote / –inhalte

18

Medizinische Fakultät

MARTIN-LUTHER-UNIVERSITÄT
HALLE-WITTENBERGDiskussion/Schlussfolgerungen
Antragsverfahren

- Integration in die Praxissoftware: z.B. Projekt: INVIP-Reha → intensiviertere Information
- elektronischer Versand der Unterlagen zwischen Arztpraxis und Träger – Lösungen analog zu eDMP?
- Angleichung der Verfahrensweisen GKV und DRV
- Aufwandsgerechte Honorierung

20

Medizinische Fakultät

MARTIN-LUTHER-UNIVERSITÄT
HALLE-WITTENBERG

Diskussion/Schlussfolgerungen Transparenz – Entscheidungsprozess

- Rückmeldung an Arzt verbessern (Zustimmung der Versicherten, Verfahrensstand, Ergebnis)
- individuelle(re) Einlassungen in den Bescheiden (bei einzelnen Trägern bereits praktiziert)
- Verdeutlichung der Gutachter(fach)kompetenz (z.B. Gebietsbezeichnung)
- Sachinformation zur Korrektur der als hoch wahrgenommenen Ablehnungsquoten



MARTIN-LUTHER-UNIVERSITÄT
HALLE-WITTENBERG

21

Medizinische Fakultät

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

und an die



für die Förderung und freundliche Unterstützung!



MARTIN-LUTHER-UNIVERSITÄT
HALLE-WITTENBERG

Medizinische Fakultät



ARBEITSGRUPPE 1

Weiterentwicklung der Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation

Netzwerkarbeit im Rahmen des
Modellprojektes Berlin-Brandenburg



Susanne Band
Deutsche Rentenversicherung Bund
Abteilung Rehabilitation

28.09.2011



Abteilung Rehabilitation

Vernetzte Servicestellenarbeit in der Praxis

Ein Beispiel aus einer GS in Brandenburg

Frau S. 39 Jahre alt, 17 Jahre bei einem AG als Bürohilfskraft mit Botengängen; MS-Erkrankung; nach Krankheitsschub auf den Rollstuhl angewiesen; sie möchte weiterarbeiten;
Krankengeld ist fast abgelaufen; nach INFO eines Reha-Trägers soll sie gleichzeitig ALG und EIM-Rente beantragen

**Gemeinsame Servicestelle hat wie folgt agiert:
Klärung, ob**

- Frau S. ihre Tätigkeit weiterhin ausüben kann?
- das Aufgabenfeld verändert werden kann?
- Reha-Leistungen in Frage kommen?
- zur Ausübung der Tätigkeit weitere Hilfen erforderlich sind?
- die Wohnung verändert werden muss?



Abteilung Rehabilitation

Vernetzte Servicestellenarbeit in der Praxis

Weshalb wenden sich Ratsuchende an die GS?

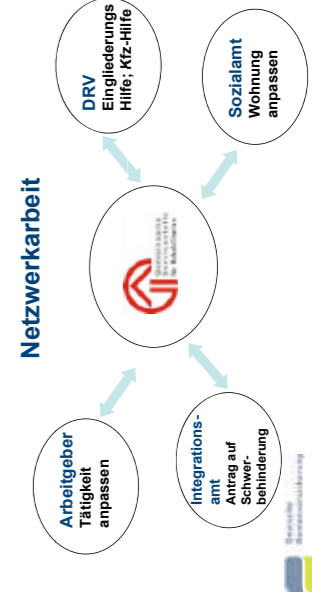
- Überprüfung der Aussagen anderer Reha-Träger
- Ablehnung von Leistungen durch andere Reha-Träger
- Ratsuchende finden im Bereich Leistungen zur Teilhabe an der Gesellschaft keinen Ansprechpartner
- Rat suchen in Lebenssituationen, in denen mehrere Reha-Träger in Frage kommen
- Allgemeine Informationen über Reha-Leistungen (z.B. in Form des PB)



Abteilung Rehabilitation

Vernetzte Servicestellenarbeit in der Praxis

Ein Beispiel aus einer GS in Brandenburg



Handlungsfelder

Fortentwicklungsprojekt Berlin-Brandenburg

- einheitliche **Öffentlichkeitsarbeit**
- einheitliche **Weiterbildung** für Servicestellenmitarbeiter/innen
- Einbindung und Beteiligung aller Akteure im Reha- Geschehen, **Vernetzung** der Beratungs-/Unterstützungsangebote, Koordination
- Zusammenarbeit im Reha- Beratungsteam
- Qualitätssicherung



Abteilung Rehabilitation

Projekt Berlin-Brandenburg (Januar 2008 – Dezember 2008)

ausgewählte Musterservicestellen in den Modellregionen Berlin und Cottbus



Deutsche Rentenversicherung
Berlin-Brandenburg
Knobelsdorffstraße 92
14059 Berlin



Deutschen Rentenversicherung
Bund
Hohenzollernstraße 46/47
10713 Berlin



Deutsche Rentenversicherung
Berlin-Brandenburg
Thiemstraße 125
03050 Cottbus



Deutsche Rentenversicherung
Bund
Hohenzollernstraße 46/47
10713 Berlin



Abteilung Rehabilitation


2. Handlungsfeld - regionale Weiterbildung

- Leistungen/Zu-ständigkeit **ReFH**
- Betriebl. EM

- Organisation: **Behin-derenverbände**
- Vorstellung NAKOS
- Aufgaben: IFD/BfW

6. Schulung


- Lebenslagen Körperbeh.
- Lebenslagen Suchtkranke
- ICF



Abteilung Rehabilitation

1. Handlungsfeld „einheitliche Öffentlichkeitsarbeit“

- Erstellung von drei zielgruppenspezifischen INFO- Flyern (betroffene Menschen, Ärzte, Arbeitgeber)
- Versendung von **15.000** Flyern an Apotheken, Bürgerämter, Sanitätshäuser, Ärzte, Gesundheitsämter, Betriebsärzte sowie Sozialdienste in Krankenhäusern, Arbeitgeber, Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen
- Versendung von 100 Plakaten (Verteiler s.o.)
- INFO- Veranstaltungen zur Thematik „Persönliches Budget“ in Berlin / Cottbus
- elektronische Pressemappe zur Thematik „Gemeinsame Servicestellen“
- Erstellung INFO-Blatt in leichter Sprache



Abteilung Rehabilitation

3. Handlungsfeld – Vernetzung mit Akteuren

- Wahrnehmung der Vernetzungs- und Koordinierungsaufgaben durch die Arbeitsgruppe „Trägerübergreifende Servicestellen für Rehabilitation“ Berlin-Brandenburg
- Einbeziehung des Koordinators für Pflegestützpunkte
- Einbeziehung von Verbänden behinderter Menschen
- Kontakte mit Beauftragten für die Belange behinderter Menschen
- Einbindung von Mitgliedern DVSG
- Einbindung von NAKOS
- Kontaktaufnahme zur unabhängigen Patientenberatung Deutschland
- Vernetzung mit den DRV Bund – BEM-Projekt „Integratives Beratungsnetzwerk“ / Arbeitgeberservice



Abteilung Rehabilitation

2. Handlungsfeld - regionale Weiterbildung



7.

- UPD
- Eingliederungshilfe SGB XII
- Pflegestützpunkte
- Familienorientierte Rehabilitation



8.

- DVSG
- Neues von der BA
- Umgang mit Aggressionen, Drohungen
- Mobbing als Krankheitsbild



9.

- Unterstützte Beschäftigung
- Wunsch und Wahlrecht
- Stufenweise Wiedereingliederung
- Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung

Weiterbildungsangebot mit kostenloser Unterstützung durch Netzwerkpartner


➔ **Schulungen werden gut angenommen und fortgesetzt**



Abteilung Rehabilitation

4. Handlungsfeld „Zusammenarbeit im Reha-Beratungsteam“


- Organisation regelmäßiger Teamtreffen unter Beteiligung von Verbänden behinderter Menschen und den kommunalen Behindertenbeauftragten
- Wahl eines Teamsprechers
- Wissensportal für Servicestellenmitarbeiter/innen (bisher nur DRV)
- Ständige Aktualisierung der Ansprechpartner-Listen (Festlegung von Verantwortlichen)



Abteilung Rehabilitation

Ziele und Inhalte der Rahmenkooperationsvereinbarung mit den Verbänden behinderter Menschen/Selbsthilfegruppen

- ➔ Weiterentwicklung der Zusammenarbeit mit den Verbänden behinderter Menschen und der Träger von Gemeinsamen Servicestellen
- ➔ Strukturierung der Zusammenarbeit und verbindliche Absprachen
- ➔ Gegenseitige Benennung von Ansprechpartnern
- ➔ Verbände werden als Partner im Beratungsgeschehen und nicht als Konkurrenten angesehen
- ➔ Intensiver Erfahrungsaustausch durch Teilnahme von Verbandsvertretern an den regelmäßigen Reha-Team-Treffen und Beteiligung an der AG „Trägerübergreifende Servicestelle für Rehabilitation“ Berlin-Brandenburg
- ➔ Zusammenarbeit in der Öffentlichkeitsarbeit (Bekanntmachung, INFO-Veranstaltung, Veröffentlichungen) und in der Fortbildung
- ➔ Nach Bedarf Durchführung von Einzelfallbesprechungen mit Beteiligung der Verbände, um durch beiderseitige Spezialkenntnisse gemeinsam für die Kunden eine qualitativ gute Beratung anzubieten



Abteilung Rehabilitation

Rahmenkooperationsvereinbarung für die Länder Berlin und Brandenburg

- in Kraft seit 01.01.2011
- **Unterzeichnung**
 - Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg
 - Deutsche Rentenversicherung Bund
 - Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
 - AOK Nordost
 - IKK Berlin-Brandenburg
 - Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) Landesverband Nordost
 - DAK – Unternehmen Leben (ab 01.01.2012: DAK – Gesundheit)
 - KKH – Allianz
 - TK – Landesvertretung Berlin-Brandenburg
- **Beitritt**
 - Landesamt für Soziales und Versorgung, Integrationsamt, Kriegsopferfürsorge – Brandenburg/Cottbus



Abteilung Rehabilitation

Rahmenkooperationsvereinbarung für die Länder Berlin und Brandenburg

- in Kraft seit 01.01.2011
- **Unterzeichnung**
 - PARITÄTISCHE Landesverband Brandenburg e.V.
 - Lebenshilfe Landesverband Brandenburg e.V.
 - Deutsche Rheuma-Liga Berlin e.V.
 - Betreuungsverein Lebenshilfe Brandenburg e.V.
 - Diakonisches Werk Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz e.V.
 - Deutsches Rote Kreuz Landesverband Brandenburg e.V.
- **Beitritt**
 - Blinden und Sehbehindertenverband Brandenburg e.V.
 - Landesverband der Gehörlosen Brandenburg e.V.
 - Allgemeiner Behindertenverband Land Brandenburg e.V.
 - SoVD Landesverband Berlin-Brandenburg e.V.
 - Landesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte Berlin-Br. e.V.



Abteilung Rehabilitation


Deutsche Rentenversicherung Bund

Gemeinsame Servicestellen für Rehabilitation
Weiterentwicklung der Servicestellenarbeit im Modellprojekt Berlin-Brandenburg

Susanne Band
Abteilung Rehabilitation
Dezernatsleiterin/
Fachbereich medizinische Rehabilitation
und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
Telefon 030 865 – 85249
Susanne.Band@drv-bund.de

Weitere Handlungsfelder



- Weiterentwicklung von Qualitätskriterien mit dem Ziel eines trägerübergreifenden **Qualitätssicherungskonzeptes auf BAR-Ebene**
- Möglichkeiten hinsichtlich der Zusammenarbeit der Servicestellenträger (DRV / GKV) hinsichtlich eines **effektiven Personal- und Mitteleinsatzes**
- Weitere Vernetzung mit den **Pflegestützpunkten**
- Öffentlichkeitsarbeit hinsichtlich **Ärzte und Arbeitgeber** verstärken
- Internetseite www.reha-servicestellen.de zielgruppenorientiert ausbauen
- Etablierung regelmäßiger Kundenbefragungen



Abteilung Rehabilitation

Grundsätze

- Artikel 26 UN-Behindertenrechtskonvention (Habilitatation und Rehabilitation)
 - "... ein Höchstmaß an ... beruflichen Fähigkeiten ... und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen."
 - "... Rehabilitationsdienste setzen im **frühestmöglichen Stadium** ... und so gemeindenah wie möglich, auch in ländlichen Gebieten, ein."
- Artikel 27 UN-BRK (Arbeit und Beschäftigung)
 - "... einen offenen, inklusiven und für Menschen mit Behinderungen zugänglichen Arbeitsmarkt ... Die Vertragsstaaten sichern und fördern die Verwirklichung des Rechts auf Arbeit."

15.06.2012 DAK 2

Arbeitsgruppe 2

Gemeinsame Servicestellen als Akteur in der Vernetzung



Vernetzung der Gemeinsamen Servicestelle Rendsburg




15.06.2012 DAK 3

Erfolgsfaktoren für gute Vernetzung



- Netzwerkaufbau und –pflege (auch Übergang Nachfolger) mit dem Reha-Team der Gemeinsamen Servicestelle, insbesondere
 - Reha-Berater der DRV Bund und DRV Nord (nicht vor Ort)
 - Reha-Berater der Arbeitsagentur (nicht vor Ort)
 - Versorgungsmanagement der Krankenkassen
 - Hilfeplaner (Eingliederungshilfe) der Kreisverwaltung

15.06.2012 DAK 4

Grundsätze


- BSG-Urteil vom 11.05.2011 (Az.: B 5 R 54/10 R)
 - Der Rehabilitationsbedarf ist umfassend und trägerübergreifend festzustellen.
 - Die Entscheidung ist auf Grundlage aller Bewertungselemente zu treffen.
 - Der zuständige Träger nach § 14 SGB IX ist für alle Leistungen auch außerhalb seiner Leistungszuständigkeit (entscheidungs-)zuständig.
- BSG-Urteil vom 30.11.2011 (Az.: B 11 AL 7/11 R)
 - Das Persönliche Budget für den Berufsbildungsbereich kann auch außerhalb einer anerkannten WfbM in Anspruch genommen werden.

15.06.2012 DAK 3

<p>Hinweis Sozialhilfeträger S-H</p> <ul style="list-style-type: none"> In Schleswig-Holstein wurde nach Landesrecht (§ 97 SGB XII) die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach den §§ 53 bis 60 SGB XII kommunalisiert. D. h. die Hilfeplanung (Teilhabepflicht) erfolgt intensiv vor Ort (Kreisverwaltung). 	<p>Erfolgsfaktoren für gute Vernetzung</p> <ul style="list-style-type: none"> Zusammenarbeit und Austausch mit dem Integrationsfachdienst, teilweise mehrmals wöchentlich Zusammenarbeit mit der Fachberatung für Integration behinderter Menschen (Projekt in S-H, siehe auch AG 8). Im Kreis Rendsburg-Eckernförde bei der Gesellschaft für Arbeitsmarkt und Strukturpolitik (Institut der Unternehmensverbände Nord). Mitarbeit im Gemeindepsychiatrischen Verbund Eckernförder Beraterunde, u. a. Suchtberatung, Stadt, WfBM, PSP, Servicestelle für Arbeitsgelegenheiten (Ein-Euro-Jobs), Aves, DAA, Arbeitsagentur, Jobcenter, Hilfeplaner EGH, Sozialdienst Klinik Zusammenarbeit und regelmäßige Treffen mit den Sozialdiensten z.B. der Werkstätten für behinderte Menschen der Krankenhäuser und Reha-Kliniken
<p>Erfolgsfaktoren für gute Vernetzung</p> <ul style="list-style-type: none"> Veranstaltung mit der Kreisstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein um den Bekanntheitsgrad in der Ärzteschaft zu erhöhen Zusammenarbeit mit dem Arbeitsmedizinischen Dienst und Betriebsärzten Regelmäßige Teilnahme am Treffen der Arbeitsgemeinschaft der Schwerbehindertenvertretungen im Kreis (organisiert durch das Integrationsamt), Mitglieder im BEM-Team Gemeinsame Veranstaltung mit dem Integrationsamt unter Einbindung der Unternehmensverbände Nord und der Kreishandwerkerschaft zum Thema BEM 	<p>Erfolgsfaktoren für gute Vernetzung</p> <ul style="list-style-type: none"> Austausch mit Leistungserbringern vor Ort Werkstätten für behinderte Menschen Rendsburger Arbeitsbegleitung Deutsche Angestellten Akademie Praxisorientierte Berufsvorbereitung für psychisch beeinträchtigte Menschen Anbieter Unterstützte Beschäftigung Berufsförderungswerk Hamburg, Außenstelle Rendsburg Berufsbildungswerke Neumünster und Husum Fortbildungsakademie der Wirtschaft Kiel

<p>Erfolgsfaktoren für gute Vernetzung</p> <ul style="list-style-type: none"> Weitere wichtige Netzwerkpartner Pflegestützpunkt inklusive seiner Nebenstellen Suchtberatungsstellen Beauftragte für Menschen mit Behinderungen (Land, Kreis, Kommunen) und die Selbsthilfekontaktstelle. Gemeinsame Veranstaltung unter Beteiligung des Landesbehindertenbeauftragten, aber auch Selbsthilfetag oder Bürgerforum „Nichts über uns ohne uns“ Bürgerbeauftragte für soziale Angelegenheiten Behindertenverbände, u. a. gemeinsame Beratungstage zu speziellen Themen Treffen mit den MdB, MdL und dem Kreissozial- und Gesundheitsausschuss als Multiplikatoren Betreuungsverein 	<p>Erfolgsfaktoren für gute Vernetzung</p> <ul style="list-style-type: none"> Eintrag in Wegweiser und Ratgeber zum Beispiel Verzeichnis von Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten für Menschen mit psychischen Störungen (Rubrik Beratungsstellen) Sozialer Wegweiser der Kreisstadt Internetauftritt des Kreises (unter Soziales, Eingliederungshilfe, Zuständigkeiten) Regelmäßige Pressemitteilungen mit Ankündigung von Beratungsschwerpunkten (z. B. BEM oder Persönliches Budget) Aktionsplan Schleswig-Holstein UN-BRK
<p>Erfolgsfaktoren für gute Vernetzung</p> <ul style="list-style-type: none"> Und immer wieder Kontakte, Kontakte, Kontakte! 	<p>Ergebnis</p> <ul style="list-style-type: none"> Trägerübergreifendes Beratungs- und Unterstützungsangebot bekannt gemacht



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

15.08.2012 DAK 13



BAR-Tagung am 14./15.02.2012 Kassel
Wege zur frühzeitigen Vernetzung in der Rehabilitation
Phase I. Frühzeitige Vernetzung bei der Bedarfserkennung
Übergang Schule-Beruf



Ziele

- Weiterentwicklung der Berufsorientierung im Übergang Schule-Beruf mit dem Ziel, die Integration in betriebliche Ausbildung und Arbeit außerhalb von WfbM für (schwer-) behinderte Schülerinnen und Schüler zu erhöhen.
- Durchführung der systematischen, individuellen Berufswegeplanung aktuell in 10 Modellregionen.
- Betriebsnahe Berufsorientierung zwei bis drei Jahre vor Schulende.
- Landesweiter Aufbau systematischer Kooperationsstrukturen zur Verbesserung der Integration und Berufswegeplanung von (schwer-) behinderten Jugendlichen.
- Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Erfordernisse im Sinne des Gender Mainstreaming (Querschnittsziel).
- Berücksichtigung der Bedarfe von Schülerinnen und Schülern mit Migrationshintergrund (Querschnittsziel).



Ausgangslage

- Steigende Schülerzahlen mit den Förderschwerpunkten Geistige sowie Körperliche und motorische Entwicklung.
- Steigende Zahl der Beschäftigten in den Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM).
- Direkter Einstieg in den Arbeitsmarkt ist für (schwer-) behinderte Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf nach Abschluss der Vollzeitschulpflicht nur selten möglich.
- Berufsorientierung im Rahmen der Sekundarstufe I und nachschulische Maßnahmen sind z. T. noch nicht genügend aufeinander abgestimmt.



Zielgruppe

- Alle (schwer-) behinderten Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf in den Förderschwerpunkten:
 - Geistige Entwicklung
 - Körperliche und motorische Entwicklung
 - Hören und Kommunikation
 - Sehen
 - Sprache
- sowohl in der Förderschule als auch in der allgemeinen Schule.

Schülerinnen und Schüler mit den Förderschwerpunkten Lernen sowie Emotionale und soziale Entwicklung gehören nicht zur Zielgruppe STAR. Für sie wird eine andere landesweite Maßnahme (ILJA) vorgehalten.

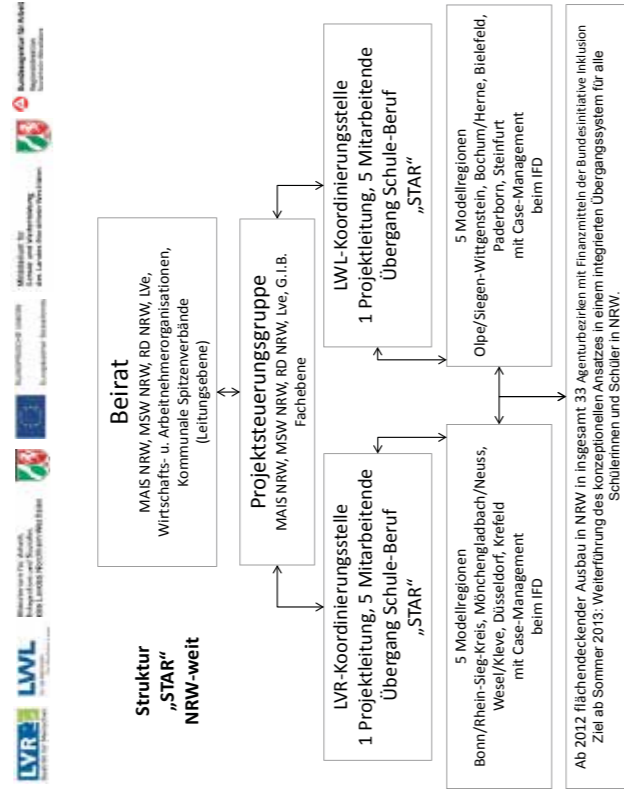




Beteiligte Landesakteure

- „STAR“ ist ein landesweites Vorhaben für (schwer-) behinderte Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf.
 - des Ministeriums für Arbeit, Integration und Soziales NRW (MAIS).
 - des Landschaftsverbandes Rheinland (LVR) und
 - des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL)
- in enger Abstimmung mit
- der Regionaldirektion NRW der Bundesagentur für Arbeit (RD) und
 - dem Ministerium für Schule und Weiterbildung NRW (MSW).

Die Förderung erfolgt im Rahmen der ESF-kofinanzierten Arbeitsmarktpolitik des Arbeitsministeriums durch Ausgleichsabgabemittel der beiden Landschaftsverbände und Mittel des Europäischen Sozialfonds. Ab 2012 werden die Bundesfinanzmittel der Initiative Inklusion in NRW für einen flächendeckenden Ausbau genutzt.



Ab 2012 flächendeckender Ausbau in NRW in insgesamt 33 Agenturen mit Finanzmitteln der Bundesinitiative Inklusion Ziel ab Sommer 2013: Weiterführung des konzeptionellen Ansatzes in einem integrierten Übergangssystem für alle Schülerinnen und Schüler in NRW.



Individuelle Begleitung in STAR

Kernelemente der Begleitung durch Case-Manager/innen in STAR / Module aus STARTKLARplus

- **standardisierte Kompetenz-/Potenzialanalyse** (hame/hamete) für alle SuS zwei bis drei Jahre vor Schulende.
- **Berufseinderkundungen** (verschiedene Berufsbereiche kennen lernen).
- **vertiefte Berufseinderkundung** (Praktika vorwiegend in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes).
- **Berufswegekonferenzen** (Einbindung aller Beteiligten im Prozess der Berufsorientierung).
- **Elternarbeit.**



Drei Jahre vor Schulentlassung (i. d. R. Klasse 8): Kompetenzen feststellen und sich orientieren

Aktion	Wer ist beteiligt?	Wer hat die Federführung?
1. Jahresplanungsgespräch	Schule, Agentur für Arbeit (AA), Integrationsfachdienst (IFD)	Schule
2. Elterninformationsabend	Schule lädt zum Elternabend ein, IFD und AA stellen sich vor.	Schule
3. Anlegen einer Berufsmappe	Schülerinnen und Schüler (SuS), Schule	Schule
4. Standardisierte Kompetenzfeststellung für die Gesamtklasse	SuS, Schule, IFD, Träger	Schule und IFD stimmen die Verfahrensweise ab.
5. Berufswegekonferenz	SuS, IFD, Schule, Eltern, AA	Nach Vereinbarung
6. Berufseinderkundung	SuS, Schule, IFD, Eltern, Betriebe, Träger, Werkstätten für behinderte Menschen (WfBM)	Nach Vereinbarung
7. Berufswegekonferenz	SuS, Schule, IFD, Eltern, AA (nach Absprache)	Nach Vereinbarung



Entlassjahr (i. d. R. Klasse 10): Berufswahl konkretisieren und in Ausbildung begleiten

Aktion	Wer ist beteiligt?	Wer hat die Federführung?
1. Jahresplanungsgespräch	Schule, AA, IFD	Schule
2. Elterninformationsabend	Schule, AA, IFD	Schule
3. Bewerbung	SuS, Lehrkräfte, IFD, AA, Eltern	Schule
4. Durchführung weiterer Praktika (Block- oder Langzeitpraktika)	SuS, Schule, IFD, AA, Betriebe, Eltern	Nach Vereinbarung
5. Sonstige Maßnahmen zur Berufsvorbereitung/beruflichen Eingliederung	SuS, Schule, IFD...	Nach Vereinbarung
6. Ggf. Abschluss eines Ausbildungs- oder Arbeitsvertrages bzw. Anmeldung bei weiterführenden Institutionen	SuS, AA, IFD	SuS, AA



ARBEITSGRUPPE 3



Landesweite Bedeutung

Das Vorhaben „STAR“ strebt mit seinem strukturellen Ansatz eine landesweite Implementierung an.

- Im Bereich Übergang Schule-Beruf für (schwer-) behinderte Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf besteht ein hohes Interesse aller am Vorhaben „STAR“ beteiligten Akteure:
- an strukturwirksamen Aktivitäten zur Identifizierung der vorhandenen Bedarfe sowie
- am systematischen Ausbau bereits bestehender Aktivitäten und ihrer Vernetzung.

Dazu wurde am 05.02.2010 eine Vereinbarung der Landesakteure zu den Verantwortungsbereichen und Kooperationsformen unterzeichnet, ergänzt am 12.07.2011 für die Fortführung bis zum 31.07.2013 und die anschließende Nachhaltigkeit. Aktuell wird die Verwaltungsvereinbarung der Akteure zum landesweiten Ausbau durch Mittel der Initiative Inklusion erarbeitet.



Individuelle Begleitung in STAR

Kernelemente der Begleitung durch Case-Manager/innen in STAR / Module aus STARTKLARplus

- **standardisierte Kompetenz-/Potenzialanalyse** (hame/hamete) für alle SuS zwei bis drei Jahre vor Schulende.
- **Berufseinderkundungen** (verschiedene Berufsbereiche kennen lernen).
- **vertiefte Berufseinderkundung** (Praktika vorwiegend in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes).
- **Berufswegekonferenzen** (Einbindung aller Beteiligten im Prozess der Berufsorientierung).
- **Elternarbeit.**



ARBEITSGRUPPE 3



Zwei Jahre vor Schulentlassung (i. d. R. Klasse 9): Praxisbezogen lernen und sich qualifizieren

Aktion	Wer ist beteiligt?	Wer hat die Federführung?
1. Jahresplanungsgespräch	Schule, AA, IFD	Schule
2. Elterninformationsabend	Schule, AA, IFD	Schule
3. Praxisbezogene Qualifizierung (Praktika, Mobilitätstraining, Kompetenzen, usw.)	SuS, Schule, IFD, Eltern, Betriebe, Träger, WfBM	Nach Vereinbarung
4. Bewerbungstraining	SuS, Schule, IFD, Eltern, Betriebe	Schule
5. Psychologischer Eignungstest	SuS, AA	AA
6. Berufswegekonferenz	SuS, Schule, Eltern, AA, IFD	Nach Vereinbarung
7. Bewerbung	SuS, Lehrkräfte, IFD, AA, Eltern	Schule



Netzwerkarbeit in STAR

Weiterentwicklung eines verbindlichen Systems der integrierten Berufswegeplanung / Weiterentwicklung der institutionellen Prozesse

- **Beirat** (Vernetzung der Ressorts konzeptionell und finanziell)
- **Projektsteuerungsgruppe** (Konzeption und Steuerung)
- **Regionale Netzwerktreffen** (Entwicklung einer verbindlichen Berufswegeplanung „Idealer Berufswegeplan“, gegenseitige Information zu Förder- und Unterstützungsmöglichkeiten)
- **Berufswegekonferenzen** (individueller Berufswegeplan mit einzelnen Schüler/Lehrer/Eltern)
- **Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Erfordernisse** im Sinne des Gender Mainstreaming sowie Berücksichtigung der Bedarfe von Schülerinnen und Schülern mit Migrationshintergrund.



Warum Netzwerkarbeit ?

- Weil das Leben komplex ist!
- Weil nicht jeder alles kann!
- Weil wir zusammen mehr erreichen als allein!



