

**am 3. und 4. November 2003 in Würzburg**

**Dr. Axel Reimann**

## **Aktuelle Entwicklungen im Bereich der Rehabilitation**

**Es gilt das gesprochene Wort**



Meine sehr geehrten Damen und Herren,

Fachleute sagen uns seit vielen Jahren: Chronische Krankheiten und ihre Behandlung sind die Herausforderung für unser Gesundheitssystem. Chronische Krankheiten und deren Folgen verursachen den größten Teil der stetig wachsenden Krankheitskosten und in noch höherem Maße der volkswirtschaftlichen Kosten. Die Konzepte der medizinischen und beruflichen Rehabilitation stellen die richtige Antwort dar, um dieser Entwicklung zu begegnen. Denn Rehabilitation ist effektiv und kostensparend. Ihre Bedeutung nimmt zu, das liegt an der sich verändernden demographischen Struktur und dem sich wandelnden Krankheitsspektrum.

In seinem Gutachten 2003 betont der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen erneut den Stellenwert der Rehabilitation im Gesundheitswesen und bestätigt die gesetzliche Rentenversicherung in ihren Bemühungen zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation und zur Sicherung ihrer Qualität. Unter den strukturellen und funktionalen Effizienzreserven im deutschen Gesundheitssystem sei die Förderung von Rehabilitation - neben dem Ausbau der Prävention - eine der wichtigsten Optionen.

Die Rehabilitation hat die Krise, in die sie durch das Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz (WFG) 1997 gekommen ist, im Schumpeter-schen Sinne kreativ genutzt - das zeigen die im Folgenden genannten Zahlen, vor allem aber die darin zum Ausdruck gekommenen Veränderungen. Gleichzeitig sieht sie sich neuen Herausforderungen gegenüber. Allerdings wird die Realisierung der notwendigen Rehabilitationsleistungen innerhalb des vorgegebenen Budgets zunehmend schwieriger.

Das am 1. Juli 2001 in Kraft getretene Sozialgesetzbuch IX (SGB IX) stellt die Selbstbestimmung der Betroffenen und die gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, in Alltag und Beruf, als zentrales Ziel der Rehabilitation heraus. Gleichzeitig verlangt es von den Rehabilitationsträgern engere Zusammenarbeit untereinander und ein höheres Maß an Patientenorientierung, auch als erweiterte Partizipation im Rehabilitationsprozess selbst. Nachdem schon das SGB IX die Bedeutung der Prävention betonte, bereitet die Bundesregierung nun ein eigenständiges Präventionsgesetz vor, das auch die Rehabilitation nicht unbeeinflusst lassen wird. Hierdurch und durch die im gerade verabschiedeten Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) enthaltene Stärkung der integrierten Versorgung gewinnen die Entwicklungen in der medizinischen Rehabilitation eine zusätzliche Dynamik.

## **1. Entwicklungen in der Rehabilitation im 10-Jahres-Rückblick**



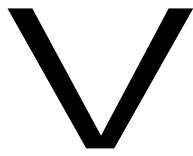
## 1.1 Langfristige Entwicklung der Rehabilitationsleistungen

Zur Einordnung der aktuellen Herausforderungen wird im folgenden zunächst ein Überblick über wichtige Entwicklungen bei den Anträgen, Bewilligungen und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation vorangestellt.

Im Rückblick auf die Jahre seit 1992 (**Folie 1**) fällt vor allem der Einschnitt in den Jahren 1996 und 1997 auf. Damals konnte die Rentenversicherung das durch das WFG um ein Viertel gekürzte Budget nur deshalb annähernd einhalten, weil neben leistungsrechtlichen Einschränkungen (u. a. Drei-Wochen-Regeldauer) gleichzeitig die Nachfrage zurückging, da die Versicherten erheblich weniger Anträge auf Reha-Leistungen stellten. Insgesamt gingen in den Jahren 1996 und 1997 die Anträge und Bewilligungen kontinuierlich auf knapp zwei Drittel des Aufkommens von 1995 zurück. Der Tiefpunkt bei Anträgen und Bewilligungen wurde Ende 1997 durchschritten und die Zahlen gingen seit 1998 wieder moderat nach oben. Der Rückgang in den Jahren 1996 und 1997 konzentrierte sich im wesentlichen auf die alten Bundesländer. Die seit 1998 zu verzeichnende Zunahme ist dagegen sowohl in den alten als auch in den neuen Bundesländern festzustellen. Diese Entwicklung hat bis zum Jahre 2002 angehalten. Das hat zur Folge, dass in den neuen Bundesländern die Bewilligungen im Jahr 2002 um 17 % höher ausfallen als 1995, während in den alten Bundesländern die Zahlen heute um 14 % unter denen aus 1995 liegen.

Im laufenden Jahr zeichnet sich nun eine Trendwende ab: Für die ersten neun Monate des Jahres 2003 stellen wir einen Rückgang der Anträge um 3,0 % gegenüber dem entsprechenden Zeitraum des Vorjahres fest; bei den Bewilligungen lag der Rückgang bei 3,6 %. Eine Erklärung dafür könnte in der zunehmenden Sorge der Versicherten um den möglichen Verlust des Arbeitsplatzes liegen - es muss auf jeden Fall zunächst offen bleiben, ob mit diesem Antragsrückgang eine langfristige Trendwende eingeleitet worden ist.

Entsprechend dem Rückgang bei Anträgen und Bewilligungen im Zuge des WFG nahm auch die Anzahl der durchgeführten Reha-Leistungen drastisch ab (**Folie 2**). Während im Jahr 1996, noch vor Inkrafttreten des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes, rund 960.000 medizinische Leistungen zur Rehabilitation durchgeführt wurden, ging ihre Zahl im Jahr 1997 auf rund 630.000 medizinische Reha-Leistungen zurück. Im Jahr 1998 haben sich dann die Zahlen - auf niedrigem Niveau - stabilisiert. Von 1999 bis 2001 stieg die Zahl der Leistungen wieder, nahm aber in 2002 wieder ab. Im vergangenen Jahr wurden im Westen rund 16 % weniger und im Osten rund 30 % mehr medizinische Leistungen zur Rehabilitation durchgeführt als 1995. Wie aus der **Folie 3** zu entnehmen ist, ist die sog. "Reha-Intensität" (d. h. die Anzahl der Reha-Leistungen je 1.000 Versicherte) bei den medizinischen Leistungen damit im Westen Deutschlands erheblich gesunken. Alte und neue Bundesländer befinden sich nun nahezu auf demselben Niveau - hier hat eindeutig eine Angleichung der Lebensverhältnisse stattgefunden. Der Rückgang der Leistun-



gen seit dem WFG schlägt sich schließlich auch in den Reha-Ausgaben nieder, die nunmehr nur noch 2,1 % der Ausgaben der Rentenversicherung ausmachen, während sie 1996 noch bei 2,9% lagen.

## 1.2 Strukturverschiebungen bei den Leistungen

### 1.2.1 Entwicklung und Verteilung der Diagnosen

Der massive Rückgang der medizinischen Rehabilitationsleistungen von 1996 auf 1997 findet sich bei fast allen Diagnosengruppen. Am stärksten fiel der Rückgang bei den Erkrankungen des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes aus; sie gingen um fast 50 % zurück, vor allem im Westen (**Folie 4**). Vom Rückgang nicht betroffen sind nur die Abhängigkeitserkrankungen, deren Zahl fast unverändert blieb. Ab 1998 ist bei fast allen Diagnosengruppen wieder eine Zunahme der durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen festzustellen.

Betrachtet man die Aufteilung der medizinischen Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung auf die verschiedenen Diagnosengruppen über die letzten zehn Jahre, dann fällt eine Konstante auf: der hohe Anteil der Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes. Diese Krankheitsgruppe, zu der die Rückenleiden und die Gelenkerkrankungen gehören, steht über die Jahre hinweg und bei beiden Geschlechtern an erster Stelle der durchgeführten Rehabilitationsleistungen (**Folie 5**). Seit den Spargesetzen ist dieser Anteil zwar etwas zurückgegangen, steht aber mit 41 % weiter an der Spitze der Krankheitsgruppen. Es folgen die psychischen Störungen sowie die Neubildungen mit 18 % bzw. 17 % und dann die Krankheiten des Kreislaufsystems mit 10 % der Rehabilitationsleistungen.

Bei den psychischen Erkrankungen, zu denen auch die Suchterkrankungen gehören, gab es bei Männern und Frauen im Westen nach dem Rückgang in 1997 eine Zunahme in der Reha-Intensität, im Osten einen seit 1993 durchgehenden und deutlichen Aufwärtstrend (**Folie 6**). Der Trend passt zu dem Arbeitsunfähigkeitsgeschehen bei den Krankenkassen, wo die Bedeutung der psychischen Störungen ebenfalls zunimmt. Experten erwarten für die Zukunft eine Fortsetzung dieses Trends, auch wegen der wachsenden psychischen Beanspruchung der Beschäftigten an ihren Arbeitsplätzen. In beiden Landesteilen liegt die Reha-Intensität bei den Frauen höher als bei den Männern. Im Westen sind psychische Erkrankungen häufiger Anlass zur medizinischen Rehabilitation als im Osten.

Die Reha-Intensität bei Krebserkrankungen (bösartige Neubildungen) zeigt ebenfalls in den neuen Bundesländern einen durchgehenden und deutlichen Aufwärtstrend (**Folie 7**), während sich im Westen nach dem Einbruch 1997 nur ein allmählicher Anstieg erkennen lässt. Im Zuge des WFG wurden die Wiederholungsheilbehandlungen gezielter als vorher auf besondere Bedarfssituationen ausgerichtet, während die jeweils erste Rehabilitation nach einer Tumorerkrankung wie zuvor durchgeführt wird. Insgesamt wird heute die Re-



ha-Intensität der Jahre vor dem WFG fast wieder erreicht, allerdings mit stärkerer Schwerpunktsetzung bei der Erstmaßnahme. In den alten und in den neuen Bundesländern liegt die Reha-Intensität bei den Frauen über der der Männer. Im Ost-West-Vergleich fällt auf, dass im Osten bis 1996 Versicherte seltener wegen Krebserkrankungen rehabilitiert wurden als im Westen. Seit 1997 hat sich das Verhältnis umgekehrt.

Die Rentenversicherung hat ihre Rehabilitationseinrichtungen und deren Angebote bedarfsgerecht an die Veränderungen in der Diagnosenstruktur angepasst, zum Beispiel durch Umstrukturierung von Abteilungen bzw. Stationen für Herz-Kreislauf-Rehabilitation in solche für die Rehabilitation psychosomatischer Störungen. Das erforderte eine hohe Flexibilität sowie Veränderungsbereitschaft, sowohl in den eigenen Rehabilitationseinrichtungen, als auch in denen privater Träger, in denen die Mehrzahl der Rehabilitationsleistungen durchgeführt wird.

## 1.2.2 Wachstumsbereiche bei den Rehabilitationsleistungen

Anders als bei den übrigen Rehabilitationsleistungen ist bei der Anschlussrehabilitation, auch bekannt als Anschlussheilbehandlung (AHB), durchgehend ein aufwärts gerichteter Trend zu verzeichnen (**Folie 8**). In absoluten Zahlen gerechnet wurden 2002 mehr als doppelt so viele (223 %) Anschlussheilbehandlungen durchgeführt wie 1992. Der Anteil an den Gesamtmaßnahmen betrug 1992 noch 10 % und liegt seit 1997, bedingt auch durch den Rückgang im allgemeinen Antragsverfahren, über 20 %, in 2002 bei 23 % (**Folie 9**). Auch wenn man die Häufigkeit der Anschlussheilbehandlung pro 1.000 Versicherte betrachtet, wird ein durchgehender Trend nach oben erkennbar (**Folie 10**). Das Wachstum bei den Anschlussheilbehandlungen ist ein Zeichen für die zunehmende Akzeptanz dieser Form der Rehabilitation, die sich u. a. durch ein besonders einfaches Antrags- und Zuweisungsverfahren auszeichnet. Gleichzeitig wuchs durch die kürzer werdenden Liegezeiten in den Akutkliniken deren Bestreben, die Patienten nicht sofort in die häusliche Umgebung, sondern zunächst zur weiteren Stabilisierung des Gesundheitszustandes in eine Rehabilitationseinrichtung zu entlassen. Durch die Einführung der Fallpauschalen (DRG) und die damit einhergehende weitere Verkürzung der Liegezeiten in den Krankenhäusern rechnen wir mit einer weiteren Steigerung der Anschlussheilbehandlungen in den kommenden Jahren.

