

Die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) als Vorreiterin digitaler Rehabilitation: Interview mit Daniela Sewöster

Seit einigen Jahren wächst der Markt für digitale Rehabilitationsangebote in Deutschland. Die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) hat sich bereits im Jahr 2017 intensiv mit den neuen Angeboten der Tele-Reha-Nachsorge beschäftigt und einen Anforderungskatalog für die Finanzierung derartiger Therapien formuliert, der aktuell überarbeitet wird. Prof. Dr. Michael Jöbges und Dr. Sebastian Weinert haben mit Daniela Sewöster über die Position der DRV zu digitalen Rehabilitationsangeboten gesprochen. Daniela Sewöster ist Leiterin des Bereichs Weiterentwicklung der Rehabilitation – Evidenzbasierung und Konzeption, Deutsche Rentenversicherung Bund.

? Sehr geehrte Frau Sewöster, würden Sie zu Beginn die Positionierung der Tele-Reha-Nachsorge im Reha-Prozess aus Ihrer Sicht kurz skizzieren?

Daniela Sewöster: Wir bewegen uns bei den Tele-Reha-Nachsorgeangeboten der Deutschen Rentenversicherung im Bereich des SGB VI. Es geht uns also um die Reha-Nachsorgeangebote der gesetzlichen Rentenversicherung, nicht beispielsweise der Krankenkassen. Tele-Reha-Nachsorge-Programme kommen in Betracht, wenn nach einer stationären oder ambulanten Rehabilitationsleistung der Rentenversicherung noch weiterer Nachsorgebedarf besteht.

? Die DRV hat bereits 2017 Anforderungen an die Tele-Reha-Nachsorge veröffentlicht und sich darin sehr differenziert mit den unterschiedlichen digitalen Reha-Angeboten auseinandergesetzt. Damit nahm die DRV in der deutschen Kostenträgerlandschaft eine Vorreiterrolle ein. Wie kam es dazu, dass Sie sich schon so früh mit digitalen Reha-Angeboten beschäftigt haben?

Daniela Sewöster: Die DRV hatte bereits seit 2009 regelmäßige Anfragen von Herstellern digitaler Anwendungen erhalten, die mit ihren Produkten auf den Markt kommen wollten. Mit diesen Herstellern führten wir seitdem verschiedene Forschungs- oder Modellprojekte durch,

in deren Rahmen wir Erfahrung mit digitalen Nachsorgeangeboten sammeln konnten. Als wir dann 2015 die Reha-Nachsorge trägerübergreifend vereinheitlichten, mussten wir uns auch zum Thema Tele-Reha-Nachsorge positionieren und zumindest auf einem basalen Level Bedingungen formulieren, die aus unserer Sicht für eine Kostenübernahme erfüllt sein müssen. Das mündete dann in die Anforderungen, die ja derzeit überarbeitet werden und noch nicht wieder publiziert sind.

? Im deutschen Gesundheitswesen sind die Sektorengrenzen zwischen der ambulanten Versorgung und dem ambulanten sowie stationären Rehabilitationsangebot klar gezogen. Dadurch ergibt sich aber häufig eine sogenannte Nachsorgelücke – also das Problem, dass die stationäre oder ambulante Rehabilitation der DRV nicht im ambulanten Setting der Krankenkassen weitergeführt wird. Die Tele-Reha-Nachsorge kann dieses Problem zwar nicht lösen, aber immerhin Zeit für eine Überbrückung schaffen. Wie ist denn die Position der DRV dazu?

Daniela Sewöster: Sie sprechen damit ein wichtiges Problem an. Grundsätzlich sind in der DRV ambulante oder stationäre Rehabilitation gleichgestellt. Digitale Nachsorgeangebote können insoweit Sektorengrenzen überwinden, als dass sie eine intensiviertere Reha-Nachsorge,

die sogenannte IRENA, ermöglichen, auch wenn es keine stationäre Rehabilitationseinrichtung in der Nähe gibt. Es gibt beispielsweise Gebiete in Deutschland, da kann man keine IRENA als Präsenz-Nachsorge in Anspruch nehmen, da keine Reha-Einrichtungen vorhanden sind. Da können Tele-Reha-Angebote einen Ersatz darstellen.