Stolpersteine in der Netzwerkarbeit

- Probleme und Aufgaben werden abgeschoben.
- Anweisungen statt Arbeitsteilung.
- Mangelnde Mittel und Kompetenzen werden verdeckt.
(Motto: „Wenn du nicht mehr weiter weißt, gründe einen Arbeitskreis“)
- Angst zu wenig zu bekommen.
- Eigenes Profil könnte verlorengehen.



VIELEN DANK FÜR IHRE AUFMERKSAMKEIT!



Ein gutes Netzwerk braucht:

- ein gemeinsames Ziel.
- Partnerinnen und Partner auf „Augenhöhe“.
- die Kooperation muss sich für alle Partner lohnen.
- Fundament jeder Kooperation/Netzwerkarbeit ist Vertrauen, das erst in der Kooperation wachsen kann.
- Feste Ansprechpartner
- Vernetzung ist immer abhängig von Personen – aber sie braucht Strukturen und Verfahren, die Personen entlasten und schützen



Fazit

1. Netzwerkarbeit lohnt sich.
2. Netzwerkarbeit ist **Arbeit**
Wie in einer guten „Partnerschaft“ müssen alle Netzwerkpартner an einer guten Kooperation arbeiten.



<p>BAR-Workshop am 14./15.02.2012 <small>Regionaldirektion Baden-Württemberg</small></p> <p>Übergang Schule - Beruf Berufsvorbereitende Einrichtung und Kooperative Berufsvorbereitung</p> <p><small>Bundesarbeitsagentur für Arbeit Regionalsektion Baden-Württemberg</small></p>	<p><small>Bundesarbeitsagentur für Arbeit</small></p> <p>Kooperationsvereinbarungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Kooperationsvereinbarung des Sozialministeriums BW, des Kultusministeriums BW und des Kommunalverband Jugend und Soziales zur Zusammenarbeit im Rahmen der Aktion 1000 plus des Integrationsamtes (12/2010) ■ Kooperationsvereinbarung (12/2011) im Rahmen des Bundesprogramms Initiative Inklusion (Handlungsfelder 1 und 2) <p>Zielsetzung</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Förderung des Übergangs auf den allgemeinen Arbeitsmarkt ■ Heranführung an betriebliche Ausbildung und Förderung der betrieblichen Ausbildung <p><small>RD BW, PB 2010, im November 2010</small> <small>Seite 2</small></p>
<p><small>Bundesarbeitsagentur für Arbeit</small></p> <p>Zielgruppe und Voraussetzungen Kooperationsvereinbarung - 2010</p> <p>Zielgruppe</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ wesentlich behinderte Abgänger/innen aus Schulen für geistig behinderte junge Menschen ■ wesentlich behinderte Abgänger/innen aus Schulen für lernbehinderte junge Menschen <p>Voraussetzung</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Kompetenzanalyse ■ Berufswegeplanung ■ dualorientierte Qualifizierung ■ durchgängige Begleitung durch den IFD <p><small>RD BW, PB 210, im Dezember 2010</small> <small>Seite 3</small></p>	<p><small>Bundesarbeitsagentur für Arbeit</small></p> <p>Erweiterte Zielgruppe Initiative Inklusion - 2011</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ flächendeckend alle Schüler/innen aus Schulen für geistig behinderte junge Menschen mit dem Ziel des Übergangs auf den allgemeinen Arbeitsmarkt ■ Schüler/innen mit sonderpädagogischem Förderbedarf aus Schulen für körper- und sinnesbehinderte junge Menschen mit dem Ziel der Heranführung an betriebliche Ausbildung <p>Voraussetzung</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Kompetenzanalyse ■ Berufswegekonferenz ■ Begleitung durch den IFD <p><small>RD BW, PB 2010, im November 2010</small> <small>Seite 4</small></p>

Berufshilfenetzwerk

Berufsvorbereitende Einrichtung

- Vorbereitung für den Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt durch besondere schulische Vorbereitung mit sonderpädagogischen und berufsschulischen Angeboten
- Drei Tage betriebliche Praktika + zwei Tage Berufsschule
- Betreuung durch den IFD
- Dauer 2 – 3 Jahre

RD BW, PB 2010, im November 2010 Seite 6

Berufshilfenetzwerk

Fachkonzept BvB

- Dauer 11 Monate – Erweiterung auf 18 Monate zur Vorbereitung auf Arbeit möglich
- Grundstufe 6 Monate - Schwerpunkt: Berufsorientierung
- Fachstufe 5 Monate - Schwerpunkt: berufliche Grundfertigkeiten
- Übergangsqualifizierung – Schwerpunkt: berufs- und betriebsorientierte Qualifizierung
- Anrechnung auf Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich der WfbM möglich

Die Leistung kann auch als Persönliches Budget gewährt werden.

RD BW, PB 2010, im November 2010 Seite 8

Berufshilfenetzwerk

Netzwerk

RD BW, PB 2010, im November 2010 Seite 5

Berufshilfenetzwerk

Kooperative Berufsvorbereitung im Rahmen einer BvB

- Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme im Rahmen des Fachkonzepts BvB
- Drei Tage Praktikum und zwei Tage Berufsschule
- Begleitung des Betriebspraktikums durch einen Job-Coach
- Begleitung durch den IFD

RD BW, PB 2010, im November 2010 Seite 7

„Wege zur frühzeitigen Vernetzung in der Rehabilitation“
BAR Kassel 2012

Der Übergang Schule-Beruf durch BVE/KoBV

- ausdrückliche Zielgruppe des IFD nach SGB IX sind schwerbehinderte Schulabgänger mit Unterstützungsbedarf zur Integration am allgemeinen Arbeitsmarkt
- Der IFD hat dabei ein Leistungsträger übergreifendes Mandat
- Der IFD übernimmt in dem gesamten Unterstützungsprozess eine Prozessverantwortung

„Wege zur frühzeitigen Vernetzung in der Rehabilitation“
BAR Kassel 2012

Netzwerkkonferenz

- Bildet den formalen Rahmen, in dem alle regionalen Institutionen und Akteure des Arbeitsmarktes sowie die Leistungsträger vertreten sind
- Ziel ist die Zusammenarbeit für die Integration von Schülern mit wesentlicher Behinderung am allgemeinen Arbeitsmarkt

„Wege zur frühzeitigen Vernetzung in der Rehabilitation“
BAR Kassel 2012

Integrationsfachdienste erfüllen einen Auftrag nach Sozialgesetzbuch IX – Schwerbehindertenrecht –

- Vermittlung von schwerbehinderten Menschen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt (Akquise von Arbeitsplätzen und Erschließen von finanziellen Fördermitteln)
- Sicherung von Arbeitsverhältnissen

„Wege zur frühzeitigen Vernetzung in der Rehabilitation“
BAR Kassel 2012

Mit der Verzahnung einer individuellen schulischen Vorbereitung (BVE) und der kooperativen beruflichen Vorbereitung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt (KoBV) wurde erstmals ein

- gemeinsames Angebot mehrerer Leistungsträger zur beruflichen Teilhabe erfolgreich umgesetzt
- bisher getrennte und nacheinander ablaufende Angebote der schulischen und beruflichen Bildung in einer Hand gebündelt und nebeneinander erbracht

„Wege zur frühzeitigen Vernetzung in der Rehabilitation“
BAR Kassel 2012

Teilnehmer der Netzwerkkonferenz

- Der Landkreis mit seinen Zuständigkeitsbereichen (Eingliederungshilfe, Jugendhilfe, Gesundheitsamt)
- Agentur für Arbeit
- Kommunaler Verband für Jugend und Soziales (KVJS)
- Werkstätten für behinderte Menschen
- Sonderschulen und Schulverwaltung
- Integrationsfachdienst und evtl. weitere Akteure

„Wege zur frühzeitigen Vernetzung in der Rehabilitation“
BAR Kassel 2012

Berufswegekonferenz

- beinhaltet eine individuelle Beratung und Förderung von Schülern mit wesentlicher Behinderung mit der Perspektive Integration am allgemeinen Arbeitsmarkt
- Ist der Beginn der individuellen Berufswegeplanung
- Soll den individuell geeigneten Weg für den einzelnen Schüler finden

„Wege zur frühzeitigen Vernetzung in der Rehabilitation“
BAR Kassel 2012

Teilnehmer der Berufswegekonferenz

- Der Schüler
- Die Eltern
- Der Lehrer
- Die Agentur für Arbeit
- Die WfbM
- Die Eingliederungshilfe

„Wege zur frühzeitigen Vernetzung in der Rehabilitation“
BAR Kassel 2012

Lenkungsausschuss

- ist das operative Organ der Netzwerkkonferenz
- Regionale Besonderheit im Landkreis Lörrach
- Kommt 3 x jährlich zusammen

Teilnehmer sind

- der Landkreis Lörrach als Sozial- und Jugendhilfeträger
- das staatliche Schulamt
- die Agentur für Arbeit
- die Werkstätten im Landkreis
- der KVJS und der IFD

„Wege zur frühzeitigen Vernetzung in der Rehabilitation“
BAR Kassel 2012

Die Mitglieder des Lenkungsausschusses haben sich gemeinsam dazu verpflichtet

- Jeder Kooperationspartner bringt seine Kompetenzen ein
- Alle arbeiten im Netzwerk partnerschaftlich, interdisziplinär, verbindlich und lösungsorientiert zusammen

„Wege zur frühzeitigen Vernetzung in der Rehabilitation“
BAR Kassel 2012

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Petra Kraus
IFD Lörrach-Waldshut

Workshop „Wege zur frühzeitigen Vernetzung in der Rehabilitation“ am 14./15.2.2012 in Kassel

Steuerungsschwerpunkte

Bundesagentur für Arbeit

Der Auftrag der BA ist es die Teilhabe am Arbeitsleben wirksam und wirtschaftlich zu unterstützen.

BA-Steuerungslogik

- Geschäftspolitik ist auf Inklusionsgedanken und Erfüllung des gesetzlichen Auftrags ausgerichtet
- Förderbedarf ist individuell, aber auch unter dem Gesichtspunkt der Wirkung und Wirtschaftlichkeit zu ermitteln
- Maßnahmenersatz ist regelmäßig auf den individuellen Förderbedarf und die Integrationswahrscheinlichkeit zu hinterfragen
- Absolventenmanagement soll Dauer von Arbeitslosigkeit verkürzen und zu größeren Integrationserfolgen führen

Wirkung und Wirtschaftlichkeit

Teilhabe am Arbeitsleben

Workshop Berufliche Rehabilitation 28./29. November 2011, FBAL Laif

Seite 2

Zielindikatoren 2012 im SGF VI

rehaspezifischer Integrationsgrad gesamt

adIA bis Integration - EE

adIA bis Integrationen - WE

Strategisches Geschäftsfeld VI

Teilhabe am Arbeitsleben

Workshop Berufliche Rehabilitation 28./29. November 2011, FBAL Laif

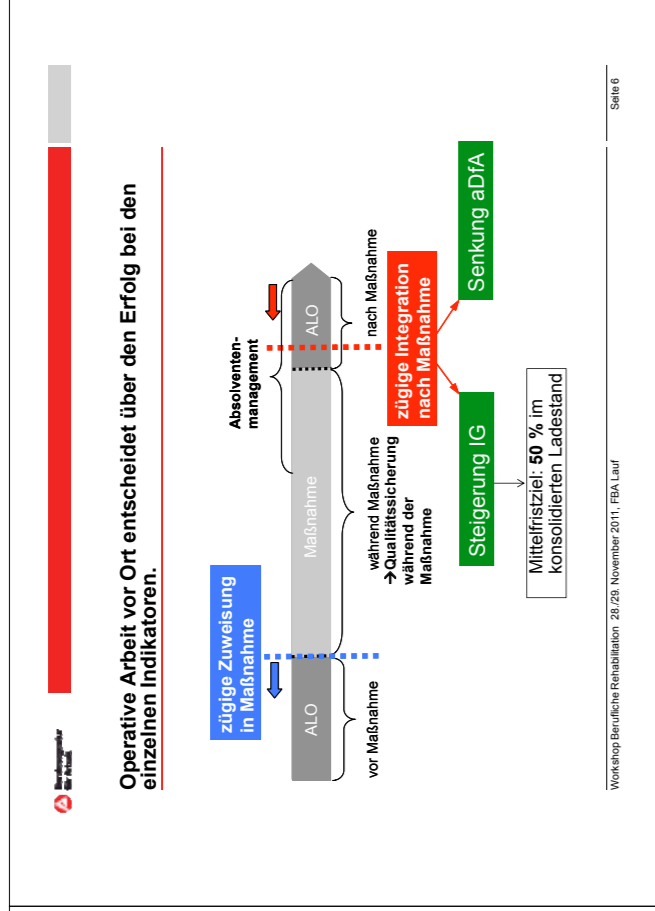
Seite 3

Rehaspezifischer Integrationsgrad nach Hauptmaßnahme

$$= \frac{\text{Integrationen nach Hauptmaßnahmeaustritt}}{\text{Summe aller Hauptmaßnahmeaustritte}}$$

Workshop Berufliche Rehabilitation 28./29. November 2011, FBAL Laif

Seite 4

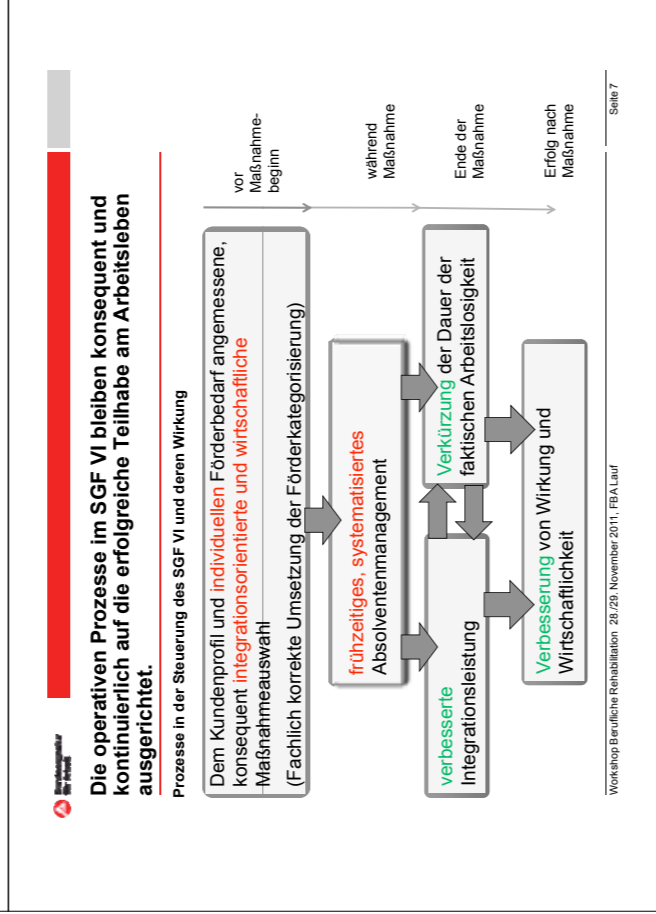
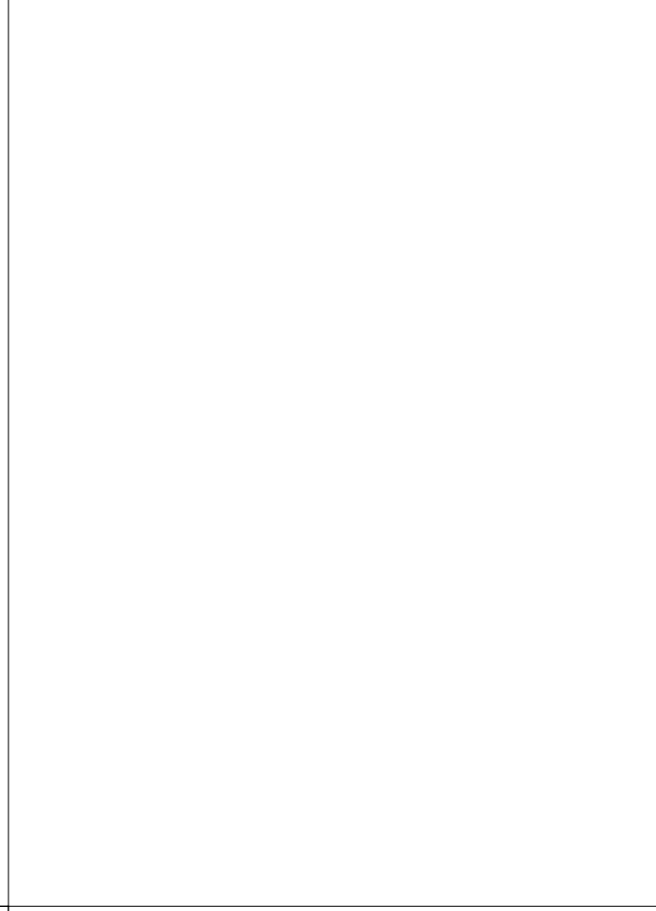


Auf einem Blick

Werte für den Zeitraum vom 1.1.2011 bis zum 31.12.2011. Stand: 31.12.2011. Berichtszeitraum: Dezember 2011.

G	Gruppenbereich	FW	EW	SW	AW	AW
G_10000	Gruppenbereich	172	17,2	17,8	101,810	602 (V3)
G_20000	Integration in den Arbeitsmarkt (I)	49,1	4,91	5,4	125 (V3)	18,1
G_30000	Integration in den Ausbildungsstellenmarkt (II)	139	13,9	12,4	139 (V3)	3,1
G_40000	Integration in den Ausbildungsstellenmarkt (III)	132	13,2	10,4	132 (V3)	1,0
G_50000	Integration in den Ausbildungsstellenmarkt (IV)	62,2	6,22	5,4	132 (V3)	-1,8
G_60000	Integration in den Ausbildungsstellenmarkt (V)	24,3	2,43	2,8	132 (V3)	0,4
G_70000	Integration in den Ausbildungsstellenmarkt (VI)	475	47,5	50,6	132 (V3)	20,5
G_80000	Integration in den Ausbildungsstellenmarkt (VII)	53,3	5,33	6,9	132 (V3)	21,8
G_90000	Integration in den Ausbildungsstellenmarkt (VIII)	607,2	60,72	60,4	132 (V3)	1,2
G_100000	Integration in den Ausbildungsstellenmarkt (IX)	543,9	54,39	51,3	132 (V3)	-3,1
G_110000	Integration in den Ausbildungsstellenmarkt (X)	2,2	0,22	0,2	132 (V3)	-0,2
G_120000	Integration in den Ausbildungsstellenmarkt (XI)	2,1	0,21	0,2	132 (V3)	-0,1
G_130000	Integration in den Ausbildungsstellenmarkt (XII)	1,9	0,19	0,2	132 (V3)	0,1

Workshop Berufliche Rehabilitation 28./29. November 2011, FBAL/Lauf Seite 5



- ### Gliederung
1. Hintergrund zu MBOR: Definition, Evidenz, Verbreitung
 2. Anforderungsprofil zur Durchführung der MBOR im Auftrag der DRV
 - Entwicklungsschritte und Reichweite
 - Anforderungen in Zugang, Diagnostik und Therapie
 - Exkurs: MBOR in der Nachsorge?
 3. Modellprojekt „MBOR-Management“
 4. Strategie der Deutschen Rentenversicherung Bund
 5. Fazit
- 2

Was ist MBOR?

Konzentration auf gesundheitsbezogene Probleme am Arbeitsplatz / im Beruf

Ausrichtung auf berufliches „Verhalten, Bewerten und Erleben“ sowie beruflichen Kontext selbst

durchgängiger und konkreter Arbeitsplatzbezug

Ziele: zweistufiges Konzept

- eingeschränkte berufliche Leistungsfähigkeit wiederherstellen
- intensive berufliche Diagnostik zur frühzeitigen Planung des weiteren Vorgehens

Uwe Egner
Deutsche Rentenversicherung Bund
Abteilung Rehabilitation

BAR-Workshop „Wege zur frühzeitigen Vernetzung in der Rehabilitation, 14.-15.02.2012 in Kassel“

Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation aus der Perspektive der Gesetzlichen Rentenversicherung

3

- ### Evidenz
- Nachweis der Effektivität und Effizienz (Blume 2007; Böttge et al. 2010; Kittel & Karoff 2008; Koch et al. 2005; Streibelt et al. 2009)
 - Aber: Nachweis nur bei Patienten mit besonderen beruflichen Problemlagen (BBPL) Integration anderer Patienten nicht schädlich, aber unwirksam (z.B. Müller-Fahnow et al. 2006)
- 4

- ### Evidenz
- Nachweis der Effektivität und Effizienz (Blume 2007; Böttge et al. 2010; Kittel & Karoff 2008; Koch et al. 2005; Streibelt et al. 2009)
 - Aber: Nachweis nur bei Patienten mit besonderen beruflichen Problemlagen (BBPL) Integration anderer Patienten nicht schädlich, aber unwirksam (z.B. Müller-Fahnow et al. 2006)
- 4

Routinerversorgung

- kaum strukturierte Behandlungskonzepte (2006: 28, davon 14 Therapiekonzepte und 14 Kooperationsmodelle)
- Probleme:
 - bislang fehlende Konkretisierung des Konzeptes „MBOR“
 - bislang keine Mindestanforderungen aus Sicht der Leistungsträger
- **Notwendiger Schritte:**
 - Praxishandbuch (Löffler et al. 2010)
 - Entwicklung eines MBOR-Anforderungsprofils zur Definition der inhaltlichen und strukturellen Ausgestaltung der MBOR aus der Perspektive der Deutschen Rentenversicherung

6

MBOR-Anforderungsprofil

(Quelle: Bethge 2011, angepasst)

8

Entwicklungsschritte

- Entwicklung: Juni bis August 2009 in einer Expertengruppe der DRV Bund
- Überarbeitung in einem ausführlichen Diskussionsprozess innerhalb der Deutschen Rentenversicherung
 - in der Projektgruppe MBR (Leitung: Dr. Rolf Buschmann-Steinhage)
- Grundlage:
 - Ergebnisbericht der Würzburger Arbeitsgruppe um Dr. Silke Neudert zur systematischen Erfassung berufsbezogener Leistungen in der medizinischen Rehabilitation in Deutschland (Gerlich et al. 2007)

Bedingungen der Ausgestaltung

- Zuweisung auf Basis nachvollziehbarer Kriterien (Streibelt & Bethge 2009)
 - Sozialmedizinische Kriterien (AU-Zeiten > 3 Monate, z.T. Arbeitslosigkeit)
 - Negative subjektive berufliche Prognose („kann vorauss. nicht mehr im Beruf arbeiten“)
 - Erhebliche gesundheitsbezogene Beeinträchtigungen im Erwerbsleben
- Aktuelle Screeninginstrumente (Streibelt 2010):
 - SIBAR (Bürger & Deck 2009)
 - Würzburger Screening (Löffler et al. 2007)
 - SIMBO-C (Streibelt 2009)
- Steuerung auf Träger- oder auf Klinikebene möglich (wichtig: nachvollziehbare Kriterien)

Bedingungen der Ausgestaltung

10

Bedingungen der Ausgestaltung

12

Bedingungen der Ausgestaltung

- Intensive berufsbezogene Diagnostik
 - Schritt 1: Feststellung BBPL
 - Schritt 2: Ursache der BBPL
- Basis: Strukturierte störungsspezifische Assessments:
 - Funktionale Beeinträchtigungen
 - Kognitive bzw. behaviorale Beeinträchtigungen
- Sonderfall: interne Belastungsprüfung MBOR:
 - Anlehnung an FCE-Systeme wie z.B. EFL
 - Profilvergleich von Fähigkeiten und Anforderungen am Arbeitsplatz
- Therapieentscheidung ist Teamentcheidung!
 - multidisziplinäre Teamkonferenzen/Falbesprechungen für alle MBOR-Patienten

Bedingungen der Ausgestaltung

- Erfolgsformel im Kernangebot: Training + Schulung
- Notwendige Bedingung:
 - expliziter Bezug zur Arbeit (möglichst zum konkreten Arbeitsplatz)
- Basis: verhaltenorientierte therapeutische Konzepte
 - Sukzessive Belastungssteigerung (Graded Activity, Dolce et al. 1986) bzw. kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze (Linton et al. 2001)
 - i. d. R. in Kleingruppen → Interaktion, Gruppendynamik
- MBOR-Therapie in der Orthopädie:
 - Mehraufwand (Basis + Kernmodule): 6 – 17h mehr pro Rehabilitation (ca. 2 – 5h pro Woche)
 - Strategie: Add on + teilweise Substitution (Schätzung hier: 25%, Vorsatz & Brüggemann 2011)
 - MBOR mit Struktur Anforderungen der DRV und Reha-Therapiestandards vereinbar


<p>Zwischenfazit</p> <ul style="list-style-type: none"> → Notwendigkeit der praktischen Erprobung → Oktober 2010 – März 2012: Modellprojekt „MBOR-Management“ zur Machbarkeit der MBOR in der Reha-Praxis im Auftrag der DRV → Anschließend: Empfehlungen hinsichtlich Steuerung, Durchführung und Finanzierung <ul style="list-style-type: none"> – Basis für eine flächendeckende Umsetzung der MBOR, möglichst unabhängig von Setting und Indikationsbereich 	<p>„MBOR-Management“</p> <p>Modelhafte Erprobung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung</p>
<p>MBOR-Management</p> <p>Ziele des Modellprojekts</p> <ul style="list-style-type: none"> → Prüfung der Machbarkeit einer Steuerung von Patienten mit spezifischen Problemlagen in entsprechende MBOR-Schwerpunkteinrichtungen → Analyse von Rahmenbedingungen der Durchführung der MBOR in MBOR-Schwerpunkteinrichtungen → Erfassung des Aufwandes und darauf basierender Möglichkeiten der Finanzierung und Vergütung 	<p>MBOR-Management</p> <p>Rahmenbedingungen</p> <p>→ Beteiligte:</p> <ul style="list-style-type: none"> – DRV Bund, DRV Baden-Württemberg, DRV Braunschweig-Hannover, DRV Mitteldeutschland, DRV Rheinland-Pfalz, DRV Westfalen – 7 Rehabilitationseinrichtungen als Pilotkliniken <p>→ Zeitplan: Oktober 2010 – März 2012</p> <p>→ Externe Evaluation durch zwei wissenschaftliche Institute Projektleiterinnen: Dr. Schwarze (Medizinische Hochschule Hannover), Dr. Neudirth (Universität Würzburg)</p>

<p>MBOR-Management</p> <p>Produkte des Modellprojekts</p> <ul style="list-style-type: none"> → DRV-weit abgestimmte Empfehlungen zur Durchführung der MBOR <ul style="list-style-type: none"> – MBOR-Steuerungsmanagement – Anerkennung von Schwerpunkteinrichtungen durch die DRV auf Basis eines MBOR-Anforderungsprofils, das heißt konkreter Kriterien der Struktur- und Prozessqualität – Konzepte zu Finanzierung und Vergütung der MBOR → Gewährleistung hoher Qualität und Zielorientierung der MBOR 	<p>Strategien der DRV Bund</p> <ul style="list-style-type: none"> → Screening basierte Identifikation und Steuerung von MBOR-Patienten bei Antragstellung (SIMBO-C) → Einrichtung von Schwerpunkteinrichtungen mit eigener MBOR-Fachabteilung im stationären und ganztags ambulanten Bereich → Aufbau von solchen MBOR-Fachabteilungen in allen Reha-Zentren der DRV Bund (Kompetenzzentren für berufliches Integrationsmanagement) → Optimierter Zugang zu LTA aus medizinischer Rehabilitation <ul style="list-style-type: none"> – Bündelung potenzieller LTA-Fälle und entsprechender Kompetenz in Schwerpunkteinrichtungen – Intensivierte Zusammenarbeit mit Reha-Beratungsdienst und beruflichen Reha-Einrichtungen
<p>Fazit</p> <ul style="list-style-type: none"> → Anforderungsprofil: Konkretisierung der bislang oft recht allgemein formulierten Bedingungen an die MBOR → „5 Thesen zu den Wirkfaktoren einer erfolgreichen MBOR“ (Beilage 2011) Eine wirksame MBOR <ol style="list-style-type: none"> 1) unterliegt einer bedarfsorientierten Zugangssteuerung. 2) bedarf kognitiv-behavioraler Behandlungsanteile. 3) bedarf einer multimodalen Ausgestaltung. 4) bedarf einer erhöhten Therapieintensität. 5) bedarf manualisierter Behandlungsabläufe. <p>Ziel: flächendeckende MBOR-Versorgung!</p>	<p>Danke: Dr. Marco Streibelt</p> <p>Ansprechpartner: Uwe Egner Abteilung Rehabilitation Deutsche Rentenversicherung Bund 10704 Berlin</p> <p>Tel. 030/8665-82750 Mail uwe.egner@drv-bund.de</p>

BG Klinik
Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Ludwigshafen

Berufsorientierung und Vernetzung in der medizinischen Rehabilitation

„MBO“ an der BGU Ludwigshafen



Dr. med. Henry Kohler

BG Klinik

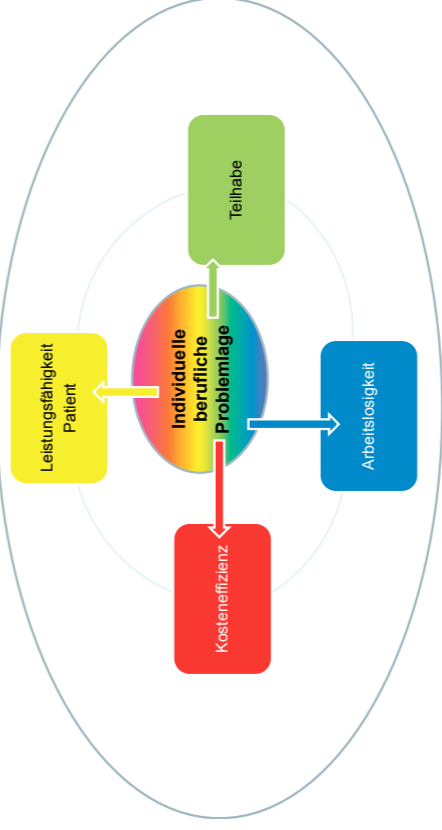
Spektrum der Berufsgruppen

- Bereich Kraftfahrer
- Bereich KFZ- / Elektrotechnik
- Bereich Bau
- Bereich Maschinen / Anlagen
- Bereich Büro
- Bereich Garten- / Landschaftsbau
- Bereich Pflege / Krankenversorgung
- Bereich Labor, Chemie
- Bereich Lager
- Bereich Küche, Gastronomie
- Bereich Verkauf, Kasse

Abteilung für Berufsgenossenschaftliche Rehabilitation und Heilverfahrenssteuerung

BG Klinik

Wissenschaftliche Basis



BG Klinik

Zielgruppen und Indikationen

Abteilung für Berufsgenossenschaftliche Rehabilitation und Heilverfahrenssteuerung

- Individuelle Leistungsfähigkeit entspricht nicht den beruflichen Leistungsanforderungen
- Berufliche Anforderungen erfordern besondere Fähigkeiten
- Gescheiterter beruflicher Eingliederungsversuch
- Keine Belastungsprobung am Arbeitsplatz möglich
- Besondere Kontextfaktoren

Abteilung für Berufsgenossenschaftliche Rehabilitation und Heilverfahrenssteuerung

Fallbeispiele



Patientin Marianne Croissant

Diagnose: Distale Radiusfraktur, CRPS-Verlauf

Patient Frank Lambert

Diagnose: Polytrauma

Abteilung für Berufsgenossenschaftliche Rehabilitation und Heilverfahrenssteuerung

Zwischenbilanz



Bis zum heutigen Tag in der BGU Ludwigshafen

- über 300 Patienten
- von allen Unfallversicherungsträgern
- sowie von Landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften
- und Unfallkassen.
- Hiervon wurden bislang 232 Patienten nachuntersucht.