Ein zweiter Wachstumsbereich ist die ambulante medizinische Rehabilitation. Die Rentenversicherung hat zunächst die ambulante Rehabilitation zusammen mit der gesetzlichen Krankenversicherung in Modellvorhaben mit wissenschaftlicher Begleitung durchgeführt - und zwar in über 110 Modelleinrichtungen, um den Ausbau eines flexiblen Angebots voran zu bringen. In verschiedenen wissenschaftlichen Studien zeigte sich, dass die ambulante medizinische Rehabilitation, wie sie in den Rahmenempfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) zur ambulanten medizinischen Rehabilitation sowie in den dazugehörigen indikationsspezifischen Konzepten (**Folie**



11) definiert ist, bei den Patienten, die für die ambulante Rehabilitation in Frage kommen, grundsätzlich ebenso wirksam ist wie die stationäre Rehabilitation. Bei entsprechender Wirksamkeit und tendenziell kostengünstigerer Leistungserbringung liefern die Studien wichtige Argumente für einen weiteren Ausbau der ambulanten Rehabilitation. Die Studien zeigen außerdem, dass die Strategie der Rentenversicherung richtig war, die bewährten Qualitätsstandards der stationären Rehabilitation auf die ambulanten Angebote zu übertragen. Das bisher auf die stationäre Rehabilitation ausgerichtete Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung werden wir deshalb in Kürze und in Abstimmung mit den Krankenkassen für die ambulanten Rehabilitationseinrichtungen adaptieren.

Wir rechnen damit, dass die Zahl der ambulanten Rehabilitationsangebote und –leistungen weiter zunehmen wird. Das lässt sich auch an den Zahlen der letzten Jahre ablesen: Wurden von der Rentenversicherung 1997 rund 5.000 ambulante medizinische Leistungen durchgeführt, waren es im letzten Jahr bereits mehr als 40.000 (**Folie 12**). Der Anteil stieg von knapp 1 % in 1997 auf knapp 5 % im Jahr 2002. Der Ausbau der ambulanten Rehabilitation schafft erweiterte Möglichkeiten zur verstärkten Einbeziehung des psychosozialen und des beruflichen Umfelds sowie zur Vernetzung mit der regionalen akut-medizinischen Versorgungsstruktur und bietet insgesamt die Chance auf eine flexiblere Ausgestaltung der medizinischen Rehabilitation.

Die Rehabilitationsleistungen bei Abhängigkeitserkrankungen, die sog. Entwöhnungsbehandlungen, zeigen trotz des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes einen durchgehenden Aufwärtstrend (**Folie 13**). Lag ihr Anteil an den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bis 1996 noch unter 3,5%, liegt dieser Anteil aktuell bei 5,8%. Ihr Anteil an den Aufwendungen ist wegen der langen Behandlungszeiten im Suchtbereich relativ hoch und liegt derzeit bei rd. 16 %.

Noch ein weiterer Trend ist festzustellen: Die Aufwendungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, also für die berufliche Rehabilitation, machen einen wachsenden Anteil an den Ausgaben für die Rehabilitation aus (**Folie 14**). Ihr Anteil liegt aktuell bei 22 %, während er 1992-1994 noch unter 10 % lag.

Das Angebot an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wurde jedoch nicht einfach quantitativ fortgeschrieben. Vielmehr ist die Rentenversicherung den Empfehlungen der Reha-Kommission „Berufliche Rehabilitation“ von 1997 gefolgt und hat ihre Leistungen zur beruflichen Integration flexibilisiert bzw. den geänderten Anforderungen des Arbeitsmarktes hinsichtlich Qualifikation und Dauer beruflicher Qualifizierungsmaßnahmen angepasst. Ausgebaut wurden z. B. Kurzzeit- und Teilqualifikationen sowie betriebsnahe Integrationsformen, mit denen sich trotz der schwierigen Lage auf dem Arbeitsmarkt gute Integrationserfolge erzielen lassen. Damit kann dem raschen Wandel des Arbeitsmarktes und der von ihm geforderten Qualifikationen besser Rechnung getragen



werden. Gleichzeitig werden auch die begrenzten finanziellen Mittel gezielter eingesetzt.

Parallel dazu wurden in den vergangenen Jahren auch die Behandlungskonzepte der medizinischen Rehabilitation stärker auf die berufliche Integration abgestimmt. Die Früherkennung der Auswirkungen der beruflichen Tätigkeit auf chronische Erkrankungen, die Erstellung von Leistungsprofilen sowie die Anregung weiterführender berufsfördernder Leistungen gehört heute in vielen Reha-Kliniken zum Standardprogramm. Dementsprechend haben sich auch die Fälle, in denen Reha-Kliniken die Prüfung weiterführender beruflicher Maßnahmen anregen, seit 1999 um mehr als 25% (1999 rd. 60.000 Fälle, 2002 rd. 76.500 Fälle) erhöht. Zusätzlich bieten die Reha-Kliniken vermehrt indikations-spezifische Programme zur medizinisch-beruflichen Orientierung an. Das reicht von einer berufsorientierten medizinischen Rehabilitation (z. B. Ergonomieschulung, Belastungserprobung an Modellarbeitsplätzen) bis zur therapeutisch begleiteten (ambulanten) beruflichen Rehabilitation in Zusammenarbeit mit Arbeitgebern vor Ort. Die Rentenversicherungsträger bemühen sich zugleich erfolgreich, die Zeitspanne zu verkürzen, die zur Prüfung und Einleitung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben benötigt wird. Einzelne Träger bieten dafür - über die Fachberatungsdienste hinaus - spezielle Case-Management-Programme an.

## 2. Reha-Budget und Reha-Aufwendungen

Seit 1997 sind die Rehabilitationsausgaben der Rentenversicherung gesetzlich durch ein Budget gedeckelt, dessen Steigerung an die Entwicklung der Brutto-lohngehaltssumme gekoppelt ist (**Folie 15**). Auf diese Weise prägt das WFG noch heute die Entwicklungsmöglichkeiten der medizinischen und beruflichen Rehabilitation und wird dies auch in Zukunft tun. In den Jahren 1998-2001 konnte die Rentenversicherung das Budget infolge des vorangegangenen Antragsrückgangs sowie aufgrund vielfältiger Einsparbemühungen relativ gut einhalten; im vergangenen Jahr wurde das schon erheblich schwieriger - die Differenz zwischen Budget und Aufwendungen lag nur noch bei 12 Mio. Euro, das sind 0,25 %.

Angesichts der Zunahme des Reha-Bedarfs besteht eine - allerdings auch nicht unbegrenzte - Möglichkeit, die Ausgaben dem gedeckelten Budget anzupassen in einer weiteren Flexibilisierung der Rehabilitation. Auf den Ausbau der ambulanten Rehabilitation als Flexibilisierung der Rehabilitationsform habe ich bereits hingewiesen. Daneben gibt es eine wachsende Flexibilisierung der Rehabilitationsdauer. Bei den stationären Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung hat der Anteil der Drei-Wochen-Maßnahmen (18-24 Tage) erheblich zugenommen: Er stieg von 2 % in 1995 auf 44 % im Jahre 2002 (**Folie 16**), während der Anteil der Vier-Wochen-Maßnahmen (25-31 Tage) von 72 % auf 33 % zurückging. Da wo es notwendig ist, um den Rehabilitationserfolg zu erreichen, werden allerdings auch weiterhin Rehabilitationsleistungen länger als drei und auch über vier Wochen hinaus durchgeführt. Dies ist vor allem bei den



Rehabilitationsleistungen für Anhängigkeitskranke der Fall, wo die mittlere Behandlungsdauer zwar von 116 Tagen in 1994 auf 93 Tage im Jahr 2002, d. h. um 20,1 % zurückging, aber eben immer noch gut 13 Wochen beträgt (vgl. **Folie 17**). Bei den übrigen psychischen Erkrankungen schränkt die Natur der Krankheit die Möglichkeiten ein, die Behandlungsdauer zu verkürzen. Hier betrug der Rückgang der Behandlungstage nur 3,4 %. Da sowohl die Rehabilitationsleistungen für Suchtkranke als auch die bei den übrigen psychischen Erkrankungen seit der ersten Hälfte der 90er Jahre zugenommen haben, ging die Behandlungsdauer von 1994 bis 2002 zwar bei den sog. somatischen Indikationen um 20,3 % zurück, im Durchschnitt über alle Krankheitsgruppen aber nur um 14,3 %.

Es ist abzusehen, dass die durch Flexibilisierung von Rehabilitationsform und -dauer mobilisierbaren Sparpotentiale über kurz oder lang nicht ausreichen werden. Das Anwachsen der Versichertenzahlen im „rehabilitationsintensiven“ Alter (45-60 Jahre) lässt den Reha-Bedarf ansteigen. Hinzu kommen die steigenden Zahlen bei den Anschlussheilbehandlungen. Zu befürchten ist eine Art „Verdrängungswettbewerb“ innerhalb des gedeckelten Budgets, in dem die wachsenden Anteile der Anschlussrehabilitation und der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu Lasten der allgemeinen Rehabilitationsmaßnahmen gehen. Gerade diese Leistungen sind aber für chronisch kranke Menschen besonders wichtig. Einschnitte an dieser Stelle würden die von den Fachleuten konstatierte Unterversorgung in der Rehabilitation verstärken und dem Ziel des SGB IX widersprechen, ein Mehr an Selbstbestimmung und Teilhabe der Betroffenen zu erreichen.

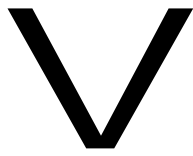
### **3. Zum Stand der Umsetzung des SGB IX**

#### **3.1 Neue Aufgaben der Rentenversicherung durch das SGB IX**

Mit dem SGB IX hat die Politik für die Rehabilitation einige neue Weichenstellungen vorgenommen, die in den nächsten Jahren den Weg der Weiterentwicklung mit vorzeichnen werden. Das Gesetz knüpft einerseits an dem bestehenden Rehabilitationssystem an, bietet aber andererseits auch Perspektiven für neue Entwicklungen.

Zu den wichtigsten Zielen und größten Herausforderungen des Sozialgesetzbuches IX gehört das bereits genannte Ziel der „Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe“. Selbstbestimmung und Partizipation sind aber nicht nur ein Ziel der Rehabilitation, sondern auch eine Richtschnur für die Art und Weise der Durchführung rehabilitativer Leistungen. Dies zeigen einige weitere Regelungen des Sozialgesetzbuchs IX, durch die die Beteiligungsrechte behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen gestärkt werden.

Das SGB IX räumt den behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen erweiterte Wunsch- und Wahlrechte ein. Dazu gehört auch, dass Leis-



tungen zur Teilhabe in Form von persönlichen Budgets erbracht werden können. Mit der Einführung des persönlichen Budgets durch das SGB IX wird die Möglichkeit der Umwandlung von Sach- in Geldleistungen ergänzt um den Anspruch behinderter Menschen auf selbstbestimmte und eigenverantwortliche Gestaltung ihrer Lebensumstände. Das Gesetz sieht vor, dass die Rehabilitationsträger die Einführung persönlicher Budgets zunächst in Modellvorhaben erproben.

Parallel zu den schon bestehenden Modellprojekten in einzelnen Regionen hat die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) eine Arbeitsgruppe unter Beteiligung des Verbandes eingesetzt, die ein trägerübergreifendes Modellkonzept für die Leistungserbringung in Form von Persönlichen Budgets als fundierte Basis für die Einführung dieser weitgehend neuen Leistungsform erarbeiten soll.

Darüber hinaus sind im Rahmen eines geplanten Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch auch Änderungen bei der Leistungserbringung durch ein persönliches Budget vorgesehen. Danach soll das persönliche Budget als trägerübergreifende Komplexleistung ausgestaltet werden. Soweit das persönliche Budget Leistungen mehrerer Leistungsträger enthält soll der zuerst angegangene Träger das Verfahren im Auftrag und im Namen der anderen beteiligten Leistungsträger durchführen.

Mit dem SGB IX sind aber auch neue Leistungen und Leistungsausweitungen (**Folie 18**) eingeführt worden, die das oben genannte Spannungsverhältnis zwischen der Bedarfsentwicklung einerseits und den finanziellen Möglichkeiten der Rentenversicherung zur Deckung des Bedarfs andererseits noch verschärfen wird. Der Gesetzgeber ging mit dem SGB IX von der Erwartung aus, dass die neuen Aufgaben der Rentenversicherung nicht zu Mehraufwendungen führen. Das bedeutet aber, dass die zusätzlichen Leistungen und Leistungsausweitung nur bei gleichzeitigen Einsparungen an anderer Stelle realisiert werden können.