Wenn wir aber an die Sektorengrenze zwischen Krankenkassen und Rentenversicherung denken, helfen uns auch digitale Nachsorgeangebote nicht weiter, da es sich bei diesen Grenzen auch um harte Abrechnungsgrenzen handelt. Die DRV rechnet ein Angebot der Tele-Reha-Nachsorge als Anschluss an eine medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung ab. Die Grenze zwischen Krankenkassen und Rentenversicherung ist damit nicht überwunden und die Problematik, die Sie angesprochen haben, bleibt weiter bestehen.

? Das ist auch aus unserer Sicht die eigentliche Hürde. Die ambulante Versorgung wird in der Regel über das SGB V finanziert und entzieht sich damit Ihrem Einflussbereich. Die Rehabilitationsangebote der DRV zielen ja darauf ab, die berufliche Leistungsfähigkeit der Patientinnen und Patienten wiederherzustellen oder zu erhalten. Wenn dann eine erfolgreiche Rehabilitationsmaßnahme abgeschlossen ist, kann es sein, dass der Therapieerfolg wieder einschmilzt, weil es im ambulanten Bereich keine Fortsetzung der Maßnahmen gibt.

Daniela Sewöster: Dies zu verhindern, ist ja die Aufgabe der Nachsorge, die im § 17 SGB VI verankert ist. Das ist eine Pflichtleistung der Rentenversicherung. Ob man dann im Einzelfall einen geeigneten Anbieter findet, ist

natürlich eine offene Frage. Da kann die Tele-Reha dabei helfen, zumindest Übergangszeiten aufzufangen.

? Sie hatten schon berichtet, dass die Hersteller digitaler Angebote direkt auf die DRV zugegangen sind. Wie waren denn Ihre Erfahrung mit diesem Aushandlungsprozess? Haben die Anbieter auch umgesetzt, was Sie in Ihren Anforderungen formuliert haben?

Daniela Sewöster: Tatsächlich hatten wir zu Beginn andere Erwartungen an den Prozess. Nachdem wir erste Erfahrungen mit Modellprojekten gesammelt hatten, entstand bei uns die Vorstellung, dass sich insbesondere die Rehabilitationseinrichtungen mit konkreten Vorschlägen an uns wenden. Das ist aber nicht geschehen. Stattdessen haben sich die Anbieter der digitalen Anwendungen direkt an uns gewandt und wollten Rahmenverträge mit uns abschließen.

Dies schließen wir von Seiten der DRV aber aus. Wir möchten weiterhin die Trennung zwischen dem Nachsorgeanbieter – also einer Reha-Einrichtung oder einer trainingstherapeutischen/psychosomatischen Nachsorgeeinrichtung – und dem Anbieter einer digitalen Anwendung oder einer technischen Plattform aufrechterhalten. Wir schließen Vereinbarungen mit den Nachsorgeanbietern, die sich wiederum die technischen Anbieter suchen, die unsere Vorgaben erfüllen müssen.

Erst mit der Corona-Pandemie hat auf diesem Gebiet ein starkes Wachstum eingesetzt. Das lag einfach daran, dass die Präsenz-Anbieter digitale Angebote machen mussten, damit die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden nicht unterversorgt sind. Wir haben dann relativ schnell ein Öffnungsverfahren für digitale Nachsorgeangebote eingerichtet.

? Während der Pandemie hat sich die DRV dazu entschieden, die Tele-Reha-Angebote auch für Personengruppen

zu öffnen, die eigentlich ein konventionelles Präsenz-Nachsorgeangebot in der Nähe gehabt hätten. Wie kam es dazu?

Daniela Sewöster: Als im März 2020 während des ersten Lockdowns auch unsere Anbieter schließen oder aufgrund von Hygiene-Regelungen die Gruppengrößen deutlich verkleinern mussten, bestand die reale Gefahr einer Unterversorgung bestimmter Personengruppen. In diesem Zusammenhang haben wir mehrere Maßnahmen ergriffen: Wir haben beispielsweise für die Präsenz-Nachsorge die Inanspruchnahmefristen verlängert und unsere Kernangebote – also IRENA, T-RENA und Psy-RENA – für digitale Settings geöffnet.