Abteilung für Berufsgenossenschaftliche Rehabilitation und Heilverfahrenssteuerung

Film



Abteilung für Berufsgenossenschaftliche Rehabilitation und Heilverfahrenssteuerung

Verletzungen



Abteilung für Berufsgenossenschaftliche Rehabilitation und Heilverfahrenssteuerung

Eckdaten



Kategorie	Durchschnitt
Alter	44 Jahre
Dauer AU bis MBO-Start	15 Monate
Dauer MBO	4 Wochen

Abteilung für Berufsgenossenschaftliche Rehabilitation und Heilverfahrenssteuerung

Ergebnisse

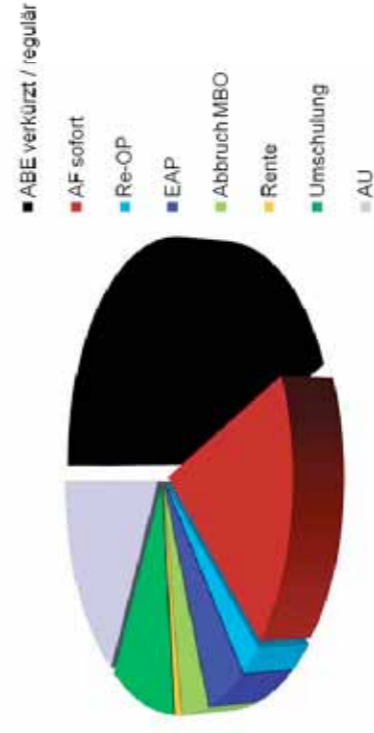


Nachuntersuchungsergebnisse 6 Monate nach Therapieende

- 90 % der als arbeitsfähig entlassenen Patienten sind weiterhin arbeitsfähig.
- 50 % der als arbeitsunfähig entlassenen Patienten sind durch weitergehende Maßnahmen (z.B. Schaffung eines leistungsgerechten Arbeitsplatzes) arbeitsfähig.
- 12,5 % aller nachuntersuchten Patienten sind zum Nachuntersuchungszeitpunkt arbeitsunfähig.

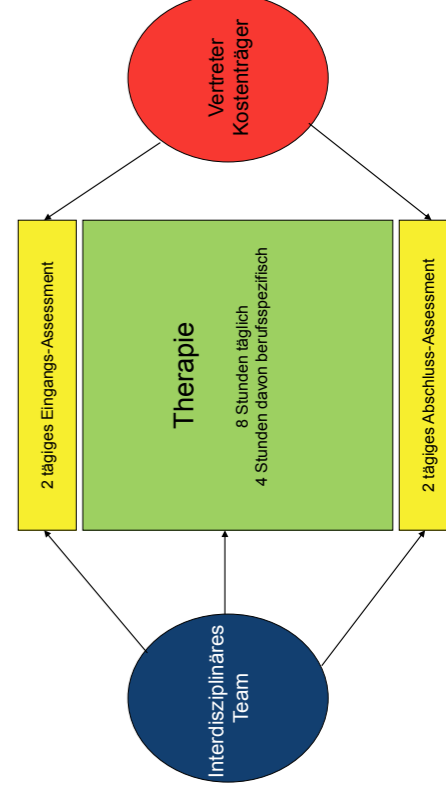
Abteilung für Berufsgenossenschaftliche Rehabilitation und Heilverfahrenssteuerung

Entlassungsarten



Abteilung für Berufsgenossenschaftliche Rehabilitation und Heilverfahrenssteuerung

Ablauf MBO



Abteilung für Berufsgenossenschaftliche Rehabilitation und Heilverfahrenssteuerung

Vorteile von „MBO“ für den Kostenträger



- Frühzeitige Eingriffs- und Steuerungsmöglichkeiten
- Optimierung des Reha-Ablaufes und dadurch Kostenreduzierung
- Reduzierung des Erwerbsausfallschadens
- Kontrolle der Qualität der medizinischen Versorgung
- multidimensionale und interdisziplinäre Betreuung
- Einbindung aller Beteiligten
- Verhinderung der Schadensausweitung
- Imagegewinn durch optimale Betreuung
- Aufbau einer Vertrauensbasis

Abteilung für Berufsgenossenschaftliche Rehabilitation und Heilverfahrenssteuerung

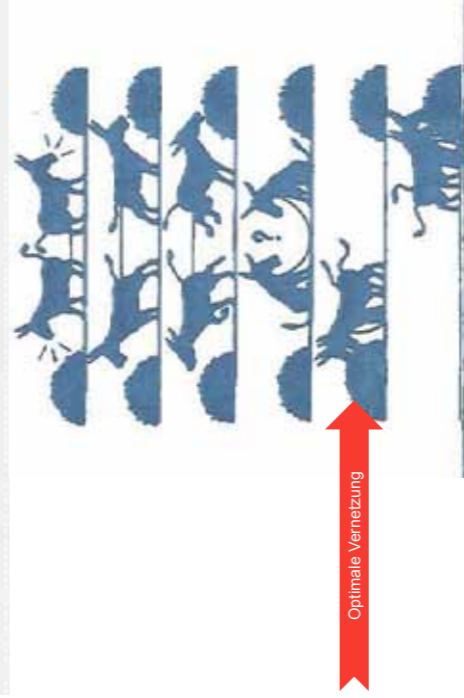
Vorteile von „MBO“ für den Leistungserbringer



- Optimierung des Reha-Ablaufes
- Sicherstellung der Qualität der medizinischen Versorgung
- multidimensionale und interdisziplinäre Zusammenarbeit
- Erfolg durch Einbindung aller Beteiligten
- Wechselwirkung Motivation bei Patienten und Mitarbeitern
- Aufbau einer Vertrauensbasis
- schnelle Kostenklärung durch Mitarbeiter Kostenträger vor Ort
- multidimensionale und interdisziplinäre Zusammenarbeit
- Erhebung valider Daten

Abteilung für Berufsgenossenschaftliche Rehabilitation und Heilverfahrenssteuerung

Fazit



Optimale Vernetzung

Abteilung für Berufsgenossenschaftliche Rehabilitation und Heilverfahrenssteuerung



Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!



Abteilung für Berufsgenossenschaftliche Rehabilitation und Heilverfahrenssteuerung

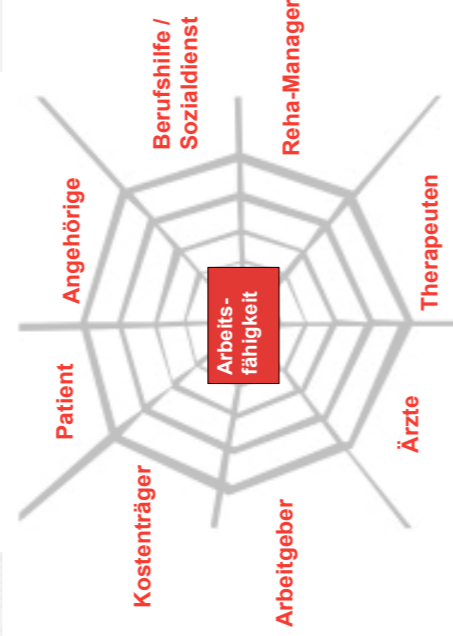
Vorteile von „MBO“ für den Patienten



- Optimierung des Reha-Ablaufes
- Kontrolle der Qualität der medizinischen Versorgung
- multidimensionale und interdisziplinäre Betreuung
- Einbindung aller Beteiligten
- Höhere Chancen auf Erhalt des alten Arbeitsplatzes oder Finden eines leistungsgerechten Arbeitsplatzes
- Größere Motivation durch Berücksichtigung der Patientenziele
- Aufbau einer Vertrauensbasis
- Persönliche Ansprechpartner vor Ort

Abteilung für Berufsgenossenschaftliche Rehabilitation und Heilverfahrenssteuerung

Vernetzung



Abteilung für Berufsgenossenschaftliche Rehabilitation und Heilverfahrenssteuerung

Erfolgsfaktoren guter Vernetzung

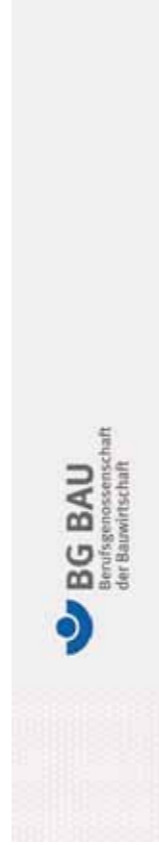


Wo sehen Sie die Erfolgsfaktoren guter Vernetzung?

Wo sehen Sie Optimierungsbedarf?

Wie könnte die Vernetzung optimiert werden?

Abteilung für Berufsgenossenschaftliche Rehabilitation und Heilverfahrenssteuerung



RehaBau - Kooperation zwischen den DRVen und den Betriebsärzten des ASD der BG BAU
Wie kann die Zusammenarbeit weiter verbessert werden?



inoa.de

BAR, Wege zur frühzeitigen Vernetzung in der Rehabilitation 14./15.02.2012, Kassel
 BG BAU Region 1, Dipl.-Päd.-Andrea Hauck, Prof. B. Hartmann, Dr. J. Hanse



RehaBau – berufsspezifisch!

- Gruppenbildung**
 - reine Bauhandwerkergruppe
- Klinik der Rentenversicherung**
 - aktivierendes Programm
 - Ergonomie auf dem Bau



RehaBau: MBO-Maßnahme seit 2001



Angebot für Bauhandwerker
 - im mittleren Alter
 - mit Wirbelsäulen- und Gelenkbeschwerden



Erhalt der Erwerbsfähigkeit zu Gunsten
 - des Arbeitnehmers
 - der Firma
 - des Sozialsystems



Gelungenes

- **RehaBau - seit 12 Jahren am Markt**
- **Mitgestaltung der berufsspezifischen Reha-Landschaft**
- **frühzeitige Reha für eine weniger beachtete soziale Gruppe**
- **etliche engagierte DRV-Mitarbeiter und Kliniken**



Antrag: Betriebsarzt / ASD

- Rücken-, Gelenkschmerzen
- Bauhandwerker klagen nicht!
- ca. 35 bis 50 Jahre
- **betriebsärztliche Stellungnahme = Gutachten !**



RehaBau - Kooperationen ASD der BG BAU - Betriebsarzt Seite 5

Antrag: Betriebsarzt / ASD

- + sozialmedizinische Stellungnahme
- + orthopädische Kurz-Untersuchung



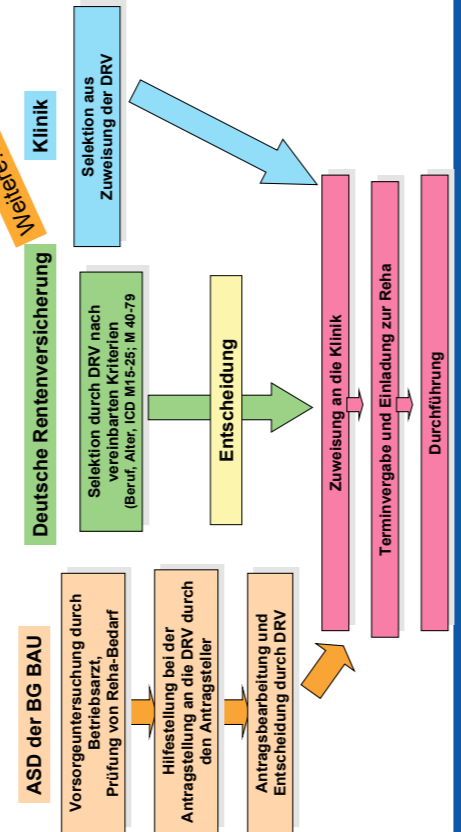
RehaBau - Kooperationen ASD der BG BAU - Betriebsarzt Seite 6

Einverständniserklärung beim ASD

Stellenname oder Funktion	ja	nein
Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben des ASD gegenüber meinem betriebsärztlichen Akten vom 01.01.2012	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bestätige meine betriebsärztlichen Akten gegenüber dem Akten des ASD von 01.01.2012	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich erkläre mich einverstanden mit der Weitergabe der arbeitsmedizinischen Befunde und der Befunde meiner betriebsärztlichen Akte an meine Rentenversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin bereit einverstanden zu sein, dass die arbeitsmedizinischen Befunde und die Befunde meiner betriebsärztlichen Akte an meine Rentenversicherung weitergegeben werden können (Weitergabe und Abstrahl)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin bereit einverstanden zu sein, dass die arbeitsmedizinischen Befunde und die Befunde meiner betriebsärztlichen Akte an meine Rentenversicherung weitergegeben werden können (Weitergabe und Abstrahl)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

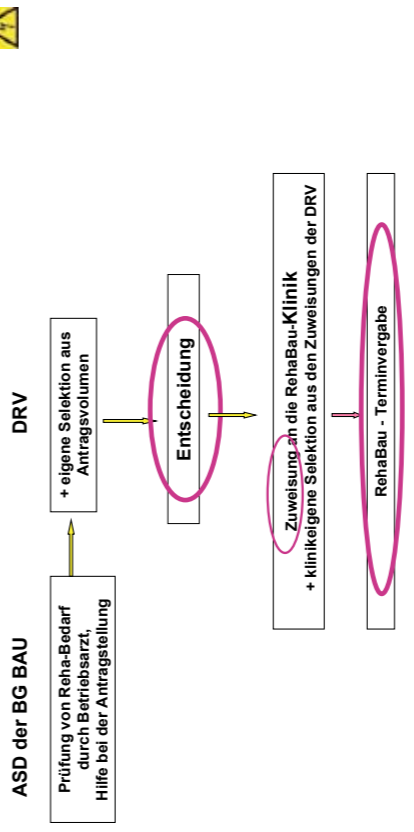
RehaBau - Kooperationen ASD der BG BAU - Betriebsarzt Seite 7

weitere Zugangswege



RehaBau - Kooperationen ASD der BG BAU - Betriebsarzt Seite 8

Stolpersteine auf dem Antragsweg



RehaBau - Kooperationen ASD der BG BAU - Betriebsarzt Seite 9

Stolpersteine im Detail 2

- **Einverständniserklärung und Untersuchungsbögen** liegen nicht vor
- **Gruppenbildung** wird manchmal vergessen
- **Rückmeldung** an den **Betriebsarzt** nicht regelhaft
- selten Versand der **Entlassungsberichte** an Betriebsarzt

- ASD der BG BAU
- **Regionale Zuordnung** der DRV → **Karte - Postleitzahlenübersicht**

RehaBau - Kooperationen ASD der BG BAU - Betriebsarzt Seite 11

Stolpersteine im Detail 1

- DRV**
- **Antragsformulare** - Umfang → Vereinfachung
- **Sachbearbeiter** kennt das Programm oft nicht (RehaBau-Programmatik, Gutachterstatus, Klinik) → Information
- **Ansprechpartner** sind verteilt → 1 Person
- **Rückmeldung** über Antragseingang/-verlauf fehlt (Befürwortung, Schwierigkeiten) → Nachricht
- **Weitverteilung** an regionale Standorte verlängert Laufzeit / verringert Übersicht → auch bei „geschlossenen“ Programmen“? ?

RehaBau - Kooperationen ASD der BG BAU - Betriebsarzt Seite 10

RehaBau - Evaluation

- RehaBau ist effektiv!
- Therapie der Beschwerden und
- die Erfahrung „es tut mir gut“ sind Anlass für privates Training.
- Die Reha ist berufsspezifisch!



NABEOR - laufende Evaluation

„Ebenso geben RehaBau-Patienten zu 11 an, durch ihr Rehabilitationsverfahren deutlich besser auf die Rückkehr ins Arbeitsleben vorbereitet zu sein als Kontrollgruppenpatienten.“

RehaBau - Kooperationen ASD der BG BAU - Betriebsarzt Seite 12



Vielen Dank und weiter gute Kooperation!

Kontaktadresse:

Andrea Hauck

Tel. 040 / 35 000-208, 0160 / 5832012, andrea.hauck@bgbau.de

Arbeitsmedizinischer Dienst der BG BAU
Region 1 – Hamburg, Holstenwall 8-9 D 20355 Hamburg

RehaBau - Kooperationen

ASD der BG BAU - Betriebsarzt

Seite 13

Kooperation Rehabilitation und Betrieb₂

Reha muss passen!
Arbeitsplatzorientierte Optimierung der Kooperation zwischen Rehabilitationsklinik und Betrieb - KoRB2

Jochen Heuer
Sarah Kedzla
Albrecht Horschke

ABTEILUNG
SOZIALMEDIZIN
MÜNSTER

Kassel, 15. Februar 2012

Hintergrund

Ausgangsbewertungen

- Durch die demographische Entwicklung wird die Arbeitnehmerschaft zunehmend älter
- Renteneintrittsalter 67 Jahre
- Die geburtenstarken Jahrgänge kommen in reha-relevante Altersgruppen
- Es entsteht so ein höherer Rehabilitationsbedarf
- Verknappung der Arbeitskraft – Arbeitgeber sind auf ältere Arbeitnehmer angewiesen
- Das SGB IX in §§ 13 und 84 strebt eine enge Zusammenarbeit von Rentenversicherern, Arbeitgebern, Arbeitnehmern (Arbeitnemervertretern) und Betriebsräten an

Quelle: Statistische Bundesagentur

ABTEILUNG
SOZIALMEDIZIN
MÜNSTER

Kassel, 15. Februar 2012

KMU-Anteil in NRW und Regionen

(Quelle: IHK Nord-Westfalen)

Region	Kleinunternehmen (<10 B.)	Mittelständische (10-249 B.)	Großbetriebe
Kreis Warendorf	87,8	11,8	0,4
Kreis Steinfurt	87,6	12,2	0,2
Kreis Coesfeld	89,5	10,2	0,3
Geilenkirchen	88,5	11,0	0,5
Münster	87,5	12,0	0,5
NRW	89,3	10,3	0,4

ABTEILUNG
SOZIALMEDIZIN
MÜNSTER

Kassel, 15. Februar 2012

Problemfall Arbeitsplatzkenntnis

Reha ist immer dann besonders erfolgreich, wenn es gelingt, das berufliche Anforderungsprofil des Rehabilitanden mit dessen Fähigkeitsprofil in Übereinstimmung zu bringen.

Umfassende Arbeitsplatzkenntnis ist nötig, um

- Die Therapie an den Anforderungen des Arbeitsplatzes ausrichten zu können
- Einen Entlassungsbericht schreiben zu können, der Konkretes zum konkreten Arbeitsplatz enthält

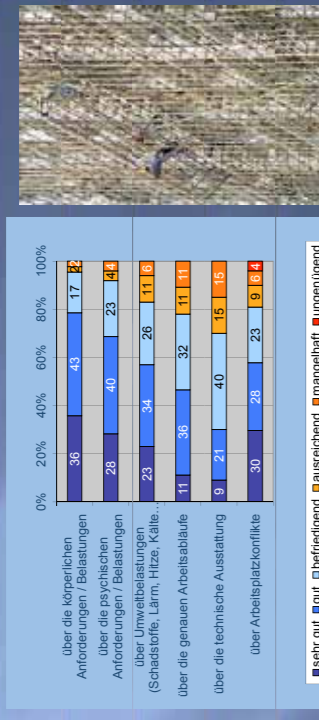
Aber was wissen Reha-Therapeuten konkret über den Arbeitsplatz?

ABTEILUNG
SOZIALMEDIZIN
MÜNSTER

Kassel, 15. Februar 2012

Problemfall Arbeitsplatzkenntnis

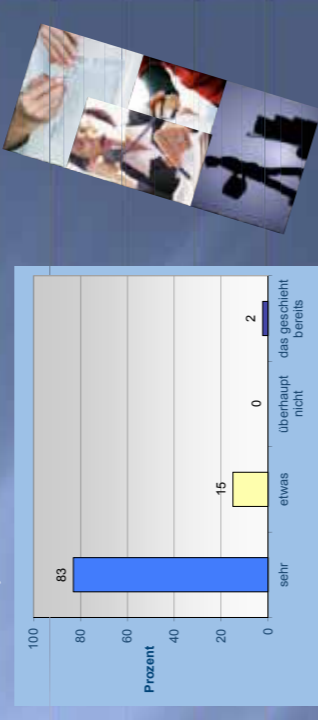
Wie gut sind Sie über folgende Aspekte des Arbeitsplatzes eines Rehabilitanden informiert (Kliniken)?



IRK ABTEILUNG SOZIALMEDIZIN MÜNSTER Kassel, 15. Februar 2012

Problemfall Arbeitsplatzkenntnis

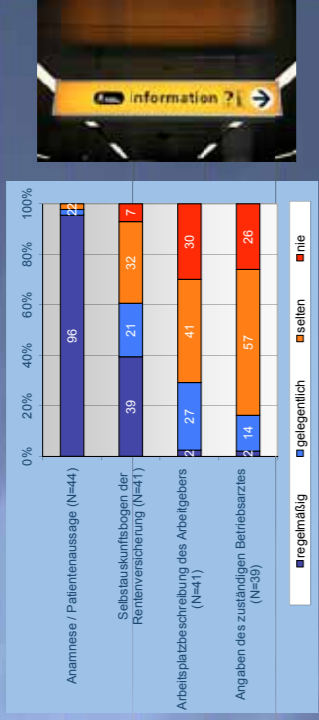
Würde es Ihre Arbeit unterstützen, wenn Sie im Bedarfsfall detaillierte Arbeitsplatzbeschreibungen (Ausstattung, Anforderungen, Belastungen, Arbeitsabläufe) für Ihre Patienten erhielten?



IRK ABTEILUNG SOZIALMEDIZIN MÜNSTER Kassel, 15. Februar 2012

Problemfall Arbeitsplatzkenntnis

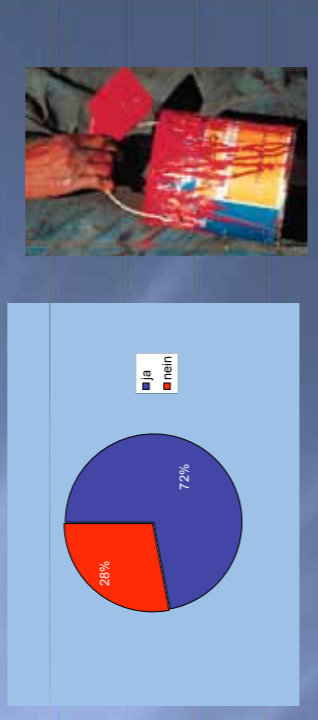
Auf welche Informationsquellen können Sie dabei zurückgreifen (Kliniken)?



IRK ABTEILUNG SOZIALMEDIZIN MÜNSTER Kassel, 15. Februar 2012

Problemfall Arbeitsplatzkenntnis

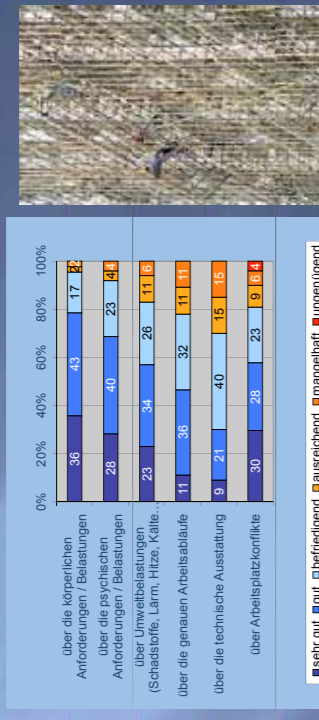
Können Sie auf Anfrage kurzfristig aussagekräftige Arbeitsplatzbeschreibungen für Beschäftigte aus KIMU zur Verfügung stellen?



IRK ABTEILUNG SOZIALMEDIZIN MÜNSTER Kassel, 15. Februar 2012

Problemfall Arbeitsplatzkenntnis

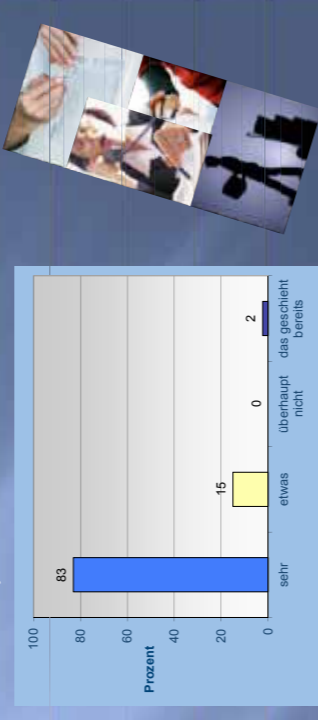
Wie gut sind Sie über folgende Aspekte des Arbeitsplatzes eines Rehabilitanden informiert (Kliniken)?



IRK ABTEILUNG SOZIALMEDIZIN MÜNSTER Kassel, 15. Februar 2012

Problemfall Arbeitsplatzkenntnis

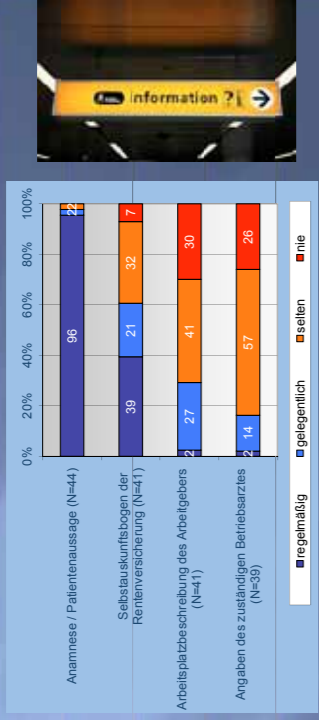
Würde es Ihre Arbeit unterstützen, wenn Sie im Bedarfsfall detaillierte Arbeitsplatzbeschreibungen (Ausstattung, Anforderungen, Belastungen, Arbeitsabläufe) für Ihre Patienten erhielten?



IRK ABTEILUNG SOZIALMEDIZIN MÜNSTER Kassel, 15. Februar 2012

Problemfall Arbeitsplatzkenntnis

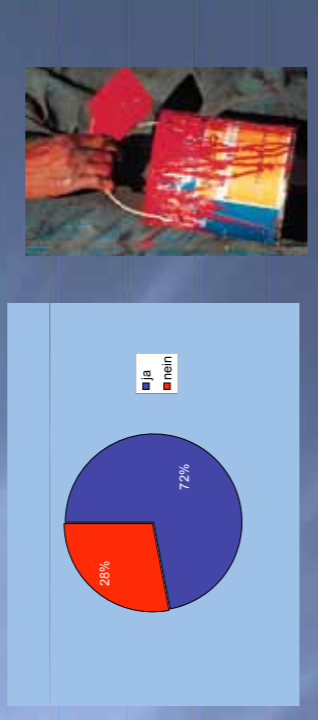
Auf welche Informationsquellen können Sie dabei zurückgreifen (Kliniken)?