So hat der Gesetzgeber mit dem SGB IX z.B. für alle in Betracht kommenden Rehabilitationsträger die Möglichkeit der stufenweisen Wiedereingliederung des Versicherten im Rahmen von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation eingeführt. Diese Leistung war vor dem SGB IX nur im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung bekannt. Sie hat zum Ziel, arbeitsunfähige Leistungsberechtigte, die nach ärztlicher Feststellung ihre bisherige Tätigkeit noch teilweise verrichten können, durch eine zeitlich abgestufte Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit schrittweise wieder in das Erwerbsleben einzugliedern. Die Rentenversicherung kann diese Leistung während und - nach einer geplanten gesetzlichen Änderung - künftig auch im unmittelbaren Anschluss von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbringen und hat für den Zeitraum der stufenweisen Wiedereingliederung Übergangsgeld zur Sicherung des Lebensunterhaltes des Betroffenen zu zahlen.



Als weitere im SGB IX geregelten neuen Leistungen und Leistungsausweitungen sind zu nennen

- das Überbrückungsgeld, das Existenzgründern während der ersten sechs Monate in Höhe des Arbeitslosengeldes bzw. der Arbeitslosenhilfe gewährt werden kann,
- die Arbeitsassistenten für schwerbehinderte Menschen zur Erlangung eines Arbeitsplatzes,
- die Inanspruchnahme von Integrationsfachdiensten zur beruflichen Wiedereingliederung behinderter Menschen sowie
- die Ausweitung der Leistungsdauer im Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich der Werkstätten für behinderte Menschen
- der Wegfall der Leistungsbegrenzung bei der Wohnungshilfe

## 3.2 BAR als Plattform der Zusammenarbeit aller Beteiligten

Ein wesentliches Anliegen des SGB IX ist die Verbesserung der Kooperation der Leistungsträger sowie der Koordination der Leistungserbringung. Der Gesetzgeber hat zu diesem Zweck die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) als Plattform für eine gemeinsame Aufgabenwahrnehmung durch die Rehabilitationsträger beauftragt.

Dabei sind die gemeinsamen Empfehlungen zu nennen, die von den Rehabilitationsträgern auf der Ebene der BAR zur Konkretisierung und Interpretation der gesetzlichen Regelungen zu vereinbaren sind. Die Empfehlungsvereinbarungen sollen eine einheitliche und koordinierte Leistungserbringung sichern und dazu beitragen, dass die insgesamt erforderlichen Leistungen zur Teilhabe wie aus einer Hand erbracht werden, auch wenn sie von unterschiedlichen Rehabilitationsträgern geleistet werden. An der Vorbereitung der gemeinsamen Empfehlungen werden auch die Verbände behinderter Menschen und die Verbände der Leistungserbringer beteiligt.

Bislang in Kraft gesetzt werden konnten die Gemeinsame Empfehlung „Zuständigkeitsklärung“ mit verwaltungspraktikablen Regelungen zur Beschleunigung des Zuständigkeitsklärungs- und Verwaltungsverfahrens sowie die Gemeinsame Empfehlung „Qualitätssicherung“, die trägerübergreifende Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungserbringung beschreibt. Per Rechtsverordnung in Kraft gesetzt wurden die Regelungen zur Abgrenzung von Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung sowie zur Übernahme und Teilung der Kosten zwischen den beteiligten Rehabilitationsträgern - Rechtsverordnung „Frühförderung“ (**Folie 19**).



Kurz vor ihrem Abschluss stehen die Gemeinsame Empfehlung "Einheitlichkeit/Nahtlosigkeit", die Gemeinsame Empfehlung zur "Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation aller beteiligten Akteure" sowie die Gemeinsame Empfehlung „Förderung der Selbsthilfe“. In Bearbeitung befindet sich darüber hinaus die Gemeinsame Empfehlung „Begutachtung“. Im Hinblick auf diesen Beratungsstand ist davon auszugehen, dass die BAR einer vom BMGS im Sommer erfolgten Aufforderung zum Abschluss einer Reihe gemeinsamer Empfehlungen termingerecht nachkommen kann (**Folie 20**).

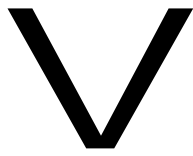
Besonders hervorzuheben sind die auf der Ebene der BAR fortgeschriebenen Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation. Damit konnte - wie bereits eingangs festgestellt - ein wesentlicher Beitrag zum Ausbau und zur qualitativen Weiterentwicklung der wohnortnahen ambulanten Leistungsform, deren Bedeutung auch im SGB IX besonders hervorgehoben wird, geleistet werden. In letzter Zeit wurden die besonderen indikationsspezifischen Teile des Rahmenkonzeptes für die ambulante dermatologische, die ambulante onkologische sowie die ambulante psychosomatische Rehabilitation bei der BAR erarbeitet.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass die BAR als gemeinsame Plattform der Rehabilitationsträger für die Gewährleistung der vom SGB IX geforderten engen Kooperation der Leistungsträger sowie einer weitgehenden Koordination des Leistungsgeschehens unverzichtbar ist.

### **3.3 Gemeinsame Servicestellen flächendeckend eingerichtet**

Die Einrichtung von gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger ist einer der Kernpunkte des SGB IX. Die Rehabilitationsträger wurden verpflichtet, bis Ende des Jahres 2002 gemeinsame Servicestellen für Rehabilitation einzurichten, wobei die Rentenversicherungsträger Koordinierungsfunktionen übernommen haben. Die vom Gesetzgeber geforderte flächendeckende Einrichtung der Servicestellen für Rehabilitation konnte erfolgreich umgesetzt werden. Es sind nun 568 Servicestellen - davon fast die Hälfte in der Trägerschaft der gesetzlichen Rentenversicherung - eingerichtet worden.

Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung hat zwischenzeitlich das Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik - ISG - in Köln mit der Evaluation der Einrichtung und Arbeitsweise der gemeinsamen Servicestellen beauftragt. In dem Anfang August vorgelegten Zwischenbericht des ISG werden Aufbau und Ausstattung der gemeinsamen Servicestellen positiv bewertet. Daneben wird festgestellt, dass die Inanspruchnahme - trotz der von den Trägern geleisteten umfangreichen Öffentlichkeits- und Pressearbeit und der regelmäßigen Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen und Behindertenverbänden - noch recht gering ist. Allerdings nimmt die Frequentierung der bereits seit einem längeren Zeitraum eingerichteten Servicestellen stetig zu.



Nachholbedarf besteht noch bei der Herstellung der Barrierefreiheit sowie bei den Schulungen der Mitarbeiter.

Die gemeinsamen Servicestellen sind in aller Regel bereits barrierefrei gestaltet. Wo dies noch nicht der Fall ist, werden unter Hinzuziehung der fachlichen Kompetenz von Behindertenverbänden zurzeit entsprechende Umbaumaßnahmen vorgenommen. Auch die Kommunikationsfreiheit ist gewährleistet. So können nach vorheriger Terminabsprache Gebärdendolmetscher bei der Beratung des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen bzw. seiner Vertrauensperson hinzugezogen werden.

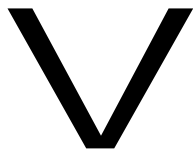
#### 4. Prävention als neue Herausforderung

Im Mittelpunkt der aktuellen gesundheitspolitischen Debatte steht neben der Forderung nach Verzahnung, Vernetzung und Integration der verschiedenen Versorgungsbereiche die zunehmende Bedeutung des Präventionsgedankens für eine Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung.

Bereits im SGB IX wurde der Vorrang der Prävention an prominenter Stelle formuliert. Danach sollen die Rehabilitationsträger darauf hinwirken, dass der Eintritt einer Behinderung einschließlich einer chronischen Krankheit vermieden wird. Weitergehende Leistungen zur Teilhabe, Entgeltersatzleistungen oder Renten sollen durch die Verpflichtung der Reha-Träger zu einer konsequenten Anwendung von Präventionsmaßnahmen möglichst vermieden werden.

Nunmehr liegen aber auch erste Eckpunkte für ein geplantes Präventionsgesetz vor (**Folie 21**). Vorgesehen ist die Zusammenfassung wichtiger Regelungen, die Vereinheitlichung von Definitionen sowie die Stärkung der Zusammenarbeit der wichtigsten Akteure im Bereich der Prävention im Gesundheitssektor. Außerdem ist eine Ausweitung der Finanzierung der Leistungen der primären Prävention auf die Rentenversicherung vorgesehen.

Die interdisziplinär und ganzheitlich ausgerichtete Rehabilitation der Rentenversicherung steht häufig erst am Ende der Behandlungskette. Die gesetzliche Rentenversicherung unterstützt deshalb grundsätzlich eine Stärkung und Intensivierung der Prävention und Gesundheitsförderung und sieht darin einen wichtigen Schritt, den zunehmenden Behandlungs- und Rehabilitationsbedarf aufgrund chronischer Erkrankungen zu bewältigen, zumindest aber in Grenzen zu halten. Dabei sind aber grundsätzlich zwei, sich ergänzende Strategien zu unterscheiden: Zum einen die verstärkte präventive Orientierung innerhalb der bestehenden Behandlungssysteme, wie dies beispielsweise das SGB IX für die Rehabilitation vorsieht. Dies bedeutet praktisch eine Verstärkung von Sekundär- und Tertiärprävention in allen Bereichen. Zum anderen geht es um die Intensivierung der Primärprävention, die nicht identisch mit Früherkennung ist und über die bisherigen Behandlungsformen, aber auch Aufklärungsmaßnahmen hinaus geht und eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe darstellt. Sie



muss bereits in der Familie, im Kindergarten und in der Schule ansetzen und kann deshalb nicht primär Aufgabe der Sozialversicherungsträger sein.

Der Verband hat daher im Zusammenhang mit dem geplanten Präventionsgesetz deutlich gemacht, dass die vorgesehene Ausweitung der Finanzierung der Leistungen der primären Prävention auf die Rentenversicherung im Hinblick auf die angespannte Finanzlage nur in einem sehr begrenzten Maße im Rahmen des Budgets für Rehabilitation möglich ist. Es wurde auch deutlich gemacht, dass Aufgabenschwerpunkt der Rentenversicherung entsprechend ihres gesetzlichen Auftrags - z.B. in Zusammenarbeit mit Arbeitgebern, Arbeitsschutz und Krankenkassen - die Stärkung der betrieblichen Gesundheitsförderung sein wird, hinsichtlich derer sie auch bereits große fachliche Kompetenz besitzt. Insgesamt muss unter dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit auch hier der Grundsatz gelten, dass Finanz- und Entscheidungsverantwortung in der Hand der Rentenversicherungsträger bleiben.

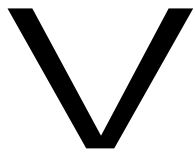
## **5.       Ausblick**

Die Rentenversicherung hat die durch das WFG ausgelöste Krise der Rehabilitation nicht ohne schwierige Anpassungsprozesse, aber letztlich erfolgreich bewältigt. Die sich in den letzten Jahren abzeichnenden Verschiebungen im Leistungsspektrum (mehr AHB, mehr ambulante Rehabilitation usw.) werden sich fortsetzen, wobei wir dafür werden Sorge tragen müssen, dass diese Wachstumsbereiche im Ergebnis nicht zu Lasten der Versorgung chronisch Kranker gehen.

Die Ausrichtung der beruflichen Orientierung in der Rehabilitation durch die Rentenversicherung wird zukünftig ein noch stärkeres Gewicht erhalten. Die Leistungen zur beruflichen Integration werden noch mehr flexibilisiert bzw. den geänderten Anforderungen des Arbeitsmarktes angepasst werden müssen. Voraussetzung für die notwendigen Anpassungsprozesse in der Rehabilitation ist die weitergehende Schwerpunktsetzung und Leitlinienentwicklung, begleitet durch eine ausreichende Qualitätssicherung. Dabei geht es darum, die Rehabilitation in die integrierte Versorgung gleichwertig einzubinden.

Der Bedarf an Rehabilitationsleistungen wird weiter zunehmen. Dies hängt u. a. mit der Zunahme chronischer Erkrankungen sowie mit demografischen Entwicklungen zusammen. Hinzu kommt das SGB IX mit seiner Forderung nach einer stärkeren präventiven Ausrichtung der Rehabilitation. Dem wachsenden Bedarf stehen allerdings nur begrenzte Mittel gegenüber.

