

Die Zukunft der Rehabilitation

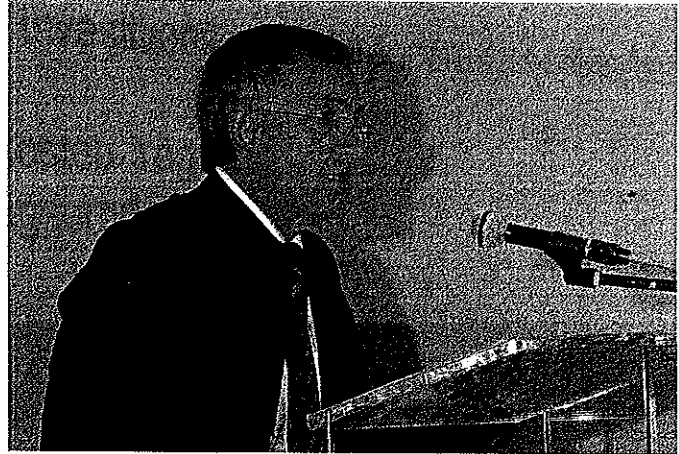
In Bad Mergentheim diskutierte die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg mit den regelmäßig von ihr belegten Rehabilitationseinrichtungen über finanzielle Rahmenbedingungen und Forderungen an die Politik

Die Rehabilitation wird zukünftig eine immer wichtigere Rolle spielen – aber wie sieht die Zukunft der Rehabilitation aus? Mit dieser Fragestellung befasste sich am 5. Oktober 2010 eine Tagung in Bad Mergentheim. Eingeladen hatte dazu die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg, die für die Zukunft der Rehabilitation das Motto „Flexibler, wohnort- und betriebsnäher, erfolgreich und bezahlbar“ formulierte.

Damit setzten sich die mehr als 250 Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Veranstaltung, zu denen vor allem die Chefarzte und Verwaltungsleiter der von der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg regelmäßig belegten Rehabilitationseinrichtungen gehörten, auseinander. In insgesamt fünf Arbeitsgruppen wurden dabei die Aspekte Verzahnung und Vernetzung der Rehabilitationsleistungen, Effizienz und Effektivität der Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Suchtrehabilitation und Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen beleuchtet und – sowohl im kleinen Kreis als auch anschließend im Plenum – diskutiert.

Neue Strategien entwickeln

Vor Ort wurden die Gäste vom Geschäftsführer der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg, Hubert Seiter, begrüßt. Er wies darauf hin, dass sich die „Reha made in Germany“, wenn sie weiterhin zukunftsfähig und finanzierbar bleiben wolle, dem gesellschaftlichen Wandel mit der demografischen Notwendigkeit einer längeren Arbeitszeit stellen und eine stärkere politische Akzeptanz erarbeiten müsse. „Insbesondere die Wirksamkeit und der Nutzen, aber auch die Innovations-, Investitions- und Veränderungsbereitschaft der Rehabilitation müssen für alle Beteiligten – Arbeitgeber, Arbeitnehmer, Ärzte und die Politik – immer wieder neu belegt werden“, so Hubert Seiter. Diese Herausforderungen seien nur mit neuen Strategien zu meistern. Sorge bereite der Deutschen Rentenversicherung dabei die angespannte finanzielle Situation. So drohe 2010 eine mögliche Überschreitung des Bemessungsbetrags, wobei eine politische Lösung durch eine Anhebung des nach § 220 SGB VI gedeckelten Budgets derzeit leider nicht zu erwarten sei. Daher müsse die Deutsche Rentenversicherung nach intelligenten Lösungen suchen, um eine Budgetüberschreitung – auch dauerhaft – zu vermeiden.



→ Der Geschäftsführer der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg, Hubert Seiter, begrüßte die Gäste vor Ort in Bad Mergentheim und stellte eingangs fest, „dass wir für die Rehabilitation eine stärkere politische Akzeptanz erarbeiten müssen“.

Fragen zur Zukunft der Rehabilitation werden natürlich in einer Stadt wie Bad Mergentheim – dem größten Gesundheitszentrum in Baden-Württemberg – mit außerordentlichem Interesse verfolgt. So wiesen der Bad Mergentheimer Oberbürgermeister Dr. Lothar Barth und Kurdirektorin Katrin Löbbcke in ihren Grußworten darauf hin, dass es unerlässlich sei, sich ständig mit aktuellen Veränderungen auseinanderzusetzen und neuen Herausforderungen zu stellen. Die jährlich über 100 000 Kurgäste in Bad Mergentheim könnten dabei auf die langjährige Erfahrung und hohe Kompetenz in den Bereichen Prävention und Rehabilitation vertrauen.

„Problemzonen“ analysieren

Kritisch setzte sich anschließend der ehemalige Ärztliche Direktor der Klinik Teutoburger Wald der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, Prof. Dr. Alfred Wirth, mit den seiner Ansicht nach „gravierenden aktuellen Problemzonen“ der Rehabilitation auseinander. Obwohl die Bedeutung der Rehabilitation wachse, führten die Rehabilitationseinrichtungen im Gesundheitswesen noch immer ein Inseldasein, so sein einführendes Statement. Die Rehabilitation müsse sich in erster Linie wesentlich konsequenter als bisher von der kurativen Versorgung abgrenzen, flexibler insbesondere bei der Verweildauer werden und sich wesentlich besser mit allen ihren Akteuren vernetzen.

Ein zweiter Punkt sei, dass bei einer Vielzahl von Patienten die Auffassung vorherrsche, die wesentlichen Inhalte einer Rehabilitation würden aus Erholung und passiven Therapieanwendungen bestehen. Dies im Sinne einer „Hilfe zur Selbsthilfe“ und eines zu erlernenden „Selbstmanagements“ kontraproduktiv. Ein entsprechender Paradigmenwechsel müsse den Rehabilitanden überzeugend vermittelt werden.