IRK ABTEILUNG SOZIALMEDIZIN MÜNSTER Kassel, 15. Februar 2012

Problemfall Arbeitsplatzkenntnis

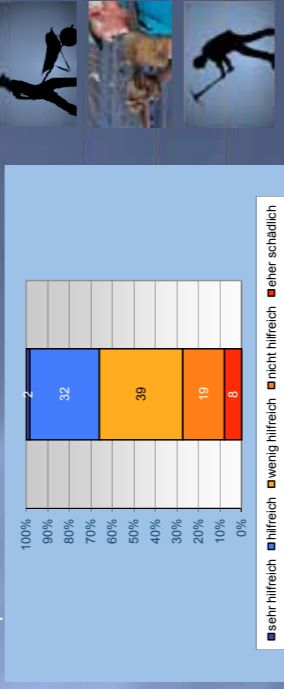
Können Sie auf Anfrage kurzfristig aussagekräftige Arbeitsplatzbeschreibungen für Beschäftigte aus KIMU zur Verfügung stellen?



IRK ABTEILUNG SOZIALMEDIZIN MÜNSTER Kassel, 15. Februar 2012

Problemfall Entlassungsbericht

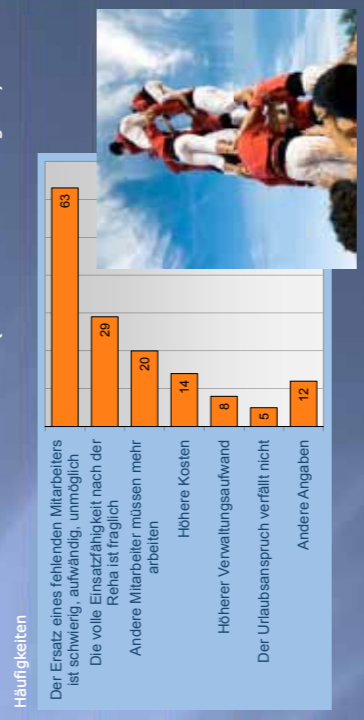
Betriebsärzte beklagen, dass sie zu selten in den Reha-Prozess einbezogen werden und die Entlassungsberichte oft wenig hilfreich, manchmal sogar arbeitsplatzgefährdend sind. Wie beurteilen Sie die Aussagekraft der sozialmedizinischen Beurteilung in den Reha-Entlassungsberichten hinsichtlich der Konsequenzen für den Arbeitsplatz?



IRK ABTEILUNG SOZIALMEDIZIN MÜNSTER Kassel, 15. Februar 2012

Problemfall Entlassungsbericht

Betriebliche Probleme durch Rehabilitation (Freie Antworten Arbeitgeber)



IRK ABTEILUNG SOZIALMEDIZIN MÜNSTER Kassel, 15. Februar 2012

Problemzusammenfassung

- Therapeuten in den Reha-Kliniken haben in erster Linie eine Informationsquelle: den Rehabilitanden
- Offt fehlen daher präzise medizinisch verwertbare Arbeitsplatzbeschreibungen, Schlechte Voraussetzungen für eine arbeitsplatzorientierte Reha
- Unpräzise sozialmedizinische Empfehlungen gefährden die Wiedereingliederung und/oder sind durch den Betriebsarzt nur schwer oder gar nicht umzusetzen

IRK ABTEILUNG SOZIALMEDIZIN MÜNSTER Kassel, 15. Februar 2012

KoRB₂-Studie Ziele

- Aufbau eines funktionalen Schnittstellenmanagements soll gewährleisten, dass
 - arbeitsplatzorientiertere Reha-Maßnahmen häufiger als bisher eine erfolgreiche Wiedereingliederung des Rehabilitanden ins Erwerbsleben ermöglichen
 - zielgenauere und besser operationalisierbare sozialmedizinische Prognosen erstellt werden können

IRK ABTEILUNG SOZIALMEDIZIN MÜNSTER Kassel, 15. Februar 2012

Vorgehen

- > **Schriftliche Erhebung**
 - Reha-Kliniken Klinik-Sozialarbeiter
 - Betriebsärzte Arbeitgeber
 - Betriebsräte
- > **Expertengruppen**
 - Arbeitnehmervertreter
 - Therapeuten aus Reha-Kliniken
 - Betriebsarzt Reha-Fachberater
 - Vertreter der Berufsgenossenschaften
- > **Case-Management**
- > **Wirksamkeitskontrolle**

IR ARTEILUNG SOZIALMEDIZIN MÜNSTER Kassel, 15. Februar 2012

Ergebnisauswahl

Erstellung eines umfassenden Rehabilitandenfragebogens zur Arbeitsplatzbeschreibung

- ✓ Arbeitsplatzbeschreibung der tarifgebundenen KMU nicht immer hilfreich
- ✓ Medizinisch verwertbare Arbeitsplatzbeschreibung durch den Betriebsarzt oft wünschenswert
- ✓ Aber: geringe Präsenz der Betriebsärzte in KMU
- ✓ Anforderung arbeitsmedizinischer Arbeitsplatzbeschreibungen aufgrund geringer Arbeitsplatzkenntnis und knapper Einsatzzeiten Betriebsärzte nur in Ausnahmefällen
- ✓ Der Rehabilitand weiß mehr: Entwicklung eines Fragebogens zur detaillierten Arbeitsplatzbeschreibung
- ✓ Zusammenfügen mit bereits vorhandenen Klinik-Fragebögen

IR ARTEILUNG SOZIALMEDIZIN MÜNSTER Kassel, 15. Februar 2012

Ergebnisauswahl

- ✓ **Systematische Klärung der Zuständigkeit des Betriebsarztes**
 - > Kontaktaufnahme zum zuständigen Betriebsarzt wird von den Reha-Kliniken häufig gewünscht
 - > Zuständigkeit in KMU meistens unklar – hoher Zeitaufwand
 - > Empfohlene Vorgehensweise: Formular für die Personalabteilung, zu verschicken aus der Reha-Klinik
 - > Erprobungsphase in der Klinik Bad Wurzach mit einer Erfolgsquote von über 50 % in KMU

IR ARTEILUNG SOZIALMEDIZIN MÜNSTER Kassel, 15. Februar 2012

Ergebnisauswahl

- ✓ **Mehr Einverständniserklärungen für die Einbeziehung des Betriebsarztes**
 - ✓ Einbeziehung des Betriebsarztes und Weiterleitung des Entlassungsberichtes an den Betriebsarzt nur mit Zustimmung des Rehabilitanden
 - ✓ Der Rehabilitand hat oft Bedenken oder ist misstrauisch, was die Rolle des Betriebsarztes angeht
 - ✓ Hier muss Transparenz geschaffen werden: Auch der Betriebsarzt unterliegt der Schweigepflicht
 - ✓ Erstellen eines Informationsblattes und einen neuen Einverständniserklärung für die Rehabilitanden, zu verschicken durch die Reha-Klinik

IR ARTEILUNG SOZIALMEDIZIN MÜNSTER Kassel, 15. Februar 2012

Ergebnisauswahl

- ✓ **Reha-Entlassungsbericht**
- ✓ Mehr Arbeitsplatzbezug
- ✓ Bessere Verwertbarkeit für Wiedereingliederung
- ✓ Bessere Verwertbarkeit für anschließende LTA

IR ARTEILUNG SOZIALMEDIZIN MÜNSTER Kassel, 15. Februar 2012

Nutzen für alle: Wie profitiert wer?

- Arbeitnehmer**
 - > Passgenauere Rehabilitationsmaßnahmen
 - > Bessere Wiedereingliederungschancen
 - > Höhere Arbeitsplatzsicherheit durch bessere Leistungsfähigkeit
- Arbeitgeber**
 - > Weniger Arbeitsunfähigkeitszeiten durch mehr erfolgreiche Wiedereingliederungen
 - > Weniger innerbetrieblicher Erfahrungsverlust
 - > Gesünder, leistungsfähigeres Personal
 - > Motiviertere Mitarbeiter
- Rentenversicherung**
 - > Effektivere und effizientere Mittelallokation
 - > Wirtschaftliche Entlastung durch Verhinderung oder zeitliche Verschiebung von EM-Renten
- Rehabilitationskliniken**
 - > Bessere Arbeitsplatzkenntnis
 - > Zielgenauere, erfolgsversprechendere Rehabilitationsmöglichkeiten
 - > Mehr gelungene Wiedereingliederungen - besseres Renomé
 - > Einfachere Kommunikation mit den Betriebsärzten

IR ARTEILUNG SOZIALMEDIZIN MÜNSTER Kassel, 15. Februar 2012

Kooperation Rehabilitation und Betrieb₂

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Jochen Heuer
Sarah Kedzla
Albrecht Horschke

IR ARTEILUNG SOZIALMEDIZIN MÜNSTER Kassel, 15. Februar 2012

Kooperation Rehabilitation und Betrieb₂

IR ARTEILUNG SOZIALMEDIZIN MÜNSTER Kassel, 15. Februar 2012

Gefördert durch die: Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg

Zentrum Beruf + Gesundheit - Bad Krozingen

Nordmann Februar 2012 www.beruf-gesund.de 1

MB-Reha Südbaden

Medizinisch-Berufliche Rehabilitation Südbaden

Ein MBOR Angebot für Patienten in der medizinischen Rehabilitation und danach.

Andrea Nordmann
Leiterin Zentrum Beruf+Gesundheit,
- Berufsorientierung & Personalförderung -
www.beruf-gesund.de

Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg

Zentrum Beruf + Gesundheit - Bad Krozingen

Nordmann Februar 2012 www.beruf-gesund.de 2

Das Zentrum Beruf + Gesundheit in Bad Krozingen

Fachzentrum für medizinisch-berufliche Rehabilitation

- Kooperation mit 7 Kliniken als externer Dienstleister für berufsorientierende Verzahnungsmaßnahmen (LTA) sowie mit 5 Rehakliniken für MBOR Leistungen
- Enge Kooperation mit ca. 900 Unternehmen der Region Offenburg – Freiburg – Lörrach.
- Mitglied der Bundesarbeitsgemeinschaft der medizinisch-beruflichen Rehabilitationseinrichtungen - Phase II

Kooperationspartner beim Konzept „MB-Reha Südbaden“:

- seit 2006 Rehaklinik Glotterbad, Glottertal
- seit 2006 Rheinklinik Bad Krozingen
- seit 2012 REHA SUD Freiburg

Erkrankung und medizinische Akutbehandlung

Medizinische Rehabilitation
ambulant/ stationär

nach Rehaklinik-Aufenthalt

Berufliche Rehabilitation

Berufliche Reintegration

Erfolgshürden im Reha-(Ver)Lauf

Patient XY erhält umfassende medizinische und soziale Fürsorge

Schnittstellenprobleme

Eignungsfeststellung, Arbeitsprobe, Integrationsmaßnahmen, Berufshilfe, LTA oder..., Umschulung/Qualifizierung, Soziale Arbeitswiederaufnahme, Rückfall?, Warten?, Depression?, Bewerbung?, Arbeitsplatzverlust?

Neuer Arbeitsplatz? ... Dauerarbeitslos? ... Rente?

CTA-Checkliste, Soz-Med. Visite, Patienten-Vortrag

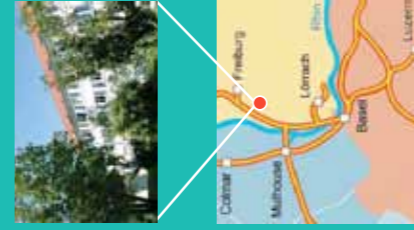
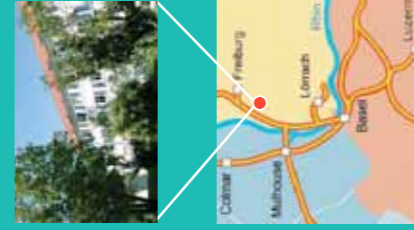
Berufliche Rehabilitation allg. Infos

- „Eigeninitiative Arbeitsplatzsuche“
- „Nach der Rückkehr an den Arbeitsplatz“
- „Umgang mit Arbeitsplatzkonflikten“

Berufliche Anamnese, Vertrauensbildung, Zielvereinbarung, Erarbeitung von Handlungsplänen & Entwicklungsfeldern, Initiierung erster Förderschritte, Impulsmotivierung

Psychologische Eignungsabklärung -1 Tag
Berufliche Erstorientierung -2 Tage
Belastungsprobe -5 Tage

1 Jahr Nachbetreuung durch „Berufcoaching“



Berufscoaching „Klientenzentrierte Nachbetreuung“

- Realisierung der beruflichen Handlungspläne & Entwicklungsfelder
- Initiierung weiterer beruflicher Förderschritte
- Unterstützung beim Abbau von beruflichen Realisierungshemmnissen
- Berufsrelevante Kurzassessments und Trainings
- Begleitung zu Arbeitgeber
- Vermittlung zu/zwischen Eingliederungspartnern (AG, IFD, DRV, BA, etc.)
- Impulsmotivation: Stärkung der Eigenverantwortung
- Krisenintervention

Frau O.

Rehaklinik-Aufenthalt

Medizinische Rehabilitation
ambulant/ stationär

nach Rehaklinik-Aufenthalt
Berufliche Rehabilitation

53 J., Pat. Rehaklinik Glotterbad

- Bürokauffrau
- Verkäuferin Gemüsehändler (Großhandelskette X)
- mittelgradige depressive Episode, Schmerzen Schulterbereich
- stufenweise Wiedereingliederung o. innerbetriebliche Umsetzung nicht möglich
- Frau O. wird arbeitsfähig entlassen, möchte sich wieder gesund schreiben lassen, umgehend wieder arbeiten (finanzieller Druck)
- Starke Konflikte mit Vorgesetzter, weiterhin belastende Arbeitsbedingungen
- absehbare erneute Erkrankung

Leistungen Berufscoaching:

- 2 Teil. mit Betriebsleiter
- 1 Gespräch mit Rehabilitator
- 1 Teil. mit stell. Geschäftsführer
- 1 Gespräch mit Betriebsleiter, Frau O. und Betriebsrätin vor Ort
- 2 Teil. mit Geschäftsführer
- parallel Bewerbungscoaching Frau O.
- Monitoring & Zuversicht „vermitteln“

Ergebnis:

- innerbetriebliche Umsetzung wird von Geschäftsführer angeboten
- Die parallelen Bewerbungsmaßnahmen waren erfolgreich und Frau O. unterschreibt den Vertrag für eine Festanstellung als Filialleiterin der Feinkostkette GS. (höheres Gehalt, gesündere Arbeitsbedingungen, kürzerer Anfahrtsweg...)

Netzwerkpartner ...

Februar 2012 www.beruf.gesund.de

Was war für den Vernetzungsprozess förderlich?

- Mehrdimensionale Bedarfserhebung in der Klinik.: Patienten-Infoveranstaltung + sozimed. Fachteam + Checkliste
- Vor Ende der medizinischen Reha: Erstgespräch mit Berufscoach sowie Erarbeiter/ Einleiten erster Handlungsschritte zur beruflichen Reintegration
- Aktive Vorbereitung des berufsbezogenen Erstgesprächs durch Patient + Zuweisungsarzt + Sozialdienst
- Die beim Patienten „gefühlte“ Unabhängigkeit des Berufscoaches von Klinik und Kostenträger
- Fokus: Der Patient als Reha-Akteur
- aktive Kontaktaufnahme durch Berufscoach nach dem Klinikaufenthalt (bei Bedarf)
- LTA-Verzahnungsleistungen während med. Reha
- Arbeitgebernähe des Berufscoaches
- ZBG Fachteam hinter dem Berufscoach: schnelle Klärung komplexer berufsrelevanter Fragestellungen, schnelle Kontaktvermittlung zu Unternehmen etc.
- Der gute Draht zwischen Berufscoach und sozimed. Fachteam der Klinik
- Der erfahrene Draht zwischen Berufscoach und Kostenträgern sowie Hilfesystemen (z.B. IFD...)

Was war für den Vernetzungsprozess hinderlich?

- tlw. „gefühlte“ Konkurrenz bei Sozialdiensten o. Rehabfachberatern
- Anfänglicher Einführungs- / Verwaltungsaufwand (Klinikindividualität)
- tlw. mangelnde Erreichbarkeit der Patienten
- tlw. Informationslücken im Klinikteam sowie bei nicht regionalen Rehabfachberatern
- Grenzen der Informiertheit des Berufscoaches
- Grenzen der Überprüfbarkeit der Ergebnisse (Datenschutz etc.)


Februar 2012 www.beruf.gesund.de

Impulse aus der Sicht eines Berufscoaches ...

Erfolgreicher Vernetzung ...

- Der wichtigste Netzwerk-Akteur ist der Patient selbst!
- Erfolgreiche Vernetzung braucht ...
 - gegenseitiges Vertrauen aller Netzwerkpartner auf allen Ebenen!
 - Flexibilität im Denken und Handeln aller Netzwerkpartner
 - Klärung der Handlungsgrenzen zwischen den Netzwerkpartnern
 - Stete Kommunikation

Februar 2012 www.beruf.gesund.de




Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
Sozialversicherung

Wege zur frühzeitigen Vernetzung in der Reha

Reha-Management
Verzahnung in der Unfallversicherung


Doris Habekost, DGUV, Referat: Teilhabe/Reha-Management
Kassel, 15.02.2012, AG 6



Grundsätzliches


- **Reha-Management (RM) ist**
 - Case-Management bezogen auf den Reha- und Teilhabeprozess
 - ein Querschnittsthema
- **Gründe/Ziele sind:**
 - Früher Beginn des RM ist für Erfolg entscheidend
 - Optimierung / Verkürzung der medizinischen Reha
 - Nahtlose berufliche Wiedereingliederung als Ziel
 - Vermeidung von Arbeitsplatzverlusten
 - Planungssicherheit für alle Beteiligten
 - Abbau von verwaltungsinternen Schnitt-/Konfliktstellen
 - Gesteigerte Versicherungszufriedenheit

Doris Habekost, DGUV
Seite 2




Ausgangssituation der UV


- Arbeitsplatz/Betrieb ist grundsätzlich (noch) vorhanden
- Leistungen ohne Antrag
- Mit allen geeigneten Mitteln
- Alles aus einer Hand
- BG-Kliniken, D-Arztverfahren
- Fachliche und Beratungskompetenz
- Persönlicher Kontakt im Rahmen
 - des Besuchsdienstes
 - der Steuerung der Heilverfahren
 - der Berufshilfe/des Reha-Managements
 - von DGUV Job
 - der nachgehenden Betreuung



Doris Habekost, DGUV
Seite 3



Weiterentwicklung zum Reha-Management



Doris Habekost, DGUV
Seite 4

Aktuelles im Gesamtkontext

- Selbstbestimmung und Inklusion (UN BRK, Aktionsplan)
- Zugang zu Reha- und Teilhabeleistungen
 - Forderungen nach Lotsen durch das Reha-System
 - (Unabhängige) Beratung
 - Gemeinsame Servicestellen
- RehaFutur, Weiterentwicklung der berufl. Angebote usw.
- Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe
- "Entwurf" des Forums behinderter Juristen zu einem sozialen Teilhabe-Gesetz

Diskussionen und Ergebnisse haben Einflüsse auf RM der UY!!!

Doris Habekost, DGUV Seite 5

Zentrale Steuerungsmerkmale

- Persönliche und professionelle Beratung und Betreuung durch Reha-Manager/-Innen
- zielorientierte Steuerung und Koordination der Heilverfahren gemeinsam mit den
 - Versicherten und Angehörigen,
 - Ärzten/Ärztinnen und Therapeuten/Therapeutinnen,
 - Arbeitgebern und Reha-Manager/-Innen
- Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation und der Leistungen zur Teilhabe

Doris Habekost, DGUV Seite 7

Anteil RM an Unfällen und Kosten am Beispiel einer BV

Von den **13.780 Arbeitsunfällen** einer BV innerhalb eines Jahres kamen **357 ins RM (2,6 %)**. Die RM-Fälle verursachten jedoch **fast 2/3 der Gesamtkosten der Rehabilitation** nach Arbeitsunfällen.

Doris Habekost, DGUV Seite 6

Ein gemeinschaftliches RM

bedeutet

- Ressourcenbündelung
- Verlässlichkeit gegenüber unseren Partnern
- Einheitliche Qualitätsstandards

bedeutet nicht

- pauschale Vereinfachung auf Kosten der individuellen Erfordernisse der Betroffenen

Doris Habekost, DGUV Seite 8

Der Handlungsleitfaden

- **Inhalte:**
 - Definition und Ziele des Reha-Managements
 - Fallauswahl
 - Mitwirkung beteiligter Ärztinnen und Ärzte
 - Reha-Management bei Kindern und Jugendlichen
 - Qualitätssicherung und Evaluation des Reha-Managements
- „**Paper in Progress**“

Der Handlungsleitfaden definiert „Mindeststandards“, er ist z. T. noch ein Ziel.

Doris Habekost, DGUV Seite 9

Reha-Management bedeutet...

- Umfassende Planung, Koordinierung und zielgerichtete, aktivierende Begleitung der Rehabilitation und Teilhabe
- Erstellung eines Reha-Plans
- Partnerschaftliche Einbindung aller am Verfahren Beteiligten
- Orientierung an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)

Doris Habekost, DGUV Seite 10

Fallauswahl


- **AU-Prognose 112 Tage = 16 Wochen**
- **Art der Verletzung in Verbindung mit der Tätigkeit**
- **Weitere Indikatoren, z. B.:**
 - Medizinische Komplikationen im Heilverlauf
 - Problematischer gesundheitlicher Allgemeinzustand
 - Probleme in der Traumaverarbeitung
 - Konflikte im Reha-Verlauf
 - Allgemeine psychische Auffälligkeiten
 - Problematische berufliche Re-Integrationsperspektive
 - Probleme im beruflichen oder sozialen Umfeld


Doris Habekost, DGUV Seite 11

RM bei Kindern und Jugendlichen

- **Fallauswahl**
 - VAV-Verletzung mit stationärem Aufenthalt von mind. einer Woche
 - Auftretende Schwierigkeiten in jeder Phase der Reha
- **Besonders zu berücksichtigen:**
 - (Noch) Nicht abgeschlossene Entwicklung
 - (Noch) Nicht begonnene oder abgeschlossene Schul- / Berufsausbildung
 - Evtl. besondere medizinisch-pädiatrische Versorgung
 - z.B. durch andere OP-Techniken und Versorgungsstrukturen

Doris Habekost, DGUV Seite 12







RM bei Kindern und Jugendlichen

Ziel:

- Möglichst dauerhafte und vollständige Wiedereingliederung in
 - Bildungseinrichtungen,
 - der Familie,
 - und dem weiteren sozialen Umfeld
- unter Berücksichtigung besonderer persönlicher, sozialer und medizinischer Faktoren.




Seite 13




Konsequenzen

- RM muss auf allen Ebenen der „Fallbearbeitung“ bekannt sein und gelebt werden
- Qualitätssicherung
- Wirksamkeit nachweisen
- Bereitschaft für erforderlichen Personaleinsatz
- Einheitliche Begriffsbestimmungen nach innen und außen (z. B. „Reha-Manager/in“)
- Irrtümer (angemessen) zulassen, aber daraus lernen
- Qualifizierung der Mitarbeiter/innen, Supervision
- Leitfaden überprüfen und weiterentwickeln




Seite 14




Mitwirkung beteiligter Ärzte

Aufgaben insbesondere:

- Unterstützung bei der Identifikation von RM-Fällen
- Erstellung des konkreten Behandlungsablaufs
- Benennung konkreter Perspektiven für die Wiedereingliederung auch für die Planung mit dem Arbeitgeber
- Mitwirkung an der konkreten Zielvereinbarung und am Reha-Plan
- Kommunikation mit allen Beteiligten




Seite 15




Behandelnder Arzt / behandelnde Ärztin

ist unabhängig von der Mitwirkung am Reha-Plan in das RM einzubeziehen bei:

- der Festlegung einer validen Diagnose
- Auskünften zum bisherigen Behandlungsverlauf
- der Feststellung und Prognose der Arbeitsfähigkeit
- der Umsetzung des Reha-Plans





Seite 16



Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Positionen am 26.05.2010 durch Vorstand der DGUV verabschiedet

Inhalte:


- Allgemeines
- Betroffene Menschen im Mittelpunkt
- Verzahnung von medizinischer und beruflicher Reha
- Integration
- Rangfolge der Teilhabeleistungen
- Qualifizierung
- Vermittlung eines geeigneten Arbeitsplatzes
- Nachhaltigkeit
- Qualitätssicherung


Rangfolge:


- Rückkehr an den alten Arbeitsplatz
- Erhalt des Beschäftigungsverhältnisses beim bisherigen Arbeitgeber mit Umsetzung und evtl. Qualifikation
- schnelle Integration auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ggf. mit Hilfe von (Teil-)Qualifikation
- zweiter Arbeitsmarkt




Seite 17




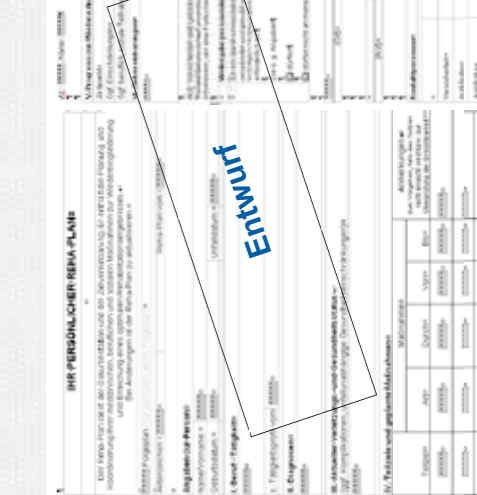








Seite 18




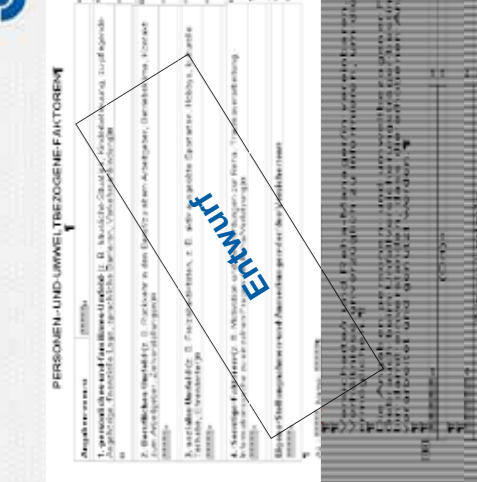


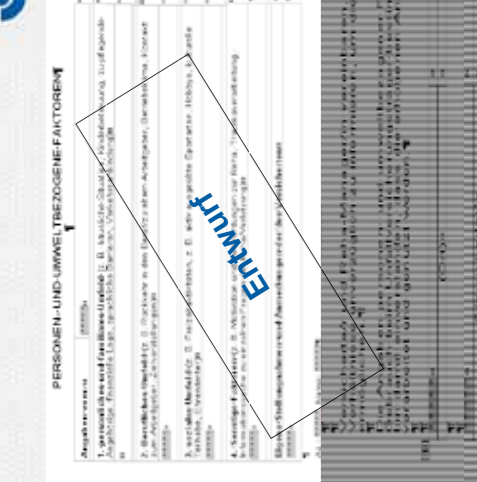





Seite 19











Seite 20

 DGUV

Weitere aktuelle Themen mit Bezug zum RM

- Qualitätssicherung (Messparameter bestimmen)
- ✓ Beschreibung der Anforderungen an Reha-Manager/in
- Assessments
- Kundenbefragung
- „Konzept“ soziale Teilhabe
- ✓ PB-Handlungshilfe überarbeiten/Ergebnisse von ProBudget integrieren = neuer Handlungsleitfaden
- ✓ Reha-Plan/Teilhabe-Plan weiterentwickeln
- Benchmark-Projekt (Effektivität und Wirtschaftlichkeit der Fallsteuerung)


Seite 22
Doris Habekost, DGUV

 DGUV

UV-Aktionsplan zur Umsetzung der UN-BRK

- Zeitraum 2012 bis 2014
- 73 Aktionen
- erste 5 Schwerpunkt-Aktionen im Bereich Teilhabe
 - Unterstützung und Erprobung von Peer Counseling
 - Orientierung an individuellen Fähigkeiten, Ressourcen und Wünschen der Betroffenen (u. a. Reha-Management)
 - Arbeitsplatzorientierte Maßnahmen in der medizinischen Reha (AMBR, MBO)
 - Verbreitung des Persönlichen Budgets
 - Entwicklung eines Handlungsleitfadens zu Leistungen zur Teilhabe an der Gemeinschaft


Seite 21
Doris Habekost, DGUV

 DGUV

Qualitätssicherung im RM

- z.B.
 - ✓ D-Ärzte-Curriculum (Strukturqualität)
 - ✓ Seminarinhalte, Studieninhalte ... (Strukturqualität)
 - ✓ Beratungskompetenz (Strukturqualität)
 - ✓ Profilbeschreibung Reha-Manager/in (Strukturqualität)
 - ✓ BG-Klinikstandards (Strukturqualität)
 - ✓ Handlungsleitfaden RM, Handlungsleitfaden PB (Struktur- und Prozessqualität)
 - ✓ Reha-Pfade (Struktur- und Prozessqualität)
 - ✓ Formtexte (Reha-Plan) (Struktur- und Prozessqualität)
 - ✓ NRM der BFW (Struktur- und Prozessqualität)
 - ✓ Instrumente: z. B. Berliner Fragebogen (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität)


Seite 24
Doris Habekost, DGUV

 DGUV

Qualitätssicherung: Was will ich wissen?

- Ist (mein) RM gut?
- Würden die Standards des Leitfadens eingehalten?
- Sind die einzelnen Leistungen gut?
- Ist der/die Versicherte zufrieden? Und womit?
- Ist die Leistung nachhaltig?
- Stehen Kosten und Nutzen in angemessenem Verhältnis?
- War der Zeitaufwand angemessen?
- Würde der/die Vers. gut (umfassend) einschl. PB beraten?
- Konnte Arbeitsfähigkeit erreicht werden?
- Ist die Wiedereingliederung erfolgt?
-?