Wenn Anbieter auf uns mit einem digitalen Angebot zukamen, hat sich eine Expertengruppe der DRV das Konzept angeschaut und geprüft, ob die Reha-Nachsorge weitgehend vergleichbar zu einer Präsenznachsorge umgesetzt wurde – nur eben mit digitalen Elementen. Natürlich kann man beispielsweise den Einsatz von Trainingsgeräten nicht direkt ersetzen. Aber man kann auch hier Kompensationen finden. Wenn alle rechtlichen Rahmenbedingungen wie beispielsweise der Datenschutz erfüllt waren, ermöglichten wir unseren Rehabilitandinnen und Rehabilitanden lieber eine digitale Reha-Nachsorge als gar keine.

Alles in allem war das ein Prozess, den wir sehr zügig entscheiden und umsetzen mussten – und das am Ende auch getan haben. Bei der DRV besteht ja immer die besondere Herausforderung, dass das Nachsorgekonzept trägerübergreifend ist. Wir mussten also relativ schnell mit relativ vielen trägerübergreifenden Gremien zu einer Einigung kommen.

? Für welche Fälle und Konstellationen halten Sie denn die Tele-Reha-Nachsorge für besonders geeignet? Und wo sehen Sie Grenzen des Angebotes?

Daniela Sewöster: Aufgrund der großen räumlichen und zeitlichen Flexi-

bilität sind digitale Angebote besonders für Personen geeignet, die aus unterschiedlichen Gründen nicht an einer Präsenz-Nachsorge teilnehmen können. Das kann an einem fehlenden Angebot liegen oder auch an familiären oder beruflichen Gründen. Theoretisch ist das Angebot auch für Personen denkbar, die noch nicht wieder mobil sind. Während der Pandemie haben auch viele Personen digitale Angebote wahrgenommen, die besonders vulnerabel sind und Angst vor einer Infektion hatten. Manche unter ihnen haben jetzt sehr positive Erfahrungen mit den digitalen Formaten gemacht.

Die Grenzen sind immer dort, wo die Erkrankungen zu schwerwiegend sind, um die Menschen im Wesentlichen alleine trainieren zu lassen. Das kann beispielsweise die Kardiologie mit der Gefahr des Übertrainings betreffen oder bei Fällen mit suizidalen Gefahren vorkommen. Eine weitere Grenze ist dort, wo das Angebot über das Leistungsspektrum der DRV hinausgeht.

? In der Neurologie gibt es Menschen mit neuropsychologischen Defiziten, die in besonderem Maße der Nachsorge bedürfen. Aber gerade die ambulante Versorgung durch Neuropsychologen im SGB V Bereich ist in Deutschland besonders dünn. Gibt es seitens der DRV hier Ideen oder Erwartungen, wie man diese Personengruppe besser unterstützen könnte?

Daniela Sewöster: Als DRV würden wir uns wünschen, dass diese Versorgung auch möglichst multimodal wie bei der IRENA abläuft. Wir dürfen als DRV nur eine Nachsorge-Leistung bewilligen. Deswegen wäre beispielsweise bei Genehmigung einer Sprachtherapie, die digital sicherlich gut umzusetzen ist, der fehlende multimodale Anteil ein Problem. Hinzu kommt, dass es derzeit keinen wirklich guten Wirksamkeitsnachweis in diesem Setting gibt und auch viele unbegleitete Angebote auf dem Markt sind. Als DRV finanzieren wir aber unbegleitete Therapien grundsätzlich nicht. Da sind also noch

Forschungs- und Modellprojekte notwendig, bis wir eine Regelversorgung erreichen.

Wie diese Programme dann in die Nachsorgestruktur zu integrieren sind, wird sich zeigen. Die Behandlung von Post-COVID gibt diesem Prozess möglicherweise nochmal einen Schub, da hier ja auch neurologische Funktionseinschränkungen zu beobachten sind. Man kann derzeit auch einige Synergieeffekte beobachten, indem Programme, die ursprünglich für Fatigue bei Multipler Sklerose gedacht waren, nun auf Post-COVID ausgeweitet werden.

Grundsätzlich wird die Implementierung derartiger Programme dennoch über Modellprojekte laufen, da wir immer auch Wirksamkeit und Akzeptanz durch die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden evaluieren müssen und es daher eine Form der Begleitung geben muss.

? Können Sie kurz beschreiben, wie sich die DRV diese Begleitung konkret vorstellen würde?