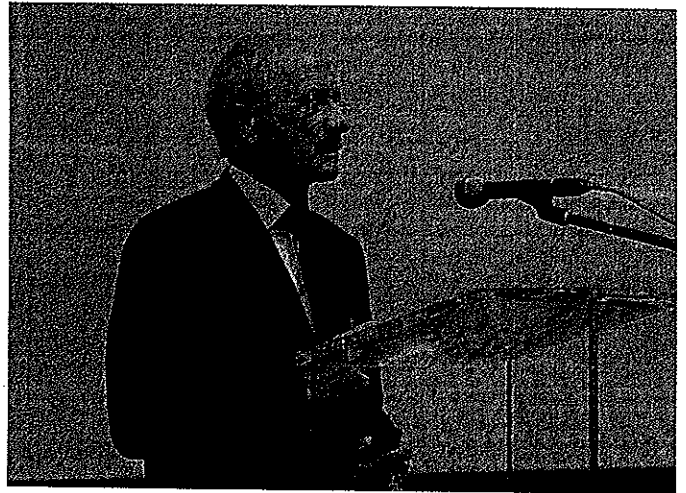
Als dritten Punkt führte Prof. Dr. Wirth an, dass keinesfalls nur behinderte Menschen, sondern vielmehr chronisch Kranke in den Fokus des Rehabilitationsgeschehens zu rücken seien. Grundsätzlich könnten in den Industriegesellschaften rund 80 % aller chronischen Erkrankungen auf einen gesundheitsschädigenden Lebensstil zurückgeführt werden. Daher sei es vorrangig, in der Rehabilitation auf Veränderungen bei der Ernährung, im Umgang mit Stress und im Suchtmittelgebrauch sowie auf eine Steigerung der körperlichen Aktivitäten zu zielen. Dies bedinge eine wesentlich stärkere Vernetzung des Rehabilitationsbereichs mit den niedergelassenen Ärzten und Betriebsärzten, die sowohl bei der Indikationsstellung als auch in die – zwar sinnvolle, bislang kaum greifende Nachsorge – effektiver einzubinden seien.

Eine weitere Forderung betraf die Rehabilitationsforschung, die sich mehr als bisher auf die Therapieforschung und die Qualitätssicherung konzentrieren müsse, wobei sich die Qualitätssicherung vorrangig auf die Bewertung der Ergebnisqualität und weniger auf die Rehabilitationsprozesse zu richten habe. Flankierend seien Rehabilitations-Leitlinien zu erarbeiten, und zwar nicht von den Kostenträgern, sondern von rehabilitationsspezifischen Fachgesellschaften.

„Nur wenn die aufgezeigten Defizite zeitnah und umfassend angegangen werden, kann es gelingen, die Rehabilitation aus dem Schattendasein der kurativen Versorgung zu führen“, so Prof. Dr. Wirth zum Abschluss seiner Ausführungen.

Zur aktuellen Situation der Rehabilitation

Mit den Indikationen im Rehabilitationsbereich und möglichen Lösungsansätzen zur Überwindung der angespannten Finanzlage befassten sich der Leiter der Abteilung „Sozialmedizinischer Dienst/Reha-Management“, Dr. Andreas Falk, und sein Stellvertreter Dietmar Renn. Zunächst gab Dr. Falk einen Überblick über die Verteilung der Indikationen im Bereich der medizinischen Rehabilitation bei Erwachsenen. Hier hätten im Jahr 2009 die orthopädischen Erkrankungen mit rund 40 % weiterhin eine dominierende Stellung gehabt, gefolgt von den Krebserkrankungen mit rund 15 % und den psychischen Erkrankungen mit rund 13 %. Im Bereich der ganztägig ambulanten medizinischen Rehabilitation habe der Anteil orthopädischer Erkrankungen sogar rund 77 % betragen.



→ Der ehemalige Ärztliche Direktor der Klinik Teutoburger Wald der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, Prof. Dr. Alfred Wirth, setzte sich kritisch mit den seiner Ansicht nach „gravierenden Problemzonen“ der Rehabilitation – ihrem „Inseldasein“ im Gesundheitswesen – auseinander

Anschließend erläuterte Dietmar Renn die Ursachen für die angespannte Finanzsituation im Rehabilitationsbereich der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg. Seit 2006 habe es hier Steigerungen von zwischenzeitlich über 20 % beim Antragsingang gegeben, denen lediglich geringe Budgetzuwächse entsprechend der jährlichen Entwicklung der Bruttolöhne und -gehälter in Höhe von insgesamt rund 5 % gegenüberstehen würden. Trotz des durch die PROGNOSE-Studie belegten volkswirtschaftlichen Nutzens der Rehabilitation und des sich abzeichnenden Fachkräftemangels sei die Politik aber bislang nicht bereit gewesen, den Forderungen nach einer Anhebung des Budgetdeckels nachzukommen.

„Nicht an der Rehabilitation, sondern durch die Rehabilitation sparen“, so laute der Appell der Deutschen Rentenversicherung an die Politik. Zudem könnte darüber nachgedacht werden, bestimmte „versicherungsfremde“ Leistungen wie beispielsweise Fürsorgeleistungen für Menschen in Werkstätten für Behinderte nicht über das Reha-Budget der Deutschen Rentenversicherung zu finanzieren oder eine Beziehung zwischen erfolgreichen Rehabilitationsmaßnahmen und der damit verhinderten Zahlung von Erwerbsminderungsrenten herzustellen. „Solange die Rentenversicherung hier keine Unterstützung erhält, muss bei einer weiter anhaltend hohen Nachfrage nach Rehabilitationsleistungen zur Einhaltung der Budgetgrenze nach Optimierungsmöglichkeiten gesucht werden“, so Dietmar Renn. Zu den möglichen Lösungsansätzen gehörten ein verstärkte Nutzung kostengünstiger ambulanter Rehabilitationsleistungen, die Reduzierung der Verweildauer in den Rehabilitationskliniken sowie flexible und wohnortnahe Kombinationsmaßnahmen. Hier gelte es auch, durch eine Vernetzung der Rehabilitationsanbieter in Deutschland mit Angeboten der medizinisch-beruflichen Orientierung am Wohnort

und am Arbeitsplatz den teilweise deutlich günstigeren Rehabilitationsangeboten aus dem EU-Ausland qualitativ Paroli zu bieten.