Seite 23
Doris Habekost, DGUV

 DGUV

Weiterbildung zum/zur Reha-Manager/in

- Grundvoraussetzung: Qualifikation für den gehobenen Dienst oder eine gleichwertige Ausbildung und i. d. R. mehrjährige Berufserfahrung in der Heilverfahrenssteuerung von Schwerstunfallverletzten.
- Weiterbildung deshalb insbesondere in den Bereichen der Methoden- und Sozialkompetenz


Seite 26
Doris Habekost, DGUV

 DGUV

Kompetenzen unserer Reha-Manager/innen

- Um im Prozess des RM erfolgreich agieren und das damit verbundene hohe Maß an Kommunikation, Planung und Prozesssteuerung bewältigen zu können, benötigt er/sie **neben Fach- und Sachkompetenz** auch Sozial-, Selbst- und Methodenkompetenz.
- **Sozialkompetenz**, um mit den Versicherten, Arbeitgeberinnen und Leistungserbringern kommunizieren zu können.
- **Selbstkompetenz**, um u. a. im Rahmen der Ergebnisbewertung auch die eigene Arbeit möglichst realistisch einzuschätzen.
- **Methodenkompetenz**, um in allen Phasen des RM in der Lage zu sein, die richtigen Instrumente und Methoden zielführend einzusetzen zu können.


Seite 25
Doris Habekost, DGUV

 DGUV

Sinnvolle Messparameter für LTA (lt. AK Teilhabe)

1. **Datum der Entscheidung über LTA**
 - Ziel: spätestens ½ Jahr nach Unfall Entscheidung, ob LTA notwendig
2. **Beginn und Ende von LTA**
 - Ziel: LTA so früh wie möglich, schon während der med. Reha und nahtlos
3. **Arbeitsaufnahme nach Ende der LTA**
 - Ziel: hohe Wirksamkeit von Teilhabeleistungen
4. **Nachhaltigkeit**
 - Ziel: nachhaltige Teilhabemaßnahmen
5. **Kosten**
 - Ziel: Effiziente Teilhabeleistungen

Seite 28
Doris Habekost, DGUV

 DGUV

QS RM: Mögliche Kriterien / Messparameter

- TOP 5
 - Erstellung Reha-Plan vor Ort und innerhalb von 4 Wochen *wird z. Z. als Pilot erprobt*
 - Reha-Plan vollständig *genauer definieren*
 - Erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung (ERGF) *wird statistisch erfasst*
 - Tatsächliche AUF-Dauer zu AUF-Prognose (Differenz) *systemische QS*
 - Kundenzufriedenheit *Instrument soll entwickelt werden*

Seite 27
Doris Habekost, DGUV

Umsetzung des Leitfadens

- Präsentationsfolien (erstellt)
- Referenten/innen aus AG RM (benannt)
- Curriculum D-Ärzte (erstellt)
- Schulungen und Info-Veranstaltungen
- Inhalte sind Teil
 - der Seminare
 - des Zertifizierungsstudiengangs
 - des Bachelor-Studiengangs
- Flyer und Plakate (erstellt)
- Workshop in Planung für 3/2013

Doris Habekost, DGUV Seite 29

Wege zur frühzeitigen Vernetzung in der Rehabilitation
Veranstaltung der BAR 14./15.02.2012

rehabfutur real

-Ein Umsetzungsbeispiel -

Norbert Gödecker-Gaenen
Kooperations- und Netzwerkmanager (M.A.)
Berater für Rehabilitation und Integration
Deutsche Rentenversicherung Westfalen
Betriebsservice Gesunde Arbeit

14.02.2012
RehabFuturReal

Das Angebot

Der Betriebsservice Gesunde Arbeit ist ein kostenloses Beratungs- und Lotsenangebot der Deutschen Rentenversicherung Westfalen.

Wir unterstützen Unternehmen/Arbeitgeber bedarfsgerecht und passgenau bei folgenden Themen:

- betriebliche Gesundheit fördern
- Fehlzeiten reduzieren
- Gesundheitsrisiken vermeiden
- Potentiale älterer Beschäftigter nutzen
- den demografischen Wandel meistern
- Fördermöglichkeiten erkennen
- Rehabilitationsbedarf frühzeitig identifizieren
- langzeiterkrankte Beschäftigte effizient eingliedern

14.02.2012
RehabFuturReal

rehabfutur real in der Praxis

Zeitnahe Beratung der Versicherten + Fallbearbeitung	Rehabfachberater als aktiver Netzwerker	Flexibilisierte, zeitnahe Assessments
Aktive Einbeziehung der Arbeitgeber Angebot: Betriebliche Beratung	Rehabfachberater ist verantwortlicher Fallmanager	Individuelle Integrationsprozesse Integrationsleistungen
Standardisierter Beratungsprozess	Direkte Einbeziehung eines Beraters eines BFW	Passgenaue LTA-Leistungen

14.02.2012
RehabFuturReal

Ziele des Modellversuchs

Reale Umsetzung von zentralen Eckpunkten des RehaFutur – Entwicklungsprozesses:

rehabfutur real

Prozesssteuerung durch individualisiertes Reha- und Integrationsmanagement	Flexibilisierte passgenaue Rehabilitationsangebote	Standardisierte Beratungs- und Prozessqualität
Förderung/Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit	Direkte Arbeitgeberorientierung unter Einbindung der Leistungsträger und Betriebsärzte	Organisation individueller Integrationsprozesse Integrationsleistungen
Sicherung der Erwerbsfähigkeit bis zum Renteneintrittsalter	Aktive Beteiligung der Leistungsberechtigten bei Entscheidungen	Direkte und zeitnahe Vernetzung der beteiligten Akteure

14.02.2012
RehabFuturReal

Optimierter Beratungsverlauf

rehabfutur real in der Praxis

Zeitnahe Beratung der Versicherten + Fallbearbeitung	Rehabfachberater als aktiver Netzwerker	Flexibilisierte, zeitnahe Assessments
Aktive Einbeziehung der Arbeitgeber Angebot: Betriebliche Beratung	Rehabfachberater ist verantwortlicher Fallmanager	Individuelle Integrationsprozesse Integrationsleistungen
Standardisierter Beratungsprozess	Direkte Einbeziehung eines Beraters eines BFW	Passgenaue LTA-Leistungen

14.02.2012
RehabFuturReal

rehabfutur real


14.02.2012
RehabFuturReal

Zugänge

	
LTA - Standardverfahren Direktvermittlung medizinischen Rehabilitation (DRV Westfalen - eigenen Kliniken)	Abbrecher SWE BEM-Fälle (aus Betrieblicher Beratung)
Besonderheit im Verwaltungsverfahren: Zeitnahe Feststellung des Rehabilitationsbedarfs	

14.02.2012
Rehafutur real

Zugangskriterien




Auswahlkriterien

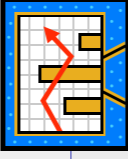
1. noch vorhandener Arbeitsplatz
2. vorliegende berufliche Eingliederungsproblematik
3. Unterstützungsbedarf im Bereich der beruflichen Integration

14.02.2012
Rehafutur real

Qualitätssicherung/Prozesscontrolling

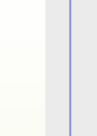


- Projektdokumentation und -Auswertung mit standardisiertem Instrumentarium (Beratungsleitfaden, Beratungsprotokolle, Betriebs- und Arbeitsplatzerfassung, Prozessdokumentation, Erfassung der zeitlichen Ressourcen)
- Telef. Nachbefragung 6 Mon. nach Integrationsperspektive beim Rehabilitanden (Prüfung der Nachhaltigkeit, Ermittlung von Integrationsproblemlagen)
- Erstellung eines Projektberichts nach 2 Jahren



14.02.2012
Rehafutur real

Vorgehen



1. Schritt:
30 Pilot-Fälle durch Betriebsservice Gesunde Arbeit
2. Schritt:
Seit 15.07.2011 Beratung durch den Rehabfachberatungsdienst


Stand heute:
ca. 80 identifizierte Fälle. Die meisten Beratungsprozesse laufen aber noch

Planung:
200 auswertbare Fälle bis Ende 2012

Die Übertragung des Beratungsansatzes in die reale Praxis des Rehabfachberatungsdienstes ist ein umfassender Prozess.
Die Berater benötigen kollegiale Beratung, Begleitung und Qualifizierung.

14.02.2012
Rehafutur real

AUSWERTUNG



Es werden heute **Zwischenergebnisse der ersten 40 Fälle** vorgestellt.


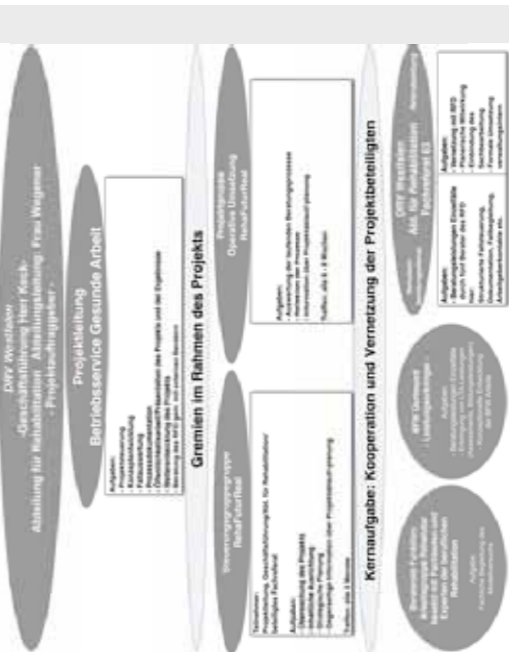
1. **Quantitative Datenanalyse**
 - Deskriptive Darstellung der beteiligten Rehabilitanden
 - Auswertung des Beratungsprozesses
2. **Qualitative Datenanalyse**
 - Auswertung der Beratungsdokumentation

Hinweis:

- Auswertung zeigt Tendenzen auf
- Interpretationen sind möglich, aber noch nicht valide
- Vorstellung stellt Diskussionsgrundlage für den weiteren Entwicklungsprozess dar


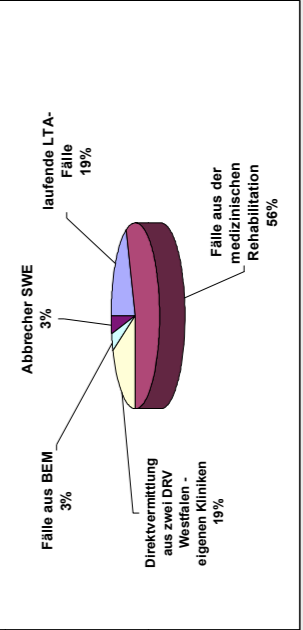
14.02.2012
Rehafutur real

Projektstruktur

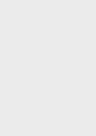
14.02.2012
Rehafutur real

Zugang in das Projekt

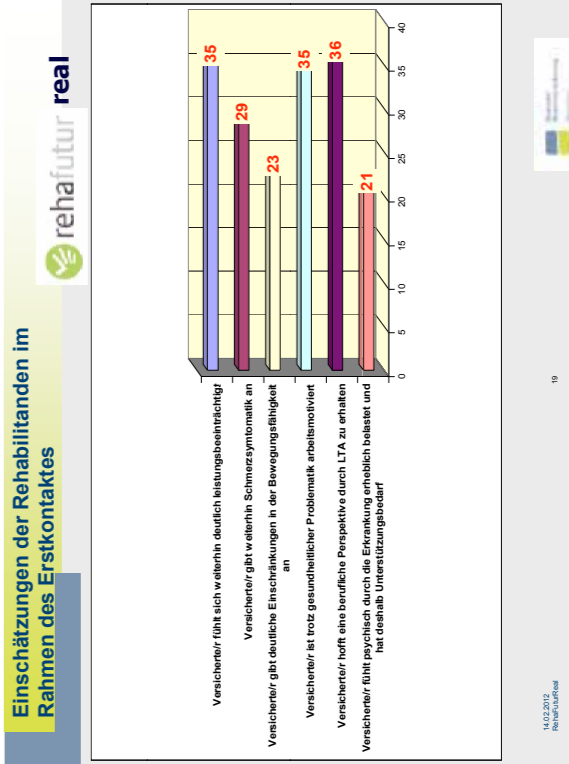
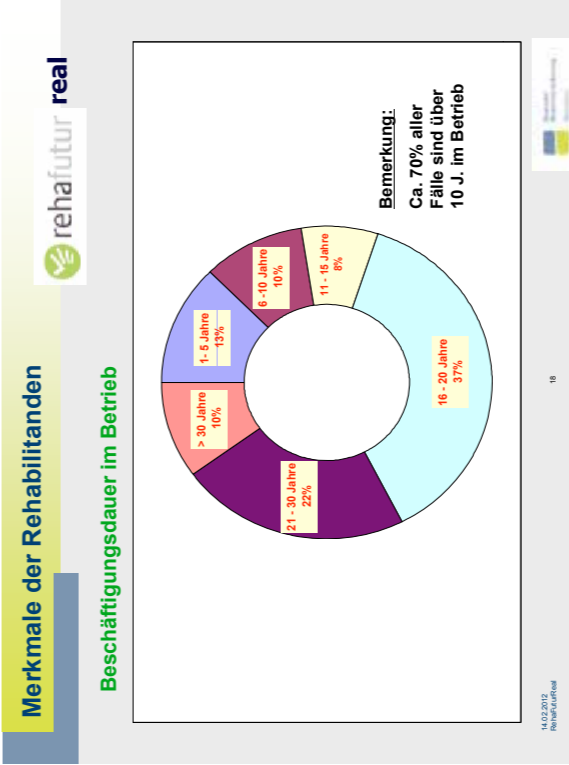
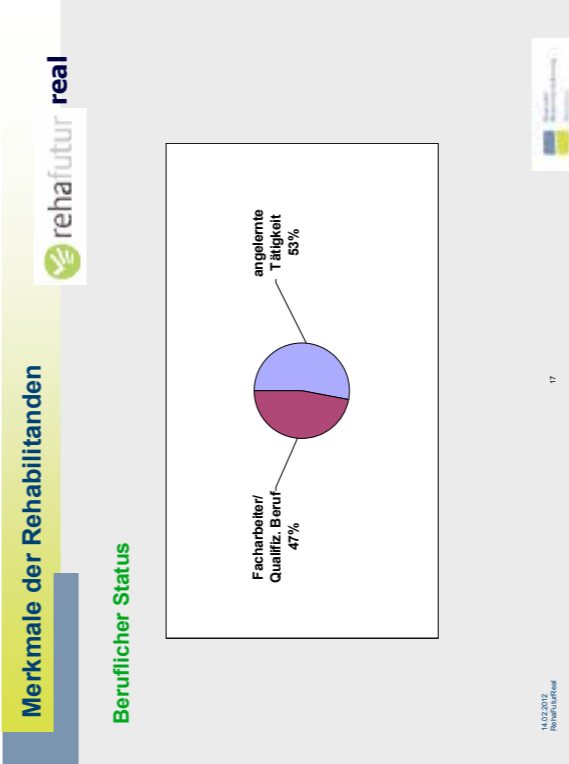
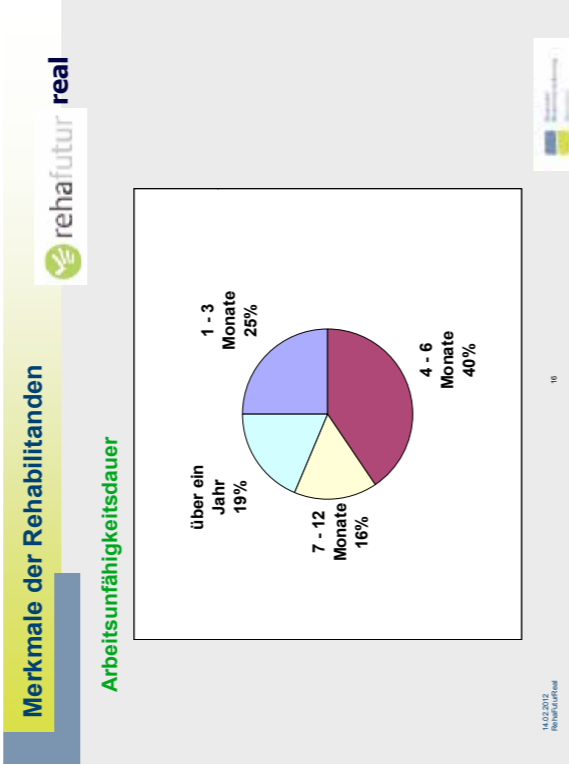
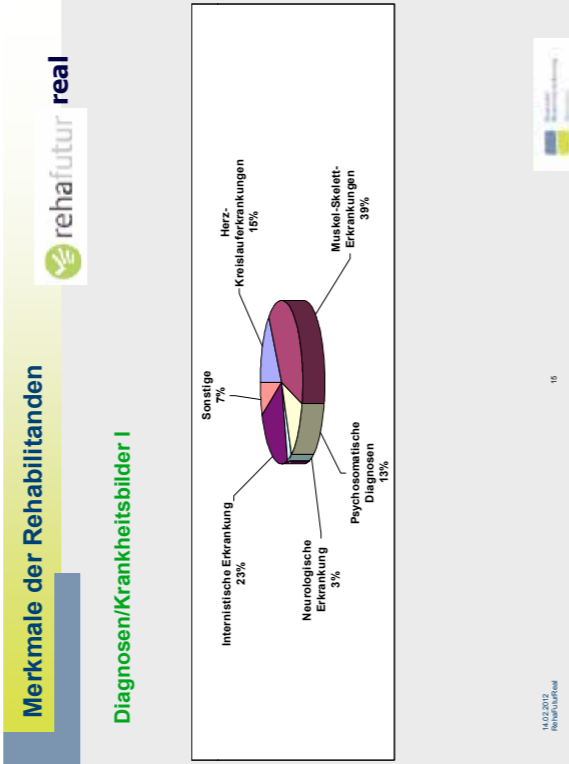
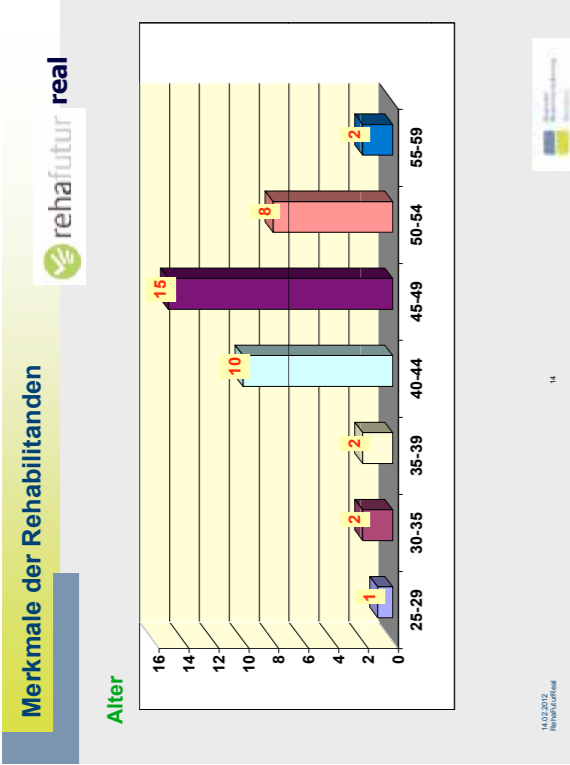
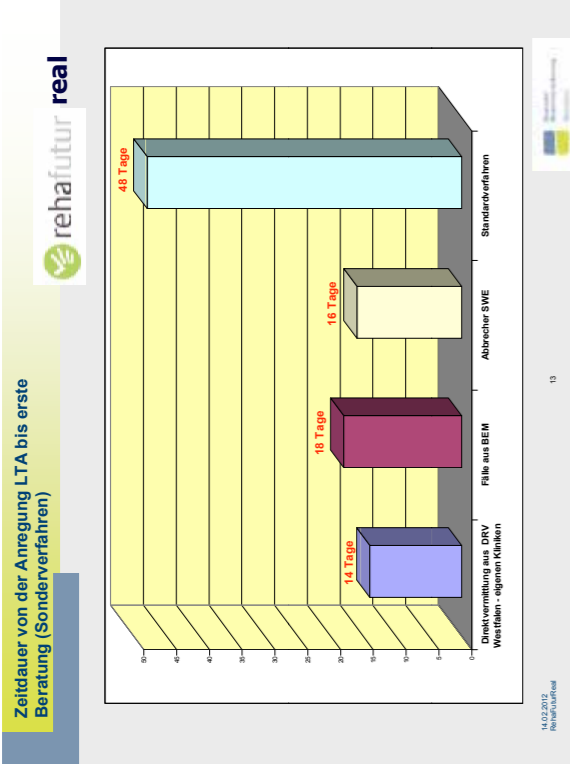



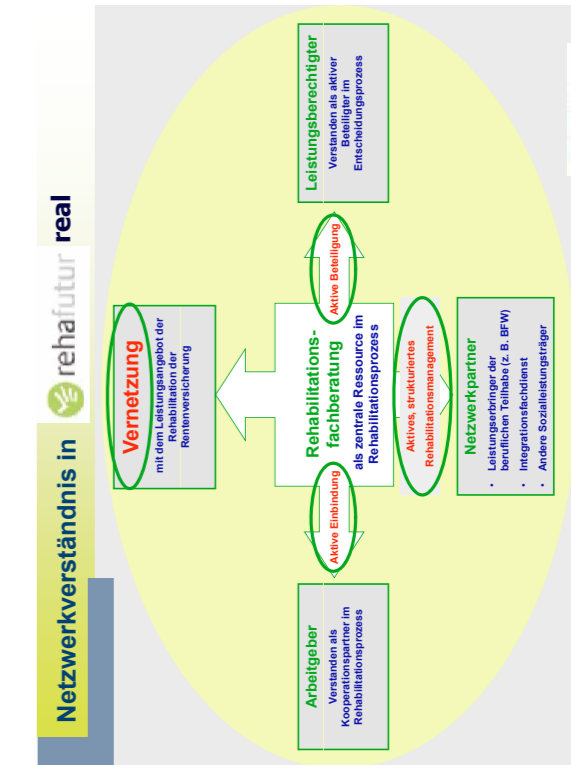
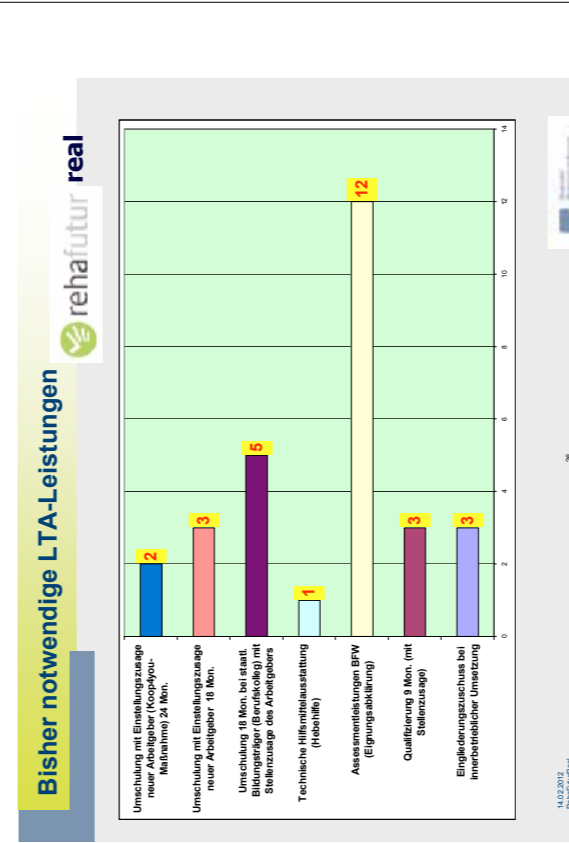
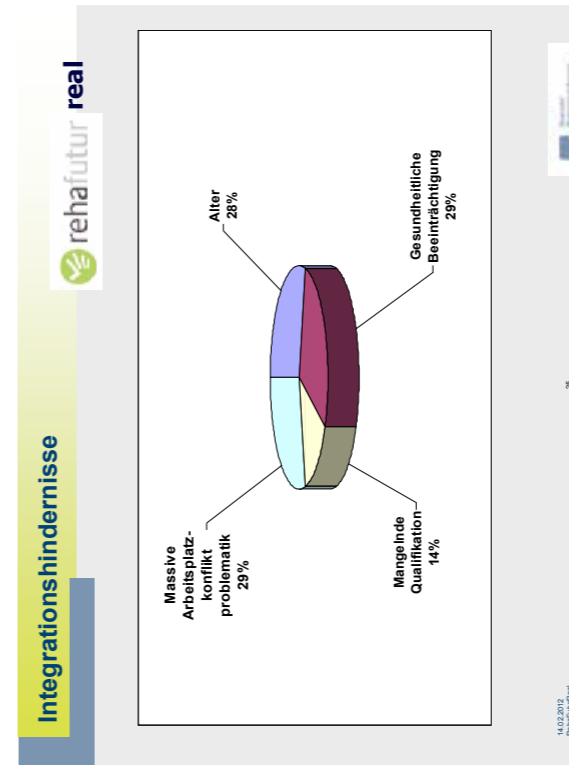
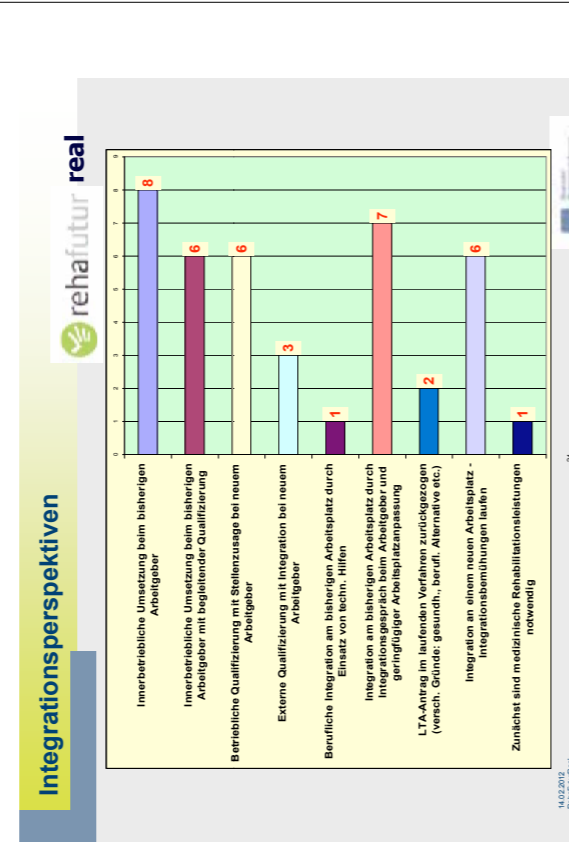
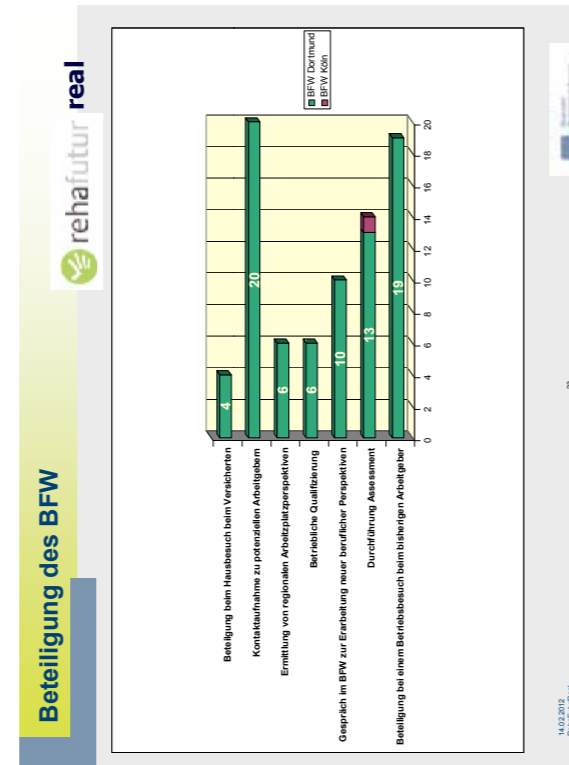
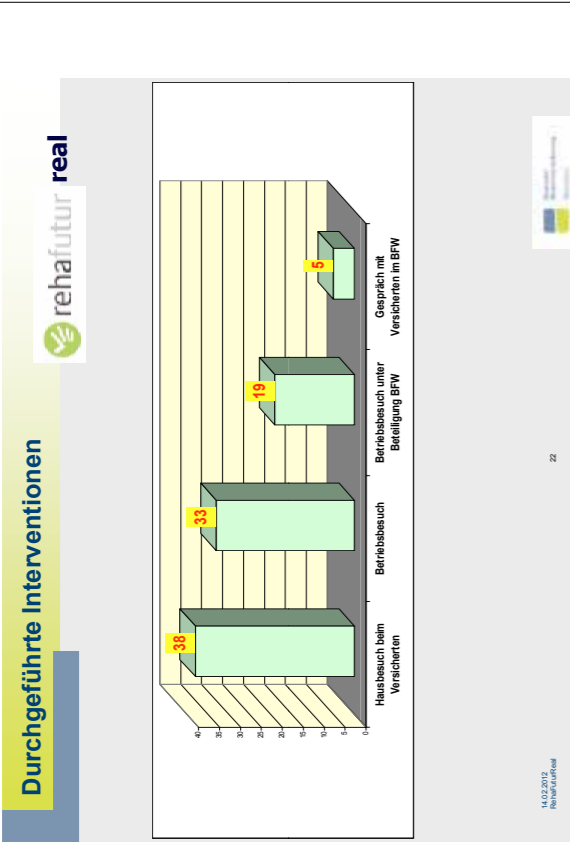
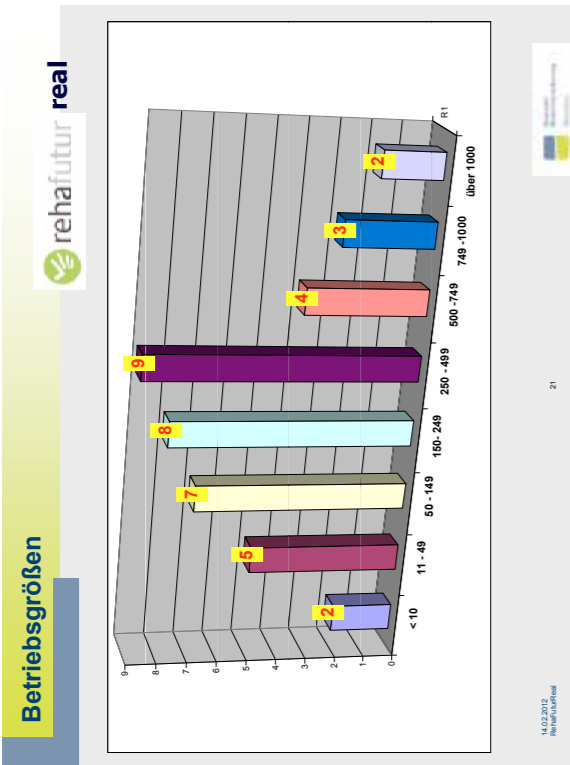
14.02.2012
Rehafutur real


