

## **Pressekontaktseminar 2004**

---

**am 4. und 5. Mai 2004 in Wernigerode**

**Dr. Rolf Buschmann-Steinhage**

**Rehabilitation durch die Rentenversicherung –  
Ergebnisse zur Wirksamkeit und aktuelle  
Herausforderungen**

**Es gilt das gesprochene Wort**



## **Gliederung**

1. Rehabilitation - ein Überblick
2. Rehabilitationsforschung und Qualitätssicherung
  - 2.1 Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“
  - 2.2 Zentrale Forschungsergebnisse
  - 2.3 Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung
3. Herausforderungen und Perspektiven
  - 3.1 Auswirkungen der Einführungen der DRG im Krankenhaus
  - 3.2 Rehabilitation als Teil des Gesundheitssystems
4. Zusammenfassung und Ausblick



## 1. Rehabilitation - ein Überblick

Die Rentenversicherung ist nicht nur für die finanzielle Absicherung im Alter durch Rentenzahlungen verantwortlich; die Rentenversicherung ist gleichzeitig der wichtigste Rehabilitationsträger in Deutschland. Sie erbringt medizinische und berufliche Rehabilitationsleistungen, vor allem um Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zu vermeiden oder hinauszuzögern: „Reha vor Rente“. Der Gesetzgeber hat diesen Grundsatz in § 8 Abs. 2 SGB IX erneut festgehalten (siehe Schaubild 2). Im Jahr 2002 waren es 1,072 Mio. Rehabilitationsmaßnahmen zur beruflichen Integration oder Reintegration von Versicherten, deren Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben gefährdet oder schon gemindert ist. Die Rentenversicherung brachte dafür knapp 5 Mrd. Euro auf. 894.000 Leistungen entfielen auf die medizinische Rehabilitation, 178.000 Maßnahmen waren Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (siehe Schaubild 3). Diese Leistungen konzentrieren sich auf die Erwerbsbevölkerung, soweit sie gesetzlich rentenversichert ist. Hinzu kommen bestimmte Rehabilitationsmaßnahmen für Kinder und nach Krebserkrankungen.

Ziele rehabilitativer Leistungen:

- das Fortschreiten eines chronischen Leidens aufzuhalten, Verluste oder Einschränkungen von Funktionen ganz oder teilweise zu beseitigen
- eine angemessene Einstellung zur Erkrankung zu fördern, einschließlich eines gesundheitsgerechten Verhaltens
- die Belastungen und Anforderungen in Beruf, Gesellschaft und Familie zu analysieren und gezielt an deren Bewältigung zu arbeiten
- eine angemessene Verarbeitung der Krankheit und den Verbleib im Berufsleben oder eine erfolgreiche Rückkehr in das Berufsleben zu unterstützen.

### **Ziel der Rehabilitation: Rückkehr in Alltag und Beruf**

Die Rehabilitation ist Teil des Systems der Gesundheitsversorgung in Deutschland, das international hohe Anerkennung genießt. „Wer krank ist, dem kann geholfen werden.“ Dieser Leitsatz gilt auch für Menschen mit chronischen Krankheiten: Durch Rehabilitationsmaßnahmen und mit Unterstützung durch ihr soziales Umfeld können sie weitgehend ihre Erwerbsfähigkeit, ihre Selbständigkeit und eine gute Lebensqualität erhalten oder zurückgewinnen. Oft können Operationen oder Medikamente allein Patienten nach einem Herzinfarkt, mit chronischen Rückenschmerzen, Diabetes mellitus oder psychischen Leiden nicht dauerhaft helfen. Nach der akutmedizinischen Behandlung erfordert die Komplexität ihrer Erkrankung und deren Folgen dann spezielle Rehabilitationsmaßnahmen. Deren Elemente, z. B. bewegungstherapeutische Übungen, individuelle Ernährungsberatung und psychologische Gespräche, können den Patienten dazu befähigen, langfristig *mit* seiner Krankheit zu leben und nicht *gegen* sie.

Je nach Krankheitsbild können, abgesehen von den Hauptpfeilern der Therapie (siehe Kasten), weitere Therapieelemente wichtig sein, z. B. Psychothera-



pie, Sprachtherapie oder Ergotherapie. Bei Herzerkrankungen etwa stehen die dosierte Bewegungstherapie und das Gesundheitstraining im Vordergrund, bei Verschleißerscheinungen am Bewegungsapparat die gesamte Palette der physikalischen Therapie. Beim Diabetes mellitus haben spezielle Schulungsprogramme und bei psychosomatischen Erkrankungen die psychotherapeutische Behandlung Priorität. In allen Fällen werden Art und Umfang der verschiedenen Therapieelemente auf die individuellen Fähigkeiten und Bedürfnissen des Rehabilitanden zugeschnitten.

Elemente der Rehabilitation:

- physikalische Therapie mit den besonderen Schwerpunkten Krankengymnastik und aktive Bewegungstherapie
- psychologische Betreuung, darunter Erlernen von Entspannungsverfahren
- Gesundheitsbildung, d. h. Förderung der Krankheitsbewältigung durch Schulung und Wissensvermittlung
- Ernährungsberatung mit praktischen Übungen
- soziale und berufliche Beratung.

Die Rehabilitation baut auf einem ganzheitlichen Menschenbild auf. Körper und Seele lassen sich nicht trennen. Deshalb arbeiten in der Rehabilitation verschiedene Berufsgruppen unter ärztlicher Leitung in einem Team Hand in Hand zusammen. Das Reha-Team besteht aus vielen Berufsgruppen. Diese berufsübergreifende Zusammenarbeit von erfahrenen und qualifizierten Fachtherapeuten in einem Team, das sich regelmäßig trifft und austauscht, bietet für den einzelnen Rehabilitanden große Vorteile: Er wird in seiner gesamten Person wahrgenommen und umfassend behandelt.

### **Hilfe zur Selbsthilfe: Aktive Mitwirkung ist Grundlage für den Erfolg**

Eine erfolgreiche Behandlung von chronischen Erkrankungen setzt die aktive Mitwirkung des Patienten voraus. Kein Mensch kann gegen seinen Willen rehabilitiert werden. Insbesondere wenn es darum geht, Folgeschäden von bereits vorhandenen Krankheiten zu vermeiden, ist die lebenslange und aktive Beteiligung des Patienten entscheidend. Rehabilitation ist Hilfe zur Selbsthilfe.

Aus diesem Grund legt die moderne Rehabilitationsmedizin während der gesamten Behandlung mehr Wert auf aktive als auf passive Maßnahmen. Nicht das Behandelt-werden, sondern das eigene Handeln steht im Vordergrund. So liegt beispielsweise der Schwerpunkt in der orthopädischen Rehabilitation nicht mehr bei Massagen, sondern bei aktiven Bewegungsübungen. Und im Rahmen der Ernährungsschulung wird nicht nur zugehört, sondern das erlernte Wissen gleich in der Lehrküche geübt.

Die Rehabilitation endet nicht mit dem Verlassen der Rehabilitationsklinik. Sie soll vielmehr eine Initialzündung sein, Erlerntes zu Hause weiter zu praktizieren: Je nach Erkrankung kommen als Nachsorge die verschiedenen Elemente



der Rehabilitation wie Bewegungstherapie, Entspannungsübungen oder die Teilnahme an einer ambulanten Herzgruppe in Frage.

## **Von Vielfalt und Qualität geprägt - das Rehabilitationssystem in Deutschland**

In Deutschland existiert ein breites Spektrum rehabilitativer Maßnahmen. Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden derzeit vor allem als stationäre Behandlungen in speziellen Reha-Kliniken durchgeführt. Seit einigen Jahren wächst auch das ambulante Leistungsangebot. Die wichtigsten Krankheitsbereiche sind - neben den Muskel-Skelett-Erkrankungen - die psychischen Krankheiten (sie haben in den letzten Jahren an Bedeutung zugenommen) und Herz-Kreislauf-Erkrankungen (siehe Schaubild 4).

Wir wissen heute, dass durch die medizinische Rehabilitation

- die Leistungs- bzw. Erwerbsfähigkeit der Rehabilitanden gesteigert wird,
- das Befinden und die Lebensqualität der meist chronisch Kranken verbessert werden kann,
- die überwiegende Mehrheit der Rehabilitanden nach einer Rehabilitationsmaßnahme beruflich (wieder-)eingegliedert ist,
- durch Rehabilitationsleistungen Ausgaben in anderen Sektoren des Gesundheitswesens vermieden bzw. verringert werden.

## **Wirksamkeit der medizinischen Rehabilitation: Effektivität**

Die Wirksamkeit der medizinischen Rehabilitation sei anhand der Ergebnisse aus der sog. Reha-Verlaufsstatistik verdeutlicht: Die Reha-Verlaufsstatistik der Rentenversicherung analysiert mit Hilfe von prozessproduzierten Routinedaten u. a. den Verlauf der „Rentenversicherungsgeschichte“ nach einer medizinischen Rehabilitationsleistung. Für den Zeitraum zwei Jahre nach der Rehabilitation sowie für den analogen Fünf-Jahreszeitraum wird anhand der Daten in den Rentenversicherungskonten der Rehabilitanden untersucht, für welche Monate Beiträge zur Rentenversicherung vorliegen, ob und wann eine Berentung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit notwendig wurde, ob der Rehabilitand in Altersrente ging oder aus dem Erwerbsleben heraus verstarb. Wenn es gelingt, trotz verminderter oder zumindest erheblich gefährdeter Erwerbsfähigkeit die Rehabilitanden - erkennbar an den Rentenversicherungsbeiträgen - zwei bzw. fünf Jahre lang im Erwerbsleben zu halten, ist die medizinische Rehabilitation offenbar wirksam.