Medizinisch-berufliche Orientierung: Akzeptanzprobleme trotz richtigem Ansatz

Der Leiter des Regionalzentrums Stuttgart/Böblingen, Michael Saile, berichtete in seinem Impulsreferat über praktische Erfahrungen aus der medizinisch-beruflichen Rehabilitation. Die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg habe in diesem Bereich mehrere Modelle mit verschiedenen Rehabilitationsträgern entwickelt, wobei die Rehabilitationskliniken mit Berufsförderungswerken oder entsprechenden Einrichtungen zusammenarbeiteten. Ziel dabei sei, bereits während der medizinischen Rehabilitation die Weichen für eine berufliche Wiedereingliederung der Rehabilitanden zu stellen. So könne es darum gehen, einen gefährdeten Arbeitsplatz zu erhalten, oder darum, möglichst frühzeitig abzuklären, wie eine tragfähige berufliche Zukunft aussehen könnte. Für den Erfolg dieser Maßnahmen sei es unabdingbar, dass alle an der Rehabilitation Beteiligten eng und gut kooperierten. Zum einen sei es wichtig, dass die Rehabilitationskliniken die „richtigen“ Rehabilitanden auswählten und dass Belastungserprobungen mit tragfähigen Ergebnissen durchgeführt würden. Zum anderen müssten die zuständigen und verantwortlichen Fachberater für Rehabilitation rechtzeitig in die Arbeit der Rehabilitationskliniken und der Leistungsträger für die berufliche Rehabilitation eingebunden werden. Nur so sei es den am Rehabilitationsprozess Beteiligten möglich, zielgenaue Entscheidungen für eine effektive berufliche Eingliederung zu treffen.

„Allerdings hat die medizinisch-berufliche Orientierung bis jetzt leider noch keine breite Akzeptanz gefunden“, stellte Michael Saile fest. Dies liege an der „unübersichtlichen Vielfalt der Modelle“, zudem sei auch die notwendige enge Einbindung der Fachberater für Rehabilitation verbesserungsbedürftig. Daher sollten die Modelle transparenter gestaltet und gegebenenfalls ihre „Vielfalt“ verringert werden. Im südbadischen Bereich würden die Modelle derzeit von der Universität Freiburg wissenschaftlich evaluiert. Grundsätzlich biete die medizinisch-berufliche Orientierung gute Möglichkeiten für eine effektive Wiedereingliederung der Rehabilitanden ins Arbeitsleben. Diese Chancen müssten – angesichts der demografischen Entwicklung und zur Vermeidung von möglicherweise größeren finanziellen Aufwendungen wie beispielsweise einer Frühberentung – unbedingt genutzt werden.

Rehabilitation „im Netzwerk“

In der Arbeitsgruppe „Medizinische Rehabilitation – Verzahnung, Nachsorge, Selbsthilfe und Medizinisch-Berufliche Orientierung“ hat man auf Wunsch der Vertreter der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen zunächst eine kurze Bilanz über den derzeitigen Stellenwert der medizinischen Rehabilitation im Gesundheitssystem gezogen und Empfehlungen für eine Weiterentwicklung der Rehabilitation gegeben. Grundforderung dabei ist die bedarfsgerechte Anpassung der Ausgaben für die medizinische Rehabilitation, die derzeit nicht mit der steigenden Nachfrage Schritt hielten. Nur so ließe sich die Verlängerung der Lebensarbeitszeit bis 67 Jahre in der Praxis umsetzen. Weitere Voraussetzungen dafür seien der Ausbau des Betrieblichen Gesundheitsmanagements und eine stärkere Flexibilisierung der Wege zwischen der Akutversorgung und der Rehabilitation. Hierzu müsste der Dialog zwischen allen Beteiligten im System intensiviert und die Qualitätsentwicklung kommuniziert werden. Zunächst sollte die zeitliche Limitierung der Rehabilitationsleistungen entfallen, um den Rehabilitationskliniken die Möglichkeit zu geben, individuell Schwerpunkte zu setzen.

Mittel- bis langfristig sei es erforderlich, für die Rehabilitationseinrichtungen ein auftragsbezogenes Budget für Rehabilitationsleistungen zu entwickeln. Dabei müssten die Zusatzaufgaben berücksichtigt werden, die in den Rehabilitationseinrichtungen seit den durch die Einführung der „Diagnosebezogenen Fallgruppen“ verkürzten Verweildauern im Akutbereich anfielen.

Im Bereich der medizinischen Rehabilitation sei eine Verzahnung durch die Einrichtung bestimmter Behandlungspfade aus der Akutklinik in die Rehabilitation erforderlich, wobei stationäre, teilstationäre und ambulante Einrichtungen einbezogen werden müssten. Ziel dabei wäre es, regionale Versorgungskonzepte für möglichst viele Indikationen zu etablieren, um so die Effektivität der Rehabilitation zu erhöhen. Auf dem Weg dahin seien schon heute vereinfachte Zuweisungs- und Antragsverfahren bei den Kostenträgern – speziell bei der Deutschen Rentenversicherung – zu entwickeln und einzusetzen. Zudem müssten zum einen die niedergelassenen Ärzte eingehend über den Stellenwert von Rehabilitationsleistungen informiert und beim Antragsverfahren unterstützt werden. Zum zweiten sei eine stärkere Einbeziehung der Betriebe hinsichtlich des Gesundheitsmanagements und des Betrieblichen Eingliederungsmanagements erforderlich. Schließlich müsste die Deutsche Rentenversicherung als großer Kostenträger der Rehabilitation bei der Weiterentwicklung der vorhandenen Konzepte vermehrt auf die Erfüllung ihrer gesetzlich vorgegebenen Kernziele achten, vor allem im Hinblick auf die verlängerte Lebensarbeitszeit.

Zur Verbesserung der Nachsorge und der Verstetigung im Bereich der medizinischen Rehabilitation forderte die Arbeitsgruppe konkrete Nachsorgeangebote ein. Als Beispiele wurden die sogenannten „Auffrischungen“ genannt, das sind Leistungen mit kurzer Verweildauer und gegebenenfalls einer Eigenbeteiligung des Rehabilitanden, die zwischen den einzelnen „Bausteinen“ eines Rehabilitationsverfahrens stattfinden. Angesichts der steigenden Nachfrage im psychosomatischen Bereich wurde empfohlen, die Rehabilitanden zur Nachsorge für einen bestimmten Zeitraum telefonisch oder über einen Internet-Chat zu begleiten. Zur individuellen Nachsorge könnten zum Beispiel auch ambulante Fortsetzungen der Rehabilitationsmaßnahme anstelle einer Verlängerung der stationären Leistung eingesetzt werden. Dies sei in Ballungsräumen durch „gebündelte Angebote unter einem Dach“ zu leisten, während es im ländlichen Raum eine Empfehlung zur Weiterbehandlung bei einem wohnortnahen niedergelassenen Therapeuten geben müsse. Große Bedeutung für den Bereich der medizinischen Rehabilitation hat nach Auffassung der Arbeitsgruppe die Selbsthilfe. Ihre Rolle als Mittler zwischen den Rehabilitanden und den Leistungserbringern müsse gestärkt und in die politische Arbeit integriert werden. So sollten vor allem die medizinischen Rehabilitationseinrichtungen bereits während der Behandlung konkrete Empfehlungen für wohnortnahe Selbsthilfegruppen aussprechen und bei der Kontaktaufnahme behilflich sein. Zudem müssten sich Selbsthilfegruppen und Rehabilitationseinrichtungen stärker vernetzen und gemeinsam mit den Leistungsträgern regionale Versorgungsangebote entwickeln. Hier wäre eine direkte Unterstützung durch die Deutsche Rentenversicherung erforderlich.

Als wesentlichen Bestandteil der medizinischen Rehabilitation betrachtet die Arbeitsgruppe die Medizinisch-Berufliche Orientierung, da sie zur Erfüllung der Kernaufgaben der Rentenversicherung beiträgt. In Zusammenarbeit mit Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation und Betrieben verschiedener Branchen werden hier die Möglichkeiten geschaffen, in abgestufter Form Arbeitsplatztrainingsmaßnahmen, Test- und Belastungserprobungen durchzuführen. Das Spektrum an Therapieangeboten reicht dabei von der Vermittlung von Bewältigungsstrategien für mentale und physikalische Belastungen am Arbeitsplatz bis zum individuellen Training an Modellarbeitsplätzen für eine Gruppe von Versicherten mit besonderen beruflichen Problemlagen.

Fragen zu Effizienz und Effektivität

In der Arbeitsgruppe „Medizinische Rehabilitation – Effizienz und Effektivität“ wurde eingangs ausführlich diskutiert, was jeweils unter dem Begriff einer effizienten und effektiven Rehabilitationsmaßnahme zu verstehen sei.

Wie man mit wenig Mitteln „viel Rehabilitation“ erreichen kann, wurde unterschiedlich gesehen. Dabei lagen die Einschätzungen hinsichtlich des Umfangs ambulanter Rehabilitationsleistungen und der Möglichkeiten einer stärkeren Verzahnung von stationären und ambulanten Maßnahmen deutlich auseinander. Kritische Fragen gab es auch aus der Sicht der Betriebsärzte, und zwar zu den Strukturen und der Einbindung in das Rehabilitationsgeschehen. Dazu wurden mehr direkte Information während der Rehabilitation und in den Entlassungsberichten eingefordert. Einig war sich die Teilnehmerrunde über das Ziel der Rehabilitation: So soll – bei gegebenen knappen Ressourcen – ein nachhaltiger Erfolg für die Gesundheit der Rehabilitanden und ihre Wiedereingliederung ins Berufsleben erreicht werden. Daneben dürfte auch der wirtschaftliche Aspekt im Bäderland Baden-Württemberg nicht vergessen werden, vor allem in strukturschwachen Gebieten könne eine stationäre Rehabilitationseinrichtung ein wichtiger Faktor sein.

Bei ihren Überlegungen ging die Arbeitsgruppe von der „demografischen Tatsache“ aus, „dass wir immer länger arbeiten können, müssen oder wollen“. Bei einigen Arbeitgebern sei bereits ein Umdenken erkennbar, denn sie finden nicht mehr genügend qualifizierten Arbeitskräfte und müssen ihren gegenwärtigen Mitarbeiterstamm länger im Erwerbsleben halten. Dabei werde auch bemerkt, dass die Frühberentungsaktionen in den vergangenen Jahrzehnten hinsichtlich der Wertschätzung für die Leistungen älterer Arbeitnehmer kontraproduktiv war. In diesem Zusammenhang seien die Effekte der Rehabilitation klar zu benennen: Sie habe das Ziel, die Gesundheit der Menschen zu erhalten, und stärke die Produktivität der Wirtschaft, indem sie zur Vermeidung von Arbeitsunfähigkeit und frühzeitigen Rentenzahlungen beitrage. Um ihre Aufgaben mit Erfolg erfüllen zu können, müsse die Rehabilitation individuell auf den Rehabilitanden ausgerichtet sein, von der Prävention über ambulante oder stationäre Rehabilitationsmaßnahmen bis hin zur Nachsorge und einem professionellen Wiedereingliederungsmanagement ins Arbeitsleben. Dabei sei ein flexibles Vorgehen sowohl bei der Auswahl als auch hinsichtlich der Art und Dauer der Rehabilitationsleistungen notwendig, wobei in dieses Spannungsfeld auch das Wunsch- und Wahlrecht des Rehabilitanden nach § 9 SGB IX gehöre. Um eine effiziente und effektive – und damit nachhaltige – Rehabilitation, die auch für die Sozialsysteme finanzierbar bleibe, umsetzen zu können, sei eine aktive finanzielle Mitwirkung aller am Rehabilitationsprozess beteiligten Stellen notwendig. Gefordert würden damit sowohl die Renten- und Krankenversicherungsträger als auch die Arbeitgeber im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung sowie die Versicherten mit verschiedenen Formen der Eigenbeteiligung wie beispielsweise Zuzahlungen oder das Einbringen von Urlaub.

Bei der Frage nach der Effizienz und der Effektivität der Rehabilitation muss nach Auffassung der Arbeitsgruppe die Ergebnisqualität, das heißt die Nachhaltigkeit der Maßnahme, im Mittelpunkt stehen. Hier seien die Rehabilitationsforschung sowie auch die Rehabilitationseinrichtungen gefordert, die Effektivität von Rehabilitationsmaßnahmen nachzuweisen. Dabei werde ein Weg sicherlich zu einer stärkeren Verzahnung von medizinischen und beruflichen Leistungen einschließlich einer bis in die Betriebe hineinreichenden Nachsorge führen. Zu erreichen sei dies über eine vernetzte sowie wohnort- und betriebsnahe Rehabilitation mit großer „Produktivfalt“. In diesem Zusammenhang wurde diskutiert, mit welchen Mitteln – Fallpauschalen, individuelle Vergütung, Erfolgsprämien oder Garantieverpflichtungen – man den Rehabilitationsanbietern behilflich sein könnte, ihre Veränderungsbereitschaft zu erhöhen.

Leistungen zur beruflichen Rehabilitation

Die Arbeitsgruppe „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ stellte eingangs fest, dass mit dem Tagungsmotto „Flexibler, wohnort- und betriebsnäher, erfolgreich und bezahlbar“ der aus den begrenzten finanziellen Ressourcen der Rehabilitationsträger resultierende Anpassungsdruck auf die Anbieter von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben genau abgebildet werde. Diese Ausgangssituation wurde zu den grundlegenden strategischen Gedanken aus RehaFutur und dem Neuen Reha-Modell der Berufsförderungswerke in Beziehung gesetzt. Dabei zeige sich, dass die gegenwärtige und zukünftig zu erwartende Gesamtsituation mehr als eine bloße Korrektur in den Bereichen Dauer, Ort und Kosten der einzelnen Leistungsangebote erforderlich mache. Von den grund-

legenden Herausforderungen seien alle Mitglieder im Bereich der medizinischen und beruflichen Rehabilitation betroffen. Sinnvolle Lösungsansätze könnten und müssten einander ergänzen und gegenseitige Impulse auslösen.

Beim Zugang zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben würden die Antragszahlen stark davon beeinflusst, über welche Informationsbasis die potenziellen Rehabilitanden verfügten. Daher müssten die Betroffenen bereits im Vorfeld einer Antragstellung möglichst umfassend informiert werden. Angesichts der häufig komplexen Anträge, Zugangswege und Verwaltungsverfahren in der beruflichen Rehabilitation sollte man über eine Begleitung der Rehabilitanden beispielsweise durch einen erfahrenen „RehaPiloten“ nachdenken.

Verbesserungspotenziale gebe es auch an den Schnittstellen von medizinischer und beruflicher Rehabilitation. So müsse man im Vorfeld der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben aus der Sicht der Leistungsanbieter einen konsequenten Paradigmenwechsel im Hinblick auf die Bedürfnisse der Unternehmen vollziehen. In der Durchführung der beruflichen Rehabilitation sollte die Abgrenzung zur medizinischen Rehabilitation abgebaut werden. Zur Finanzierung der beruflichen Rehabilitation stellte die Arbeitsgruppe fest, dass man leistungsfähigen und spezialisierten Einrichtungen, die mit ihrer Personalausstattung einen hohen Begleit- und Unterstützungsbedarf in allen Bereichen der beruflichen Teilhabe abdecken müssen, mit dem derzeitigen „Korridormodell“ als Ansatz der Preissetzung nicht gerecht werde. Es führe mit unzureichenden Preisen zu einer deutlichen Risikoverlagerung auf die Rehabilitationseinrichtungen, und dies sei kein zukunftsfähiger Weg. Warum solle der Arbeitgeber nicht einen Anteil an der Finanzierung übernehmen?

→ Im Rahmen einer Podiumsdiskussion – moderiert vom Geschäftsführer der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg, Hubert Seiter (4.v.r.) – beschäftigte sich das Plenum eingehend mit den Tagungsthemen



Er bekomme dafür schließlich einen Rehabilitanden mit „maßgeschneiderter Qualifikation“ für sein Unternehmen. Zudem spare der Betrieb die sonst anfallenden Opportunitätskosten, wenn er überhaupt die passende Qualifikation am Arbeitsmarkt finde.

Denkbar sei auch ein „Reha-BAföG“. Wenn ein Rehabilitand mit einer Höherqualifizierung gegenüber seiner Ausgangssituation ein deutlich besseres Einkommen erzielen könne, leiste die Rehabilitation mehr als nur einen „Nachteilsausgleich“. Hier könne zudem an eine teilweise Finanzierung durch ein Arbeitgeberdarlehen gedacht werden. Außerdem stelle sich die Frage, ob man bei Prämienmodellen die Prämie nicht an die Einrichtung, sondern an den erfolgreichen Absolventen zahlen sollte; er könnte sie dann zur Tilgung seines Darlehens einsetzen.

Abschließend stellte die Arbeitsgruppe fest, dass die berufliche Rehabilitanden für den Rehabilitanden eine Phase seiner Biografie darstelle. Daher sei es kaum einsichtig, dass die für eine erfolgreiche Gestaltung dieser Phase notwendige Unterstützung als „Fallsteuerung“ von unterschiedlichen Ansprechpartnern auf Seiten der Rehabilitationsträger wahrgenommen werde. Hier wäre der Gedanke eines „trägerübergreifenden persönlichen Budgets“ mit seinen Implikationen für die Gestaltung eines nahtlosen Rehabilitationsweges zu übertragen. Zu überprüfen wäre zudem, ob die unterschiedliche Alimentierung der Rehabilitanden – zum Beispiel durch ein vergleichsweise hohes Übergangsgeld – im Einzelfall leistungsfördernd und dem Gruppenprozess dienlich sei.

Suchtrehabilitation

Die Arbeitsgruppe „Suchtrehabilitation“ stellte übereinstimmend fest, dass man in „ihrem“ Rehabilitationsbereich den Rechtfertigungsdruck, dem sich heute alle Fachgebiete der medizinischen Rehabilitation ausgesetzt sehen, schon lange kennt. Durch die vergleichsweise langen Behandlungszeiten seien die einzelnen Maßnahmen relativ teuer, so dass Fragen nach der Indikation und nach dem Ergebnis naheliegen. Gleichzeitig habe sich die Suchtrehabilitation von Anfang an mit einer Frage auseinandersetzen müssen, die jetzt auch andere Indikationen der Rehabilitation treffe, nämlich dem „Verschulden“. Diese Frage sei inzwischen seit vielen Jahren beantwortet durch die nosologische Einordnung in der ICD und die Rechtssprechung des Bundessozialgerichts: Sucht ist nach Wissenschaft und Justiz eine Krankheit wie jede andere. Aus sozialmedizinischer Sicht sei die Suchtrehabilitation besonders interessant, denn bei den hier vergleichsweise jungen Rehabilitanden gehe es bei Fragen zur Erwerbsfähigkeit und Frühberentung um erhebliche Beträge. Insgesamt sei für die in der Sucht-

rehabilitation Tätigen der Rechtfertigungsdruck zwar „lästig“, er habe aber zur Entwicklung eines kreativen und lebendigen Systems beigetragen, das sich ständig weiterentwickle. Vieles von dem, was in anderen Bereichen der medizinischen Rehabilitation heute diskutiert werde, sei im Suchthilfebereich seit vielen Jahren selbstverständlich.

In ihrer Durchführung finde die Suchtrehabilitation heute sehr passgenau statt. So habe man die „Einheitsbehandlungen mit gleicher Therapiedauer“ bereits seit Jahrzehnten durch variable Modelle ersetzt. Gegenwärtig gebe es im Verantwortungsbereich der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg 20 Therapiemodule mit jeweils eigenen Zeitvorgaben, die dazu noch budgetiert sind, das heißt, der Behandlungseinrichtung wird pro Modul eine definierte Zahl von Tagen gutgeschrieben, die für diesen oder andere Rehabilitanden jeweils nach dem individuellen Bedarf eingesetzt werden können. Die Behandlungen könnten ambulant, ganztägig ambulant oder stationär durchgeführt werden. Alle diese Formen ließen sich als Kombitherapie miteinander verknüpfen, um sie dem individuellen Rehabilitationsbedarf anpassen zu können. Für Abhängige mit Defiziten bei der beruflichen Entwicklung oder der Alltagsorientierung bestehe die Möglichkeit, an einer sogenannten Adaptionsphase als integralem Bestandteil der medizinischen Entwöhnungsbehandlung teilzunehmen. Im Anschluss an die medizinische Rehabilitationsleistung könnten Abhängige bei Bedarf an Nachsorgeleistungen teilnehmen, die entweder ambulant in der Beratungsstelle oder im Rahmen von betreuten Wohnplätzen stattfinden.

Selbstverständlich sei in der Suchtrehabilitation auch die Kooperation mit der Selbsthilfe. So hätten die Rehabilitanden während der stationären Therapie in den Einrichtungen Kontakt zur Selbsthilfe, bei ambulanten Maßnahmen werde häufig der Besuch von Selbsthilfegruppen neben der Rehabilitation erwartet.

Um die regionale Zusammenarbeit mit den verschiedenen Behandlungseinrichtungen der Suchthilfe und dem Selbsthilfebereich zu stärken, wurde in Baden-Württemberg ein flächendeckendes Netz von kommunalen Suchthilfeverbänden aufgebaut. Diese Entwicklung eröffne viele neue oder zusätzliche Möglichkeiten und stehe heute noch am Anfang.

Natürlich sei in der Suchtrehabilitation der Wirksamkeitsnachweis ein wichtiges Thema. Seit Jahrzehnten würden dazu Katamnesen durchgeführt und die Ergebnisse veröffentlicht. Routinemäßig könnten damit nach dem Abschluss der Rehabilitation fortlaufende Ergebnisse – etwa zur Abstinenz oder der Erwerbssituation und der Beitragsleistung – dargestellt werden, die unter anderem auch den gesamtwirtschaftlichen Nutzen von Entwöhnungsbehandlungen belegten.

Zum Rehabilitationszugang stellte die Arbeitsgruppe fest,

dass es hier in erster Linie auf die Fachkompetenz und die Erfahrung des „Zuweisers“ ankomme, wenn ein differenziertes Behandlungsangebot sinnvoll eingesetzt werden solle. In diesem Rahmen spielten die Suchtberatungsstellen eine wichtige Rolle, denn sie würden die individuelle Problematik untersuchen, eine geeignete Maßnahme vorschlagen und diese zusammen mit dem Klienten beantragen. Der sogenannte „Sozialbericht“, der zusätzlich zum ärztlichen Gutachten erforderlich sei, enthalte eine Fülle von Informationen über die psychosoziale Situation und die Anamnese des Rehabilitanden und ermögliche so dem Sozialmedizinischen Dienst der Deutschen Rentenversicherung eine qualifizierte Überprüfung der Indikationsentscheidung. Gleichzeitig sei die Beratungsstelle auch selbst Anbieter von ambulanter Rehabilitation. Dadurch finde „sozusagen automatisch“ eine Prüfung statt, ob der Patient ambulant behandelt werden könnte.

Gerade in der Suchtrehabilitation sei eine frühzeitige Behandlung die „preiswertere“ Behandlung. Wenn Entwöhnungsmaßnahmen durchgeführt würden, bevor sich soziale und gesundheitliche Schäden verfestigt haben und solange der Betroffenen einen Arbeitsplatz hat, sei dies – neben dem zukünftigen Nutzen für die Rentenkasse – auch deshalb preiswerter, weil die Behandlung meist ambulant stattfinden könnte. Ein Beispiel für ein innovatives Angebot in diesem Bereich stelle die „Integrierte Ambulante Kompakttherapie“ dar, die derzeit in einigen Beratungsstellen und in Kooperation mit verschiedenen Arbeitgebern erprobt werde. Dabei erfolge eine ambulante Entgiftung, kombiniert mit einer ambulanten Entwöhnung mit einer kurzen Intensivphase und einer längeren Nachbetreuung. Die Berufstätigkeit werde dabei nur sehr kurz unterbrochen.

Als längerfristiges Ziel werde angestrebt, die indikative Zuweisung der Suchtrehabilitanden zu verschiedenen Therapiemodulen auf eine empirisch gesicherte Grundlage zu stellen. Dazu laufe seit mehreren Jahren ein Forschungsprojekt der Charité, an dem mehrere Rehabilitationskliniken – auch aus Baden-Württemberg – mitwirkten. Dabei sollten möglichst genaue „Rehabilitanden-Management-Kategorien“ für den individuellen Rehabilitationsbedarf entwickelt werden, wobei man unter Verwendung der ICF-Prinzipien versuche, Patienten mit gleichem Rehabilitationsbedarf zu identifizieren. Die Durchführung der medizinischen Suchtrehabilitation erfolge nach den Vorgaben der Deutschen Rentenversicherung, wie sie in Richtlinien und den jeweils anerkannten Therapiekonzepten abgebildet seien. Nach Auffassung der Arbeitsgruppe werde für die Rehabilitation von schwer chronifizierten Abhängigen weiterhin vor allem eine stationäre Behandlung im Rahmen der differenzierten Therapiemodule angezeigt sein. Gleichzeitig werde eine wachsende Vernetzung von ambulanten, ganztags

ambulanten und stationären Behandlungsangeboten zur Zunahme von Kombi-Behandlungen aller Varianten und damit zu patientenorientierten und am Ende auch kostengünstigeren Behandlungsverläufen ohne Qualitätseinbußen führen. Als Anliegen brachte die Arbeitsgruppe dazu ein, dass die einheitliche Anerkennung von Einrichtungen und das Federführungsprinzip konsequenter als bisher umgesetzt werden sollten. Indem Rahmenkonzepte auf Bundesebene durch die Rentenversicherung entwickelt würden, werde die einheitliche Anerkennung in Zukunft hoffentlich erleichtert.

Zur Finanzierung der Suchtrehabilitation dachte die Arbeitsgruppe über innovative Modelle nach. So könnte eine Einrichtung, die beim Budget einspart, davon auch einen wirtschaftlichen Vorteil haben, indem sie einen Teil der Einsparungen unter anderem für begleitende, leistungssteuernde Maßnahmen zugewiesen bekommt. Zudem sollte über neue Modelle der Komplex-Finanzierung nachgedacht werden. Ein Beispiel dafür sei das Modell „JUST“ für abhängige Jugendliche zwischen 14 und 18 Jahren. Diese Gruppe habe einen komplexen Hilfebedarf, für den kein Kosten- oder Leistungsträger umfassend zuständig sei. Bei „JUST“ arbeiteten dazu die Jugendhilfe, die gesetzliche Rentenversicherung und die gesetzliche Krankenversicherung zusammen, indem sie in den verschiedenen Behandlungsphasen mit jeweils unterschiedlicher Gewichtung die Kosten übernehmen. Auch wenn dies angesichts der heutigen Kassenlage einen „langen Atem“ erfordere, sollten ähnliche Modelle weiterhin entwickelt werden.

Abschließend stellte die Arbeitsgruppe fest, dass angesichts des auch im Suchtbereich wachsenden Rehabilitationsbedarfs „systemimmanente Lösungen“ nur eine begrenzte Zeit helfen. Auf die Dauer werde es unvermeidbar sein, über einen sinnvollen Strukturumbau im Sinne einer Stärkung der nicht-stationären Therapiemodule nachzudenken und dies modellhaft zu erproben. Eine angemessene Erhöhung des Reha-Budgets bei wachsendem Rehabilitationsbedarf und belegten Rehabilitationserfolgen sei unbedingt erforderlich.

Rehabilitation für Kinder und Jugendliche

Die Arbeitsgruppe „Rehabilitation für Kinder und Jugendliche“ konstatierte auch für ihren Bereich eine Problemlage, die im gesamten Rehabilitationsbereich gilt: Während der Antragseingang kontinuierlich zunehme, werde das Budget nicht in ähnlicher Weise angepasst. So könne die hohe Nachfrage mit den zur Verfügung stehenden Mitteln kaum mehr gedeckt werden. Gleichzeitig stehe die Deutsche Rentenversicherung ausdrücklich für eine Beibehaltung der Kinder- und Jugendrehabilitation in ihrer Trägerschaft ein. Daher müssten Wege gefunden werden, wie mit dem vorhandenen Budget

umzugehen ist. Eine Möglichkeit sei die „Rationierung von Leistungen“ sein, was jedoch aus ethischen und Gleichheitsaspekten nicht vertretbar wäre. Somit bleibe der Weg, durch die Rehabilitation zu sparen, also die „Rationalisierung von Leistungen“. Auf diese Vorgabe konzentrierte sich die Diskussion der Arbeitsgruppe. Beim Zugang zur Rehabilitation wurde erwogen, die Antragstellung durch eine bessere Vordiagnostik zu erleichtern. Zudem sollte durch eine bessere Einbindung der Kinder- und Jugendrehabilitation in die gesamte Versorgungskette die Zuweisung optimiert und bedarfsgerecht gesteuert werden. Beispielhaft dafür sei das BKK-Programm „Kinder-leicht“. Über Visitationen und ein entsprechendes Qualitätsmanagement könne ein qualitativer Selektionsprozess erreicht werden. Damit solle gewährleistet werden, dass sich unter den gegebenen Umständen letztlich die konzeptionell und inhaltlich geeigneten Rehabilitationskliniken dauerhaft am Markt etablieren könnten.

Bei der Durchführung der Rehabilitation sei zu berücksichtigen, dass insbesondere in der Kinder- und Jugendrehabilitation die Verweildauer von der Symptomatik und dem Schweregrad der Ausprägung abhängt. Von den Rehabilitationskliniken müsse dabei verlangt werden, eine Verlängerung der Maßnahmen nur dann in Betracht zu ziehen, wenn dies zu einer sicheren Verbesserung der „Teilhabechancen“ führe. Gleichzeitig sollten die Einrichtungen verstärkt auf die Rehabilitationsfähigkeit und Rehabilitationsbedürftigkeit achten und auch vorzeitige Entlassungen nicht scheuen; hier könnte der Kostenträger für einen Ausgleich sorgen. Zudem müsste neben der beruflichen Orientierung auch die Beschulbarkeit zum festen Bestandteil in der Kinder- und Jugendrehabilitation werden.

Was die Finanzierung angehe, so habe in den vergangenen Jahren für die einzelnen Kliniken in der Kinder- und Jugendrehabilitation eine recht stabile Belegungssituation auf der Basis klinikspezifischer Verweildauerbudgets bestanden. Die Einführung eines rein monetären Klinikbudgets sei diskutiert, aber aufgrund verschiedener rechtlicher und tatsächlicher Gegebenheiten nicht weiter verfolgt worden.

Grundsätzlich bestehe in der Kinder- und Jugendrehabilitation eine gleichrangige Zuständigkeit der gesetzlichen Rentenversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung. Im Rahmen dieser gemeinsamen Verantwortung sollten verstärkt Kombi-Modelle entwickelt und umgesetzt werden. Da aufgrund gesetzlicher Vorgaben die gesetzliche Rentenversicherung für den stationären Teil zuständig sei, sollte die gesetzliche Krankenversicherung die finanzielle Verantwortung für den ambulanten Teil übernehmen. Zudem sei es für die Funktionsfähigkeit von Kombi-Modellen notwendig, dass sie in eine vernetzte Behandlungsstruktur eingebunden und auch so angeboten würden.

Generell stimmte die Arbeitsgruppe darin überein, dass es angesichts der demografischen Entwicklung besonders wichtig sei, gerade Kindern zu einem „gesunden Start“ ins Arbeitsleben zu verhelfen. Deshalb sollte die Kinder- und Jugendrehabilitation als Pflichtleistung ausgewiesen werden. Die Überlegung, die Zuständigkeit für Kinderheilverfahren bis zum 11. Lebensjahr auf die gesetzliche Krankversicherung und ab dem 12. Lebensjahr auf die gesetzliche Rentenversicherung zu übertragen, wurde diskutiert und schließlich verworfen, da dies nicht der integrierten schulisch-beruflichen Zielsetzung entspreche. Zum Thema der ambulanten Leistungserbringung, die der Gesetzgeber für die Kinderheilverfahren der gesetzlichen Rentenversicherung nicht vorsieht, schlug die Arbeitsgruppe eine Änderung vor, um dies zukünftig zu ermöglichen.

Angesichts der Tatsache, dass zunehmend Nachweise für die Wirksamkeit der Rehabilitation eingefordert werden, müsse sich auch die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen verstärkt mit diesem Thema befassen. Von den Rehabilitationskliniken in diesem Bereich sei allerdings eine qualifizierte wissenschaftliche Forschung alleine nicht zu stemmen. Sie seien deshalb auf die Unterstützung durch wissenschaftliche Einrichtungen und die Kostenträger angewiesen. Dabei dürfte es sehr schwierig sein, angesichts der zahlreichen Einflussfaktoren und langen Zeiträume die Wirksamkeit von Kinder- und Jugendrehabilitationen eindeutig nachzuweisen.