ERSTE ERGEBNISSE



14.02.2012
Rehafutur real





Perspektiven 

Weitere Planungen:

- Umfassende Auswertung nach 200 Fällen
- Weiterentwicklung des Beratungsansatzes in einer Projektgruppe gemeinsam mit Refahabberatungsdienst
- Planung eines Forschungsprojekts:

Stichwort:
Implementierung neuer regionaler Beratungsansätze

Ziel: Anpassung (Ausbau/Neugestaltung) der Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation

- Ausbildungs- Schulungs-Curriculum für die Berater gem. mit anderen RV-Trägern
- Anregung: Zukunftswerkstatt LTA

14.02.2012
Beratungsdienst Gesundheit Arbeit

Notwendige Rahmenbedingungen 

Weiterentwicklung Beratungskonzepte
Investition in Beratungsangebote

1. Anpassung Rehabilitationsfachberatung
2. Betriebliche Beratungsangebote
3. Ausbau/Neugestaltung Gem. Servicestellen für Rehabilitation

Verbesserung der Vernetzung med. + berufl. Rehabilitation

Einbeziehung der Betriebe im Zugang zu medizinischer Rehabilitation

Perspektive LTA:

- zeitnah
- flexibel
- passgenau
- individuell

Kurzfristige Rehabedarfsfeststellung

Flexibilität der Leistungserbringer LTA

Zeitnahe Beratung der Rehabilitanden und der Betriebe

14.02.2012
Beratungsdienst Gesundheit Arbeit



VIELEN DANK FÜR IHRE AUFMERKSAMKEIT

Kontaktadressen:
Norbert Goedecker-Genen
Kooperations- und Netzwerkmanager (M.A.)
Berater für Rehabilitation und Integration
Deutsche Rentenversicherung Westfalen
Betriebsservice Gesunde Arbeit
48125 Münster
tel. 0251/2338-49866
mail: norbert.goedecker-genen@drv-westfalen.de

14.02.2012
Beratungsdienst Gesundheit Arbeit

Berufliche Rehabilitation – ein Geschäftsfeld der BA mit klaren Zielen

Die geschäftspolitischen Ziele der BA


- Beratung und Integration nachhaltig verbessern
- Mitarbeiter motivieren und Potenziale erkennen und ausschöpfen
- wirkungsorientiert und wirtschaftlich arbeiten
- Hohe Kundenzufriedenheit erzielen

© Bundesagentur für Arbeit
Absolventenmanagement
Seite 2

BAR- Veranstaltung Wege zur frühzeitigen Vernetzung in der Rehabilitation

Kassel, 15. Februar 2012

Teilhabe am Arbeitsleben Absolventenmanagement Ziele und Erwartungen



14.02.2012
Beratungsdienst Gesundheit Arbeit

Zielsystem Berufliche Rehabilitation

Geschäftspolitisches Ziel (GPZ)

2012

Indikatoren

- rehaspezifischer Integrationsgrad
- abgeschlossene Dauer der faktischen Arbeitslosigkeit
- Ersteinstiegung
- abgeschlossene Dauer der faktischen Arbeitslosigkeit
- Wiedereingliederung

Teilhabe am Arbeitsleben

© Bundesagentur für Arbeit
Absolventenmanagement
Seite 3

Steuerung nach Wirkung und Wirtschaftlichkeit soll intensiviert werden ohne dabei das Ziel „Teilhabe am Arbeitsleben“ zu vernachlässigen

BA-Steuerungslogik

- Förderbedarf ist individuell aber auch unter dem Gesichtspunkt der Wirkung und Wirtschaftlichkeit zu ermitteln
- Maßnahmenersatz ist regelmäßig auf den individuellen Förderbedarf und die Integrationswahrscheinlichkeit zu hinterfragen
- Absolventenmanagement soll Dauer von Arbeitslosigkeit verkürzen und zu größeren Integrationserfolgen führen

Wirkung und Wirtschaftlichkeit

Teilhabe am Arbeitsleben

© Bundesagentur für Arbeit
Absolventenmanagement
Seite 4

Zielsystem Berufliche Rehabilitation

Geschäftspolitisches Ziel (GPZ)

2012

Indikatoren

- rehaspezifischer Integrationsgrad
- abgeschlossene Dauer der faktischen Arbeitslosigkeit
- Ersteinstiegung
- abgeschlossene Dauer der faktischen Arbeitslosigkeit
- Wiedereingliederung

Teilhabe am Arbeitsleben

© Bundesagentur für Arbeit
Absolventenmanagement
Seite 3

Integration als Erfolg von Reha-Maßnahmen Ziel vieler Beteiligter- abhängig von vielen Faktoren

© Bundesagentur für Arbeit
Absolventenmanagement
Seite 5

Aufgaben und Leistungen der BA während des Reha-Verfahrens

- als Reha-Träger**
 - Integrationsverantwortung des Rehaberaters
 - Auswahl der geeigneten Maßnahme entsprechend des individuellen Unterstützungsbedarfs
 - Kooperation mit Reha-Einrichtungen während der Maßnahme
 - Stärken-/ Schwächenanalyse des Rehabilitanden in enger Kooperation mit Reha-Einrichtung
- als Träger der Arbeitslosen- bzw. Grund- sicherung**
 - Koordinierung der Vermittlungsmöglichkeiten/ Unterstützungsnotwendigkeiten
 - Vermittlungsberatung durch den Arbeitsvermittler, Aktualisieren des Bewerberprofils
 - Regelmäßige Kontakte im Rahmen des Vermittlungsprozesses
 - Gewinnen potentieller Arbeitgeber, Vermittlungsvorschläge
 - Angebot/ Organisation weiterer Unterstützung in Abstimmung mit dem Reha-Träger/Reha-Berater
- auch für Kunden anderer Reha-Träger**
 - Bei erfolgreicher Einmündung dauerhafte Integration nachhalten

© Bundesagentur für Arbeit
Absolventenmanagement
Seite 8

Absolventenmanagement - ein Hebel zur erfolgreichen Teilhabe

© Bundesagentur für Arbeit
Absolventenmanagement
Seite 6

Unterschiedliche Akteure mit unterschiedlichen Aufgaben

© Bundesagentur für Arbeit
Absolventenmanagement
Seite 7

Beteiligung im Prozess der beruflichen Rehabilitation

© Bundesagentur für Arbeit
Absolventenmanagement
Seite 7

Realisierung der Schnittstelle Reha-Träger/Vermittlung in der BA

© Bundesagentur für Arbeit
Absolventenmanagement
Seite 9

Reha-Träger und Träger der Arbeitsvermittlung im Austausch


© Bundesagentur für Arbeit
Absolventenmanagement
Seite 11

BA als Reha-Träger und Träger der Arbeitslosenversicherung/ Grundsicherung in den Phasen des Absolventenmanagements

© Bundesagentur für Arbeit
Absolventenmanagement
Seite 10

Erwartungen der BA an die Maßnahmeträger zur Unterstützung der Arbeitssuche

© Bundesagentur für Arbeit
Absolventenmanagement
Seite 12




Synergieeffekte durch Kooperation bei gemeinsamer Verantwortung

BA / Träger der
Grundsicherung

↔

Reha-Träger

regionale Absprachen zur Zusammenarbeit



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

© Bundesagentur für Arbeit
Absolventenmanagement

© Bundesagentur für Arbeit
Seite 14



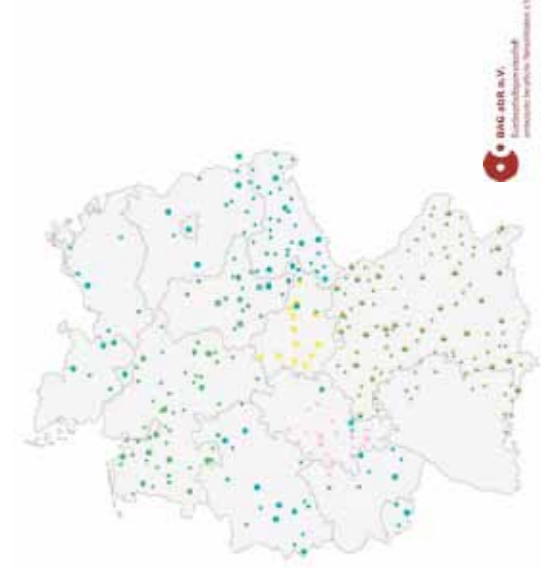
Berufsbildungswerk
Worms (A. Pradella)

b Absolventenmanagement im Rahmen der beruflichen Rehabilitation in einem Berufsbildungswerk

Zeitschiene	Berichtswesen Kommunikation	Interne Aktivitäten	Umfeld
Ende Probezeit (3 Monate)	(1) Bericht Probezeit		privat Private Kontakte zu Betrieben
Zwischenprüfung (Hälfte der Ausbildungszeit)	(2) Bericht Zwischenprüfung	Telefon-Training Vorstellungstraining Bewerbungsunterlagen	betrieblich Ausbildung in betrieblichen Strukturen des BBW
Bis Ende 2. Ausbildungsjahr ca. 6 Monate vor Ausbildungsende	(3) Integrationsbericht	Kick-off Termin mit Rehabilitanden und Agentur im BBW Abgängersprechttag: Konkrete Bewerbungen Alo-Meldung/Job-Börse Festlegung persönlicher NB	Internet und Drucker zugänglich ? Ausbildungsabschnitte Zusatzqualifikationen Unterstützung aus familiärem Umfeld
Bis Ausbildungsende	Kontakt zu Arbeitsvermittler bzw. AGS (Eingliederungsvereinbarung)	Schriftliche Nachbetreuungsvereinbarung	Vermittlungspraktika Verselbständigung ?
Nach Ausbildungsende kontinuierlich	(4) Abschlussbericht Fortlaufende Information und gemeinsame Entscheidungsfindung bei kritischen Verläufen		Mobilität
Bis 12 Monate nach Ausbildungsende	Nachbetreuung:	Integrationsberater und persönliche Nachbetreuer	
6 – 12 Monate nach Ausbildungsende	Auswertung:	BAG Statistik BBW interne Statistik AA Statistik	

Absolventenmanagement in der ambulanten beruflichen Rehabilitation

„Wege zur frühzeitigen Vernetzung in der Rehabilitation“
14./15. Februar, 2012 in Kassel



Berufliche Rehabilitation – ambulant und praxisnah die BAG abR

Ein Zusammenschluss der / des

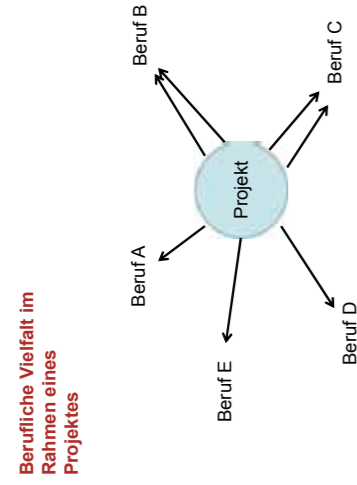
- Berufliche Fortbildungszentren der Bayerischen Wirtschaft (bfz) gGmbH
- Bildungswerks der Hessischen Wirtschaft e.V.
- Bildungswerks der Niedersächsischen Wirtschaft gGmbH
- Bildungswerks der Thüringer Wirtschaft e.V.
- Bildungswerks der Wirtschaft Sachsen-Anhalt e.V.
- Fortbildungsakademie der Wirtschaft (FAW) gGmbH
- Gesellschaft zur Förderung beruflicher und sozialer Integration (gfi) gGmbH
- bbw Bildungswerk der Wirtschaft in Berlin und Brandenburg



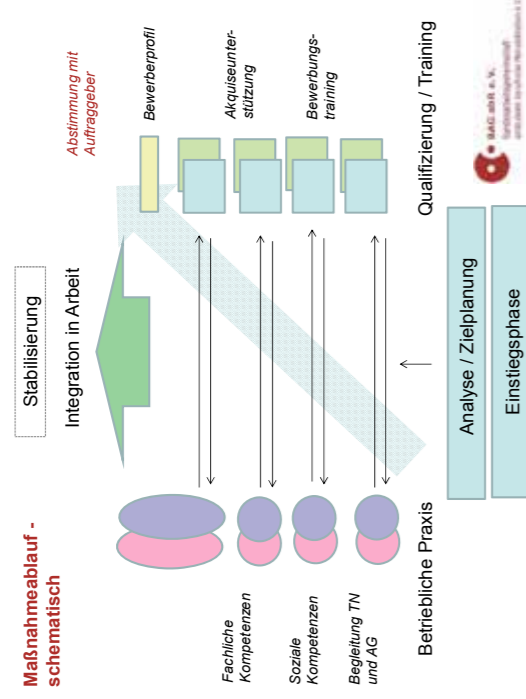
Maximieren unserer Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind:

- Lernen in der betrieblichen Praxis
- Individualisiertes Vorgehen
- Wohnortnähe
- Rehaspezifische Beratung und Betreuung
- Netzwerk mit Betrieben und beteiligten Institutionen
- Flexible Berufswegplanung
- Ausrichtung auf den Integrationserfolg





Maßnahmeablauf - schematisch

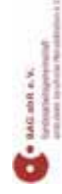


Absolventenmanagement Fazit

- Ausrichtung der Schritte auf den Integrationserfolg
- Flexibilität in der beruflichen Integrationsplanung
- Aktivierung und Eigenverantwortung
- Frühzeitige betriebliche Perspektive
- Vernetzung
- Kontinuität in der Arbeit

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Björn Hagen
 Fachbereich Rehabilitation
 Fortbildungsakademie der Wirtschaft (FAW) gGmbH
 Demolierung 2
 23909 Ratzeburg
Bjoern.hagen@faw.de



Verein zur Förderung der Betrieblichen Eingliederung
 im Handwerk e.V.
 esa-Projektbüro
 ifb - Integrationsfachberater

Integrations-Fachberater
-Uwe Narkus-

Projektkassistentin Sandy Sonnenwald

Die Projekte werden gefördert durch das:
Ministerium für Arbeit, Soziales und Frauenförderung
 des Bundes und der Länder

Geschäftsführer: Klaus Leuchter
 Ilensee 4, 24837 Schierweg
 Tel. 04621-94.00.95, Fax 04621-94.31.29
 Email: leuchter@esa-st.de, ifb@esa-st.de, www.esa-st.de

Mitglied im:
ifb - Integrationsfachberater

Verein zur Förderung der Betrieblichen Eingliederung
 im Handwerk e.V.
 esa-Projektbüro
 ifb - Integrationsfachberater

Modellprojekt „Fachberater“

- Abbau von Vorbehalten
- Schaffung neuer Arbeitsplätze
- Sicherung bestehender Arbeitsplätze

Die Projekte werden gefördert durch das:
Ministerium für Arbeit, Soziales und Frauenförderung
 des Bundes und der Länder

Geschäftsführer: Klaus Leuchter
 Ilensee 4, 24837 Schierweg
 Tel. 04621-94.00.95, Fax 04621-94.31.29
 Email: leuchter@esa-st.de, ifb@esa-st.de, www.esa-st.de

Mitglied im:
ifb - Integrationsfachberater

Verein zur Förderung der Betrieblichen Eingliederung
 im Handwerk e.V.
 esa-Projektbüro
 ifb - Integrationsfachberater

Modellprojekt „Fachberater“

- Förderung der Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben
- Informieren und Beraten der Arbeitgeber über die gesetzlichen Rahmenbedingungen des IX SGB
- Förderungsmöglichkeiten durch das Integrationsamt / der Fürsorgestelle / der Agentur für Arbeit / den Rehabilitationsträger

Die Projekte werden gefördert durch das:
Ministerium für Arbeit, Soziales und Frauenförderung
 des Bundes und der Länder

Geschäftsführer: Klaus Leuchter
 Ilensee 4, 24837 Schierweg
 Tel. 04621-94.00.95, Fax 04621-94.31.29
 Email: leuchter@esa-st.de, ifb@esa-st.de, www.esa-st.de

Mitglied im:
ifb - Integrationsfachberater

Verein zur Förderung der Betrieblichen Eingliederung
 im Handwerk e.V.
 esa-Projektbüro
 ifb - Integrationsfachberater

Die Beratung in den Betrieben sollte

- individuell
- auf die Situation
- auf den Einzelfall

abgestimmt sein.

Die Projekte werden gefördert durch das:
Ministerium für Arbeit, Soziales und Frauenförderung
 des Bundes und der Länder

Geschäftsführer: Klaus Leuchter
 Ilensee 4, 24837 Schierweg
 Tel. 04621-94.00.95, Fax 04621-94.31.29
 Email: leuchter@esa-st.de, ifb@esa-st.de, www.esa-st.de


Mitglied im:
ifb - Integrationsfachberater

Verein zur Förderung der Betrieblichen Eingliederung im Handwerk e. V.
 esa-Projektbüro
 ifb - Integrationsfachberater


Voraussetzung für die Förderung:

- die Agentur für Arbeit als Kostenträger ist zuständig, wenn noch keine 15 Jahre Sozialversicherungspflicht besteht
- bei mehr als 15 Jahre Sozialversicherungspflicht ist die Rentenversicherung als Kostenträger zuständig
- Das Integrationsamt leistet in der Regel nachrangig, also immer dann, wenn zum Beispiel die Agentur oder die Rentenversicherung nicht mehr zuständig sind

Grundsätzlich soll durch eine Förderung eine dauerhafte behinderungsgerechte Beschäftigung des schwerbehinderten Mitarbeiters gesichert werden

Die Projekte werden gefördert durch das:

Ministerium für Arbeit, Soziales und Frauenförderung
 des **Landes Nordrhein-Westfalen**

Geschäftsführer: Klaus Leuchter
 Ilmenau 4, 24837 Schöneweg
 Tel. 04621-94.00.95, Fax 04621-94.31.29,
 Email: leuchter@esa-ih.de, Internet: www.esa-ih.de


Mitglied im:

VdK - Bundesverband

Verein zur Förderung der Betrieblichen Eingliederung im Handwerk e. V.
 esa-Projektbüro
 ifb - Integrationsfachberater


Im Betrieb erstellt der Fachberater ein Anforderungsprofil, welches sich auf den Arbeitnehmer sowie auf den zu besetzenden Arbeitsplatz bezieht.

Im zweiten Schritt wird mit der Agentur für Arbeit bzw. dem IFD Kontakt aufgenommen, um einen passenden Bewerber zu finden.

Wenn die Stelle besetzt worden ist, können dann eventuelle Förderleistungen bei den zuständigen Stellen beantragt.

Die Projekte werden gefördert durch das:

Ministerium für Arbeit, Soziales und Frauenförderung
 des **Landes Nordrhein-Westfalen**

Geschäftsführer: Klaus Leuchter
 Ilmenau 4, 24837 Schöneweg
 Tel. 04621-94.00.95, Fax 04621-94.31.29,
 Email: leuchter@esa-ih.de, Internet: www.esa-ih.de

Mitglied im:

VdK - Bundesverband

Verein zur Förderung der Betrieblichen Eingliederung im Handwerk e. V.
 esa-Projektbüro
 ifb - Integrationsfachberater

Wir leisten Hilfestellung bei der Beantragung von Förderleistungen für den **Arbeitgeber**. Förderleistungen könnten zum Beispiel ein

- Zuschuss oder Darlehen für die Einrichtung des Arbeits- oder Ausbildungsplatzes
- Lohnkostenzuschuss
- Minderleistungsausgleich (Betreuungsaufwand)
- Zuschuss zur Berufsausbildung
- Hilfe zur Gründung oder Erhaltung einer selbstständigen Existenz

sein.

Die Projekte werden gefördert durch das:

Ministerium für Arbeit, Soziales und Frauenförderung
 des **Landes Nordrhein-Westfalen**

Geschäftsführer: Klaus Leuchter
 Ilmenau 4, 24837 Schöneweg
 Tel. 04621-94.00.95, Fax 04621-94.31.29,
 Email: leuchter@esa-ih.de, Internet: www.esa-ih.de


Mitglied im:

VdK - Bundesverband


Verein zur Förderung der Betrieblichen Eingliederung im Handwerk e. V.
 esa-Projektbüro
 ifb - Integrationsfachberater

Was kann gefördert werden?

- Alle Arbeitsmittel, die für die behinderungsgerechte Gestaltung des Arbeitsplatzes notwendig sind
- Kosten für die Gestaltung des barrierefreien Zugangs zur Arbeitsumgebung
- Wartung und Instandhaltung sowie die Anpassung der Arbeitsmittel an den Stand der Technik
- Muss der Gebrauch des technischen Hilfsmittel geschult werden, kann die hierzu notwendige Ausbildung gefördert werden


Die Projekte werden gefördert durch das:

Ministerium für Arbeit, Soziales und Frauenförderung
 des **Landes Nordrhein-Westfalen**

Geschäftsführer: Klaus Leuchter
 Ilmenau 4, 24837 Schöneweg
 Tel. 04621-94.00.95, Fax 04621-94.31.29,
 Email: leuchter@esa-ih.de, Internet: www.esa-ih.de


Mitglied im:

VdK - Bundesverband

Verein zur Förderung der Betrieblichen Eingliederung im Handwerk e. V.
 esa-Projektbüro
 ifb - Integrationsfachberater

Wenn ein Arbeitnehmer durch Unfall / Krankheit einen Grad der Behinderung anerkannt bekommt, wollen Sie wirklich das gesamte Fachwissen gehen lassen?

Die Projekte werden gefördert durch das:

Ministerium für Arbeit, Soziales und Frauenförderung
 des **Landes Nordrhein-Westfalen**

Geschäftsführer: Klaus Leuchter
 Ilmenau 4, 24837 Schöneweg
 Tel. 04621-94.00.95, Fax 04621-94.31.29,
 Email: leuchter@esa-ih.de, Internet: www.esa-ih.de

Mitglied im:

VdK - Bundesverband

Verein zur Förderung der Betrieblichen Eingliederung im Handwerk e. V.
 esa-Projektbüro
 ifb - Integrationsfachberater

Für den **Arbeitnehmer** können wir

- technische Arbeitshilfen (Hebehilfe, höhenverstellbarer Schreibtisch)
- einen Fahrdienst (zwischen Wohnung und Arbeit)
- oder eine Arbeitsassistenz (z.B. Vorleser für sehbehinderte Menschen)

beantragen.

Die Projekte werden gefördert durch das:

Ministerium für Arbeit, Soziales und Frauenförderung
 des **Landes Nordrhein-Westfalen**

Geschäftsführer: Klaus Leuchter
 Ilmenau 4, 24837 Schöneweg
 Tel. 04621-94.00.95, Fax 04621-94.31.29,
 Email: leuchter@esa-ih.de, Internet: www.esa-ih.de

Mitglied im:

VdK - Bundesverband

Verein zur Förderung der Betrieblichen Eingliederung im Handwerk e. V.
 esa-Projektbüro
 ifb - Integrationsfachberater

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!!

Die Projekte werden gefördert durch das:

Ministerium für Arbeit, Soziales und Frauenförderung
 des **Landes Nordrhein-Westfalen**


Geschäftsführer: Klaus Leuchter
 Ilmenau 4, 24837 Schöneweg
 Tel. 04621-94.00.95, Fax 04621-94.31.29,
 Email: leuchter@esa-ih.de, Internet: www.esa-ih.de

Mitglied im:


VdK - Bundesverband

Verein zur Förderung der Betrieblichen Eingliederung im Handwerk e. V.
 esa-Projektbüro
 ifb - Integrationsfachberater

haben Sie Fragen rund um das Thema Eingliederung von Menschen mit Behinderung auf den ersten Arbeitsmarkt? Dann zögern sie nicht und kommen auf mich zu, ich helfe Ihnen gerne weiter!

Die Projekte werden gefördert durch das:

Ministerium für Arbeit, Soziales und Frauenförderung
 des **Landes Nordrhein-Westfalen**

Geschäftsführer: Klaus Leuchter
 Ilmenau 4, 24837 Schöneweg
 Tel. 04621-94.00.95, Fax 04621-94.31.29,
 Email: leuchter@esa-ih.de, Internet: www.esa-ih.de

Mitglied im:

VdK - Bundesverband

Manfred Gehmann

Tarifliche Beschäftigungsverhältnisse für schwerbehinderte Menschen in der Berliner Mosaik-Services Integrationsgesellschaft m.b.H., unter besonderer Berücksichtigung des neuen Standortes Forsthaus Paulsborn¹

In meinem Beitrag berichte ich über innerorganisatorische Kooperationen und interorganisatorische Vernetzungen, die von der Mosaik-Services Integrationsgesellschaft im Rahmen ihrer Bemühungen zur Schaffung und Erhaltung von tariflichen Arbeitsplätzen für schwerbehinderte Menschen gepflegt werden. Im zweiten Teil gehe auf das Forsthaus Paulsborn ein, den neuesten gastronomischen Standort von Mosaik-Services. Zum besseren Verständnis der folgenden Ausführungen gebe ich zunächst einige knappe historische und rechtliche Hinweise. Der heute als „Integrationsfirma“ bezeichnete Betriebstyp entstand Ende der 1970er/Anfang der 1980er Jahre als ungeplante Spätfolge der Psychiatriform. Damit wollte man für die enthospitalisierten ehemaligen Klienten der großen Landeskliniken tarifliche Beschäftigungsmöglichkeiten außerhalb von Werkstätten für behinderte Menschen schaffen. Zwar wohnten die Ex-Patienten nun nicht mehr in der „Anstalt“, sondern in der Gemeinde, aber in vielen Fällen vergrößerte das erzwungene Nichtstun das psychische Leiden. Die anfänglich verwendete Bezeichnung „Firmen für psychisch Kranke“ wurde Mitte der 1990er Jahre in „Integrationsfirmen“ geändert, nachdem man sich zunehmend auch für andere Behinderungsarten geöffnet hatte. Diese Betriebe wurden Ende September 2000 mit dem „Gesetz zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit Schwerbehinderter“ unter dem Begriff „Integrationsprojekte“ in das Sozialrecht aufgenommen und erhielten spezielle Fördermöglichkeiten. Integrationsprojekte werden in § 132, Absatz 1 des SGB IX definiert als

„[...] rechtlich und wirtschaftlich selbständige Unternehmen (Integrationsunternehmen) oder Unternehmensinstitute oder von öffentlichen Arbeitgebern [...] geführte Betriebe (Integrationsbetriebe) oder Abteilungen (Integrationsabteilungen) zur Beschäftigung schwerbehinderter Menschen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, deren Teilhabe an einer sonstigen Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auf Grund von Art oder Schwere der Behinderung oder wegen sonstiger Umstände voraussichtlich trotz Ausschöpfung aller Fördermöglichkeiten und des Einsatzes von Integrationsfachdiensten auf besondere Schwierigkeiten stößt.“

¹ Dieser Text ist das Manuskript eines Vortrags auf dem von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) veranstalteten Workshop „Wege zur frühzeitigen Vernetzung in der Rehabilitation“ am 14./15.2.2012 in Kassel.

Laut Absatz 3 von § 132 des SGB IX muss der Anteil von schwerbehinderten Personen in Integrationsunternehmen mindestens 25 Prozent betragen und „soll in der Regel 50 Prozent nicht übersteigen“. Gegenwärtig gibt es in Deutschland ungefähr 600 Integrationsfirmen, die in einer Bundesarbeitsgemeinschaft organisiert sind.