Daniela Sewöster: Wenn ich aus Sicht der DRV über „Begleitung“ spreche, meine ich zwei Dinge, die wir auseinanderhalten müssen. Zunächst mal meinen wir eine therapeutische Begleitung des Nachsorge-Angebotes. Wir erwarten individuelle Therapiepläne und keine Standardprogramme, wir erwarten Anpassungen der Therapien, wenn das nötig ist, und wir erwarten die Möglichkeit für die Rehabilitanden, mit den Therapeutinnen und Therapeuten in Kontakt zu kommen. Das setzen wir zwingend voraus, um ein Tele-Reha-Angebot bewilligen zu können.

Im Rahmen von Projekten für eine Überführung in die Standardversorgung ist es von Vorteil, wenn das Projekt in Absprache mit der DRV wissenschaftlich begleitet und seine Wirksamkeit evaluiert wird.

? Aktuell sind ungefähr 200 Nachsorge-Anbieter durch die DRV für die Regelversorgung zugelassen. Wie kann

man sich so einen Zulassungsprozess vorstellen?

Daniela Sewöster: Im Augenblick ist es so, dass wir nur Nachsorge-Anbieter zulassen, die auch für ein Präsenz-Angebot zugelassen sind. Dafür gibt es bestimmte Strukturanforderungen an verfügbare Räumlichkeiten, die Ausbildung der Therapeutinnen und Therapeuten und vieles mehr. Wenn alle Vorgaben eingehalten werden, können diese potenziellen Nachsorge-Anbieter eine Zulassung für eine Präsenz-Nachsorge erhalten.

Um dann auch für eine digitale Nachsorge zugelassen zu werden, müssen diese dann ihr konkretes Konzept mit einer von uns bereits anerkannten digitalen Anwendung bei uns einreichen und die Zulassung beantragen. Die Zulassung für die Nachsorgeeinrichtung spricht der zuständige Rentenversicherungsträger aus.

Eine digitale Anwendung wird in der Regel vom Hersteller bei uns eingereicht. Eine Expertengruppe der DRV überprüft das Gesamtkonzept und seine Umsetzung. Wenn ggf. bestimmte Auflagen technischer und inhaltlicher Natur erfüllt werden, wird die Anwendung durch die DRV für die Regelversorgung anerkannt. Der Vertrag wird zwischen dem technischen Hersteller und der Nachsorgeeinrichtung geschlossen, die auch die Verantwortung für die ordnungsgemäße Durchführung trägt. Wir rechnen als DRV auch immer mit dem Nachsorge-Anbieter, also der Reha-Einrichtung, der therapeutischen Praxis oder den Psychotherapeuten, ab.

? Haben sich denn seit 2017, als die DRV das erste Mal die Anforderungen an Tele-Reha-Angebote veröffentlichte, die regulativen Bedingungen verändert? Inzwischen haben wir ja alle mehr Erfahrung mit digitalen Anwendungen als vor fünf Jahren.

Daniela Sewöster: Ja, natürlich haben sich die technischen Möglichkeiten, die Erfahrungswerte und die regu-

MOTOmed®

Bewegungstherapie für Arme / Oberkörper und Beine in der Rehabilitation.



Schlaganfall

- + Wissenschaftlich belegt und langjährig erprobt
- + Intuitive Bedienung
- + Einfach zu reinigen und zu desinfizieren
- + Motorunterstützt
- + Made in Germany



Multiple Sklerose

Parkinson

Mehr Information:
www.motomed.de
07374 18-84

lativen Bedingungen verändert. Die KBV hat beispielsweise eine Liste zertifizierter Videodienste für ärztliche und psychotherapeutische Sprechstunden herausgegeben, die wir auch sehr gerne für unsere Zulassungsprüfung nutzen.

Insgesamt hat ein enormer Entwicklungsprozess stattgefunden, und die Anbieter haben ihre Produkte zunehmend auch im Hinblick auf unsere Anforderungen weiterentwickelt. Darüber hinaus hat sich das öffentliche und fachliche Bewusstsein und die Einstellung gegenüber digitalen Anwendungen verändert. Das gilt sowohl für Ärztinnen und Ärzte als auch für die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, für die nun digitale Anwendungen eine echte Alternative zum Präsenzangebot geworden sind.

Da hat sich während der Coronapandemie viel getan. Das ist auch einer der Gründe dafür, dass wir unsere Anforderungen von 2017 aktuell depubliziert haben. Wir sind gerade dabei, die Vorgaben vor dem Hintergrund der Erfahrungen aus den letzten Jahren zu überarbeiten. Unser Ziel ist es, die neuen Anforderungen im ersten Halbjahr 2023 zu veröffentlichen, damit die Landschaft der Leistungsanbieter noch genauer weiß, was wir von ihnen erwarten.

? Die Anforderungen von 2017 galten ja eigentlich auch nur für Modellprojekte. Jetzt sprechen wir über Regelverfahren. Das hat sicherlich auch Auswirkungen auf die Regelungen.

Daniela Sewöster: Ganz genau. Wir initiieren Modellprojekte immer dann, wenn wir überhaupt nichts Vergleichbares vorliegen haben. Dann haben wir auch größere Ermessensspielräume. Aber wir werden nichts in die Regelversorgung übernehmen, was keine Wirksamkeitsnachweise hat.

Im Moment ist die Tendenz da, Angeboten, die IRENA, T-RENA und Psy-RENA wirklich digital abbilden, auch den Weg in die Regelverfahren

zu ermöglichen. Eine Arbeitsgruppe der DRV erarbeitet gerade Vorschläge zum zukünftigen Vorgehen, die noch in den Gremien der DRV abzustimmen sind.

Am Ende wird es aber auch darum gehen, welcher Rehabilitand welche Bedürfnisse und Wünsche hat und wie die Versorgungssituation vor Ort ist.

? Welche Potenziale sehen Sie denn noch für die Tele-Reha in der Zukunft?

Daniela Sewöster: Ich denke, die Tele-Reha-Nachsorge hat vor allem bei den Personengruppen Potenzial, für die es noch keine spezielle Nachsorge gibt, da sich eine Implementierung als Präsenz-Angebot nicht lohnt. Da kann ich mir gut entsprechende Konzepte vorstellen. Auch im Bereich der Post-COVID-Nachsorge erscheinen mir solche Angebote sinnvoll.

Ansonsten, denke ich, werden digitale Angebote einfach die bisherige Auswahl an Reha-Programmen ergänzen und damit das Wunsch- und Wahlrecht der Betroffenen stärken. Insofern rechnen wir von der DRV auch damit, dass sich die Unterscheidung zwischen Präsenz-Nachsorge und Tele-Nachsorge nicht auf Dauer halten wird, sodass es hier zu Überschneidungen und Überlappungen kommt.

? Sie haben in unserem Gespräch mehrfach die Post-COVID-Versorgung angesprochen, die ebenfalls zur Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen geführt hat. Sie sprechen aber auch hier von einer Nachsorge, also einer Rehabilitation nach der klinischen Post-COVID-Reha?

Daniela Sewöster: Natürlich – danach, nicht anstatt. Es muss immer eine Präsenz-Rehabilitation der Rentenversicherung vorangegangen sein. Sonst reden wir nicht über die Nachsorge im Sinne der DRV. Uns ist bewusst, dass uns auch hier Grenzen gesetzt sind, da insbesondere

bei Post-COVID die Funktionseinschränkungen so unterschiedlich sind. Manche Menschen brauchen vielleicht wirklich nur verstärktes Training, andere brauchen ganz andere Unterstützungsleistungen.

Der Goldstandard ist für uns weiterhin eine IRENA aufgrund des multimodalen Ansatzes und wegen der psychosozialen Komponenten, die man in diese Nachsorge integrieren kann. Hier bietet das digitale Setting ganz besondere Individualisierungsmöglichkeiten, die wir aber auch in diesem Fall wieder auf ihre Wirksamkeit überprüfen müssen.

? Würden Sie uns zum Abschluss noch sagen, was Sie sich von einer idealen Tele-Reha-Nachsorge wünschen würden?

Daniela Sewöster: Ich würde mir wünschen, dass die Angebote in Bezug auf die bereits angesprochenen Sektorengrenzen noch offener werden und viel mehr Kommunikation mit den Hausärzten stattfinden kann. Darunter leiden wir als DRV ganz besonders, da das Bewusstsein dafür, dass wir auch ein Reha-Angebot haben, noch nicht weit genug verbreitet ist. Daher bekommen viele Betroffene nicht die Reha, die sie brauchen – und schon gar kein Nachsorgeangebot.

Ich würde mir also mehr Austausch und eine einfachere Struktur für die Patientinnen und Patienten wünschen, die ja mit den Sektorengrenzen auch häufig gar nichts anfangen könnten.

Sehr geehrte Frau Sewöster, vielen Dank für das Gespräch!

Das Interview führten Prof. Dr. Michael Jöbges und Dr. Sebastian Weinert