Die Rehabilitation steht damit wie das gesamte Gesundheitssystem vor der Herausforderung, den steigenden Bedarf und die erhöhten Anforderungen an die Rehabilitation mit den begrenzten finanziellen Möglichkeiten so in Übereinstimmung zu bringen, dass sich die erreichte Qualität und Effektivität der Rehabilitation auch im Hinblick auf präventive Aspekte möglichst weiter erhöht,



# VDR Aktuelles Presse-seminar 2003

---

zumindest aber nicht verringert. Der von der Rentenversicherung beschrittene Weg einer permanenten Weiterentwicklung und Qualifizierung der Rehabilitation ist daher ohne Alternative. Er ist zu ergänzen durch einen Prozess der strikten Patientenorientierung auf Seiten der Leistungsträger und -erbringer.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

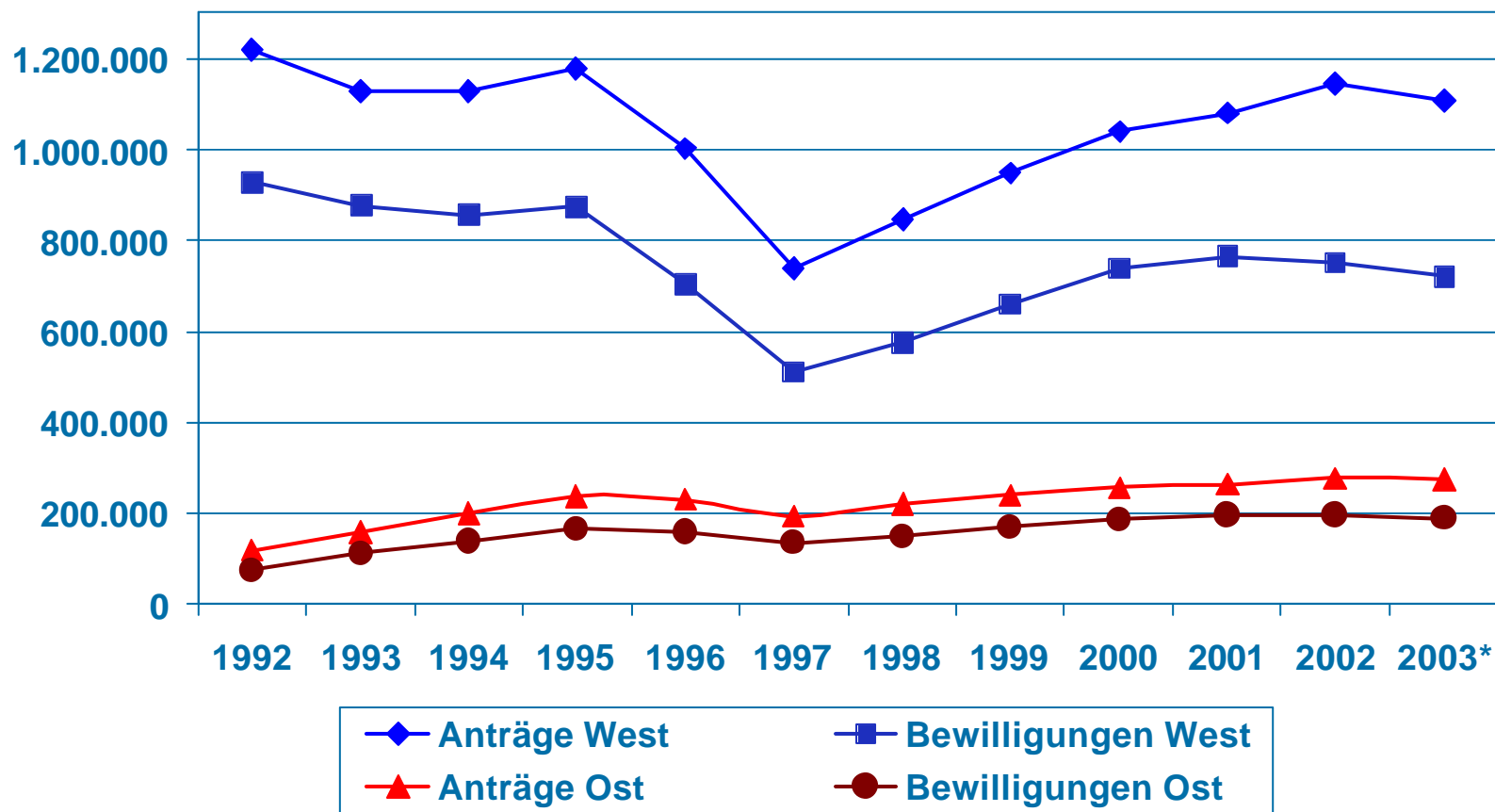
am 3. und 4. November 2003 in Würzburg

### **Folien zum Vortrag**

**Dr. Axel Reimann**

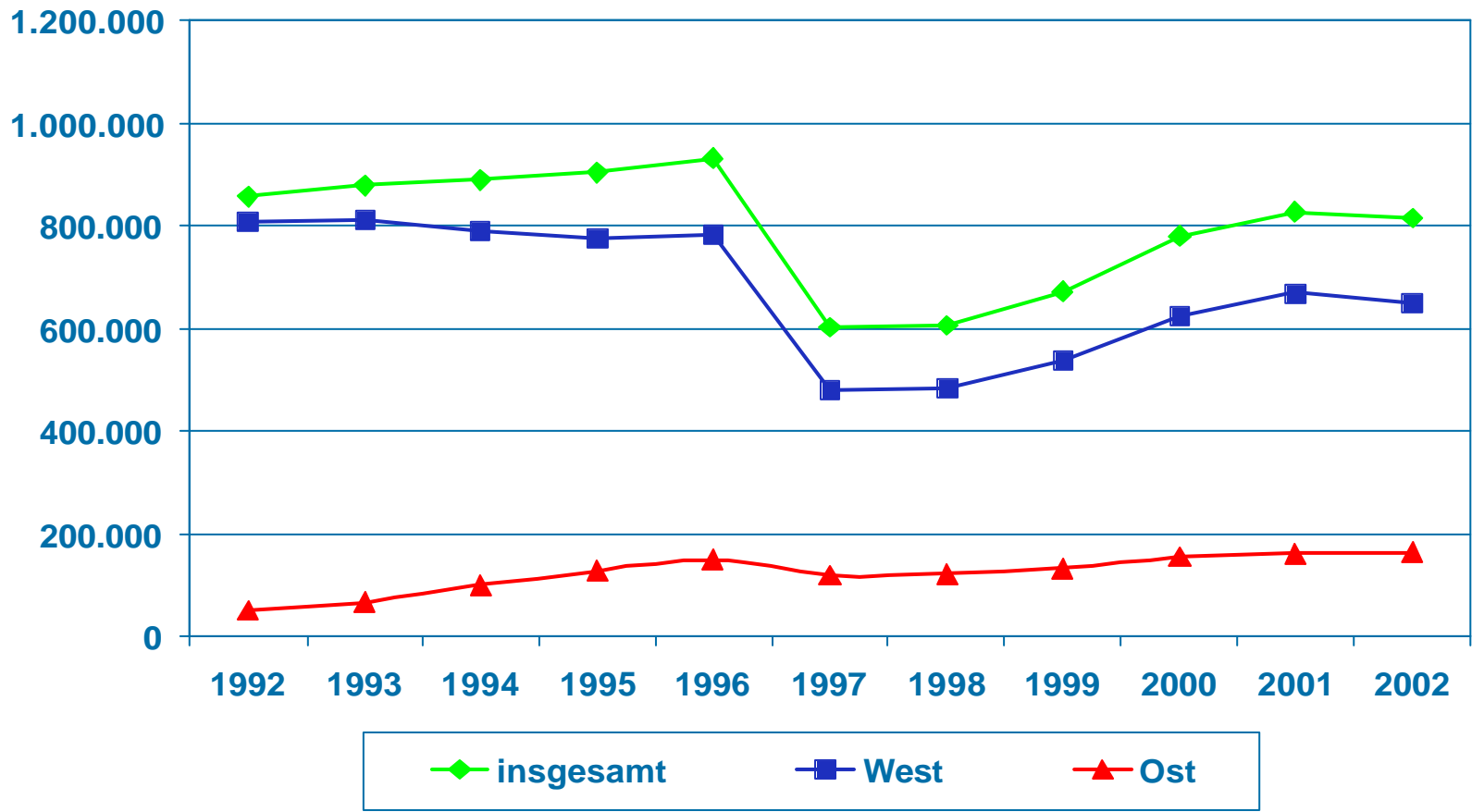
## **Aktuelle Entwicklungen im Bereich der Rehabilitation**

# Entwicklung der Anträge und Bewilligungen in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung, West/Ost 1992 bis 2003



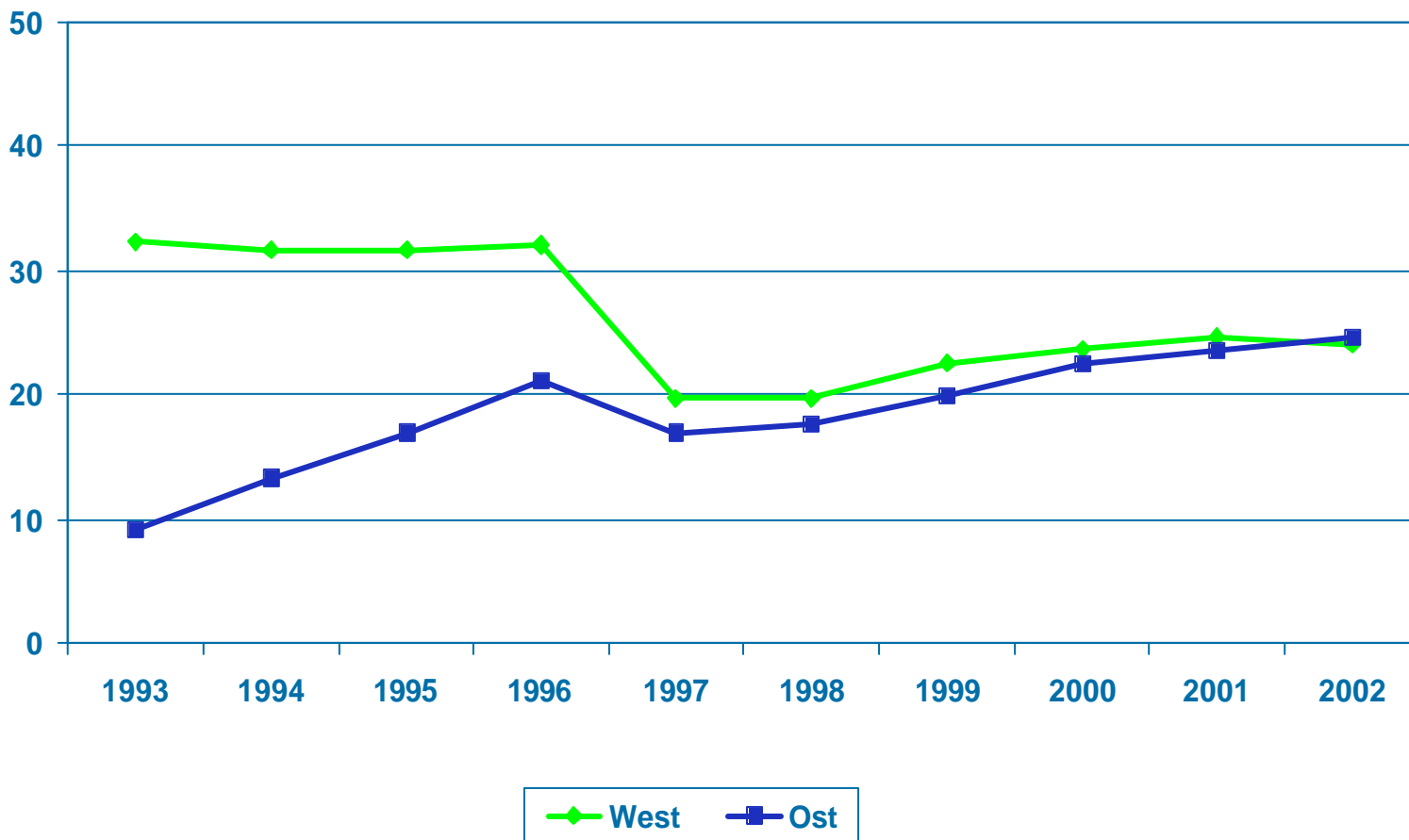
\*Schätzung auf Grund der Daten von 9/2003  
Quelle: VDR Antrags- und Erledigungsstatistik