1 Innerorganisatorische Kooperationen und interorganisatorische Vernetzungen der Mosaik-Services Integrationsgesellschaft

Die Mosaik-Services Integrationsgesellschaft ist ein Bestandteil des Mosaik-Unternehmensverbundes, der im 1965 gegründeten Verein „Das Mosaik“ sein organisatorisches Dach hat. Das Mosaik betreibt heute die zweitgrößte der 17 Werkstätten für behinderte Menschen in Berlin, mit etwa 1500 Werkstattbeschäftigten an mehreren Standorten. Hinzu kommt noch der Förderbereich, das so genannte verlängerte Dach der Werkstatt. Hier arbeiten Personen, die nicht dem Kriterium der Werkstattfähigkeit genügen können, also kein „Minimum an wirtschaftlich verwertbarer Arbeitskraft“ erbringen können. Zum Mosaik-Unternehmensverbund gehören des Weiteren Einrichtungen für betreutes Wohnen für behinderte Menschen sowie der Ökohof Kuhhorst im Brandenburgischen Umland, ein als Werkstatt betriebener Landwirtschaftsbetrieb.

Die Mosaik-Werkstätten gründeten im Februar 1990 ihren ersten Integrationsbetrieb, ein Restaurant in Charlottenburg. Im Verlauf der 1990er Jahre kamen sowohl fünf weitere gastronomische Standorte hinzu als auch die Bereiche Malerei und Gebäudereinigung. Außerdem wurde eine Bäckerei mit angeschlossenem Naturkostladen übernommen. Im Januar 2000 wurden diese Bereiche zur Mosaik-Services Integrationsgesellschaft mbH zusammengesetzt. Mit 240 Beschäftigten ist Mosaik-Services heute das größte der gut 50 Integrationsunternehmen in Berlin und eines der größten in Deutschland. Von den Beschäftigten haben etwa 60 % eine oder mehrere Behinderung/en und 40 % sind nicht behindert. Diese Verteilung entspricht etwa dem Bundesdurchschnitt.²

Die innerorganisatorischen Kooperationsbeziehungen zwischen den Mosaik-Werkstätten und Mosaik-Services eröffnen den behinderten Beschäftigten vielfältige Möglichkeiten für das Lernen nach dem Rotationsprinzip in unterschiedlichen Einsatzbereichen mit unter-

² Das lässt sich mehreren Quellen entnehmen, z.B. Sremming 2004, S. 28; Schneider 2004, S. 32; Semmer 2008, S. 246. Die faktische Aufkraftsetzung der einleitend erwähnten 50-Prozent-Obergrenze wird von den Integrationsfirmen im Zuge ihres Ermessensspielraums toleriert, um einem möglichst hohen Grad der Schwerbehindertenbeschäftigung nicht im Wege zu stehen.

schiedlichen Anforderungen. Wenn ein/e Werkstattbeschäftigte/r sich unterfordert fühlt, kann er oder sie sich auf einem Außenarbeitsplatz ausprobieren. Auf Werkstattaußenarbeitsplätzen arbeiten Werkstattbeschäftigte zwar in einem Betrieb des allgemeinen Arbeitsmarkts, haben aber kein Beschäftigungsverhältnis mit diesem, sondern ihr arbeitsvertragliches Rechtsverhältnis (§ 138 Absatz 1 SGB IX) zur Werkstatt besteht weiter.³ Wenn jemand sich mit einer Tätigkeit auf einem ausgelagerten überfordert fühlt, kann er oder sie entweder an seinen alten Werkstattarbeitsplatz zurückkehren oder aber sich an einem anderen ausgelagerten Arbeitsplatz mit geringeren bzw. anderen Anforderungen erproben. Die Besonderheit des Mosaik-Unternehmensverbundes ist die systematische Nutzung von im Durchschnitt etwa 80 ausgelagerten Werkstattplätzen in den Integrationsbetrieben, um Werkstattbeschäftigten die Gelegenheit zu geben, ihren Leistungsstand soweit zu steigern, bis ihnen eine Übernahme in ein tarifliches Beschäftigungsverhältnis angeboten werden kann. Insofern hier von den Fachleitern ein „training-on-the-job“ praktiziert wird, kommt das Kernprinzip des in den USA ursprünglich für Menschen mit so genannter geistiger Behinderung entwickelten Ansatzes der Unterstützten Beschäftigung zur Anwendung: „Erst platzieren, dann qualifizieren.“ Für eine noch konsequentere Verfolgung dieses Ansatzes reicht allerdings der Personalschlüssel nicht aus. Der Geschäftsführer Frank Jeromin schreibt in seinem Aufsatz *Menschen mit Behinderungen beruflich dauerhaft integrieren. Die Mosaik-Services Integrationsgesellschaft m.b.H.* (2010) über die Verhandlungen zum Umfang der Betreuung:

„Als zu finanzierender Nachweisausgleich wurde gegenüber dem Zuschussgeber, hier in Berlin das Integrationsamt (damals Hauptfürsorgestelle), zunächst nur die erforderliche pädagogische Begleitung und Betreuung thematisiert. Im Rahmen der Psychiatriereform und nach Erfahrungen der ersten Firmenprojekte wurden Betreuungsschlüssel von 1:1 als erforderlich und angemessen angemeldet. Schlussendlich konnte ein Schlüssel von zunächst 1:5, später 1:8 (Sozialpädagogische Betreuung zu Zielgruppenmitarbeiter) verhandelt werden.“ (ebd., S. 58 f.)

Die überwiegende Mehrheit der Personen auf ausgelagerten Werkstattplätzen an den Standorten von Mosaik-Services wurde aus Mosaik-Werkstätten rekrutiert, aber eine Minderheit kommt auch aus anderen Werkstätten aus Berlin und Brandenburg. Auf der Grundlage der dabei erzielten Erfolge wurde Mosaik-Services in der letzten vom Bundes-

³ In herkömmliche Betriebe ausgelagerte Werkstattarbeitsplätze gibt es seit den frühen 1970er Jahren (Hooser & Klosterkötter 1972, S. 106). Die rechtliche Grundlage dafür wurde mit der Werkstättenverordnung aus dem Jahr 1980 gelegt (§ 5, Absatz 4). Für das Jahr 2006 wurde die Zahl der ausgelagerten Werkstattplätze auf etwa 6000 geschätzt. Ihr Anteil an der Gesamtheit der seinerzeit Werkstattplätze betrug Prozent (SGB 2008, S.).

ministerium für Arbeit und Soziales in Auftrag gegebenen Werkstattstudie (SGB 2008) in den Berichtsteil C „Beispiele guter Praxis“ für das Bundesland Berlin ausgewählt (Gehrmann, König & Momper 2008, S. 349-352). Nach den Erfahrungen bei Mosaik-Services müssen Werkstattbeschäftigte für die Übernahme in ein tarifliches Beschäftigungsverhältnis einen Leistungsstand von etwa 60 % eines durchschnittlichen nicht behinderten Beschäftigten erreichen (ebd., 349).⁴ Die Personen, denen dieser Statuswechsel bis 2006 gelang, schafften dies im Durchschnitt binnen 21 Monaten (ebd., S. 351) Im November 2011 erhielt Mosaik-Services den von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsfirmen vergebenen Freudenberg-Preis als bundesweit diejenige Integrationsfirma, die den größten Beitrag zum Übergang von Werkstattbeschäftigten auf den allgemeinen Arbeitsmarkt leistet. Zwischen Anfang 1990 und Juli 2011 wurden hier insgesamt 42 Werkstattbeschäftigte in tarifliche Arbeits- und Ausbildungsplätze in den Integrationsbetrieben übergeleitet (Jeromin 2011).

Alle von Mosaik-Services aufrechterhaltenen interorganisatorischen Vernetzungen näher zu behandeln würde den hier vorgegebenen zeitlichen Rahmen sprengen. So können hier einige Mitgliedschaften nur aufgelistet werden: im Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband, in der Berufsgenossenschaft, in der Industrie- und Handelskammer, sowie in der Berliner Landesarbeitsgemeinschaft der Integrationsfirmen und in deren Bundesarbeitsgemeinschaft. Auf drei interorganisatorische Vernetzungen gehe ich im Folgenden etwas näher ein.

Unter diesem Gesichtspunkt ist insbesondere die Zusammenarbeit mit dem Integrationsamt hervorzuheben. Jeromin schreibt dazu: „Zusammenfassend stellt sich das Integrationsamt Berlin seit Jahren als einziger zuverlässiger Finanzierungspartner unseres Integrationsunternehmens dar.“ (2010, S. 59) Wie alle anderen Integrationsprojekte erhält Mosaik-Services auf der Grundlage von § 134 des SGB IX finanzielle Leistungen „für Aufbau, Erweiterung, Modernisierung und Ausstattung einschließlich einer betriebswirtschaftlichen Beratung und für besonderen Aufwand“. Weitere mögliche finanzielle Zuwendungen ergeben sich aus § 27 der Schwerbehindertenausgleichsabgaben-Verordnung über den Minderleistungsausgleich. Auf der letzteren gesetzlichen Grundlage sowie auf der von § 132 SGB IX fördert

⁴ Diese für Mosaik-Services geltende Richtschnur liegt knapp unterhalb der bundesweit genannten. Der seinerzeitige Vorsitzende der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsfirmen Anton Senner schreibt in seinem Aufsatz *Integrationsbetriebe* (2008), dass diese von ihren behinderten Beschäftigten ein Maß an Leistung fordern, das „im Durchschnitt 60 bis 70 % einer normalen Leistungsfähigkeit beträgt“ (ebd., S. 244).

Die dritte Vernetzung von Mosaik-Services ist die aufgrund des Schwerpunktes in der Gastronomie nahe liegende Mitgliedschaft im Berliner Landesverband des Deutschen Hotel- und Gaststättenverbandes e.V. (DeHoGo). Diese Mitgliedschaft bietet zum einen den Vorteil der Nähe zu aktuellen Informationen über Entwicklungen in der Branche und zum anderen können die Chancen für eine Vermittlung von behinderten Beschäftigten in herkömmliche Betriebe erhöht werden. Allerdings kommt ein solcher Übergang nur sehr selten vor, denn Mosaik-Services gehört zu der kleinen Minderheit der Betriebe im Berliner Gastgewerbe, die Tariflöhne bezahlen.⁵ Der Grad der organisierten Interessenvertretung ist im Gastgewerbe traditionell gering. Die Gewerkschaft hat einen schlechten Stand und es gibt nur in einigen Großbetrieben einen Betriebsrat. Die Bindung der einzelnen Betriebe an die vorhandenen Tarifverträge nimmt immer noch weiter ab. Dazu trägt nicht zuletzt bei, dass die DeHoGo in Berlin zu den sieben Landesverbänden gehört (neben den neuen Bundesländern und Hamburg), die eine Mitgliedschaft ohne Tarifbindung anbietet, eine so genannte OT-Mitgliedschaft (Pohl 2007, S. 64 f.). Die schwerbehinderten Beschäftigten an den gastronomischen Standorten von Mosaik-Services können sich bei einem Wechsel in einen herkömmlichen Berliner Betrieb unter dem Gesichtspunkt ihrer Entlohnungsbedingungen also fast nur verschlechtern. Bundesweit liegt die Quote der Übergänge aus Integrationsfirmen in herkömmliche Betriebe des allgemeinen Arbeitsmarkts bei etwa drei Prozent (Schwendy & Senner 2005, S. 306). Im Gastgewerbe dürfte diese Quote unterhalb dieses Durchschnitts liegen, denn es hat seit Jahrzehnten den niedrigsten Anteil an Schwerbehindertenbeschäftigung aller Branchen.⁷

2 Der neue Standort Forsthaus Paulsborn

⁵ Laut dem zuständigen Berliner Sekretär der Gewerkschaft „Nahrung Genuss Gaststätten“ (NGG) Sebastian Riesner „hält sich lediglich ein Bruchteil der 10.500 Branchenbetriebe an den Tarifvertrag, der Stundenlöhne ab 8,10 Euro vorsieht“ (Pezei 2012).
⁷ Im Herbst des Jahres 1953 hatte nach Angaben der damaligen Bundesanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung das Gaststättengewerbe mit 1,7 % die zweitniedrigste Quote bei der Besetzung der Pflichtplätze für Schwerbeschädigte vor dem Abschluss der Freigewerbe mit 1,3 %, das heute nicht mehr separat gezählt wird (nach Albert 1956, S. 179). Die neueste verfügbare Statistik zur Pflichtquote von der Bundesagentur für Arbeit bezieht sich auf das Jahr 2008. Das Gastgewerbe hatte mit 2,5 % die zweitniedrigste Ist-Quote hinter der vernachlässigbar kleinen „Branche“ „Private Haushalte, Externe Organisationen und Körperschaften“. Quelle: <http://www.pab.arbeitsagentur.de/hst/services/statistik/detail/b.html?call=1>. Arbeitgeber nach ausgewählten Merkmalen und Wirtschaftszweigen der WZ 2008. Statistik aus dem Anzeigerwagen gemäß § 80 Absatz 2 SGB IX. Zugriff am 11.8.2010.

das Integrationsamt darüber hinaus die seit Mitte der 1990er Jahre betriebenen Anstrengungen von Mosaik-Services, Ausbildungsplätze für schwerbehinderte Jugendliche zu schaffen. Gemeinsam wurde im Jahr 2003 die „Ausbildungsinitiative“ initiiert. Dahinter stand und steht ein gemeinsam geteilter Wertebegriff: Die Verbesserung der Ausbildungssituation von schwerbehinderten Jugendlichen. Zwischen 1995 und Ende 2011 wurden von Mosaik-Services insgesamt 182 Ausbildungsplätze geschaffen. 111 Auszubildende haben die Ausbildung bestanden, davon 69 mit und 42 ohne Behinderung. Insgesamt gab es 36 Abbrüche, zwei Drittel von ihnen kamen von behinderten Auszubildenden. Ende 2011 befanden sich 35 Personen in Ausbildung, davon 25 mit einer Behinderung. Die demografische Entwicklung mit dem Nachrücken geburtschwacher Jahrgänge hat zwei Folgen für unsere Ausbildungsarbeit: Zum einen sinkt die Zahl der Bewerber/innen und zum anderen steigt die Nachfrage nach den fertig ausgebildeten Absolventen, insbesondere im Gastgewerbe.

Die zweite Vernetzung ist die Kooperation mit der Arbeitsverwaltung. Diese gewährt bei Neueinstellung von arbeitslosen Schwerbehinderten sowie bei Überleitungen aus Werkstattbetriebe und degressive Eingliederungszuschüsse zu den Lohnkosten. Leider bestreitet die Arbeitsverwaltung in unregelmäßigen Abständen immer mal wieder die Rechtmäßigkeit von längerfristigen Außenarbeitsplätzen in Integrationsunternehmen. Das ist für uns schwer nachvollziehbar, denn von der Gesamtheit aller ausgelagerten Werkstattplätze ist nur ein knappes Zehntel mit dem Ziel der Überleitung verbunden (SGB 2008, S. 123). Zudem werden dauerhafte Außenarbeitsplätze mittlerweile nicht mehr nur toleriert, sondern sind legalisiert. Mit dem im Dezember 2008 in Kraft getretenen „Gesetz zur Einführung Unterstützter Beschäftigung“⁵ wurden im Artikel 5 über Änderungen des SGB IX dessen § 136 über „Begriff und Aufgaben der Werkstatt für behinderte Menschen“ dem Absatz 1 die Sätze hinzugefügt: „Zum Angebot an Berufsbildungs- und Arbeitsplätzen gehören ausgelagerte Plätze auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Die ausgelagerten Arbeitsplätze werden zum Zwecke des Übergangs und als dauerhaft ausgelagerte Plätze angeboten.“ Da Integrationsprojekte anerkanntermaßen Teil des allgemeinen Arbeitsmarkts sind, treffen diese Bestimmungen auch auf sie zu. Die Erfahrungen bei Mosaik-Services zeigen, dass in Einzelfällen erst nach fünf oder mehr Jahren auf Außenarbeitsplätzen ein hinreichend hohes Leistungslevel für einen Wechsel in eine tarifliche Beschäftigung erreicht wird. Die oben genannten 21 Monate sind ja nur ein abstrakter Durchschnittswert.

⁵ Vgl. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2008, Teil I Nr. 64, S. 2961.

nstadt. Wer bei uns übermachtet, sucht eher Abgeschlossenheit und Ruhe und trägt damit nicht zuletzt zur Auslastung des Restaurants bei, wenn er oder sie abends „vor Ort“ bleibt. Der Bereich Housekeeping wurde zunächst von der Mosaik-eigenen Gebäudereinigungs-firma bedient. Er hat sich von diesem noch innerhalb des ersten Geschäftsjahres abge-nabelt und arbeitet als sich selbst tragender Bereich mit ausschließlich behinderten Beschäf-tigten (drei bis vier zu tariflichen Bedingungen und ein Werkstattbeschäftigter). Dass das Housekeeping-Team nach dem Gebäudereiniger-tarif von gut acht Euro pro Stunde bezahlt wird, ist insofern bemerkenswert, als sich hieran schlaglichtartig eine Besonderheit von Integrationsfirmen aufzeigen lässt. Die herkömmlichen Hotels haben nämlich die Zimmer-reinigung mittlerweile fast flächendeckend an Fremdfirmen vergeben, die wiederum an keinen Tarif gebunden sind und ihren Beschäftigten keine Existenzsichernden Löhne zah-len. Die Spitze des Eisberges wurde sichtbar, als die Hamburger Boulevardadresse den Fall eines Zimmermädchens skandalisierte, das in einem Fünf-Sterne-Hotel für einen Stunden-lohn von unter zwei Euro Zimmer reinigte, die für anschließend für 350 Euro die Nacht vermietet wurden.⁹ In Berlin werden viele Hotelzimmer von einer Dienstleistungs-firma ge-reinigt, über die das Nachrichtenmagazin *Der Spiegel* unter der Überschrift „Enthusiasmus für 3,56 Euro“ berichtete (Heft 25/2009 vom 15. Juni, S. 81). Die Zimmermädchen erhal-ten 2,71 Euro die Stunde und dürfen als eine Art Ausgleich dafür den Pfand für die leeren Flaschen aus der Minibar behalten, wenn sie diese zum Getränke-markt bringen. Wegen ihres geringen Verdienstes beziehen fast alle von ihnen Lohnzusatzleistungen von der Ar-beitsagentur. Die gut 30 integrativen Übermachtungsbetriebe in Deutschland und die fünf in Berlin verzweigten demgegenüber auf die Gewinne, die mit diesem „Outsourcing“ erzielt werden, um die Arbeitsplätze in der Zimmerreinigung für schwerbehinderte Menschen zu-gänglich zu machen bzw. zu halten.

Das Berliner Integrationsamt fördert im Forsthaus Paulsborn ein dreijähriges Modellprojekt, in dem zwölf Werkstattbeschäftigte auf Außenarbeitsplätzen mit Blick auf den allgemeinen Arbeitsmarkt qualifiziert werden. Zwei der Beschäftigten im Housekeeping-Team des Forst-hauses haben den Sprung vom Werkstattstatus auf einem ausgelagerten Arbeitsplatz in ein tarifliches Beschäftigungsverhältnis geschafft. Ein weiterer Werkstattbeschäftigter schied nach erfolgreicher Ausbildung zum Bekoch auf eigenen Wunsch aus. Die Zahl zwölf wur-de über die drei Jahre gesehen mit bislang 17 Personen überschritten, jedoch waren und

⁹ Vgl. zu diesem Fall und den Arbeitsbedingungen in dieser Branche ausführlicher den Aufsatz von Achim Vanselow *Immer noch verloren und vergessen – Zimmerreinigungskräfte in Hotels* (2007).

Ende des Jahres 2008 übernahm Mosaik-Services das Forsthaus Paulsborn, das mit dem neuen Werbe-Motto „Wild im Wald seit 1871“ auf seine bis ins späte 19. Jahrhundert zurückreichende Tradition verweist. Dieses kleine Hotel (elf Zimmer mit 25 Betten) und das dazugehörige Restaurant mit großem Garten weisen eine für eine Großstadt untypi-sche Lage auf: inmitten eines Waldes und mit direktem Blick auf den Grunewaldsee. Nur 200 Meter entfernt befindet sich das gleichzeitige von Mosaik-Services gastronomisch über-nommene Jagdschloss Grunewald. Nach einer aufwändigen Instandsetzungsphase erfolgte im April 2009 die Neueröffnung des Forsthauses als neuer Standort des Integrationsun-ternehmens. Damit betreten wir das für uns neue Geschäftsfeld der Übermachtungsdienst-leistungen. Für die Leitung wurden zwei nicht behinderte Hotelfachkräfte eingestellt, au-ßerdem als nicht behindertes Personal ein Technischer Leiter, ein Kellner und zwei Köche. Arbeitsplätze für schwerbehinderte Menschen gibt es an diesem Standort in der Zimmer- und Gebäudereinigung (dem Housekeeping), in der Küche, im Service sowie im Hauswar-tis-, Garten- und Außenbereich. In diesen Bereichen wurden 15 Personen mit verschiede-nen Behinderungen zu tariflichen Bedingungen eingestellt, die zuvor alle arbeitslos waren.

Zwei Personen wurde aus anderen Standorten von Mosaik-Services auf eigenen Wunsch an diesen neuen Standort versetzt. Zwei der 15 Stellen befinden sich im Museumshof des Jagdschlusses. Dort wurde 2011 zusätzlich eine Ferienwohnung eröffnet. Der Schritt in die Übermachtungsbranche war kein geringes Risiko, denn Berlin gilt unter Fachleuten als der härteste Hotelmarkt der Welt.⁸ Der seit 2003 anhaltende Tourismus-Boom, dessen Ende nicht absehbar ist, hat zu einer ähnlichen „Goldgräber-Mentalität“ geführt, wie sie in den ersten Jahren nach der deutschen Wiedervereinigung 1990 im Hin-blick auf die Errichtung neuer Bürogebäude zu verzeichnen war. Obwohl die vorhandenen Betten nur etwa zur Hälfte ausgelastet sind, werden immer neue Hotels und Hostels gebaut und eröffnet. Der vor allem durch die großen Hotelketten vorangetriebene enorme Konkur-renzkampf wird in erster Linie über den Zimmerpreis ausgeglichen, und diesem fallen am ehesten kleine Privatbetriebe zum Opfer. Vor diesem Hintergrund ist die Zimmerauslastung im Forsthaus mit zwischen 50 und 60 % sehr zufriedenstellend. Wir haben in erster Linie Geschäftsleute als Stammkunden. Aufgrund der abseitigen Lage und der fehlenden Anbin-dung an den öffentlichen Personennahverkehr ziehen wir nicht die typischen Berlin-Touristen an. Diese bevorzugen mit ihrem Interesse an Sightseeing ein Quartier in der In-

⁸ Diese Einschätzung äußerte Christian Tanzler, der Sprecher von Berlin Tourismus-Marketing, ge-genüber der taz (Pezza 2012).

sind hier keine zwölf Werkstattbeschäftigten gleichzeitig tätig. Trotz kontinuierlicher Wer-bemaßnahmen für diesen Standort in allen Mosaik-Werkstätten hält sich der Andrang von Werkstattbeschäftigten in Grenzen. Die Hauptursachen dafür sehen wir zum einen in den ungünstigen Arbeitszeiten, die für alle gastronomischen Standorte gelten, und zum ande-ren in der abseitigen Lage. Diese wird noch durch die nicht vorhandene Anbindung an den öffentlichen Personennahverkehr erschwert. Seit die Buslinie über den Hüttenweg vor eini-gen Jahren eingestellt wurde, ist das Forsthaus nur mit dem Auto erreichbar oder nach einem halbstündigen Fußweg von der nächsten U-Bahn-Station. Zwar wird ein Shuttle-Service vorgehalten, der die Beschäftigten, die kein Auto haben, was auf alle Werkstattbe-schäftigten zutrifft, von der U- oder S-Bahn abholt und sie dort nach Feierabend wieder hinbringt. Dieser Fahrdienst kann jedoch den Standortnachteil nicht völlig ausgleichen. Unter dem Gesichtspunkt des Themas dieses Workshops – der frühzeitigen Vernetzung – ist die Kooperation des Forsthauses mit sechs Förderschulen in der näheren Umgebung hervorzuheben. In den knapp drei Jahren bis heute haben 15 Schüler/innen in zwei- bis vierwöchigen Praktika im Forsthaus das Gastgewerbe als ein mögliches Arbeitsfeld aus eigener Anschauung und Erfahrung kennen gelernt. Fast alle äußerten nach dem Ende ihres Praktikums den Wunsch, nach dem Abschluss ihrer Schulausbildung ins Forsthaus zurückzukehren. Die Praktika von Schüler/innen/n kann man als eine Art von Investition in die Zukunft betrachten, da hieraus nach Beendigung der Schulzeit Ausstellungsverhältnisse oder Beschäftigungsverhältnisse werden können. Wie viele von ihnen sich nach dem Ende ihrer Schulzeit an das Forsthaus erinnern werden, bleibt abzuwarten. Bildung haben zwei Absolventinnen einer integrativen Berufsschule, die eine intellektuelle Beeinträchtigung haben, nach einem vierwöchigen Praktikum in der Küche dort im direkten Anschluss den betriebsintegrierten Berufsbildungsbereich begonnen. Durch die Schülerpraktika wird das Forsthaus an den Sonder- bzw. Förderschulen mit dem Schwerpunkt geistige Entwicklung allmählich bekannt, wenn Schüler/innen/n anschließend ihren Mitschüler/innen/n davon er-zählen. Diese Bemühungen liegen auf der Linie des in den letzten Jahren von der Sozialpo-litik verstärkt geäußerten Wunsches nach einer „vertieften Berufsorientierung“ an Sonder- bzw. Förderschulen, die nicht nur die Werkstatt als quasi-natürlichen „Bestimmungsort“ der Absolvent/innen/n im Blick hat. Damit soll der seit vielen Jahren beklagte Automatismus des Übergangs aus der Sonderschule in die WfbM aufgebrochen werden.¹⁰ Dies ist z.B. eines

¹⁰ Walter Straßmeier beschreibt den Übergang so: „Der Weg von der Schule in das Berufs- und Arbeitsleben verläuft bei Menschen mit geistiger Behinderung überwiegend auf einer breiten Ein-

der Themen in den Diskussionen und Verhandlungen auf den Arbeits- und Sozialminister-konferenzen (ASMK) über die Reform der Eingliederungshilfe.¹¹ Die Frühzeitigkeit der Ver-netzung zwischen dem Forsthaus Paulsborn und den umliegenden Förderschulen bezieht sich also auf den Lebenslauf bzw. die Biografie der Schüler/innen. Einer der Gründe für die „Einbahnstraße“ in die Werkstatt liegt in den personenbezogenen sozialen Netzwerken der Sonderschulabsolventen. Ein häufiges Motiv für den Übergang in die Werkstatt besteht darin, dass dort bereits Freunde oder Geschwister arbeiten (ISB 2008, S.). Erst allmählich verliert dieser Übergang auch aus Sicht der Absolventinnen an Selbstverständlichkeit. Vor allem Schulabgänger/innen mit einer integrativen Schullaufbahn lehnen den Gang in einer Sondereinrichtung wie die Werkstatt für sich als Rückschritt ab. Wie das Beispiel der oben erwähnten Schwestern zeigt, können Werkstattarbeitsplätze in einer Integrationsfirma eine stigmatisierte Alternative bieten. Entscheidend für die Alltagskommunikation unter Gleichaltrigen ist nicht der formale Werkstattstatus, sondern die Tatsache, dass man in ei-nem normalen Betrieb arbeitet, der vom äußeren Anschein her nicht als Sondereinrichtung erkennbar ist.

Zitierte Literatur

ALBERT, Wolfgang: 1956. Lösung des Schwerbeschäftigtenproblems durch Arbeit. Be-trachtungen zur Resozialisierung Körperbehinderter, Berlin (Duncker & Humblot)
 GEHRMANN, Manfred: 2007. Werkstattaußenarbeitsplätze in Integrationsunternehmen als Weg auf den allgemeinen Arbeitsmarkt, Berlin (Gutachterliche Stellungnahme im Auf-trag der Mosaik-Services Integrationsgesellschaft mbH; Manuskript)
 -, Ferdinand (KÖNIG & DIK MÜLLER, 2008, Beispiele guter Praxis, Berichtsteil C in: ISB 2008, S. 325-385
 HAASER, Albert & Werner KLOSTERKÖTTER: 1972. Sozialmedizinische Probleme der Werk-stätten für Behinderte, Teil A in: Institut für Sozialrecht, Die Werkstatt für Behinderte. Ein interdisziplinärer Beitrag zur Rehabilitation der Behinderten, Bochum (Ruhr-Universität Bochum), S. 10-129
 ISB – Gesellschaft für Integration, Sozialforschung und Betriebspädagogik gGmbH, 2008. Entwicklung der Zugangszahlen zu Werkstätten für behinderte Menschen, Berlin (For-schungsbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung; als PDF-Datei unter:
http://www.bmas.de/Contentmedia/generator/29700/3383_forschungsbericht.html)

bahnstraße: 96 % der Schüler der Werkstätte kommen in die Werkstatt für behinderte Menschen, die übrigen vier Prozent verteilen sich auf Förderstätten und den alternativen Arbeitsmarkt.“ (2002, S. 274)

¹¹ Über den aktuellen Stand berichten Klaus Peter Lohest & Wolfgang Schoepfer in ihrem Aufsatz „Leben wie alle – mittendrin von Anfang an“ Der ASMK-Prozess: von der Institutionen- zur perso-nenorientierten Eingliederungshilfe (2010).