Das Schaubild 5 zum sozialmedizinischen 2-Jahresverlauf von Rehabilitanden der Arbeiterrentenversicherung aus dem Jahre 1999 zeigt, dass in den zwei Jahren nach der Rehabilitation 78 % der Männer und 79 % der Frauen unter den Rehabilitanden weiterhin im Erwerbsleben stehen. Nur 16 % bzw. 14 % der Rehabilitanden werden frühberentet. Der Reha-Erfolg bleibt auch über den Zwei-Jahres-Zeitraum hinaus erhalten: Schaubild 6 zum sozialmedizinischen 5-Jahresverlauf von Rehabilitanden der Arbeiterrentenversicherung aus dem Jahre 1996 belegt, dass auch in den fünf Jahren nach der Rehabilitation 77 % der Männer und 79 % der Frauen unter den Rehabilitanden weiterhin im



Erwerbsleben stehen. Nur 15 % bzw. 13 % der Rehabilitanden werden frühberentet, 5 % bzw. 7 % gehen in Altersrente. Zugegeben, wir wissen nicht, wie die sozialmedizinische Prognose dieser Rehabilitanden ausgesehen hätte, hätten sie keine Rehabilitationsleistung der Rentenversicherung erhalten - wir können ihnen ja bei vorhandenem Reha-Bedarf nicht einfach die Rehabilitation vorenthalten, nur um eine unrehabilitierte Kontrollgruppe für wissenschaftliche Analysen zu haben. Aber die Erwerbsfähigkeit der Rehabilitanden war vor der Rehabilitation zumindest erheblich gefährdet oder bereits gemindert, so dass es als ein eindeutiger Reha-Erfolg zu werten ist, wenn trotzdem rund  $\frac{3}{4}$  dieser Versicherten im Erwerbsleben verbleiben.

## 2. Rehabilitationsforschung und Qualitätssicherung

Anders als in der Akutmedizin, wo die Krankenversicherung fast ausschließlich Kostenträger der Gesundheitsleistungen ist, ist die Rentenversicherung Leistungsträger für die medizinische und berufliche Rehabilitation. Sie stellt also nicht nur die finanziellen Mittel für die Rehabilitationsmaßnahmen zur Verfügung, sondern ist auch dafür verantwortlich, dass Rehabilitationseinrichtungen und -leistungen in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung stehen (Strukturverantwortung). Zwei Mittel, um das zu erreichen, sind die Rehabilitationsforschung und die Qualitätssicherung.

### 2.1 Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“

Angesichts der wachsenden medizinischen und ökonomischen Bedeutung der Rehabilitation bei der Versorgung chronisch Kranker ist es notwendig, die Praxis der medizinischen Rehabilitation und die Versorgungsstrukturen kontinuierlich zu überprüfen und weiterzuentwickeln. Im Vergleich zur Gesundheitsforschung insgesamt, zum Stellenwert der Rehabilitation im Gesundheitswesen, zur zukünftigen Bedarfsentwicklung sowie auch im Vergleich zu internationalen Entwicklungen bestanden in Deutschland allerdings bis in die 90er Jahre sowohl strukturelle als auch inhaltliche Forschungsdefizite. Um diese Defizite auf Dauer zu überwinden, haben das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und die Rentenversicherung einen gemeinsamen Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“ ins Leben gerufen. Acht regionale Forschungsverbände werden über einen zweiphasigen Zeitraum von insgesamt acht Jahren (1998-2002, 2001-2005) gefördert. Das Finanzvolumen beträgt insgesamt 40,9 Millionen Euro; es wird von beiden Förderern je zur Hälfte aufgebracht. Zielsetzung des Förderschwerpunkts ist es, Qualität und Umfang anwendungsorientierter Forschung auf dem Gebiet der Rehabilitation zu steigern und die strukturelle Verankerung der Rehabilitationswissenschaften an Universitäten und Hochschulen nachhaltig zu stärken. Damit wird die wissenschaftlich begründete Weiterentwicklung der Rehabilitation langfristig sichergestellt.



Ziele des Förderschwerpunkts „Rehabilitationswissenschaften“:

- Informationen über Effektivität und Effizienz rehabilitativer Behandlungsmaßnahmen,
- praxisrelevante Impulse für die Optimierung der Patientenversorgung und der Versorgungsstrukturen,
- Steigerung von Qualität und Umfang praxisnaher Forschung auf dem Gebiet der Rehabilitation,
- Stärkung der strukturellen Verankerung der Rehabilitationswissenschaften an Universitäten und Hochschulen.

Nach einer bundesweiten öffentlichen Ausschreibung im März 1996 und einem mehrstufigen Begutachtungsprozess unter Mitarbeit eines auch international besetzten Gutachterkreises begann im Sommer 1998 die erste Förderphase mit der Förderung der acht regionalen Forschungsverbände mit insgesamt rund 70 Forschungsprojekten sowie darüber hinaus mit wissenschaftlichen Geschäftsstellen und methodischen Querschnittprojekten zur Sicherung der Infrastruktur und Qualitätssicherung der Verbände. Nach einer weiteren Ausschreibung im Februar 2000 sowie einer Begutachtung der neuen Forschungsanträge läuft seit Herbst 2001 die zweite Förderphase, wieder mit rund 70 Vorhaben in den acht Verbänden. Darüber hinaus werden an zwei Standorten (Halle, Würzburg) Stiftungsprofessuren durch die Rentenversicherung gefördert.

Innerhalb der regionalen Verbände arbeiten Forscher aus verschiedenen wissenschaftlichen Bereichen eng zusammen. Neben Wissenschaftlern aus universitären und außeruniversitären Forschungsinstituten wirken auch Praktiker aus Rehabilitationseinrichtungen und Vertreter von Rehabilitationsträgern mit. Damit wird bei den interdisziplinären Forschungsarbeiten der Praxisbezug gewährleistet. Die acht Verbände verteilen sich regional über die gesamte Bundesrepublik (Bayern, Berlin-Brandenburg-Sachsen, Freiburg/Bad Säckingen, Niedersachsen/Bremen, Norddeutschland, Nordrhein-Westfalen, Sachsen-Anhalt/Mecklenburg-Vorpommern, Ulm; siehe Kasten und Schaubild 7) und decken thematisch eine große Bandbreite wichtiger Fragestellungen ab:

Rehabilitationswissenschaftlicher Forschungsverbund Bayern (RFB): Patienten in der Rehabilitation: Störungsspezifische und -übergreifende Ansätze zu Fragen der Motivation, Krankheitsbewältigung, Intervention und Evaluation (24 Projekte)

Reha-Forschungsverbund Berlin-Brandenburg-Sachsen (BBS): Theoretische und praktische Grundlagen der Reha-Organisation und -Ökonomie (18 Projekte)

Rehabilitationswissenschaftlicher Forschungsverbund Freiburg/Bad Säckingen (RFV): Zielorientierung in Diagnostik, Therapie und Ergebnismessung (28 Projekte)



Rehabilitationswissenschaftlicher Forschungsverbund Niedersachsen/Bremen (RFNB): Reha-Ergebnisse: Prädiktion, Verfahrensoptimierung, Kosten (14 Projekte)

Norddeutscher Verbund Rehabilitations-Forschung (NVRF): Optimierung der Rehabilitation: Bedarfsermittlung, Effektivitätssicherung und Organisationsentwicklung (17 Projekte)

Nordrhein-Westfälischer Forschungsverbund Rehabilitationswissenschaften: Zukunftsstrategien für die Rehabilitation – Wirksamkeit und Qualitätsmanagement (17 Projekte)

Forschungsverbund Rehabilitationswissenschaften Sachsen-Anhalt/Mecklenburg-Vorpommern: Schnittstellenprobleme in der medizinischen und beruflichen Rehabilitation: Entwicklung und Erprobung praxisorientierter Lösungsansätze (13 Projekte)

Rehabilitationswissenschaftlicher Forschungsverbund Ulm: Bausteine der Reha (15 Projekte).

Manche fragen sich, warum die Rentenversicherung sich in der beschriebenen Form in der und für die Reha-Forschung engagiert. Auf die lange bestehenden Forschungsdefizite in diesem Bereich wurde oben schon hingewiesen. Die Rentenversicherung erwartet von ihrem Engagement:

- Grundlagen für die laufende Weiterentwicklung der Rehabilitationsleistungen (Strukturverantwortung),
- die Erprobung neuer Reha-Formen, Reha-Elemente und Reha-Verfahren,
- Grundlagen für die Qualitätssicherung, und
- die Stärkung der Rehabilitation in Fachöffentlichkeit und Politik (z. B. beim Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen oder in den Disease Management-Programmen DMP).

## 2.2 Zentrale Forschungsergebnisse

### **Medizinische Rehabilitation ist wirksam und rechnet sich**

Mehrere Studien im Förderschwerpunkt belegen die Wirksamkeit moderner Behandlungselemente in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung. Hierzu zählen vor allem didaktisch aufbereitete Schulungsprogramme („Patientenschulungen“) für verschiedene Indikationsgruppen (Morbus Bechterew, chronische Polyarthrit, Asthma, chronisch obstruktive Bronchitis, Nierenkrankheiten), aber auch spezifische Therapieprogramme und Interventionsbausteine für psychosomatische und Suchtpatienten.



Teilnehmer von Patientenschulungen profitieren gegenüber ungeschulten Rehabilitanden hinsichtlich ihres Krankheits- und Behandlungswissens, ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität sowie hinsichtlich weiterer relevanter somatischer, funktionaler und psychosozialer Parameter. Auch ein Jahr nach der Rehabilitation sind diese Schulungseffekte noch beachtlich. Teilnehmer an einer Patientenschulung sind gegenüber ungeschulten Rehabilitanden im Jahr nach der Rehabilitation seltener arbeitsunfähig, nehmen weniger medizinische Leistungen in Anspruch und werden im weiteren Zeitverlauf deutlich später wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit berentet.

### **Medizinische Rehabilitation hat ihren Platz im Gesundheitssystem**

Rehabilitationsbedarf lässt sich objektivieren. In zwei Projekten wurden nach rationalen Kriterien indikationsspezifische Algorithmen zur Abschätzung des Rehabilitationsbedarfs entwickelt. Diese Algorithmen berücksichtigen sozialrechtliche Vorgaben und die Evidenzlage ebenso wie die klinische, psychosoziale, berufliche und Versorgungssituation der Versicherten. Als Beispiele wurden Diabetes mellitus Typ-2 und schwere Rückenschmerzen untersucht. Bei berufstätigen LVA-Versicherten erfüllen 15% der Versicherten mit Typ-2-Diabetes und 22% der Versicherten mit schweren Rückenschmerzen die Kriterien für sicheren Rehabilitationsbedarf.

Von der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW) und der Gesellschaft für Rehabilitation bei Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen (GRVS) wurde der Algorithmus für Typ-2-Diabetes inzwischen zur Aufnahme in entsprechende Indikationsleitlinien für Disease-Management-Programme (DMP) vorgeschlagen. Diese Initiative kann maßgeblich dazu beitragen, eine stärkere Einbeziehung der Rehabilitation in DMP zu erreichen. Für die DMP „Koronare Herzkrankheiten“ (KHK) und COPD (Chronische Bronchitis) ist dies in Ansätzen bereits gelungen. Die vorgeschlagenen Algorithmen sollen nun auch innerhalb der Rentenversicherung im Rahmen der sozialmedizinischen Begutachtung erprobt werden.

### **Medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung sichert die Rückkehr zur Arbeit**

Schon innerhalb der medizinischen Rehabilitation können berufliche Problemlagen erkannt und ggf. erforderliche Maßnahmen eingeleitet werden. Vor allem Patienten mit langen Arbeitsunfähigkeitszeiten benötigen spezifische therapeutische Hilfen, um den beruflichen Wiedereinstieg zu bewältigen.

Mehrere Projekte im Förderschwerpunkt haben zum einen Screening-Instrumente entwickelt, mit denen „berufliche Risikopatienten“ zuverlässig erkannt werden können. Zum anderen wird belegt, dass die Rückkehreraten zur Arbeit von „beruflichen Risikopatienten“ durch berufliche Belastungserprobungen, Kooperationsmodelle mit Berufsförderungswerken und andere berufliche Therapiebausteine erfolgreich erhöht werden können.



## **Wirtschaftlichkeit der medizinischen Rehabilitation: Effizienz**

Politik und Fachwelt verlangen von der medizinischen Rehabilitation nicht nur Belege für deren Wirksamkeit, sondern auch für deren Wirtschaftlichkeit. Entsprechende Analysen, u. a. im Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“, berücksichtigen neben den Effekten der Interventionen bzw. Rehabilitationsleistungen auch deren Kosten. Dargestellt sei dies am Beispiel der Patientenschulung: Die Patientenschulung ist ein Kernstück der medizinischen Rehabilitation; nur durch sie kann man erreichen, dass die Rehabilitanden aktiv an ihrer Rehabilitation mitarbeiten, und Einstellungs- und Verhaltensänderungen erzielen, die für die langfristige Wirksamkeit der Rehabilitation insgesamt entscheidend sind. Patientenschulung ist nicht „Unterricht“ und schon gar kein „Vortrag“, sondern ein strukturiertes Kleingruppenprogramm aus mehreren „Sitzungen“, in dem nicht nur Wissen über die Erkrankung vermittelt wird, sondern auch Möglichkeiten der erfolgreichen Krankheitsbewältigung praktisch demonstriert und eingeübt werden. Dabei kommen auch die emotionalen Auswirkungen der Krankheit und ihrer Folgen nicht zu kurz. Die Rehabilitanden sollen durch den Erwerb von Wissen, Fertigkeiten und Kompetenzen in die Lage versetzt werden, informierte Entscheidungen bezüglich ihrer Lebensführung zu treffen (Empowerment).

Inge Ehlebracht-König (Bad Eilsen) evaluierte in einer pseudorandomisierten Studie ein vom Arbeitskreis Patientenschulung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie entwickeltes Schulungsprogramm für Patienten mit Morbus Bechterew. Die Ergebnisse zeigen, dass die Schulung durch die Patienten sehr gut akzeptiert wird und die Schulungsteilnehmer (n=131-167) gegenüber der ungeschulten Kontrollgruppe (n=111-156) direkt nach der Rehabilitationsmaßnahme in den Bereichen „Krankheits- und Behandlungswissen“ und „Krankheitsaktivität/Schmerz“ sowie im 6-12-monatigen katamnestischen Zeitraum in den Bereichen „Krankheits- und Behandlungswissen“, „Selbstwirksamkeit“ und „Funktionskapazität Rücken“ profitieren. Die erwerbstätigen Patienten der Schulungsgruppe waren im Jahr nach der Rehabilitation deutlich seltener arbeitsunfähig als im Vorjahr, während sich die Arbeitsunfähigkeitstage bei den ungeschulten Patienten nicht verringerten.

Die gesundheitsökonomischen Begleitanalysen zeigen, dass die Wirksamkeit dieser Intervention auch mit einer hohen Effizienz, also Wirtschaftlichkeit einhergeht: Im 12-monatigen Verlauf wurden in der Schulungsgruppe hinsichtlich der indirekten Kosten allein aufgrund der geringeren Arbeitsunfähigkeit Einsparungen von 1.930 € pro Person erreicht. Stellt man diesen Einsparungen die Schulungskosten von 135 € pro Person gegenüber, ergibt sich ein Kosten-Nutzen Verhältnis von 1:14 zugunsten der Schulung.

In einem Projekt von Wilfried Mau werden als Fortsetzung einer früheren Studie zwei pseudorandomisierte Gruppen von Patienten mit chronischer Polyarthrit im 7-jährigen Verlauf miteinander verglichen: eine mit dem Schulungsprogramm „chronische Polyarthrit“ des Arbeitskreises Patientenschulung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie geschulte Interventionsgruppe (n=67-78) und eine ungeschulte Kontrollgruppe (n=60-68). Zwar differieren



Fall- und Kontrollgruppe 7 Jahre nach Rehabilitation nicht (mehr) hinsichtlich somatischer und psychischer Variablen. Als zentraler Unterschied zeigt sich aber, dass die Teilnehmer der Schulungsgruppe signifikant später wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit berentet werden. Wieder zeigen die gesundheitsökonomischen Begleitanalysen im 7-jährigen Gesamtverlauf pro Person Einsparungen bei den indirekten Kosten von 12.800 € (vor allem durch spätere BU/EU-Berentung), denen Schulungskosten von 200 € gegenüberstehen. Dies entspricht einem Kosten-Nutzen-Verhältnis von 1:64 zugunsten der Schulung. Insgesamt kann bei beiden Studien von einer eindrucksvollen positiven Kosten-Nutzen-Bilanz und damit einer sehr hohen Effizienz gesprochen werden.

Für die Rentenversicherung rechnen sich Investitionen in die Rehabilitation bereits dann, wenn durch medizinische Rehabilitation eine drohende Frühberentung um drei bis vier Monate hinausgezögert werden kann. Dass dies gelingt, wurde an den oben dargestellten Ergebnissen der Reha-Verlaufsstistik deutlich. Rehabilitation stellt somit eine erfolgreiche Investition in die Gesundheit und Erwerbsfähigkeit dar.

### **Umsetzung der Ergebnisse in die Praxis**

Wegen des zentralen Stellenwertes der Umsetzung haben die Förderer eine besondere Umsetzungsphase im Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“ beschlossen, in der mit dem Ende der ersten Förderphase der Transfer der Forschungsergebnisse in die Praxis angestoßen, organisatorisch unterstützt und bei Bedarf wissenschaftlich begleitet werden soll. Als besonders zentrale Umsetzungsfelder wurden vier Themenbereiche identifiziert:

1. Patientenschulung
2. Zugang zur Rehabilitation
3. Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation und Berufliche Rehabilitation
4. Nachsorge

Für wissenschaftliche Projekte zur Umsetzung der Ergebnisse wurden aus dem Förderschwerpunkt zunächst Mittel in Höhe von bis zu 2 Mio. € reserviert. Nach einer entsprechenden Ausschreibung läuft derzeit die Begutachtung der Anträge. Diese Aktivitäten werden durch umsetzungsbezogene Vorhaben der einzelnen Rentenversicherungsträger ergänzt. Darüber hinaus werden in einer Reihe von Projekten der zweiten Förderphase schon Ergebnisse der ersten Förderphase umgesetzt.

Die oben beschriebene Wirksamkeit und Effizienz der Rehabilitation entsteht nicht von selbst. Um diese Ergebnisse zu erreichen, hat die Rentenversicherung in den letzten 15 Jahren unter Investition erheblicher Mittel eine Qualitätsoffensive in der Rehabilitation eröffnet. Dadurch fand eine zunehmende fachliche Professionalisierung und Spezialisierung im Bereich der Rehabilitation statt und konnte die Rehabilitation sich zu einem anerkannten und eigenständigen interdisziplinären Fachgebiet entwickeln.



## 2.3 Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung

Beginnend im Jahre 1994 hat die Rentenversicherung mit erheblichem finanziellen und personellen Aufwand ein umfassendes Qualitätssicherungsprogramm für die stationäre medizinische Rehabilitation eingeführt, für das in Zusammenarbeit mit wissenschaftlichen Instituten und Rehabilitationsexperten neue Instrumente und Verfahren der Qualitätssicherung entwickelt wurden. Inzwischen ist dieses Qualitätssicherungsprogramm flächendeckend in die Routine der Rehabilitation integriert. Einbezogen sind bundesweit alle eigenen und von ihr federführend belegten, das sind rund 960 Rehabilitationseinrichtungen und Fachabteilungen.

Das Qualitätssicherungsprogramm (siehe Schaubild 8) dient der Sicherung einer bedarfsgerechten, qualitativ hochwertigen, aber zugleich ökonomisch-rationalen Versorgung der Versicherten. Ein klinikvergleichendes Informationssystem sorgt für eine hohe Transparenz des Leistungsgeschehens für alle Beteiligten. Die stationäre medizinische Rehabilitation ist damit der erste Versorgungsbereich im deutschen Gesundheitswesen, bei dem flächendeckend in der Versorgungsroutine Prinzipien der externen Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung praktisch umgesetzt werden.

Das Qualitätssicherungsprogramm ist gekennzeichnet durch einen umfassenden Ansatz, der die Bereiche Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität im Rahmen der externen Qualitätssicherung durch die Rehabilitationsträger sowie Anstöße für das interne Qualitätsmanagement der Reha-Einrichtungen enthält.

Die Ergebnisse der Erhebung zur Strukturqualität (siehe ein Beispiel in Schaubild 9) der Reha-Kliniken dienen den Rehabilitationsträgern zur Überprüfung der Anforderungen an die personelle, räumliche und apparative Ausstattung, die für eine angemessene patientengerechte Versorgung der Rehabilitanden erforderlich ist, sowie zur Planung der zukünftigen Stellenbemessung.

Das Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung trägt der zunehmenden Betonung der Patienten- und Ergebnisorientierung im Gesundheitswesen von Anfang an durch umfassende Patientenbefragungen Rechnung. Patientenurteile zu Erfolg und Durchführung der Rehabilitation ermöglichen eine patientenorientierte Weiterentwicklung des Rehabilitationsprozesses. Die Qualität der Rehabilitation spiegelt sich u. a. auch in der Zufriedenheit und Akzeptanz der Patienten mit der erfahrenen Behandlung und Betreuung wider (siehe Schaubild 10). Jährlich werden von den Rentenversicherungsträgern mehr als 100.000 Fragebögen in den Bereichen somatische Indikationen und Psychosomatik/Abhängigkeitserkrankungen versandt. Angeschrieben werden etwa 20 zufällig ausgewählte Rehabilitanden pro teilnehmender Klinik und Monat. Die Zufriedenheitswert der Rehabilitanden mit der Rehabilitation fällt



mit Werten um "2" bei einem Noten-Bereich von "1" (sehr gut) bis "5" (sehr schlecht) positiv aus. Im Ergebnisbericht an die Kliniken werden signifikante Unterschiede zwischen den Ergebnissen der Einzelklinik und denen der Vergleichsgruppe gekennzeichnet. Damit hat die einzelne Klinik die Möglichkeit, Schwachstellen zu erkennen und mögliche Defizite aufzudecken. Befragungen in den Rehabilitationskliniken haben ergeben, dass der Bericht von über 90 % der Kliniken als verständlich, sinnvoll und nützlich beurteilt wird.

Im Peer-Review-Verfahren der Rentenversicherung, das seit 1999 routinemäßig in allen Rehabilitationseinrichtungen im Einsatz ist, wird der individuelle Rehabilitationsprozess durch erfahrene Ärzte der entsprechenden Fachrichtung anhand von 20–25 zufällig ausgewählten Rehabilitationsentlassungsberichten und Therapieplänen aus jeder Klinik bzw. Fachabteilung bewertet (siehe Schaubild 11). Für die Begutachtung des Einzelfalls wurde eine Checkliste entwickelt, deren Bewertungskriterien in einem Manual dargelegt sind. Die Rehabilitationseinrichtungen erhalten Angaben zu den prozentualen Anteilen von Berichten ohne Mängel bzw. mit geringen, deutlichen und gravierenden Mängeln, sowohl für den gesamten Rehabilitationsprozess als auch für seine wesentlichen Teilbereiche. Die Ergebnisse der somatischen Indikationen zeigen, dass ein großer Teil der Entlassungsberichte in allen Bereichen entweder gar keine oder aber nur leichte Mängel aufweist. Damit lässt das Qualitäts-Screening überwiegend keine Beanstandungen des Reha-Prozesses erkennen. Es konnte gezeigt werden, dass die Schulung einerseits und die konkrete Tätigkeit der Peers als Gutachter andererseits zu einer Verbesserung der eigenen Arbeit führt. Für Kliniken, die bereits mehrfach am Peer-Review-Verfahren teilgenommen haben, lassen sich signifikante Verbesserungen feststellen. Die Häufigkeiten in den Kategorien "deutliche" und "gravierende Mängel", im Schaubild als „Beratungsbedarf“ bezeichnet, sind zurückgegangen.

Das Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung soll nicht der Kontrolle der Mitarbeiter in den Rehabilitationseinrichtungen und –dienste dienen. Es geht vielmehr darum, die Qualität der Rehabilitation kontinuierlich, ergebnis- und patientenorientiert zu verbessern und die Transparenz des Leistungsgeschehens zu erhöhen. Keinesfalls darf Qualitätsmanagement zum reinen Kostenmanagement degenerieren, auch wenn die Kosten-Leistungs-Relation nicht außen vor bleiben kann. Längerfristig werden Reha-Einrichtungen mit guter Qualitätsentwicklung die besten Belegungschancen haben, wohingegen geringere Qualität in Kliniken, bei denen zudem auch keine Qualitätsentwicklung festzustellen ist auf Dauer nicht ohne Konsequenzen bleiben kann.

Das umfassende Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung ist Vorbild für entsprechende Entwicklungen auch bei den Krankenkassen. Inzwischen sind Kranken- und Rentenversicherung bestrebt, ihre Qualitätssicherungsprogramme einander anzugleichen und neue Programme, z. B. für die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen, von vornherein gemeinsam zu entwickeln.



### 3. Herausforderungen und Perspektiven

Die Rehabilitation der Rentenversicherung steht aktuell und in den kommenden Jahren vor einer Reihe von Herausforderungen. Sie muss ihre Aufwendungen in den Grenzen eines gesetzlich festgelegten Budgets halten und gleichzeitig den Anforderungen nachkommen, die das im Juli 2001 in Kraft getretene neunte Buch des Sozialgesetzbuches (SGB IX) formuliert. Darüber haben wir in den vergangenen Presseseminaren ausführlich informiert. Als Teil des Gesundheitssystems ist die medizinische Rehabilitation aber auch von Veränderungen betroffen, die sich aus der Umstellung der Krankenhausfinanzierung und der Gesundheitsreform ergeben.

#### 3.1 Auswirkungen der Einführungen der DRG im Krankenhaus

Die Reform der Vergütung von Krankenhausleistungen mit der Einführung von Fallpauschalen bringt weitreichende Folgen für die medizinische Rehabilitation mit sich und wird die Entwicklung auch der Rehabilitationspraxis erheblich beeinflussen.

Fallpauschalen setzen den wirtschaftlichen Anreiz, auf nicht notwendige Leistungen zu verzichten und die Patienten möglichst früh aus dem Akutkrankenhaus zu entlassen. Experten erwarten daher durch die Einführung des auf der Basis des australischen Diagnosis-Related-Groups (DRG) entwickelten Fallpauschalensystems eine erhebliche Verkürzung der Verweildauer im Krankenhaus. Im Zusammenhang mit dieser Verkürzung werden - das zeigen internationale Erfahrungen - bisher im Krankenhaus erbrachte Betreuungsleistungen nach außen auf andere Systeme, darunter die Rehabilitation, verlagert.

Es besteht die Gefahr, dass insbesondere die für den weiteren Therapieverlauf wichtigen frührehabilitativen und frühmobilisierenden Leistungen im Krankenhaus nicht mehr in ausreichendem Maße erbracht werden (vgl. Schaubild 12). Dann kommen die Patienten mit deutlich schlechteren Voraussetzungen, d. h. noch nicht rehabilitationsfähig, in die Anschlussheilbehandlung, mit der Gefahr, dass vorhandenes Rehabilitationspotenzial nicht genutzt werden kann. Andere Patienten, die bisher nach Hause entlassen wurden, kommen angesichts der kürzeren Verweildauer nun erst einmal in die Anschlussheilbehandlung, so dass auch die Anzahl dieser Rehabilitationsleistungen zunimmt. Mehrbelastungen und eine Verschiebung von Kosten in die Rehabilitation sind so zu erwarten.

Aktuell zeichnet sich durch die Fallpauschalenverordnung 2004 noch eine weitere ungünstige Entwicklung ab. Neue, sogenannte Früh-Reha-DRG setzen einen Anreiz, Patienten länger als unbedingt notwendig im Krankenhaus zu halten, ggf. nach Verlegung in ein zweites Krankenhaus, und in dieser Zeit



so etwas wie Rehabilitation durchzuführen. Dazu sind die meisten Krankenhäuser aber mangels Konzepten und Ausstattung (personell und räumlich) gar nicht wirklich in der Lage. Zusätzlich fällt auf, dass die dafür vorgesehenen Kosten pro Tag fast doppelt so hoch liegen wie die in AHB-Kliniken der Rentenversicherung. Es besteht also die Gefahr, dass dann eine überbeuerte Rehabilitation zweiter Klasse an die Stelle der bewährten Behandlung in einer darauf spezialisierten Rehabilitationsklinik tritt.

## **3.2 Rehabilitation als Teil des Gesundheitssystems**

Schon jetzt versteht sich die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung immer mehr als integrierter Teil der Gesundheitsversorgung. Seit Jahrzehnten verzahnt die Anschlussheilbehandlung (AHB) die Krankenhausbehandlung mit der Rehabilitation; die Reha-Nachsorgeleistungen der Rentenversicherung, im Herbst 2001 in einem Rahmenkonzept zusammengefasst, verbinden die Rehabilitation mit der gesundheitlichen Versorgung am Wohnort. Und die an Bedeutung zunehmende ambulante Rehabilitation eröffnet ganz neue Chancen der Integration der Rehabilitation in die medizinische Versorgung.

Ansätze zur Integration der verschiedenen Sektoren des Gesundheitssystems kennzeichnen auch das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung im SGB V, nicht erst in den aktuellen Entwürfen zur Gesundheitsreform. Zwei Stichworte seien genannt: Disease-Management-Programme (DMP, § 137 g SGB V) und die integrierte Versorgung (§ 140a ff. SGB V).

### **Disease-Management-Programme**

Disease-Management-Programme (DMP) sollen Defizite in der Versorgung chronisch Kranker beseitigen und die Vernetzung der Versorgungsbereiche im Gesundheitssystem stärken. Kern der Programme bilden evidenzbasierte Behandlungsleitlinien, in denen die Behandlung chronisch kranker Patienten nach dem aktuellen medizinischen Wissen systematisiert wird (vgl. Schaubild 13). Empfehlungen zu den Anforderungen an die inhaltliche Ausgestaltung für die ersten DMP (Diabetes mellitus Typ 2, Mammakarzinom, Koronare Herzkrankheit KHK und COPD) wurden durch den Koordinierungsausschuss nach § 137e SGB V bzw. den Gemeinsamen Bundesausschuss formuliert.

Die Disease-Management-Programme sind aber gegenwärtig fast ausschließlich auf die ambulante und stationäre Versorgung in der Akutversorgung begrenzt und vor allem akutmedizinisch ausgerichtet. Das hängt auch mit ihrer Verknüpfung mit dem Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen zusammen. Leider bleibt damit die medizinische Rehabilitation, die mit ihrem ganzheitlichen und verhaltensmedizinischen Behandlungskonzept eine wesentliche Rolle in der Versorgung chronisch Kranker spielt, weitgehend unberücksichtigt.



Der VDR hat sich schon im Jahr 2002 u. a. in zwei ausführlichen Stellungnahmen gegenüber dem Koordinierungsausschuss zu den Anforderungen an die inhaltliche Ausgestaltung von DMP und die notwendige Einbindung der Rehabilitation geäußert. Vertreter der Rentenversicherung haben in einer Arbeitsgruppe der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW) an Hinweisen zur Indikationsstellung für die medizinische Rehabilitation bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 im Rahmen von Disease-Management-Programmen mitgearbeitet und aufgezeigt, wie eine konkrete Einbindung der Rehabilitation in DMP aussehen könnte. Die wissenschaftlichen Grundlagen dazu stammen - wie oben erwähnt - aus einem Projekt des erwähnten Förderschwerpunkts „Rehabilitationswissenschaften“. Gespräche zwischen Rentenversicherung und Krankenversicherung zur Umsetzung dieser Vorschläge haben begonnen.

### **Integrierte Versorgung**

Auch die integrierte Versorgung soll die bislang oft kaum überwindbaren Grenzen zwischen den Sektoren unseres Gesundheitssystems durchlässig machen. Gelingen ist ihr dies bislang kaum. Modelle zur integrierten Versorgung haben sich meist nicht durchsetzen können und die Rehabilitation der Rentenversicherung auch nicht einbezogen. Wir rechnen allerdings damit, dass durch die Neuregelungen im Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) die Umsetzung dieses Versorgungskonzept einen neuen Schub erhält.

Durch die neuen Vorschriften fallen viele Einschränkungen und Vorgaben weg, so dass Krankenkassen und Leistungserbringer die integrierte Versorgung viel freier regeln können. Mindestens zwei Partner aus verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens müssen sich zusammenschließen und einen Vertrag mit der Krankenversicherung abschließen. Es herrscht weitgehende Vertragsfreiheit; die Vergütungsformen sind zum Beispiel frei wählbar. Ein Kontrahierungszwang besteht auch nicht mehr - es kommt zu einem Wettbewerb um die Teilnahme an der integrierten Versorgung. Entsprechende Verträge können sich auf Teilbereiche, z. B. auf einzelne Krankheitsbilder, beschränken oder eine umfassende alternative Versorgung vorsehen. Eine engere Verknüpfung von stationärer Versorgung und Rehabilitation ist möglich und so bietet die integrierte Versorgung einen Ansatz zur stärkeren Integration der medizinischen Rehabilitation in die Gesundheitsversorgung insgesamt. Einige der bekannt gewordenen Verträge zur Integrierten Versorgung haben inzwischen auch schon Rehabilitationsleistungen und -einrichtungen einbezogen, so beispielsweise in einem Vertrag zu Hüft- und Kniegelenkprothesen und deren Nachbehandlung/Rehabilitation. Da die Gesetzesvorschriften zur integrierten Versorgung sich nur auf die gesetzliche Krankenversicherung beziehen, ist die Integration von deren Rehabilitationsleistungen in entsprechende Verträge viel leichter zu bewerkstelligen als die der Rentenversicherung. Die Spitzenverbände von Krankenkassen und Rentenversicherung sind aber bereits im Gespräch, um Konzepte zur optimalen Einbindung der medizinischen Rehabilitation in die integrierte Versorgung zu erarbeiten.



## **Krankenbehandlung und Rehabilitation**

Das SGB IX „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ trifft - etwas versteckt - auch eine wegweisende Aussage für das Gesundheitssystem insgesamt. § 27 zu „Krankenbehandlung und Rehabilitation“ lautet: „Die in § 26 Abs. 1 genannten Ziele sowie § 10 gelten auch bei Leistungen der Krankenbehandlung.“ Mit anderen Worten: Die Ziele der medizinischen Rehabilitation, „Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern“ (§ 26 Abs. 1 SGB IX), sind auch Richtschnur für das Gesundheitssystem insgesamt, insbesondere auch für die Akutmedizin. Leider hat diese Vorschrift des SGB IX bislang kaum Wirkung entfaltet - sonst wäre die Vernachlässigung der Rehabilitation in den Disease-Management-Programmen nicht möglich gewesen. Auch dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) fehlt diese Orientierung an den Zielen der Rehabilitation - darauf haben insbesondere die Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter und die DEGEMED in ihren Stellungnahmen zum GMG-Entwurf hingewiesen.

## **4. Zusammenfassung und Ausblick**

Rehabilitation ist wirksam, dass wissen wir aus den Ergebnissen der Reha-Verlaufsstatistik, aus dem Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung und dem Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“.

Der Bedarf an Rehabilitationsleistungen wird auch in Zukunft weiter zunehmen, u. a. wegen der Zunahme chronischer Erkrankungen und der demografischen Entwicklung. Dem wachsenden Bedarf stehen nur begrenzte Mittel gegenüber. Eine Veränderung des Budgets und seiner Fortschreibung ist gegenwärtig nicht erkennbar. Eine bedarfsgerechte Ausweitung der Rehabilitationsleistungen sowie Qualitätsverbesserungen sind daher nur bei gleichzeitigen Einsparungen an anderer Stelle möglich. Deshalb ist die Weiterentwicklung der Qualität und der Effizienz der Rehabilitation so wichtig.

Dabei kommt es darauf an, zwei, nicht immer leicht zu vereinbarende Anforderungen zu erfüllen: Einerseits soll sich die medizinische Rehabilitation naht- und bruchlos in die gesundheitliche Versorgung insgesamt integrieren; andererseits soll sie gleichzeitig ihre eigene Identität, ihre besonderen Stärken, vor allem in der Behandlung chronischer Erkrankungen, erhalten und ausbauen.

**Folien zum Vortrag**

**Dr. Rolf Buschmann-Steinhage**

**Rehabilitation durch die Rentenversicherung –  
Ergebnisse zur Wirksamkeit und aktuelle  
Herausforderungen**

**Es gilt das gesprochene Wort**

## **Schaubilder zum Vortrag**

# **Rehabilitation durch die Rentenversicherung - Ergebnisse zur Wirksamkeit und aktuelle Herausforderungen**

**Dr. Rolf Buschmann-Steinhage**  
**Frankfurt am Main**

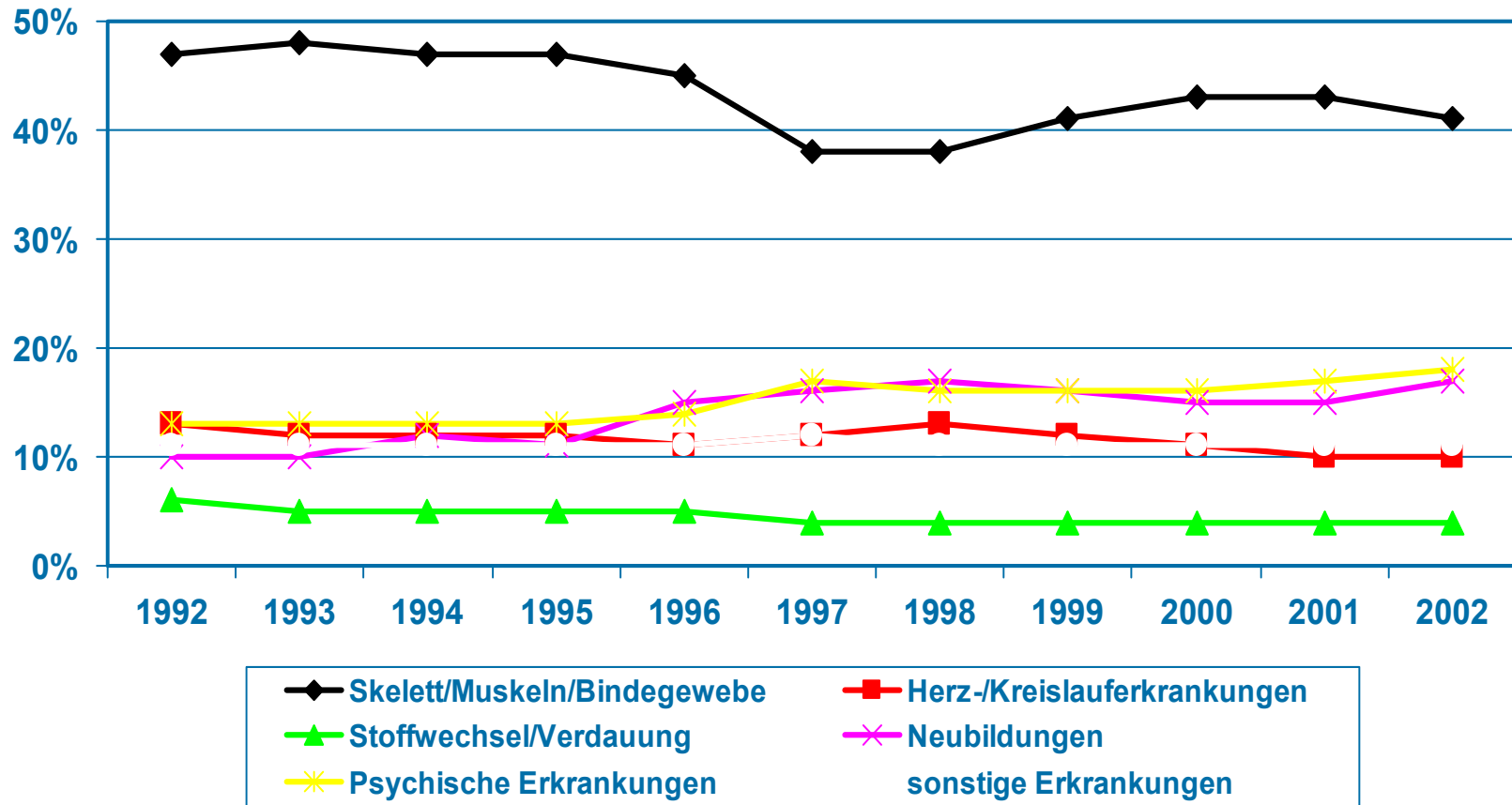
## **§ 8 Abs. 2 SGB IX: „Reha vor Rente“**

**Leistungen zur Teilhabe haben Vorrang vor Rentenleistungen, die bei erfolgreichen Leistungen zur Teilhabe nicht oder voraussichtlich erst zu einem späteren Zeitpunkt zu erbringen wären. Dies gilt während des Bezuges einer Rente entsprechend.**

## Vier Faustzahlen zur Rehabilitation der Rentenversicherung

- pro Jahr etwas mehr als eine Million Rehabilitationsleistungen
- für knapp fünf Mrd. Euro pro Jahr
- davon ca. 900.000 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und
- ca. 180.000 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation)

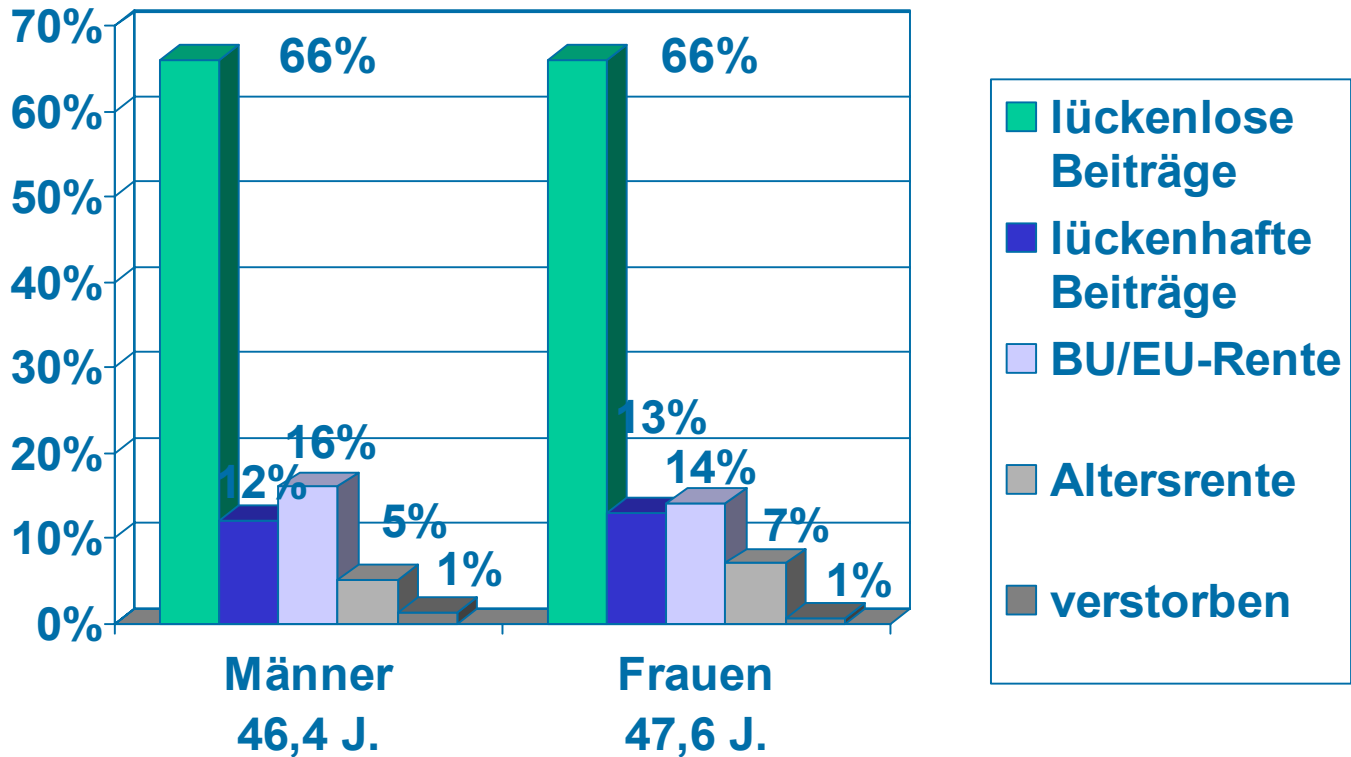
# Medizinische Reha-Leistungen der Rentenversicherung nach Diagnosenhauptgruppen 1992-2002



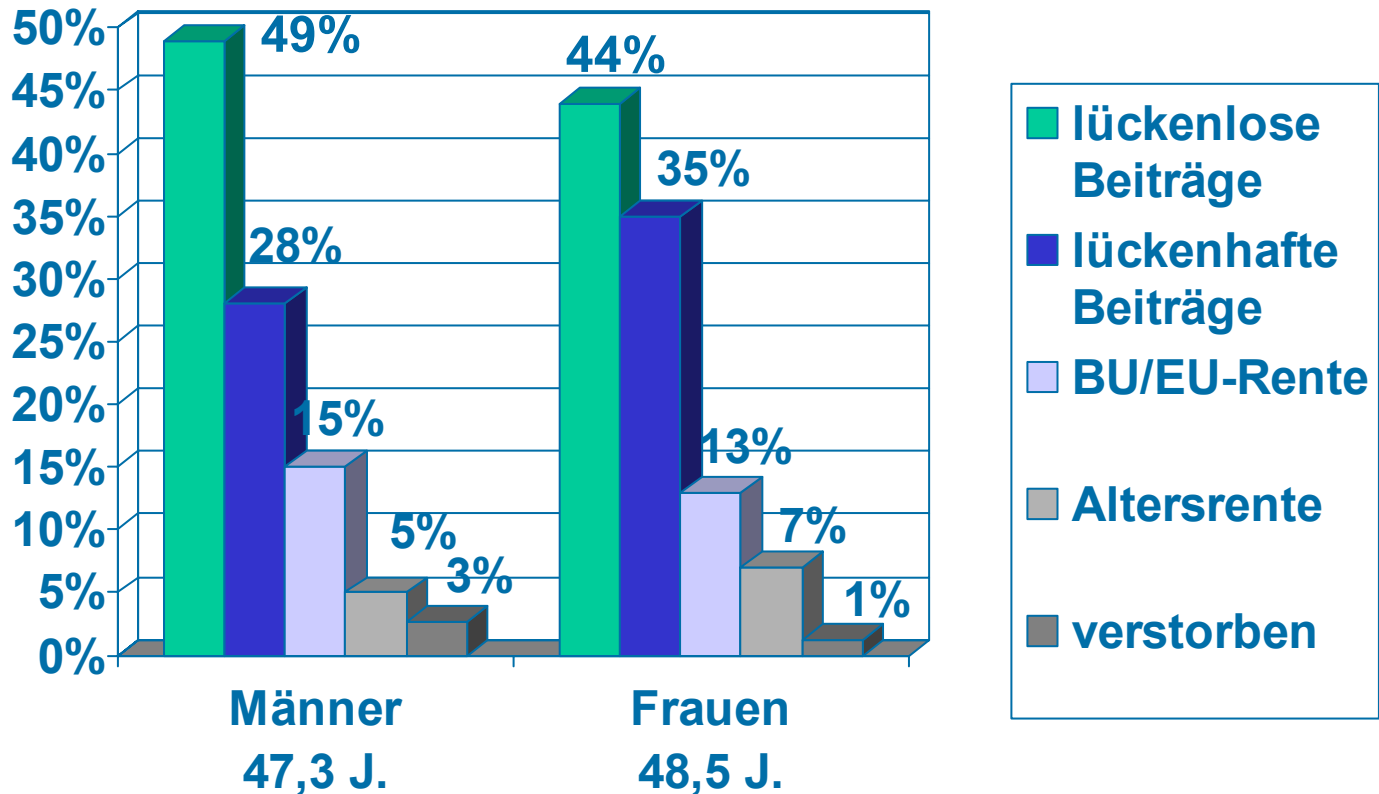
\* Ohne Fälle, bei denen keine Aussage zur Diagnose gemacht werden konnte.

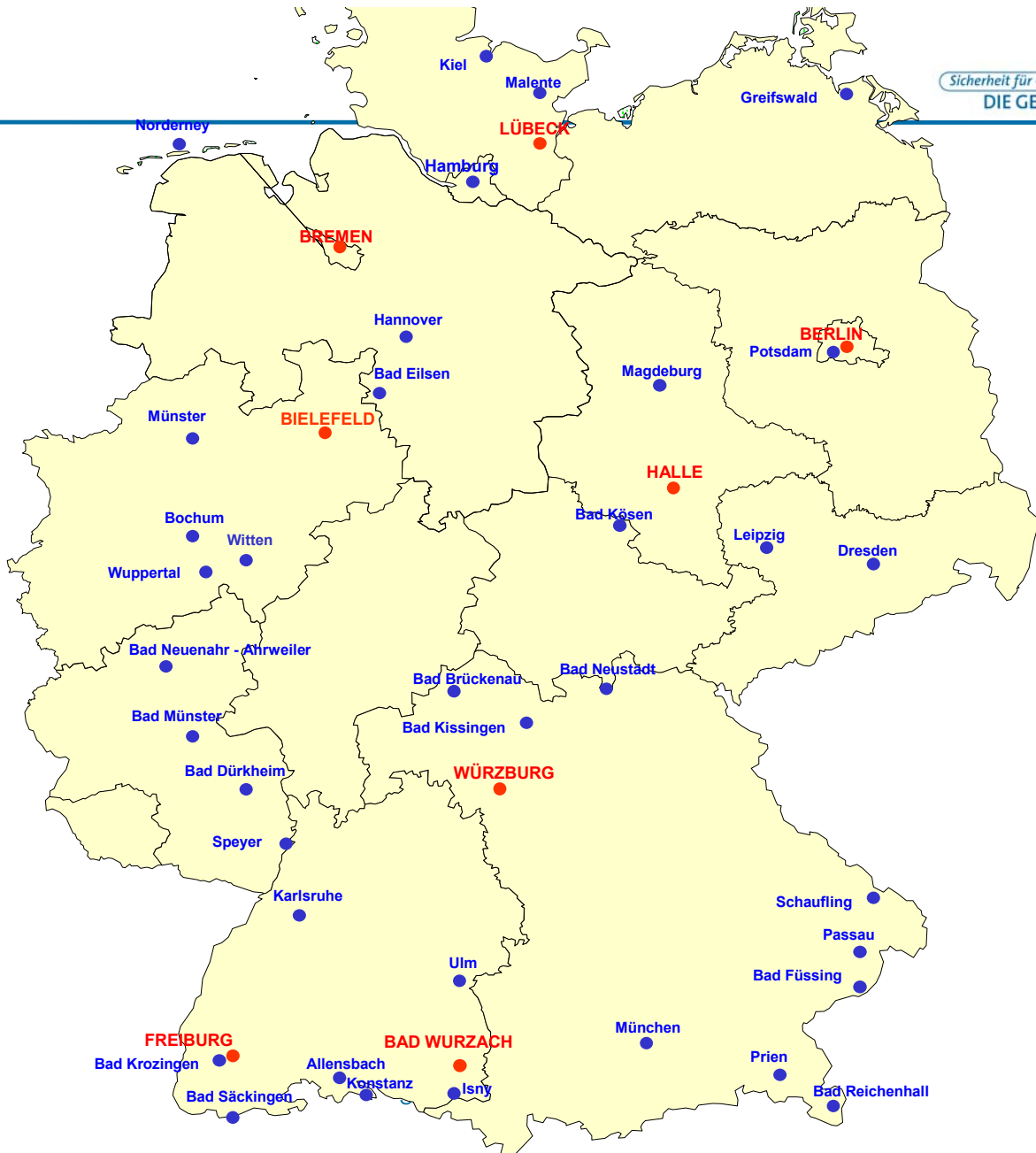
Quelle VDR-Statistik Rehabilitation, verschied. Jahrgänge

# Sozialmedizinischer 2-Jahresverlauf des Reha-Jahrganges 1999 (ArV)



# Sozialmedizinischer 5-Jahresverlauf des Reha-Jahrganges 1996 (ArV)



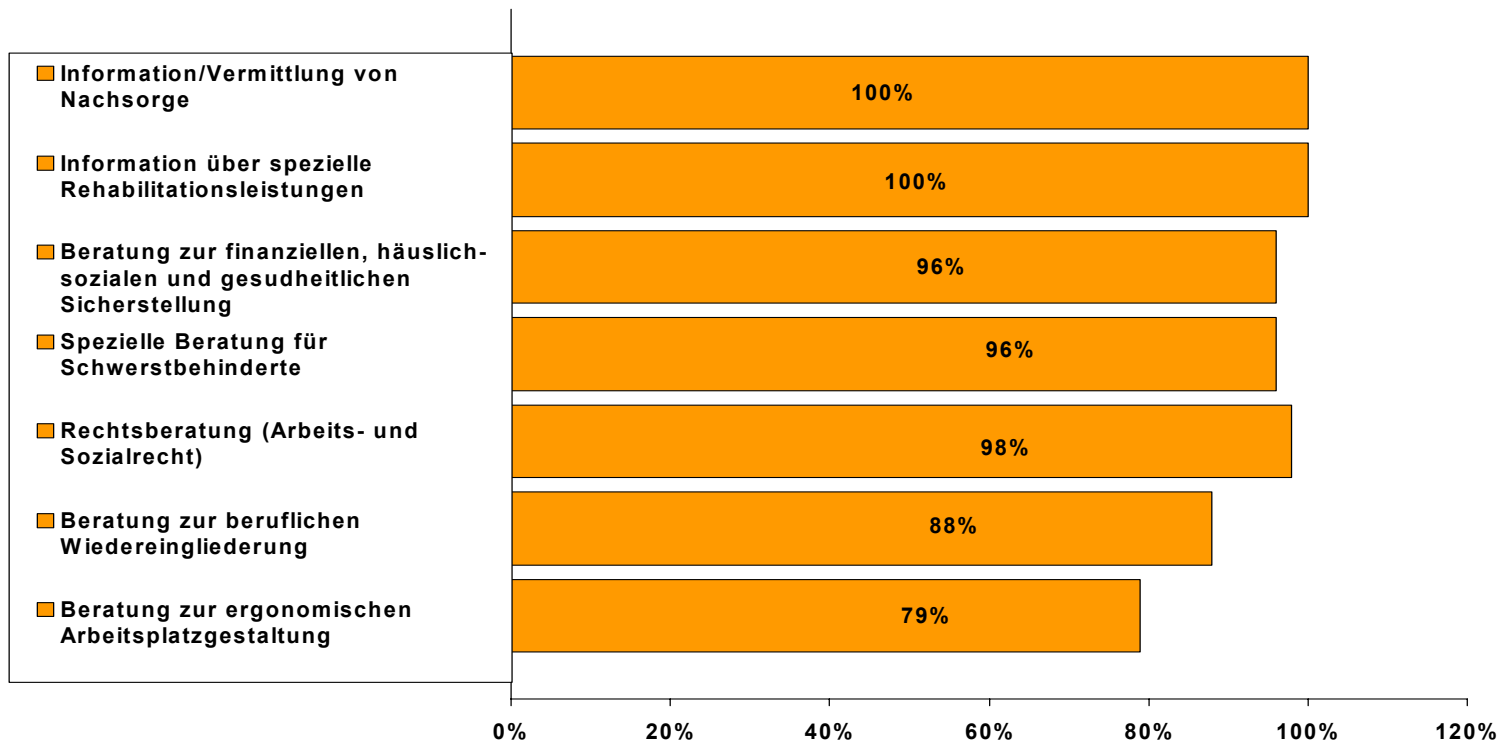


# Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung

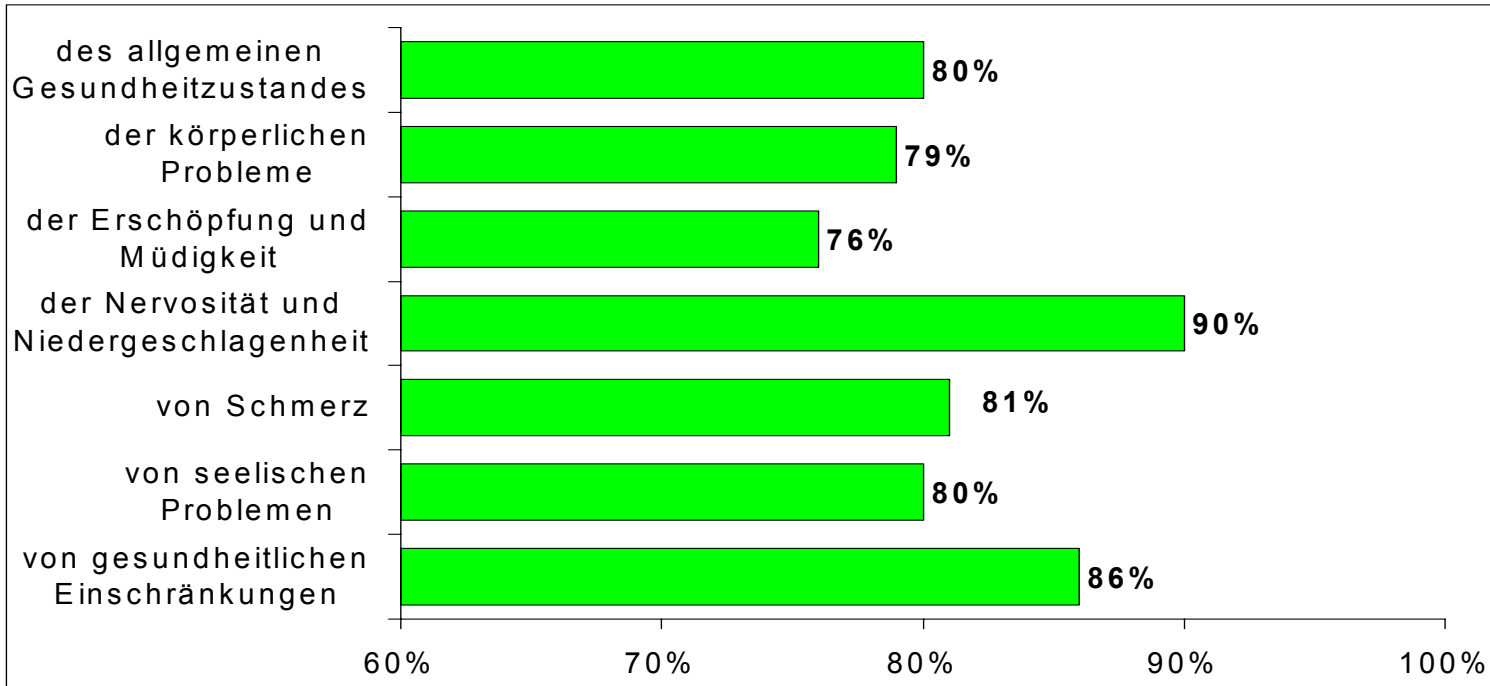
- **seit 1994, für alle Reha-Kliniken der RV**
- **kontinuierliche, ergebnis- und patientenorientierte Qualitätsverbesserung**
- **einrichtungsvergleichender Ansatz**
- **Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität**
- **Schwerpunkt auf den Inhalten der Leistungserbringung, nicht auf den Kosten**
- **Rahmen für das interne Qualitätsmanagement**

# Sozial- und Berufsberatung in neurologischen Rehabilitationseinrichtungen

Daten aus der Strukturerhebung 2001



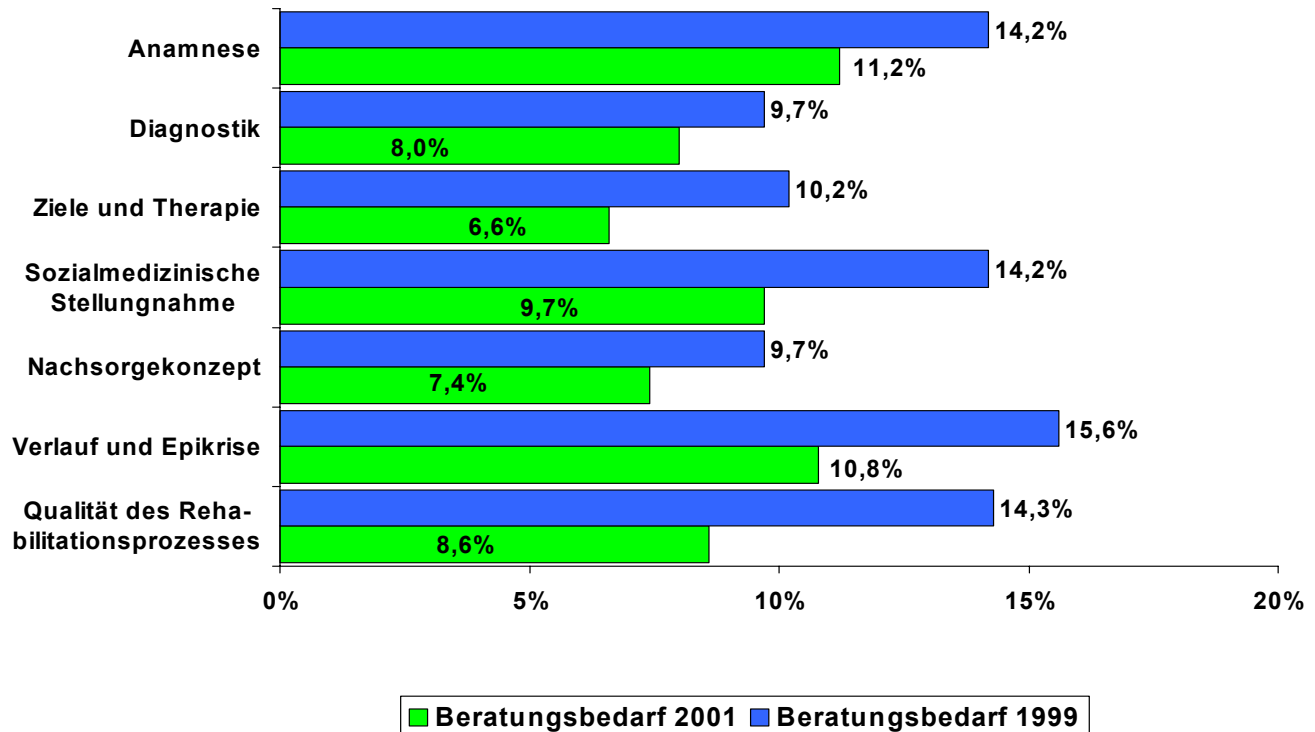
# Patientenbefragung 2001, 2.477 Patienten aus kardiologischen AHB-Kliniken



Anteil der Rehabilitanden mit subjektiver Besserung

# Entwicklung der Peer Review-Ergebnisse 1999-2001

## Peer Review, Somatische Indikationsbereiche



# Auswirkungen der Einführung des DRG-Systems im Krankenhaus

- Verkürzung der Verweildauer im Krankenhaus
- Reduzierung von Frühmobilisation und Frührehabilitation



- Höherer Pflegebedarf in der Anschlussrehabilitation
- Zunahme der Anschlussheilbehandlungen (AHB)
- Kostenverlagerung (-> ambulant, -> Rehabilitation)
- Reha 2. Klasse durch Früh-Reha-DRG?

# Disease Management-Programme

- **strukturierte, leitlinienorientierte und sektorenübergreifende Programme zur Behandlung chronischer Krankheiten (DMP)**
- **zunächst für vier ausgewählte Indikationen (Diabetes, KHK, Brustkrebs, COPD)**
- **für den Bereich der Krankenkassen (SGB V)**
- **zur Verbesserung des Risikostrukturausgleichs**
- **Zulassung durch Bundesversicherungsamt**
- **Teilnahme der Versicherten freiwillig**