# Abgeschlossene Leistungen zur stationären medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung 1992-2002



Quelle: VDR-Statistik Rehabilitation, verschiedene Jahrgänge

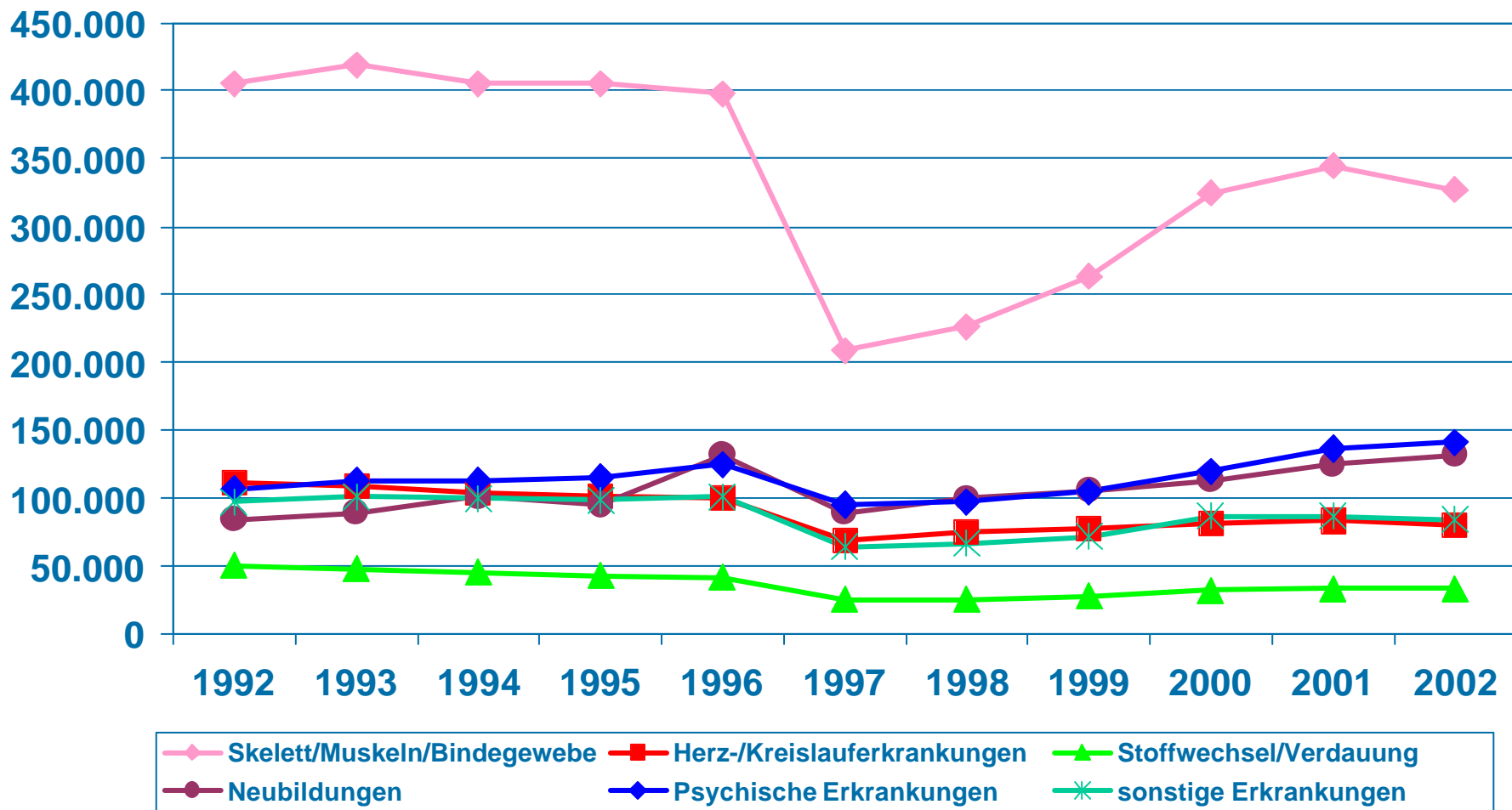
## Abgeschlossene Leistungen zur stationären medizinischen Rehabilitation pro 1000 Versicherte\*, Rentenversicherung 1993-2002



\* Aktiv Versicherte am 31.12. des Berichtsvorjahres, ohne geringfügig Beschäftigte ohne Verzicht auf die Versicherungsfreiheit

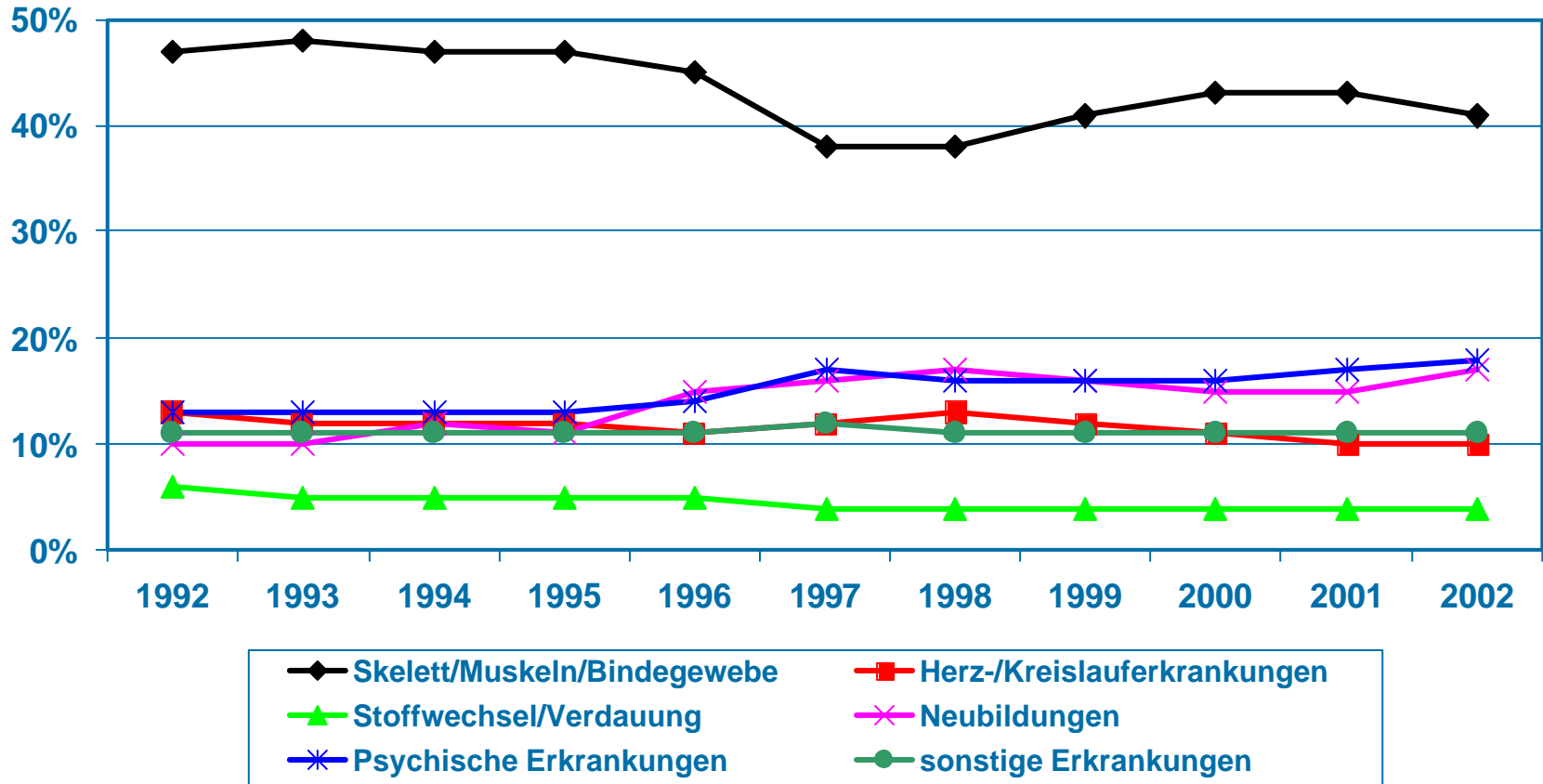
Quelle: VDR-Statistik Rehabilitation und Aktiv Versicherte, verschiedene Jahrgänge

# Medizinischen Reha-Leistungen der Rentenversicherung nach Diagnosenhauptgruppen 1992-2002



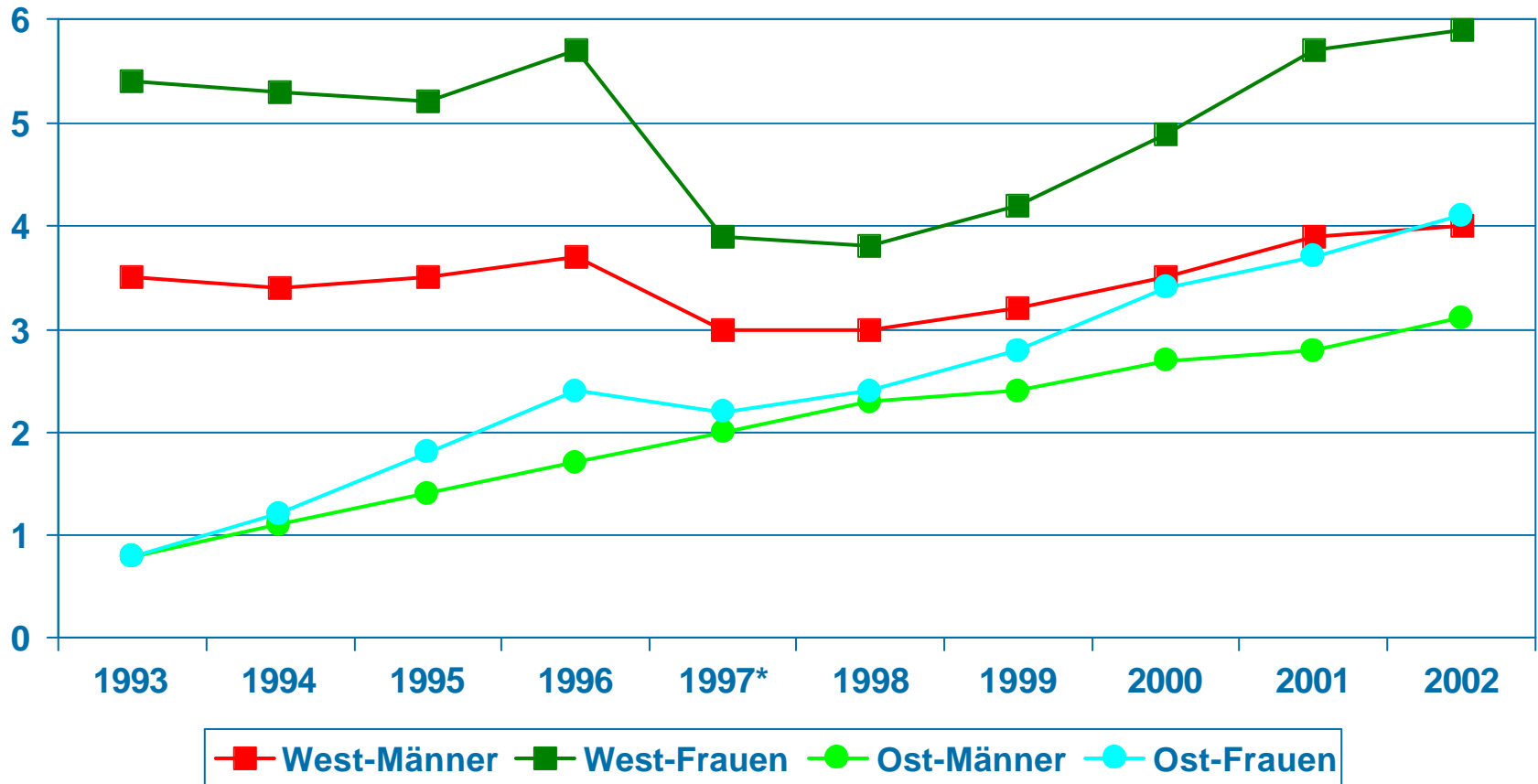
Ohne Fälle, bei denen keine Aussage zur Diagnose gemacht werden konnten. Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen 2003

# Anteil der medizinischen Reha-Leistungen der Rentenversicherung nach Diagnosenhauptgruppen\*, 1992-2002



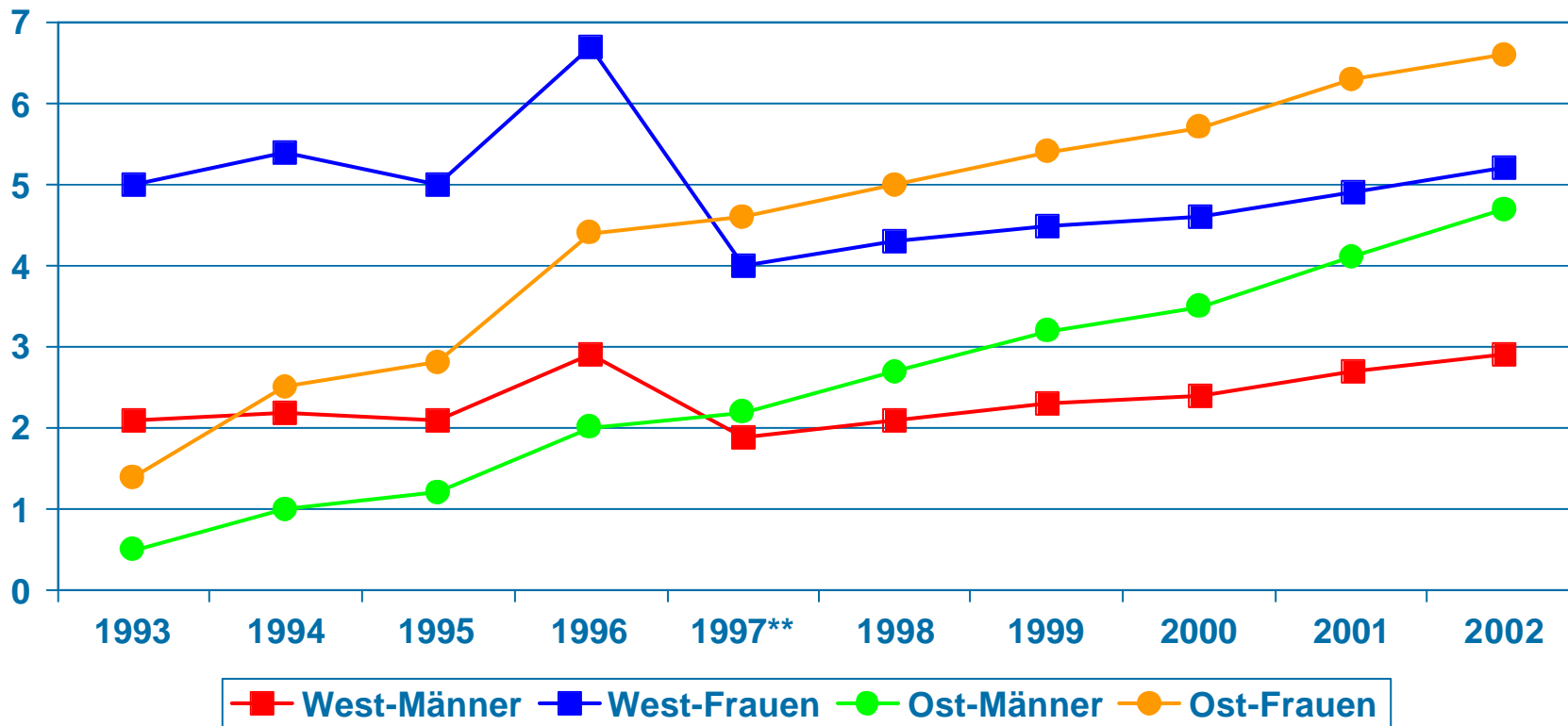
\* Ohne Fälle, bei denen keine Aussage zur Diagnose gemacht werden konnte.  
Quelle VDR-Statistik Rehabilitation, verschied. Jahrgänge

## Medizinische Reha-Leistungen der Rentenversicherung bei psychischen Erkrankungen pro 1000 Versicherte Männer und Frauen West/Ost



\* Im Berichtsjahr 1997 wurden die Daten der BfA für die Berechnung dieser Tabelle teilweise geschätzt.  
Quelle: VDR-Statistik Rehabilitation, verschiedene Jahrgänge

## Medizinische Reha-Leistungen der Rentenversicherung bei Neubildungen\* pro 1000 Versicherte Männer und Frauen West/Ost

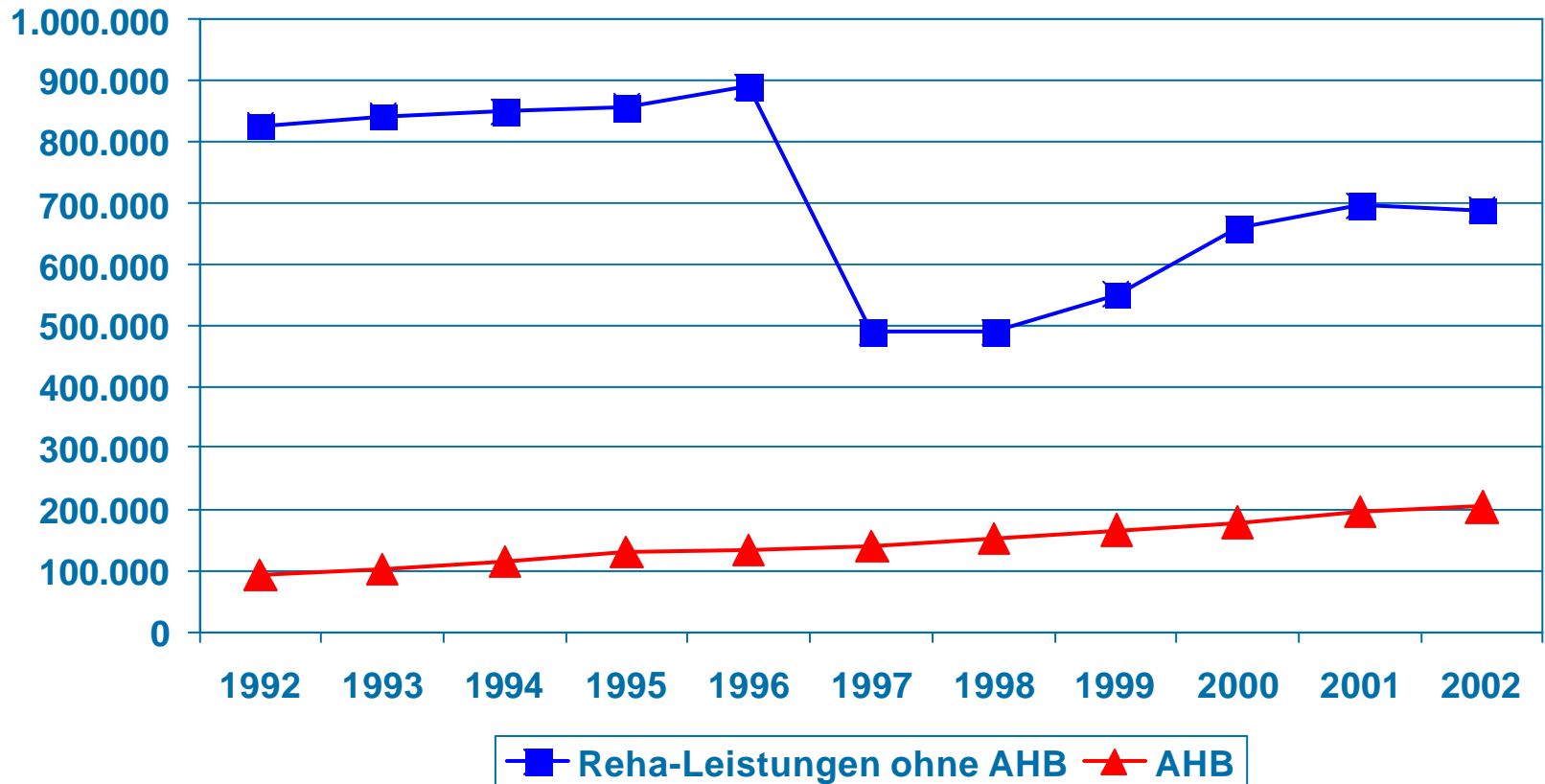


\* Relativ viele Leistungen gem. § 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB VI an bereits berentete Versicherte.

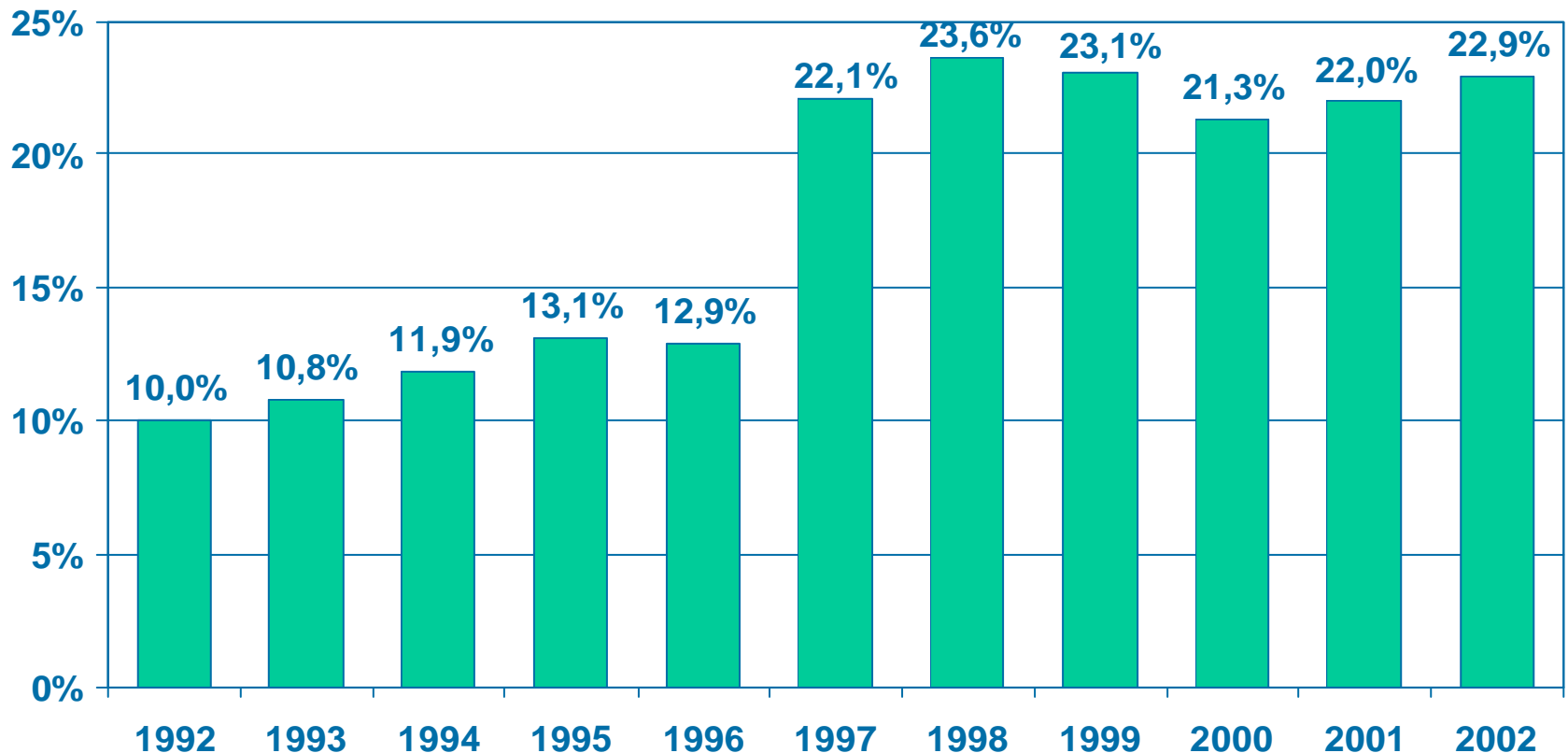
\*\* Im Berichtsjahr 1997 wurden die Daten der BfA für die Berechnung dieser Tabelle teilweise geschätzt.

Quelle: VDR-Statistik Rehabilitation und Aktiv Versicherte, verschiedene Jahrgänge

## Abgeschlossene medizinische und sonstige Leistungen zur Rehabilitation/AHB, Rentenversicherung 1992-2002

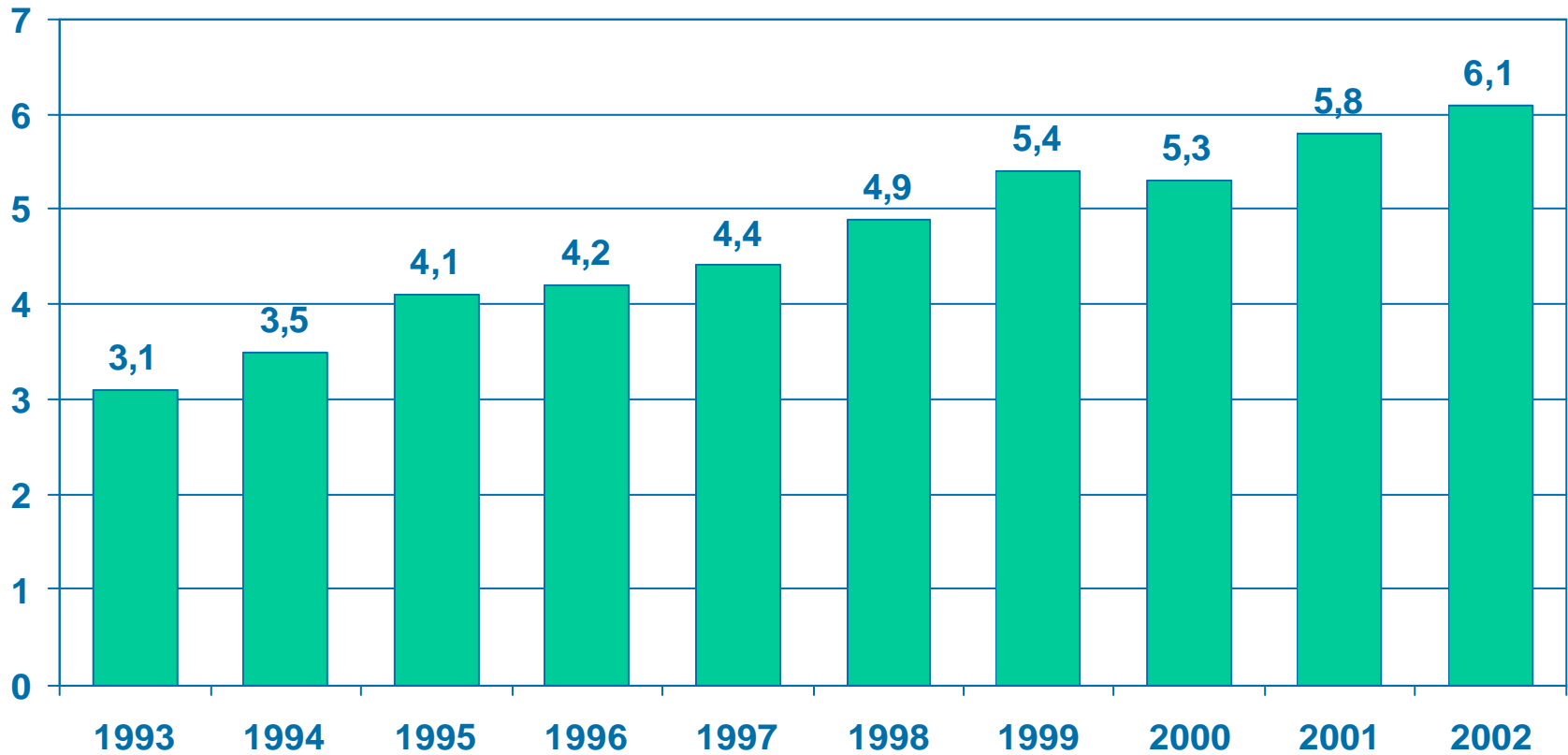


## Anteil AHB an allen medizinischen Reha-Maßnahmen der Rentenversicherung 1992-2002



Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen 2003

## Anzahl der Anschlussheilbehandlungen pro 1000 Versicherte Rentenversicherung 1992-2002

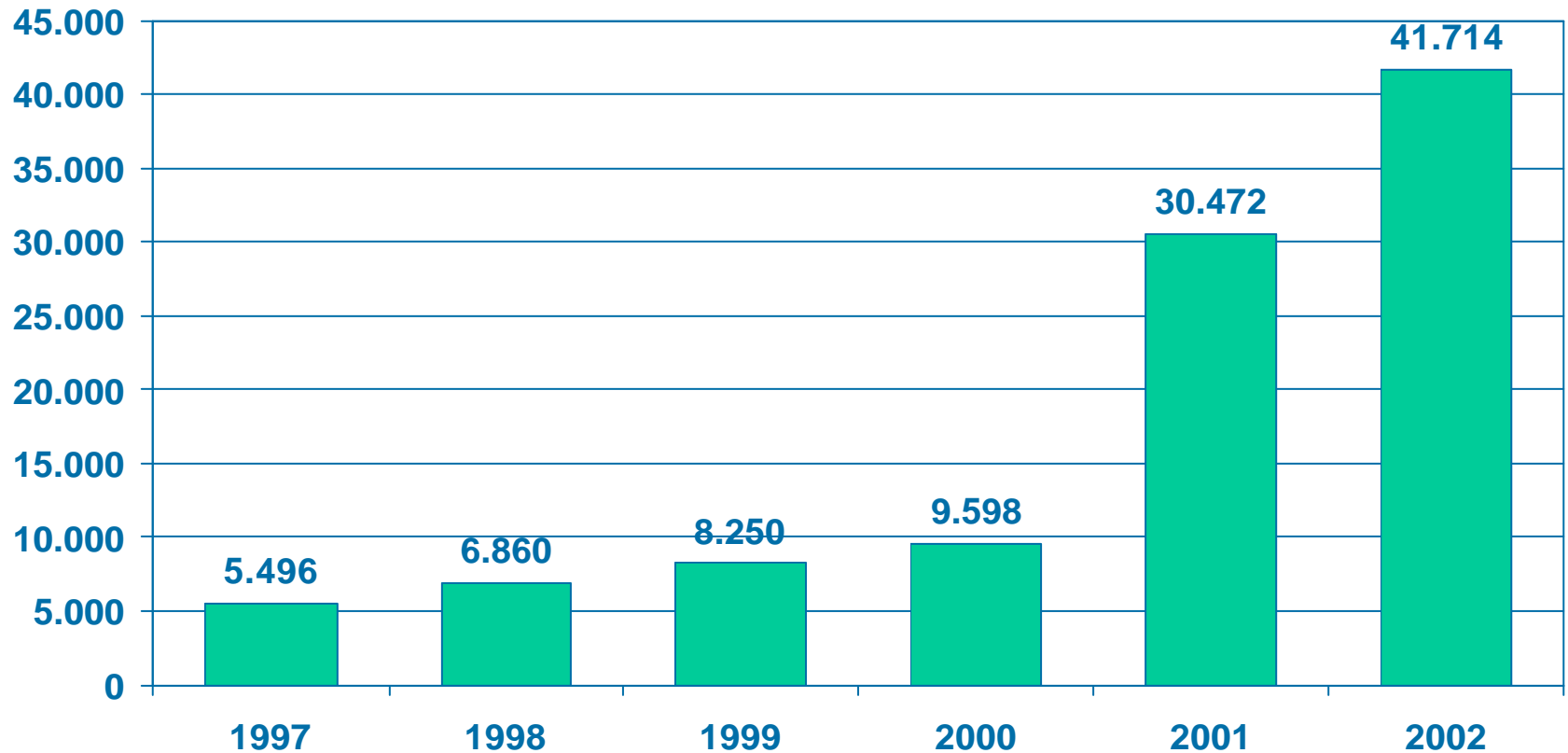


Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen 2003, eigene Berechnungen

# Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation auf BAR-Ebene

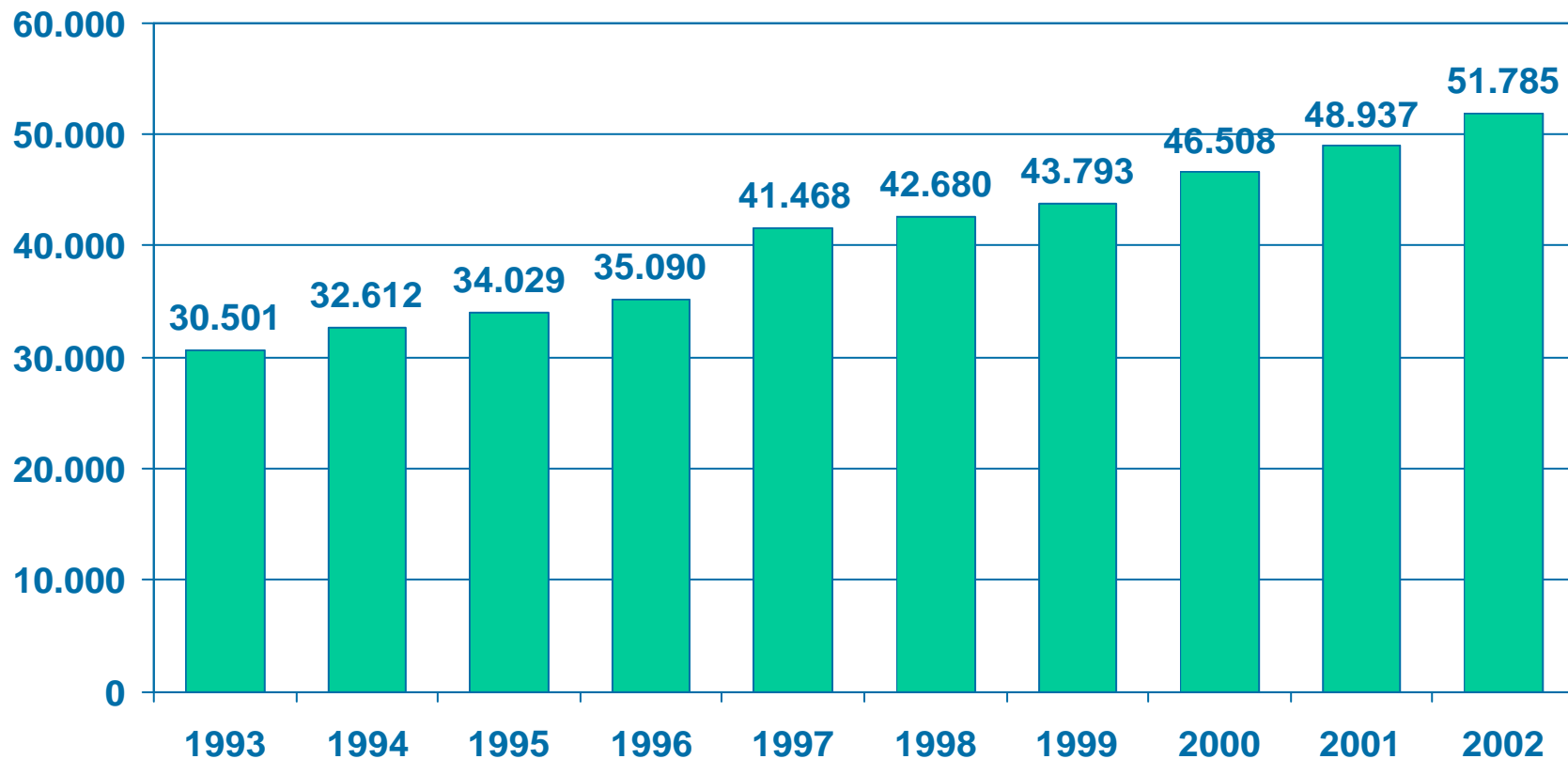
- **Rahmenkonzept (1995/2000)**
- **Orthopädie/Rheumatologie (2000)**
- **Neurologie (2000)**
- **Kardiologie (2000)**
- **Onkologie (2003)**
- **Dermatologie (2003)**
- **Psychosomatik/Psychotherapie (2003)**

## Ambulante Reha-Leistungen der Rentenversicherung 1997 - 2002



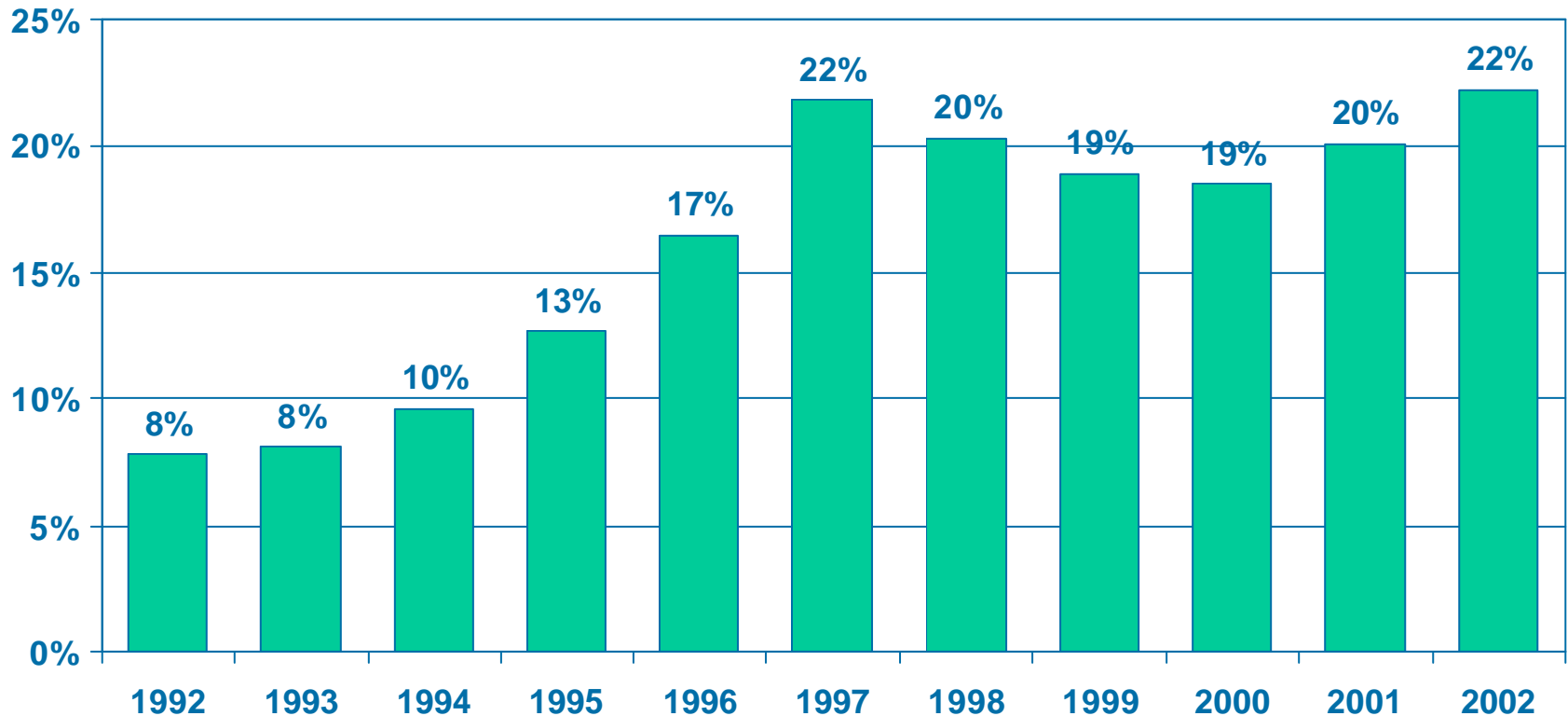
Quelle: VDR-Statistik Rehabilitation, verschiedene Jahrgänge

## Reha-Leistungen bei Abhängigkeitserkrankungen Rentenversicherung 1993 - 2002



Quelle: VDR-Statistik Rehabilitation, verschiedene Jahrgänge

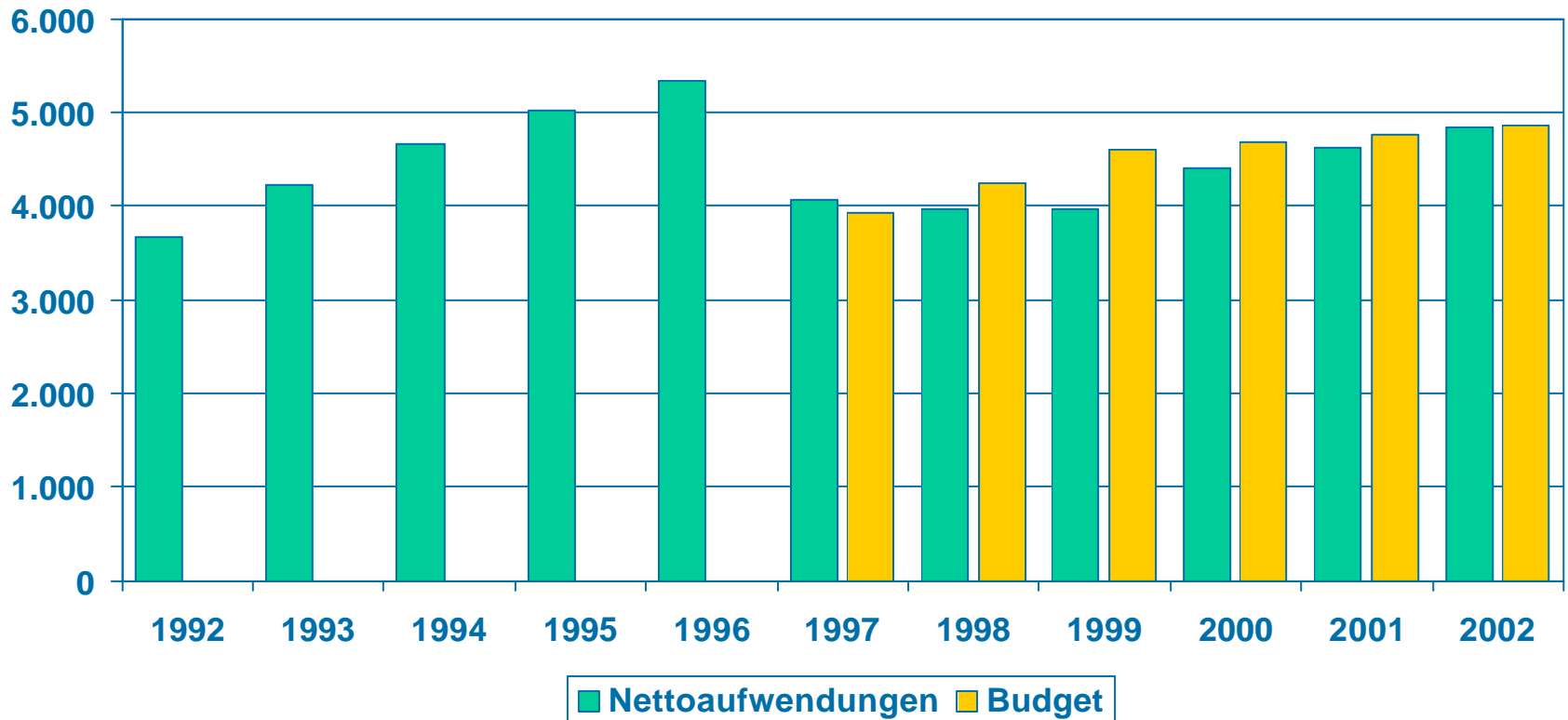
# Anteil der Aufwendungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben an allen Aufwendungen\* zur Rehabilitation der Rentenversicherung 1992-2002



\*Bruttoaufwendungen

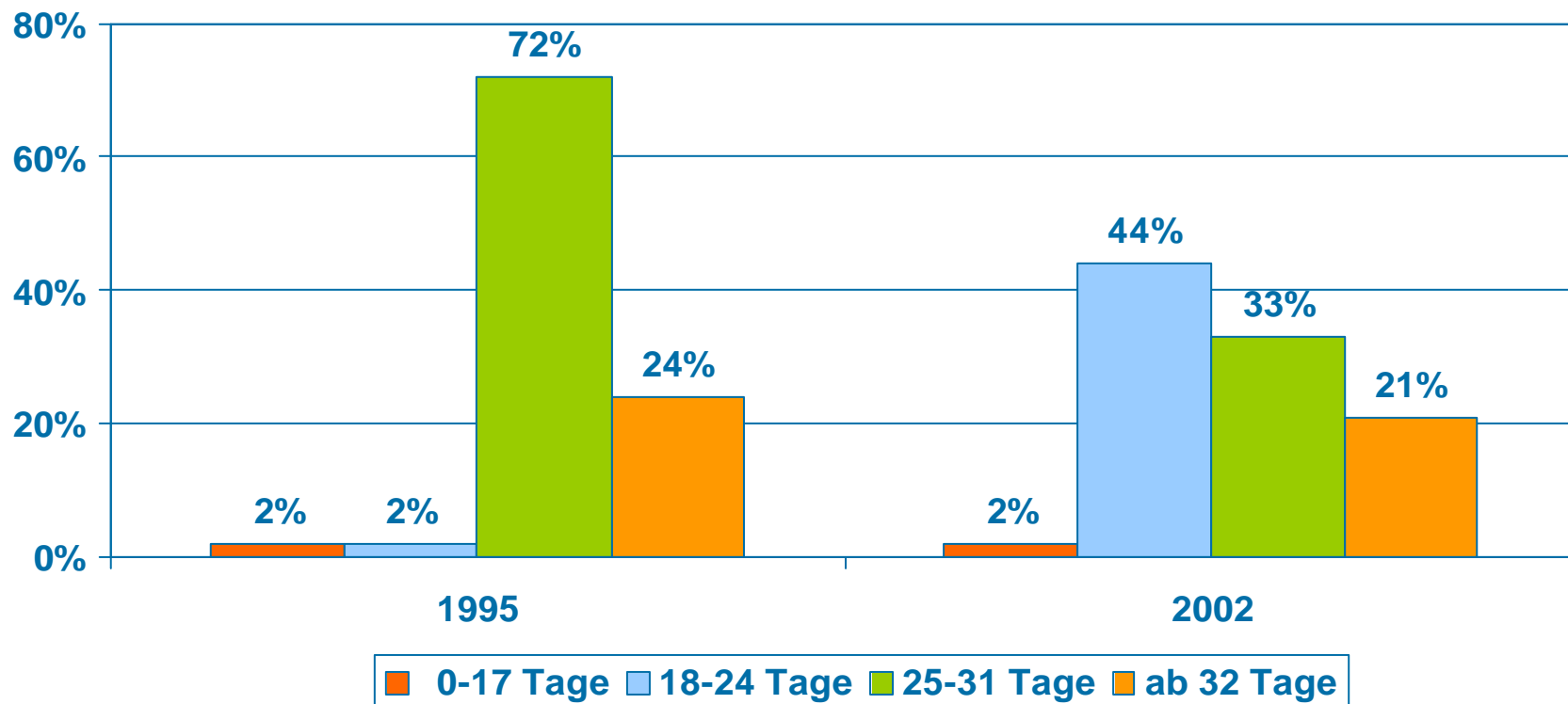
Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen 2003

## Budget und Nettoaufwendungen zur Rehabilitation der Rentenversicherung in Mio. € 1992-2002



Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen 2003

## Dauer stationärer medizinischer Reha-Leistungen der Rentenversicherung 1995 zu 2002



Quelle: Sonderauswertung der Tab. 9M, VDR-Statistik Rehabilitation 1995 und 2002

# Abnahme der Behandlungstage

	1994	2002	Abnahme
<b>Sucht</b>	<b>116</b>	<b>93</b>	<b>20,1 %</b>
<b>Psychische Erkrankungen ohne Sucht</b>	<b>41</b>	<b>40</b>	<b>3,4 %</b>
<b>alle Diagnosen ohne psych. Erkrankungen</b>	<b>31</b>	<b>24</b>	<b>20,3 %</b>
<b>alle Diagnosen</b>	<b>35</b>	<b>30</b>	<b>14,3 %</b>

# Neue Leistungen und Leistungsausweitungen durch das SGB IX

- **Stufenweise Wiedereingliederung**
- **Leistungen der Wohnungshilfe**
- **Überbrückungsgeld**
- **Arbeitsassistenz**
- **Inanspruchnahme von Integrationsfachdiensten**
- **Ausweitung der Leistungsdauer im Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich von Werkstätten für behinderte Menschen**
- **Wegfall der Leistungsbegrenzung bei der Wohnungshilfe**

# Gemeinsame Empfehlungen auf Ebene der BAR I

- „Zuständigkeitsklärung“  
ist zum 01.05.2003 in Kraft getreten
- „Qualitätssicherung“  
ist zum 01.07.2003 in Kraft getreten
- „Frühförderung“  
ist zum 01.07.2003 per Rechtsverordnung in Kraft  
getreten

# Gemeinsame Empfehlungen auf Ebene der BAR II

bis zum Ende des Jahres abzuschließen:

- „Einheitlichkeit/Nahtlosigkeit“
- „Förderung der Selbsthilfe“
- „Verbesserung der Information und Kooperation“
- „Begutachtung nach einheitlichen Grundsätzen“

# Erste Eckpunkte für ein Präventionsgesetz

- **Zusammenfassung wichtiger Regelungen aus dem Bereich Prävention**
- **Vereinheitlichung einschlägiger Definitionen aus dem Bereich Prävention**
- **Stärkung der Zusammenarbeit der wichtigsten Akteure im Bereich Prävention**
- **Ausweitung der Finanzierungslasten auf die Rentenversicherung**