JEROMIN, 2010, Menschen mit Behinderungen beruflich dauerhaft integrieren. Die Mosai-
 ik-Services Integrationsgesellschaft m.b.H., in: J. Waller & D. Basener (Hg.), Mitten im
 Arbeitsleben. Werkstätten auf dem Weg zur Inklusion, Hamburg (53 Grad Nord Agen-
 tur und Verlag), S. 49-63
 -, 2011, Bewerbungsschreiben für den Freudenberg-Preis, Berlin (Manuskript)
 LOHSE, Klaus Peter & Wolfgang SCHOEPFLER, 2010, „Leben wie alle – mittendrin von
 Anfang an“. Der ASMK-Prozess: von der institutionen- zur personenzentrierten Einglie-
 derungshilfe, in: Archiv für Wissenschaft und Praxis der Sozialen Arbeit, 41, S. 24-34.
 PEZZELI, Kriszina, 2012, Viele Betten verderben den Preis, in: *die tageszeitung* vom 3. Ja-
 nuar, S. 22
 POHL, Gerd, 2007, Tariflose Zustände und Tariferosion. Erfahrungen aus dem Gastge-
 werbe, in: R. Bispinck (Hg.), Wohin treibt das Tarifsystem?, Hamburg (VSA), S. 61-67
 SCHNEIDER, Michael, 2004, Von der Selbsthilfeirma zum Integrationsprojekt. Zur För-
 derpraxis bei Integrationsunternehmen gem. §§ 132 ff. SGB IX am Beispiel von West-
 falen-Lippe, in: Behindertenrecht, 43, S. 32-38
 SCHWENDY, Arnd & Arvon SENNER, 2005, Integrationsprojekte – Formen der Beschäfti-
 gung zwischen allgemeinem Arbeitsmarkt und Werkstatt für behinderte Menschen, in:
 R. Bieker (Hg.), Teilhabe am Arbeitsleben. Wege der beruflichen Integration von Men-
 schen mit Behinderung, Stuttgart (Kohlhammer), S. 296-312
 SENNER, Arvon, 2008, Integrationsbetriebe, in: H. Mecklenburg & J. Storck (Hg.), Hand-
 buch berufliche Rehabilitation. Wie psychisch kranke Menschen in Arbeit kommen und
 bleiben, Bonn (Psychiatrie-Verlag), S. 244-251
 STRASSMEIER, Walter, 2002, Nach der Schule – was dann? Der Übergang von der Werk-
 stätte in den beruflichen Bereich, in: Zeitschrift für Heilpädagogik, 7, S. 272-278
 STREMMING, Claudia, 2004, Praxistauglichkeit von Integrationsunternehmen aus öko-
 nomischer Sicht, in: Behindertenrecht, 43, S. 28-31
 VANSELOW, Achim, 2007, Immer noch verloren und vergessen – Zimmerreinigungskräfte in
 Hotels, in: G. Bosch & C. Weinkopf (Hg.), Arbeiten für wenig Geld. Niedriglohnbeschäfti-
 gung in Deutschland, Frankfurt/M. (Campus), S. 211-248

Wege zur frühzeitigen Vernetzung in der Rehabilitation am 14./15. Februar 2012 in Kassel

Erfolgreiche Vernetzung auf dem Weg (zurück) zur beruflichen Integration

Begleitende Fallbetreuung während stufenweiser Wiedereingliederung und Nachsorge / Stärke durch Vernetzung

Volker Faath, Jürgen Neubauer
 Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz

Inhaltsverzeichnis

1. Begleitende Fallbetreuung während stufenweiser Wiedereingliederung und Nachsorge

2. Stärke durch Vernetzung

Wege zur frühzeitigen Vernetzung in der Rehabilitation am 14./15. Februar 2012 in Kassel

I. Stufenweise Wiedereingliederung - Begriff und Zielsetzung

- Stufenweise Wiedereingliederung dient dazu
 - arbeitsunfähige Versicherte
 - nach länger andauernder, schwerer Krankheit
 - schrittweise
 - an die vollen Arbeitsbelastung
 - am bisherigen Arbeitsplatz heranzuführen
- Regelmäßig wenige Wochen
- weitere Zahlung des Übergangsgeldes während der Arbeitsunfähigkeit

Vorteil: arbeitsunfähige Arbeitnehmer bekommen die Möglichkeit

- eigene berufliche Belastung kennen zu lernen
- Selbstsicherheit wiederzugewinnen
- Überforderungsängsten und Rückfallängsten vorzubeugen

Wege zur frühzeitigen Vernetzung in der Rehabilitation am 14./15. Februar 2012 in Kassel

Rechtliche Entwicklung

- **bis 30.06.2001** Leistung der Krankenversicherung nach § 74 SGB V
- **ab 01.07.2001** Ausweitung der Zuständigkeit auf alle Leistungsträger (§ 28 SGB IX)
 Deutsche Rentenversicherung – STWG zeitgleich mit einer medizinischen Rehabilitationsleistung
- **ab 01.05.2004** Gesetzliche Regelung zur **Weiterzahlung** von Übergangsgeld (§ 51 Abs. 5 SGB IX)

Wege zur frühzeitigen Vernetzung in der Rehabilitation am 14./15. Februar 2012 in Kassel

Zugangskriterien aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung

- Erforderlichkeit wird während der medizinischen Rehabilitation festgestellt
- Rehabilitand wird arbeitsunfähig entlassen
- Wiedereingliederung erfolgt im **unmittelbaren** Anschluss an die Rehabilitation (bisher in der Regel innerhalb von 14 Tagen nach Ende der medizinischen Leistung)
- Reha-Einrichtung nimmt konkrete Einleitung vor (Stufenplan)
- Zustimmung aller Beteiligten (Rehabilitand, Arbeitgeber) liegt vor

Quelle: Dr. W. Bürger fbg 2011

Abgeschlossene Maßnahmen der stufenweisen Wiedereingliederung in Zuständigkeit der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz

Jahr	abgeschlossene Maßnahmen
2005	386
2006	623
2007	922
2008	1007
2009	965
2010	1087

Quelle: Dr. W. Bürger fbg 2011

Forschungsprojekt der DRV Bund mit Beteiligung der DRV Bund*, Nord* und RLP*

Quelle: Dr. W. Bürger fbg 2011

- Projektlaufzeit: 1. April 2006 bis 31. Mai 2008
 - Analysen von Routinedaten der RV-Träger (N>141.000 Versicherte in über 1080 Reha-Einrichtungen, < 60 Jahre, die zwischen 1. Juni 2004 bis 30. Juni 2006 AU, aber vollschichtig belastbar aus medizinischer Reha entlassen wurden, d.h. für STW in Frage kommen)
 - Fragebogenerhebung Rehabilitanden (N=6300) (evtl. STW lag mindestens 12 Monate zurück), Gruppen mit und ohne STW sowie mit und ohne Empfehlung zur STW (STWE)
- Einzigartige umfassende Datenbasis zu STW zu Lasten der DRV (und der Krankenkassen)

Quelle: Dr. W. Bürger fbg 2011

Ergebnisse der Analysen

- STW sind insgesamt wirksam und kosteneffektiv, d. h. es macht Sinn, STW zu fördern
- Abbrecher haben ungünstige Prognose
- fehlende Betreuung und Unterstützung der Versicherten während Verfahren
- **Ein Lösungsansatz:**
- **STW mit begleitender Nachsorge**

Quelle: Dr. W. Bürger fbg 2011

Bewertung der Betreuung während STW als unzureichend (N>1686)

Kategorie	% Betreuung zu wenig
Betreuung Krankenkasse	34%
Betreuung Betriebsversicherung	42%
Betreuung Personalberatung	34%
Betreuung Betriebs- u. Personalrat	32%
Betreuung Vorgesetzter	32%
Schwerbehindertenvertretung	42%
Betreuung Betriebsarzt	32%
Betreuung niedriger Arzt	24%

Quelle: Dr. W. Bürger fbg 2011

Innovatives Modellkonzept der begleitenden Nachsorge bei STW DRV RP

- DRV RLP seit 2/2007: Implementierung eines innovativen Modellkonzeptes einer begleitenden Nachsorge durch die Reha-Einrichtung während der STW zu Lasten der Rentenversicherung
- **Zielsetzungen für Modellprojekt:**
 - Defizit der fehlenden Betreuung und entsprechendem Versichertenbedürfnis entsprechen
 - Minimierung der Zahl der Abbrecher durch Betreuungsangebot
 - Verbesserung der Wiedereingliederungsverläufe insbesondere von Risikogruppen

Quelle: Dr. W. Bürger fbg 2011

Begleitende Fallbetreuung während stufenweiser Wiedereingliederung als Nachsorgeleistung nach § 31 SGB VI

Patienten mit

- erkennbaren Problemen am Arbeitsplatz
- Diskrepanz zwischen eigener und ärztlicher Leistungseinschätzung
- Ambivalenter Motivationslage

Begleitende Fallbetreuung während stufenweiser Wiedereingliederung

Begründung und Empfehlung durch Leitenden Arzt der Reha-Einrichtung

Vergütungsfähige Leistungen

- Einzelgespräche mit Patienten und Betriebsangehörigen (C-041)
- Orientierende Sozialberatung einzeln (D-010)
- Beratung: Stufenweise Wiedereingliederung inkl. Kontakt zu beruflichem Umfeld (D-034)
- Beratung: Arbeitsplatzbesuch/Dienstgang (D-035)

Vergütungsfähiger Umfang

- Bis zu 4 Kontakteinheiten während STWG von jeweils max. 50 – 60 Minuten
- auch Teilkontakteinheiten möglich
- pro Kontakt 44 EUR

Quelle: Dr. W. Bürger fbg 2011

Wissenschaftliche Begleitforschung (seit Mitte 2008)

Methoden

- Analyse Entwicklung Fallzahlen bei DRV Rheinland-Pfalz
- Interviews mit Chefarzten und Sozialarbeitern in 15 Einrichtungen mit substantiellen STW Zahlen (mit und ohne begleitender Nachsorge) (10/11 2008)
- einmalige katamn. Befragung von Versicherten (Mitte 2009) mind. ein Jahr nach ihrer STW
- Versicherten mit Nachsorgebegleitung (N=61) vs. parallelisierter KG ohne begleitende Nachsorge (N=61)
- Rücklaufquote: 53% (N=65)

Quelle: Dr. W. Bürger fbg 2011

Ergebnisse: Implementierung

- **Analysen der Fallzahlentwicklungen, Interviews mit Vertretern (Chefärzten, Sozialarbeiter) von Einrichtungen mit und ohne begleitende Nachsorge**
- Zögernde Fallzahlentwicklungen (N=61), nur einzelne Einrichtungen setzen Konzept mit substantiellen Fallzahlen um (85% in 3 Kliniken, 2 x Psychosomatik, 1 x Orthopädie)
- Durchgängig positive Bewertungen der Sinnhaftigkeit des Konzeptes und der Vergütungen bei allen Befragten
- Personalengpässe behindern Einleitung und Durchführung der STW und der Nachsorge, zusätzliches Personal für Nachsorge aufgrund geringer Fallzahlen bei nur einem Träger nicht lohnend
- Einrichtungen benötigen für Implementierung detailliertere Hinweise für Durchführung und Organisation (Bekanntmachung alleine reicht nicht)

Quelle: Dr. W. Bürger Ibg 2011

Zusammenfassung

- Verfahren wird von Versicherten und Anwendern (Reha-Kliniken) als hilfreich und sinnvoll bewertet
- Betreuung unterstützt Steuerung des Ablaufs und die Organisation, vermittelt Anregungen für begleitende Unterstützung durch andere Hilfsangebote vor Ort
- Hinweise auf positive Effekte auch ohne detaillierte konzeptionelle Ausgestaltung des Betreuungsangebotes
- Implementierung auch wegen geringer Fallzahlbasis (nur DRV RLP) noch unzureichend
- Initiative zu einer verbreiteten bundesweiten Umsetzung mit anderen RV-Trägern 2011 gescheitert
- Manual für FB in anderem Projekt mit Abhängigkeitskranken in Vorbereitung (Kooperation mit AQMS – Abteilung für QM und Sozialmedizin - FR Prof. Jäckel)

Quelle: Dr. W. Bürger Ibg 2011

Inhaltsverzeichnis

- Begleitende Fallbetreuung während stufenweiser Wiedereingliederung und Nachsorge**
- Stärke durch Vernetzung**

Quelle: Dr. W. Bürger Ibg 2011

Das Betriebliche Eingliederungsmanagement ist Teil des Betrieblichen Gesundheitsmanagements

Quelle: Dr. W. Bürger Ibg 2011

Beteiligte am Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM)

Quelle: Dr. W. Bürger Ibg 2011

Kooperationsangebote im Umfeld des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM)

Quelle: Dr. W. Bürger Ibg 2011

Modell „Stärke durch Vernetzung“

Um der mit dem Betrieblichen Eingliederungsmanagement verbundenen Zielsetzung eines zügigen beruflichen Reintegrationsprozesses Rechnung zu tragen, wurde dieses Modell speziell für Großbetriebe mit eigenem Werksärztlichen Dienst entwickelt.

Im Blickpunkt der Kooperation steht der chronisch kranke Mitarbeiter bzw. die Mitarbeiterin.

Quelle: Dr. W. Bürger Ibg 2011

Verbunden mit starken Partnern in der Region

Bereits seit mehreren Jahren arbeiten wir erfolgreich mit folgenden Großbetrieben zusammen:

- **Daimler AG**, Werk Wörth und Mercedes-Benz Global Logistic Center Gernersheim seit **Februar 2005**
- **SCHOTT** in Mainz seit **Mai 2008**
- **Adam Opel AG** in Rüsselsheim und Kaiserlautern seit **Oktober 2009**
- **Boehringer Ingelheim** Pharma GmbH & Co. KG in Ingelheim seit **Juni 2011**

Aktuell stehen wir mit einem Pharma-Unternehmen aus der Region Vorderpfalz in Kooperationsverhandlungen.

Quelle: Dr. W. Bürger Ibg 2011

Ablaufdiagramm beim Modell „Stärke durch Vernetzung“

*idem beteiligt

Wege zur frühzeitigen Vernetzung in der Rehabilitation am 14./15. Februar 2012 in Kassel

Charakteristische Elemente

- schriftliche Kooperationsvereinbarung
- Frühzeitige Identifikation des bestehenden Rehabilitationsbedarfs
- Intensivierte Reha-Vorbereitung mit **Arbeitsplatzbeschreibung**
- zeitnahe Bewilligung durch RV-Träger
- begleitendes **Fallmanagement durch Fallmanager / Ansprechpartner**

Ansprechpartner: Jürgen Neubauer
Telefon: 06232 17-2735
Telefax: 06232 17-122735
Mail: juergen.neubauer@drv-rip.de

Wege zur frühzeitigen Vernetzung in der Rehabilitation am 14./15. Februar 2012 in Kassel

Charakteristische Elemente

- Kontakt und Abstimmung zwischen Reha-Arzt und Werksarzt während der Rehabilitation verpflichtend
- Entlassungsbericht innerhalb von **5 Werktagen** bei RV-Träger und Werksarzt (mit Einverständnis des Versicherten)
- Werksarzt überwacht stufenweise Wiedereingliederung, Nachsorge und Arbeitsintegration
- regelmäßige Projekttreffen mit Klinik- und Werksbesichtigungen
- wissenschaftliche Begleitevaluation

Wir arbeiten Hand in Hand mit unseren Kooperationspartnern.

Wege zur frühzeitigen Vernetzung in der Rehabilitation am 14./15. Februar 2012 in Kassel

Ergebnisse aus wissenschaftlicher Begleitevaluation

- überwiegend positive Einschätzung der Rehabilitanden insbesondere zur Rehabilitationsvorbereitung und des Alltagsbezugs der Rehabilitation
- im prä/post-Vergleich bedeutsame Effektivitäten hinsichtlich der Abnahme der Beschwerdenbelastung
- häufiger Einsatz der stufenweisen Wiedereingliederung als einzelfallorientiertes Instrument der betrieblichen Reintegration
- hoher Unternehmensverbleib der Rehabilitanden nach durchlaufener Rehabilitation

Fazit:
Kernziel des Erhalts von Arbeitsplätzen durch arbeitsweltorientierte Rehabilitation erreicht

Wege zur frühzeitigen Vernetzung in der Rehabilitation am 14./15. Februar 2012 in Kassel

Konsequenzen

Aufgrund der Komplexität des vom Gesetzgeber vorgesehenen Verfahrens beim BEM ist ersichtlich, dass insbesondere kleinere und mittlere Betriebe hierbei Probleme haben.

Diese sind insbesondere

- fehlende personelle Ressourcen eines Großbetriebes beim Gesundheitsmanagement
- Erfahrungswerte können sich aufgrund der geringeren Mitarbeiterzahl nur langsam oder gar nicht bilden
- fehlende eigene betriebsärztliche Versorgung bei der Identifikation potentieller Probleme
- oft nicht ausreichende Kenntnisse der bestehenden Rehabilitationsmöglichkeiten sowie über den Zugang zu diesen Leistungen

Wege zur frühzeitigen Vernetzung in der Rehabilitation am 14./15. Februar 2012 in Kassel

Daher unser Serviceangebot für Arbeitgeber

Wir unterstützen Klein- und Mittelbetriebe (KMU) - ohne eigenen Betriebsarzt - beim Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) mit unserem kostenlosen Serviceangebot

- bei der Einführung und
- bei der Umsetzung / Durchführung

unter Einbindung unserer **Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation**.

Wege zur frühzeitigen Vernetzung in der Rehabilitation am 14./15. Februar 2012 in Kassel

Kostenlose Service-Leistungen bei der Einführung

Muster-Schreiben

- Einladung zum Informationsgespräch
- Informationsblatt zum BEM
- Datenschutzerklärung BEM
- Abbruch- und Ablehnungserklärung BEM
- Einwilligungserklärung
- Arbeitsplatzbeschreibung
- Ansprechpartnerliste
- Datenblatt für Aktivitäten beim BEM

In-Betrieb Präsentation durch landesweiten Ansprechpartner

Ansprechpartner: Jürgen Neubauer
Telefon: 06232 17-2735
Telefax: 06232 17-122735
Mail: juergen.neubauer@drv-rip.de

Wege zur frühzeitigen Vernetzung in der Rehabilitation am 14./15. Februar 2012 in Kassel

Kostenlose Service-Leistungen bei der Umsetzung

- Die Identifikation betroffener Mitarbeiter und das Beratungsgespräch erfolgt gegebenenfalls durch die beteiligte Krankenkasse.
- Gegenseitige Information im Sinne einer Vernetzung der Kooperationspartner
- Die örtliche Gemeinsame Servicestelle der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Platz steuert und koordiniert das Verfahren während der Rehabilitation
- Während der Rehabilitation erfolgt die Betreuung durch die namentlich benannten Ansprechpartner bei den beteiligten Sozialleistungspartnern
- Das Feststellen des Reha-Bedarfs und die Einleitung weiterführender Maßnahmen (stufenweise Wiedereingliederung, Nachsorge, Antrag auf LTA) erfolgt durch die Ärzte der trägereigenen Reha-Kliniken oder unserer örtlichen Gutachterstelle. Diese ersetzen hierbei die Begutachtung durch den Betriebsarzt bei Großbetrieben.
- Kurze Wartezeiten durch bevorzugte Aufnahme in die Rehabilitationseinrichtung.
- Das Reha-Angebot wird individuell, arbeitsbezogen ausgerichtet.

Wege zur frühzeitigen Vernetzung in der Rehabilitation am 14./15. Februar 2012 in Kassel



support
UNIVERSITÄT KASSEL
FÜR DURCHFÜHRENDE BERATUNG


'support' –

Dienstleistungsnetzwerk für kleine und mittlere Unternehmen

Wolfgang Degner
Geschäftsführender Vorstand
Soziales Förderwerk e.V.
Netzwerkkoordination 'support'

BAR-Workshop
Kassel
14./15.02.2012

"Wege zur frühzeitigen Vernetzung in der Rehabilitation"
Phase III/AG 9: Individualisierte Vernetzung bei der (Re-)Integration




support
UNIVERSITÄT KASSEL
FÜR DURCHFÜHRENDE BERATUNG

'support' -

Ein Projekt im Rahmen der "Allianz zur Beschäftigungsförderung von Menschen mit Behinderungen" im Freistaat Sachsen

Projektträger:
Soziales Förderwerk e.V.
Chemnitz


In Kooperation mit:
Unternehmensverband Sachsen
Kommunales Sozialverbandes Sachsen
- Integrationsamt -



Regionale Einordnung: Region Südwestsachsen
Projektzeitraum: 01.01.2010 bis 31.03.2013

BAR-Workshop
Kassel
14./15.02.2012

"Wege zur frühzeitigen Vernetzung in der Rehabilitation"
Phase III/AG 9: Individualisierte Vernetzung bei der (Re-)Integration



support
UNIVERSITÄT KASSEL
FÜR DURCHFÜHRENDE BERATUNG

Gründe für die "Allianz" und für 'support':

- Der Anteil arbeitsloser schwerbehinderter Menschen in Sachsen ist überproportional gewachsen
- Die Beschäftigungsquote von 5% wird in der privaten Wirtschaft nicht erreicht
- Nachhaltige Verbesserung der Beschäftigungssituation durch individuelle Unterstützungsangebote und Vernetzung
- ...
- Kleine und mittlere Unternehmen (KMU) sind nachweislich erfolgversprechende Adressaten für die nachhaltige Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen

BAR-Workshop
Kassel
14./15.02.2012

"Wege zur frühzeitigen Vernetzung in der Rehabilitation"
Phase III/AG 9: Individualisierte Vernetzung bei der (Re-)Integration



support
UNIVERSITÄT KASSEL
FÜR DURCHFÜHRENDE BERATUNG

Eine Ursachenanalyse

- Vorurteile bestehen (Reduzierung des Behindertenbildes)
- Hemmschwellen und Unsicherheiten (Bedenken) bei der Einstellung von Menschen mit Behinderungen
- Ein Zuständigkeitsdschungel und tlw. hoher formaler und zeitlicher Aufwand für Unternehmen im Integrationsprozess wird beklagt
- Unternehmen berichten von "negativen Erfahrungen"
- Freie Stellen werden überwiegend nicht gemeldet und/oder als nicht geeignet für einen Menschen mit Behinderung betrachtet
- Regelungen zum besonderen Kündigungsschutz

BAR-Workshop
Kassel
14./15.02.2012

"Wege zur frühzeitigen Vernetzung in der Rehabilitation"
Phase III/AG 9: Individualisierte Vernetzung bei der (Re-)Integration




Was bietet 'support' dem Unternehmen?

- Beratung zur Beschäftigung behinderter Menschen im Betrieb und die damit einhergehende Sensibilisierung der Unternehmen
- Suche und Vorauswahl geeigneter Arbeitnehmer und Auszubildender entsprechend der konkreten Unternehmensanforderung (Sicherung Arbeitskräftepotenzial)
- Klärung von Fördermöglichkeiten und Zuschüssen im jeweiligen Einzelfall
- Koordinierung aller erforderlichen Schritte bis zur Einstellung als externe Dienstleistung für das Unternehmen (einschließlich Arbeitseprobung und deren Auswertung)
- Sicherung des Arbeits-/Ausbildungsverhältnisses durch berufs begleitende Angebote
- Unterstützung bei Fragen der Prävention und des betrieblichen Eingliederungsmanagements

BAR-Workshop Kassel 14./15.02.2012

"Wege zur frühzeitigen Vernetzung in der Rehabilitation" Phase III/AG 9: Individualisierte Vernetzung bei der (Re-)Integration



Was bietet 'support' dem Arbeitssuchenden?

- Profilabgleich Stellenprofil – Bewerberprofil
- Bewerbung in ein "vorbereitetes" Unternehmen
- Einschaltung des IFD in der Bewerbungsphase – Art und Weise und Umfang bestimmt der Bewerber
- Begleitung der Trainingsmaßnahme oder des Probearbeitsverhältnisses
- Unterstützung der Klärung von Sachverhalten mit Leistungsträgern
- Weiterbegleitung des Arbeitsverhältnisses durch den IFD

BAR-Workshop Kassel 14./15.02.2012

"Wege zur frühzeitigen Vernetzung in der Rehabilitation" Phase III/AG 9: Individualisierte Vernetzung bei der (Re-)Integration



Der besondere Ansatz von 'support'

- Das Unternehmen mit seinem Bedarf steht im Mittelpunkt:
 - vom klientenzentrierten zum unternehmenszentrierten Ansatz
- Erhöhung der Ausbildungs- und Beschäftigungsbereitschaft in KMU durch
 - individuelle Beratung und Sensibilisierung
 - Gestaltung einer professionellen Dienstleistung als externes, kostenreines Angebot für KMU

Jegliche Ausbildung und Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen in der Privatwirtschaft setzt primär die Bereitschaft der Unternehmen dafür voraus.

BAR-Workshop Kassel 14./15.02.2012

"Wege zur frühzeitigen Vernetzung in der Rehabilitation" Phase III/AG 9: Individualisierte Vernetzung bei der (Re-)Integration



Wie arbeitet 'support'?

- Akquise Sensibilisierung
- Betriebsbesuch Information/Beratung Identifizierung von Stellen/Bedarf Abgleich Stellenprofil
- Bewerbensuche und -vorauswahl
- Vorbereitung Besetzung Erprobung Abklärung von Leistungen
- Begleitung und Sicherung des Arbeitsverhältnisses

BAR-Workshop Kassel 14./15.02.2012

"Wege zur frühzeitigen Vernetzung in der Rehabilitation" Phase III/AG 9: Individualisierte Vernetzung bei der (Re-)Integration



Wie arbeitet 'support'?

- 'support' führt alle im jeweiligen Einzelfall am Integrationsprozess beteiligten Partner zusammen: **Dienstleistungsnetzwerk**
- z.B.:
 - Integrationsfachdienst
 - Arbeitsagentur/Jobcenter
 - Integrationsamt
 - Träger für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
 - Bildungsdienstleister, Sozialpartner und andere ...

Entscheidend ist die **Vernetzung**:
 Schnittstellen entwickeln/persönliche Kontaktpflege
 Vertrauen aufbauen
 Kontinuität und **Verlässlichkeit**
 Kooperationen eingehen

BAR-Workshop Kassel 14./15.02.2012

"Wege zur frühzeitigen Vernetzung in der Rehabilitation" Phase III/AG 9: Individualisierte Vernetzung bei der (Re-)Integration




Weitere Eckpunkte des Projekts

- Beauftragung einer wissenschaftlichen Begleitung TU Dresden, GIMT
- Einsetzung eines Projektbeirats
 - Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz
 - Landes-Behindertenbeauftragter
 - Kommunaler Sozialverband Sachsen - Integrationsamt
 - RD Sachsen der Bundesagentur für Arbeit
 - GF Jobcenter/Leiter, Jobcenter Optionskommune
 - DRV Mitteldeutschland
 - LAG Selbsthilfe Sachsen
 - Sozialverband VdK Sachsen
- Prüfung der Übertragbarkeit auf andere Regionen Sachsens
- Fortentwicklung des Projektes entsprechend der Erfordernisse

BAR-Workshop Kassel 14./15.02.2012

"Wege zur frühzeitigen Vernetzung in der Rehabilitation" Phase III/AG 9: Individualisierte Vernetzung bei der (Re-)Integration



Wie arbeitet 'support'?

- Akquise Sensibilisierung
- Betriebsbesuch Information/Beratung Identifizierung von Stellen/Bedarf Abgleich Stellenprofil
- Bewerbensuche und -vorauswahl
- Vorbereitung Besetzung Erprobung Abklärung von Leistungen
- Begleitung und Sicherung des Arbeitsverhältnisses

BAR-Workshop Kassel 14./15.02.2012

"Wege zur frühzeitigen Vernetzung in der Rehabilitation" Phase III/AG 9: Individualisierte Vernetzung bei der (Re-)Integration



Netzwerkpartner

- Unternehmensakquise
 - BBW Chemnitz, Integrationsamt, Empfehlungen; Messen/Ausstellungen; Kooperation mit Kammern und Verbänden; private Personaldienstleister
- Bewerberfindung
 - Integrationsfachdienste; Jobbörse; Veröffentlichung auf Homepage; Bewerberpool; Messebesuche; Arbeitsagenturen, Jobcenter; Bildungsdienstleister; Verlinkung/Vernetzung; Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland/BFW Leipzig ???; Sächsische Bildungsagentur/Schulen ???
- Stellenbesetzung
 - Integrationsfachdienst, Arbeitsagentur/Jobcenter, Reha-Träger
- Sicherung von Arbeitsverhältnissen
 - Integrationsfachdienst, Reha-Träger, Integrationsamt

BAR-Workshop Kassel 14./15.02.2012

"Wege zur frühzeitigen Vernetzung in der Rehabilitation" Phase III/AG 9: Individualisierte Vernetzung bei der (Re-)Integration



support
Unternehmenspartner
Für administrative KMU

BAR-Workshop
Kassel
14./15.02.2012

'support' Geschäftsstelle

Ansprechpartner:
Gabriele Hofmann-Hunger
Dienstleistungspartner 'support'
Unternehmerverband Sachen e.V.
Wolfgang Degner
Netzwerkkordinator 'support'
Soziales Förderwerk e.V.



Post- und Besucheranschrift:
Kanzlerstraße 4
09112 Chemnitz
Tel 0371 65133-50 | Fax -15
E-Mail support@sfw-chemnitz.de
Web www.support-fuer-kmu.de




support
Unternehmenspartner
Für administrative KMU

BAR-Workshop
Kassel
14./15.02.2012



**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit**

Bitte diskutieren Sie mit uns!



BAR-Workshop
Kassel
14./15.02.2012

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e. V. ist die gemeinsame Repräsentanz der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Bundesagentur für Arbeit, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, der gesetzlichen Krankenversicherung, des Spitzenverbandes der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, der Bundesländer, der Spitzenverbände der Sozialpartner, der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Förderung und Koordinierung der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen.