

17/2015

Positionspapier

**ZUKUNFT
DER MEDIZINISCHEN
REHABILITATION**

Die Friedrich-Ebert-Stiftung

Die FES ist die älteste politische Stiftung Deutschlands. Benannt ist sie nach Friedrich Ebert, dem ersten demokratisch gewählten Reichspräsidenten. Als parteinahe Stiftung orientieren wir unsere Arbeit an den Grundwerten der Sozialen Demokratie: Freiheit, Gerechtigkeit und Solidarität. Als gemeinnützige Institution agieren wir unabhängig und möchten den pluralistischen gesellschaftlichen Dialog zu den politischen Herausforderungen der Gegenwart befördern. Wir verstehen uns als Teil der sozialdemokratischen Wertegemeinschaft und der Gewerkschaftsbewegung in Deutschland und der Welt. Mit unserer Arbeit im In- und Ausland tragen wir dazu bei, dass Menschen an der Gestaltung ihrer Gesellschaften teilhaben und für Soziale Demokratie eintreten.

Die Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung

Die Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik verknüpft Analyse und Diskussion an der Schnittstelle von Wissenschaft, Politik, Praxis und Öffentlichkeit, um Antworten auf aktuelle und grundsätzliche Fragen der Wirtschafts- und Sozialpolitik zu geben. Wir bieten wirtschafts- und sozialpolitische Analysen und entwickeln Konzepte, die in einem von uns organisierten Dialog zwischen Wissenschaft, Politik, Praxis und Öffentlichkeit vermittelt werden.

WISO Diskurs

WISO Diskurse sind ausführlichere Expertisen und Studien, die Themen und politische Fragestellungen wissenschaftlich durchleuchten, fundierte politische Handlungsempfehlungen enthalten und einen Beitrag zur wissenschaftlich basierten Politikberatung leisten.

Für diese Publikation ist in der FES verantwortlich

Severin Schmidt ist in der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik verantwortlich für die Themen Gesundheits- und Pflegepolitik.

Positionspapier**ZUKUNFT DER MEDIZINISCHEN
REHABILITATION**Reformvorschläge einer
Arbeitsgruppe von Expert_innen**Teilnehmende der Arbeitsgruppe (alphabetisch)**

- Backendorf, Achim** > Abteilungsleiter Sozialpolitik, VdK Deutschland
Bassler, Professor Dr. Markus > Chefarzt Reha-Zentrum Oberharz, Deutsche Rentenversicherung
Borchers, Uwe > Geschäftsführer ZIG Zentrum für Innovation in der Gesundheitswirtschaft Ostwestfalen-Lippe
Bublitz, Thomas > Geschäftsführer Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V.
Dedring, Dr. Klaus-Heinrich > Referent Sozial- und Gesundheitspolitik, SPD-Parteivorstand
Haack, Karl-Hermann > Ehemals Mitglied des Deutschen Bundestages, ehemals Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen
Hilbert, Prof. Dr. Josef > Geschäftsführer, Institut für Arbeit und Technik Gelsenkirchen (IAT)
Lang, Armin > Ehemals Mitglied des Saarländischen Landtages, Mitglied im Präsidium des VdK
Nagel, Matthias > Referatsleiter Bundesministerium Arbeit und Soziales
Rupprecht, Christoph J. > Leiter Stabsbereich Politik, AOK Rheinland-Hamburg
Schmachtenberg, Dr. Rolf > Abteilungsleiter Bundesministerium für Arbeit und Soziales
Schmidt, Severin > Leiter Gesprächskreis Sozialpolitik, Friedrich-Ebert-Stiftung
Schmidt-Ohlemann, Dr. Matthias > Leitender Arzt, Rehabilitationszentrum Bethesda
Schweizer, Carola > Institut für Sozialforschung Saarbrücken
Seiter, Hubert > Vorsitzender der Geschäftsführung, Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg
Siegel, Dr. Not-Rupprecht > Chefarzt Geriatriezentrum Neuburg
Surek, Maïke > Gesundheitsökonomin Köln
van Treeck, Dr. Bernhard > Leitender Arzt, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Nord (MDK Nord)
Verspohl, Ines > Referentin Sozialpolitik, Sozialverband VdK Deutschland
Weisbrod-Frey, Herbert > Leiter Gesundheitspolitik, ver.di Bundesvorstand

Dieses Positionspapier wurde auf der Grundlage der Beratungen einer Arbeitsgemeinschaft im Rahmen des FES-Projektes „Zukunft der medizinischen Rehabilitation“ erstellt. Die Inhalte des Papiers stellen nicht zwingend und in allen Punkten die Meinung der Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft dar. Die Teilnehmenden haben als Privatpersonen an diesem Projekt mitgewirkt. Die FES dankt den Teilnehmenden sehr herzlich für ihr Engagement.

INHALT

3	1	EINLEITUNG
4	2	MEDIZINISCHE REHABILITATION IN DEUTSCHLAND
4	2.1	Ausgangslage und Überblick
5	2.2	Individuelle und volkswirtschaftliche Effekte
6	2.3	Herausforderungen und Hemmnisse
8	3	PROBLEM-/HANDLUNGSFELD: ZUGANG ZUR REHABILITATION
8	3.1	Zuständigkeit, Bedarfsfeststellung und Antragsstellung
8	3.2	Verordnungs- und Ablehnungspraxis
10	3.3	Information und Beratung
11	3.4	Rehabilitation im Alter
12	3.5	Psychische Erkrankungen
12	3.6	Rehabilitation für Kinder und Jugendliche
14	4	PROBLEM-/HANDLUNGSFELD: STRUKTUR DER REHA-LANDSCHAFT
14	4.1	Koordination und Selbstverwaltung
14	4.2	Kooperation, Vernetzung, Arbeitswelt
15	4.3	Ausgewogene und praxisgerechte Strukturen
16	4.4	Finanzierungsdeckelungen
17	4.5	Weiterentwicklung der Versorgungsformen und -strukturen
19	5	PROBLEM-/HANDLUNGSFELD: DATEN, FORSCHUNG, QUALITÄTSSICHERUNG
21	6	ZUSAMMENFASSUNG, EXECUTIVE SUMMARY
22		Literaturverzeichnis
22		Abkürzungsverzeichnis

1

EINLEITUNG

Unsere Lebenserwartung steigt. Wir arbeiten länger. Und wir hegen den Wunsch, auch im hohen Alter noch weitgehend gesund und selbstbestimmt zu leben. Das Thema Rehabilitation gewinnt in einer Gesellschaft des langen Lebens grundsätzlich an Bedeutung: Ein modernes Rehabilitationssystem kann wirksam dazu beitragen, insbesondere chronische Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit zu verhindern, zu überwinden oder abzumildern. Lebensqualität, Gesundheit und Teilhabe werden gestärkt. Rehabilitation ist aus einer randständigen Position herauszuholen und ihr ist in der allgemeinen Gesundheitsversorgung ein deutlich größerer Stellenwert einzuräumen.

Bei oberflächlicher Betrachtung könnte man mit dem gegenwärtigen Stand und den Perspektiven der Rehabilitation in Deutschland zufrieden sein: Jährlich erhalten rund zwei Millionen Menschen eine qualifizierte medizinische Rehabilitation und damit neue Chancen für ein besseres Leben. Aber so positiv die Erfolge und Effekte der medizinischen Rehabilitation auf den ersten Blick sein mögen – es gibt dennoch eine Vielzahl ernstzunehmender Stimmen, die Defizite in der gegenwärtigen Rehabilitations-Praxis beklagen und eine Verbesserung der Qualität, der Koordination sowie der Rahmenbedingungen der Rehabilitation fordern, um das Rehabilitationssystem an den Bedürfnissen der Patient_innen orientiert weiterzuentwickeln.

Um einen Beitrag zum politischen und gesellschaftlichen Diskurs über die Rehabilitation zu leisten, hat sich die „Arbeitsgruppe Rehabilitation“ der Friedrich-Ebert-Stiftung in den vergangenen Monaten intensiv und gezielt mit den wesentlichen Fragen zu Substanz und Potenzial der medizinischen Rehabilitation beschäftigt. In der Arbeitsgruppe sind Vertreter_innen der Gesundheitspolitik, der Gewerkschaften, der Sozialversicherungen, Sozialverbände, der Leistungserbringer und der Gesundheitsökonomie zusammengekommen und haben die Ergebnisse ihrer Analysen, Beratungen und Abstimmungen in dem vorliegenden Positionspapier zusammengefasst. Nach einer einführenden Bestandaufnahme gliedert sich das Papier in die drei Problem- und Handlungsfelder:

- Zugang zur Rehabilitation;
- Struktur der Rehabilitationsversorgung;
- Daten, Forschung, Qualitätssicherung.

Zusammengefasst sieht die Arbeitsgruppe für die Gesundheitspolitik der nächsten Jahre die Priorität, das Rehabilitationssystem auszubauen und nachhaltiger zu gestalten, denn die Veränderungen in unserer Gesellschaft durch den demografischen und sozialen Wandel machen die medizinische Versorgung durch Prävention, Gesundheitsförderung, Rehabilitation, Pflege und Nachsorge immer wichtiger, Deutschland verfügt zwar über ein international vergleichsweise gut ausgebautes System der medizinischen Rehabilitation. Dennoch existieren schon seit vielen Jahren bekannte Defizite, die dazu führen, dass die Potenziale der medizinischen Rehabilitation, insbesondere zur Sicherung der beruflichen Leistungsfähigkeit und der möglichst langen Unabhängigkeit von fremder Hilfe im Alter, unzureichend genutzt werden. Gerade bezüglich des Zugangs und der Bedarfsgerechtigkeit der Angebote sind Veränderungen notwendig, um die Rehabilitation vollständig in das bestehende Hilfe- und Versorgungssystem einzubetten. Dringenden Handlungsbedarf erkennt die Arbeitsgruppe zudem in Bezug auf die Zergliederung der Zuständigkeiten im Rehabilitationssystem. Diese sollte beseitigt werden, um eine möglichst umfassende Betreuung aus einer Hand sicherzustellen. Auch die Kooperation der Rehabilitationsträger, die Datenlage zur Rehabilitation in Deutschland, die Rehabilitationsforschung und die Qualitätssicherung weisen erhebliche Verbesserungsmöglichkeiten auf.

Besonderes Augenmerk des Papiers liegt auf der Stärkung der Personenzentrierung im System. Die Personenzentrierung umfasst dabei sowohl die individuelle und ganzheitliche Bedarfsermittlung wie den niedrigschwelligen, diskriminierungsfreien Zugang. Personenzentrierung in der rehabilitationsmedizinischen Versorgung betrifft aber auch die Gestaltung der Dienstleistungsangebote: Flexible, vielfältige und lokale Angebote müssen für die individuell unterschiedlichen Situationen der Betroffenen zur Verfügung stehen. In der aktuellen Versorgungslage in Deutschland bestehen diesbezüglich noch viele Verbesserungsmöglichkeiten und Potenziale. Die Vorschläge der Arbeitsgruppe versuchen, insbesondere der berechtigten Forderung nach verstärkter Personenzentrierung im System gerecht zu werden.

2

MEDIZINISCHE REHABILITATION IN DEUTSCHLAND

2.1 AUSGANGSLAGE IM ÜBERBLICK

Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen sind zielgerichtete, komplexe und strukturierte medizinische Leistungen, die von fachärztlich geleiteten und funktionsorientierten multiprofessionellen Teams in besonders qualifizierten und spezialisierten Rehabilitationseinrichtungen erbracht werden.

Aufgabe der Rehabilitation ist es nach § 9 Absatz 1 Sozialgesetzbuch (SGB) V und § 26 SGB IX chronische Krankheit, Behinderung, Erwerbsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit zu bessern beziehungsweise zu verhindern und eine Wiedereingliederung in Beruf und Gesellschaft zu fördern. Die Rehabilitation kümmert sich demnach um die langfristige Verminderung und das Verhindern von Beeinträchtigungen in der Lebensqualität, dem sozialen Leben und dem Beruf. Rehabilitation hat aber nicht nur zum Ziel, die körperliche, berufliche und soziale Leistungsfähigkeit der Patient_innen zu erhalten oder zu fördern. Sie bezieht insbesondere die individuellen Fähigkeiten und Möglichkeiten zur Krankheits- und Lebensbewältigung mit ein. Die Patient_innen lernen, sich so zu verhalten, dass weitere akute Krankheitszustände nach Möglichkeit nicht auftreten und chronische Störungen in ihren Auswirkungen so gut wie möglich begrenzt oder beherrscht werden können. Nach dem Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“ werden gezielte Rehabilitationsleistungen durchgeführt, um die Erwerbsfähigkeit dauerhaft zu erhalten oder wiederherzustellen. Ein wichtiges Anliegen der Rehabilitation ist es außerdem, Pflegebedürftigkeit zu verhindern, zu vermindern bzw. zu überwinden und damit älteren Menschen mithilfe der medizinischen Rehabilitation, insbesondere der geriatrischen, die aktive Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen. (Rehabilitation vor Pflege und bei Pflegebedürftigkeit).

Leistungserbringer für medizinische Rehabilitations-Maßnahmen sind die ambulanten und 1.187 stationären Einrichtungen (Vorsorge-/Rehabilitationskliniken). Die Kliniken erbringen annähernd 90 Prozent aller Reha-Maßnahmen, sie verfügten im Jahr 2013 über rund 170.000 Betten (Bettenauslastung 81,2 Prozent) und behandeln etwa zwei Millionen Patient_innen jährlich. 54 Prozent der Kliniken befinden sich in privater, 19,3 Prozent

in öffentlicher und 26,7 Prozent in freigemeinnütziger Trägerschaft. Aufgrund ihrer überdurchschnittlichen Größe stehen 65,2 Prozent aller Betten in Einrichtungen privater Träger.¹

Die Gesamtausgaben für stationäre Vorsorge- und Rehabilitations-Maßnahmen betragen im Jahr 2012 rund 8,71 Milliarden Euro. Das entspricht 2,9 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben aller Ausgabenträger – seit Jahren sinkt dieser Anteil leicht, aber kontinuierlich. Die gesetzliche Rentenversicherung und die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) tragen zusammen über zwei Drittel der Ausgaben. Im Jahr 2012 entfielen 39,6 Prozent (3,45 Milliarden Euro) auf die Rentenversicherung und 30,0 Prozent (2,62 Milliarden Euro) auf die GKV. Die Rentenversicherung ist für die Erwerbstätigen zuständig, hier soll die medizinische Rehabilitation die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit der Versicherten wiederherstellen bzw. sichern. Die Krankenversicherung ist demgegenüber nur subsidiär gefordert, wenn die leistungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Rehabilitationsleistung nicht gegeben sind oder die Erwerbsfähigkeit nicht gefährdet ist. Daneben ist die gesetzliche Unfallversicherung (GUV) zuständig, wenn der Rehabilitationsbedarf arbeitsbedingt ist, z. B. durch einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit. Die GUV übernimmt lediglich knapp zwei Prozent (0,14 Milliarden Euro) aller Ausgaben und Patient_innen, die sie zu einem großen Teil in ihren eigenen Kliniken behandelt.

Rehabilitations-Patient_innen der Rentenversicherung² (ohne Kinderrehabilitation) sind zu nahezu gleichen Teilen Frauen und Männer, die zudem durchschnittlich auch nahezu gleich alt sind (Frauen 52,1 Jahre, Männer 51,8 Jahre). Teilnehmer_innen einer ambulanten Reha sind dabei im Durchschnitt etwas jünger. Die häufigsten Rehabilitations-Indikationen im Jahr 2013 waren mit 31,9 Prozent orthopädische Erkrankungen (d. h. Diagnosen in den Bereichen Muskeln, Skelett, Bindegewebe), danach folgen psychische Erkrankungen (15,1 Prozent), Herz-Kreislauf-Erkrankungen einschließlich Schlaganfälle (14,7 Prozent) und Neubildungen (Tumore) (11,2 Prozent).

¹ Vgl. Statistisches Bundesamt 2014.

² Vgl. Deutsche Rentenversicherung, Reha-Bericht Update 2014.

Die durchschnittliche Dauer einer stationären medizinischen Rehabilitation wegen einer körperlichen Erkrankung beträgt je nach Diagnosengruppe zwischen 23 und 24 Tagen. Bei ambulanten Rehabilitations-Leistungen ist die Behandlungsdauer sowohl in der Krankenversicherung (18,3 Tage) als auch in der Rentenversicherung (21 Tage) deutlich kürzer.

Merklich zugenommen hat in der jüngeren Vergangenheit die Bedeutung der sogenannten Anschlussrehabilitation (AR), die in der Regel direkt im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt erfolgt. In der GKV liegt der Anteil der AR-Fälle derzeit bei rund 80 Prozent, in der Rentenversicherung bei rund einem Drittel. Noch vor einigen Jahren waren diese Anteile wesentlich geringer.

Eine stationäre medizinische Rehabilitation bei körperlichen Erkrankungen kostet im Schnitt 2.685 Euro. Die längeren medizinischen Rehabilitations-Leistungen bei Abhängigkeits- und anderen psychischen Erkrankungen sind mit durchschnittlich 6.254 Euro deutlich teurer.

2.2 INDIVIDUELLE UND VOLKSWIRTSCHAFTLICHE EFFEKTE

Wichtigste Bestimmungsgröße für die Bewertung der individuellen Wirksamkeit von medizinischen Rehabilitations-Maßnahmen ist die subjektive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands und der eigenen Leistungsfähigkeit durch die Patientin bzw. den Patienten. Gleichwohl erfordert eine objektive und umfassende Betrachtung der Rehabilitations-Medizin auch eine nach anerkannten wissenschaftlichen Kriterien durchgeführte Erfolgsmessung. Darüber hinaus hat Rehabilitation auch eine volkswirtschaftliche Bedeutung, nicht zuletzt ermöglicht sie eine lange Teilhabe am Arbeitsleben. Die Rehabilitationseinrichtungen sind regionaler Wirtschaftsfaktor und stabiler Arbeitgeber.

Rehabilitation kann viel leisten.³ Mit der Rehabilitation schaffen es die Patient_innen wieder, das zu beherrschen, was vor einer Krankheit oder einem Unfall für sie selbstverständlich war: laufen, sprechen, sich wieder zu Hause selbst versorgen, arbeiten gehen, selbstbestimmt leben. Bleiben trotz aller rehabilitativen Anstrengungen, Beeinträchtigungen der Körperfunktionen zurück oder handelt es sich von vornherein um eine chronische Krankheit, bei der Heilung nicht erwartet werden kann, kann moderne Rehabilitation dazu beitragen, die Beeinträchtigungen so gering wie möglich zu halten und mit ihnen so umzugehen, dass dennoch Aktivitäten und eine selbstbestimmte Teilhabe möglich werden.

Die diagnostische und therapeutische Arbeit in der Rehabilitation zielt auf die Beseitigung von Funktionseinschränkungen in Beruf und Alltag sowie die Motivierung zur aktiven Krankheitsbewältigung und den Aufbau eines eigenverantwortlichen Gesundheitsbewusstseins. Um dieses Ziel zu erreichen, berücksichtigt moderne Rehabilitation von Anfang an alle Phasen des Krankheitsverlaufs, individuelle Stärken und Schwächen, Bedürfnisse und Möglichkeiten. Moderne Rehabilitation verzahnt frühzeitig medizinische, berufliche und soziale Aspekte

und stimmt Behandlung, Therapie, Training und Schulung aufeinander ab. Sie dient damit unmittelbar der Inklusion behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen und sichert den von der UN-Behindertenrechtskonvention geforderten Zugang zu allen Lebensbereichen.

Mit den üblichen wissenschaftlichen Methoden lässt sich diese individuelle Wirkung der Rehabilitation nur schwer messen. Eigentlich kann auch ein allgemeiner Wirksamkeitsnachweis für medizinische Rehabilitations-Maßnahmen, der nach wissenschaftlichen Kriterien anerkannt ist, aus methodischer Sicht nur auf Grundlage randomisierter Vergleichsstudien mit nicht rehabilitierten Kontrollgruppen erbracht werden. Da die Patient_innen (Versicherten) jedoch einen Rechtsanspruch auf Rehabilitationsleistungen haben, würde die Realisierung solcher Studien sowohl rechtliche als auch moralisch-ethische Fragen aufwerfen. Allerdings bieten statistische Methoden Analysemöglichkeiten, insbesondere mit Blick auf die Evaluation und den Vergleich verschiedener Maßnahmen und Rehabilitations-Konzepte, um Unterschiede in den Health Outcomes zu erfassen. Forschungsbedarf besteht insbesondere auch hinsichtlich der Weiterentwicklung der Methoden und Analyseansätze. Gleichwohl gibt es eine Vielzahl von Abhandlungen⁴, die sich mittels unterschiedlicher Ansätze und Verfahren mit der Messung des Rehabilitations-Erfolgs beschäftigen. Zusammengefasst und verdichtet kann als Ergebnis aus den vorliegenden Studien festgestellt werden:

Ca. 85 Prozent aller Rehabilitanden im erwerbsfähigen Alter verbleiben nach einer Rehabilitation in den ersten zwei Jahren im Erwerbsleben⁵. Auch zu den volkswirtschaftlichen Effekten der medizinischen Rehabilitation gibt es zahlreiche Untersuchungen und Szenarien auf der Grundlage makroökonomischer Modelle. So hat Prognos (Prognos AG 2009) berechnet, dass durch die medizinische Rehabilitation der Volkswirtschaft jährlich über 150.000 Arbeitskräfte erhalten bleiben, die ohne die Maßnahmen frühzeitig aus dem Arbeitsleben ausscheiden würden.

Maßnahmen zur Rehabilitation tragen nicht nur dazu bei, dass die Quoten der Arbeitsunfähigkeit sinken, sie führen zudem zu kürzeren Zeiten der Arbeitslosigkeit und damit zu einem kürzeren Bezug von Arbeitslosengeld. Folgerichtig führen sie zu einem höheren Lohnbezug und damit auch zu höheren Sozialversicherungsbeiträgen.

Nach Berechnungen der Deutschen Rentenversicherung (Rische 2006) stehen den jährlichen Kosten von 2,7 Mrd. Euro für medizinische Rehabilitations-Maßnahmen zzgl. Folgeleistungen Einnahmen in Höhe von 1,9 Mrd. Euro (an Rentenbeiträgen) und Einsparungen von 2,5 Mrd. Euro (an nicht erforderlichen Frührentenzahlungen) gegenüber. Die Ausgaben für die Rehabilitation lohnen sich demnach für die Rentenversicherung.

Bezogen auf die geriatrische Rehabilitation hat die Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Beratung (Gebera 2010) die

³ Eine anschauliche und lebendige Sammlung von Fallbeispielen hat die „Arbeitsgemeinschaft medizinische Rehabilitation SGB IX“ im August 2014 unter dem Titel „Reha zeigt Gesicht“ herausgegeben.

⁴ Eine Zusammenfassung der methodischen und inhaltlichen Verfahren zur Erfolgsmessung gibt das Kompendium „Ergebnisqualität in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung“ (2008). Mehrere Studien über die „Effekte der medizinischen Rehabilitation“ beschreibt das „Faktenbuch Medizinische Rehabilitation 2011“ des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung.

⁵ Vgl. Deutsche Rentenversicherung, Reha-Bericht Update 2014.

Wirtschaftlichkeitseffekte der geriatrischen Rehabilitation hinsichtlich der angrenzenden Sektoren, insbesondere der Pflegeversicherung, untersucht. Die Gutachter_innen kommen zu dem Schluss, dass durch eine fachspezifische und bedarfsgerechte Rehabilitation älterer Menschen Pflegebedürftigkeit verhindert bzw. zumindest vermindert werden kann. Wirtschaftlichkeitspotenziale können so für die Gesellschaft geschöpft werden.

Zu den volkswirtschaftlichen Effekten der Rehabilitation gehört auch, dass die Kliniken als Arbeitgeber und Nachfrager von Gütern und Dienstleistungen in vielen Regionen eine bedeutende Rolle spielen. Derzeit werden bundesweit rund 120.000 Mitarbeiter_innen in stationären Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen beschäftigt. Die Kliniken bringen jährlich rund 700 Millionen Euro an Steuern und Sozialabgaben auf und tätigen Investitionen von über 300 Millionen Euro. Da rund drei Viertel der Rehabilitations-Kliniken in ländlichen Gebieten angesiedelt sind (Akutkliniken: 45 Prozent), sind sie in vielen strukturschwachen Regionen der größte Arbeitgeber, Steuerzahler und Auftraggeber für Handel, Handwerk und Dienstleister.

2.3 HERAUSFORDERUNGEN UND HEMMNISSE

„Der demografische Wandel und ein sich veränderndes Behandlungsspektrum in Kombination mit gewandelten Ansprüchen potenzieller Rehabilitanden sowie veränderten Rahmenbedingungen führen zu großen Herausforderungen auch in der Rehabilitation“ – so beschreibt der Sachverständigenrat⁶ die grundsätzliche Notwendigkeit, die gesetzlichen Rahmenbedingungen der medizinischen Rehabilitation an den zukünftigen Versorgungsbedarf anzupassen.

Dahinter steht unter anderem die Erkenntnis, dass die bundesdeutsche Bevölkerung altert: Der Anteil der über 45-Jährigen an der Gesamtbevölkerung ist in den vergangenen zehn Jahren von 44 auf 49 Prozent gestiegen. Noch stärker stieg der Anteil der Erwerbstätigen: 45 Prozent der 60- bis 65-Jährigen arbeiteten im Jahr 2010, mehr als doppelt so viele wie noch zehn Jahre zuvor. Neben vielen anderen Faktoren, machen es Vorsorge und Prävention vielen Menschen möglich, länger gesund am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben.

Diese Entwicklung hält – auch bei steigender Zuwanderung nach Deutschland – weiter an. Damit ist klar, dass die deutsche Wirtschaft und das gesellschaftliche Leben insgesamt stärker als jemals zuvor auf ältere Arbeitnehmer_innen angewiesen sein werden. Damit zukünftig kein Mensch von der gesellschaftlichen Teilhabe, sei es im Beruf, sei es am Leben der Gemeinschaft, ausgeschlossen wird, ist es zwingend erforderlich, dass jeder, der eine Rehabilitation zur Erhaltung der Gesundheit und Erwerbsfähigkeit benötigt, diese auch bekommt.

Bis zum Jahr 2040 wird sich aller Voraussicht nach die Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Deutschland nahezu

verdoppeln. Eine zentrale gesellschaftliche Aufgabe ist deshalb die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit auch durch die konsequente Umsetzung des gesetzlich verankerten Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“.

Neben diesen demografischen Entwicklungen sind insbesondere die Veränderungen im Krankheitsspektrum zu berücksichtigen. So wird gegenwärtig fast jede zweite neue Erwerbsminderungsrente (Frührente) durch psychische Erkrankungen verursacht. In den vergangenen zehn Jahren hat sich die Zahl der Betroffenen um rund 25.000 auf 75.000 im Jahr 2012 verdreifacht. Im Durchschnitt sind diese Menschen 49 Jahre alt und scheiden somit weit vor dem gesetzlichen Renteneintrittsalter aus dem Erwerbsleben aus. Ihre durchschnittliche monatliche Rente liegt bei 600 Euro, ihnen droht somit Altersarmut. Zudem werden über lange Zeit keine Beiträge in die sozialen Sicherungssysteme eingezahlt. Auch vor diesem Hintergrund rücken Maßnahmen vermehrt in den Blickpunkt, die ein langes und gesundes Leben ermöglichen: die Prävention, die Gesundheitsförderung, die Nachsorge und die Rehabilitation.

Es mangelt also nicht an Belegen und der Einsicht, dass mit der medizinischen Rehabilitation die gegenwärtigen und zukünftigen sozialen und ökonomischen Herausforderungen besser begegnet werden kann. Dennoch weisen zahlreiche Untersuchungen darauf hin, dass das Rehabilitations-Potenzial bisher zu wenig genutzt wird und das Rehabilitations-System schon heute weiterentwickelt werden muss, wenn es die zukünftigen Aufgaben erfüllen soll. Allein die Betrachtung der Patient_innenzahlen und der Ausgabenentwicklung für Leistungen der medizinischen Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen lässt die Defizite deutlich werden. So hat sich die Zahl der durchgeführten Rehabilitations-Maßnahmen von 1996 bis 2012 kaum verändert. In der GKV sank die Zahl der Patient_innen von 980.000 auf 750.000 (2011), in der Rentenversicherung stieg sie leicht von 985.000 auf etwas über 1.000.000. Die Gesamtausgaben aller Rehabilitations-Träger betragen im Jahr 2012 rund 8,71 Milliarden Euro und waren damit ähnlich hoch wie 1996. Diese Zahlen stehen im Kontrast zur demografischen Entwicklung. Die Anzahl älterer und pflegebedürftiger Menschen ist im gleichen Zeitraum erheblich gestiegen, ein Indiz dafür, dass ein wachsender Bedarf an Rehabilitations-Maßnahmen nicht hinreichend gedeckt wurde.

Es drängt sich die Frage auf, warum es in den vergangenen Jahren statt eines deutlichen Wachstums eher eine Bereinigung bzw. Rezession für die medizinische Rehabilitation gegeben hat.⁷ Zweifel der Entscheider aus Politik und von den Leistungsträgern an der Wirksamkeit können dafür nicht ursächlich sein. Ebenso wenig hat die Rehabilitation ein Imageproblem bei ihren (potenziellen) Patient_innen. Die tatsächlichen Hemmnisse für die Entwicklung einer bedarfsgerechten Rehabilitations-Landschaft werden jedoch in den folgenden Darstellungen zu den verschiedenen Problem-/Handlungsfel-

⁶ Vgl. „Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen“, Gutachten Juni 2014.

⁷ Es ist allerdings zu berücksichtigen, dass in diesen Zahlen der Anstieg der Frührehabilitation im Krankenhaus nicht enthalten ist und dass es parallel zu einem erheblichen Anstieg der Leistungen im Bereich Heil- und Hilfsmittel, die für die Sicherung der Teilhabe von Bedeutung sind, gekommen ist. Auch die Qualität einiger Rehabilitationseinrichtungen und der dort durchgeführter Rehabilitationsmaßnahmen waren nicht den tatsächlichen Erfordernissen angemessen.

dern deutlich: Mängel im Zugang, der Kooperation, der Bedarfsgerechtigkeit der Angebote sowie bundesübergreifender Qualitätssicherung der Health-Outcome-Messung moderner Rehabilitations-Konzepte sowie qualitativer Forschung.

Jedem einzelnen Punkt der drei Problem-/Handlungsfelder wird sich in der gebotenen Sachlichkeit und Kürze stets nach dem Prinzip gewidmet: Ausgangslage (mit Sachstandsbeschreibung und Fehleranalyse) und Lösungsvorschlag.

3

PROBLEM-/HANDLUNGSFELD: ZUGANG ZUR REHABILITATION

3.1 ZUSTÄNDIGKEIT, BEDARFSFESTSTELLUNG UND ANTRAGSSTELLUNG

Ausgangslage

In Deutschland sind nach § 6 SGB IX verschiedene Sozialleistungsträger für die Rehabilitation zuständig: die gesetzlichen Krankenkassen, die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, die Bundesagentur für Arbeit, die Träger der Kriegsopferversorgung und Kriegsopferfürsorge sowie die Träger der öffentlichen Jugendhilfe und der Sozialhilfe. Je nach Alter, Erwerbsstatus und Ursache der gesundheitlichen Einschränkung sind auch jeweils unterschiedliche Träger verantwortlich. So ist die GKV für die medizinische Rehabilitation zuständig, die Rentenversicherung sowohl für die medizinische als auch die berufliche Rehabilitation und die GU für medizinische, berufliche und soziale Leistungen. Für die Rehabilitation von Pflegebedürftigen ist die GKV der wichtigste Träger. Aus den verschiedenen Rechtsgrundlagen ergibt sich ein komplexes Zuständigkeitssystem mit teilweise parallelen und sich überschneidenden Aufgabenzuweisungen und Zuständigkeiten. Dadurch entstehen bei den Anspruchsberechtigten ebenso wie bei den Sozialleistungsträgern Abgrenzungsprobleme und Unklarheiten bei der Bedarfsfeststellung und der Antragsstellung.

Obwohl die Rehabilitationsträger nach §§ 12 bis 14 SGB IX zur Zusammenarbeit verpflichtet sind, gemeinsame Empfehlungen vereinbaren sollen und die Weiterleitung von Anträgen an den zuständigen Träger innerhalb bestimmter Fristen geregelt ist, ergeben sich in der Praxis Erschwernisse. So erkennen aufgrund der verschiedenen Antragsanforderungen die Deutsche Rentenversicherung (DRV) und die GKV erstellte Gutachten des jeweils anderen gegenseitig nicht an, und die Erhebung eines umfassenden Gesamtbedarfs findet nicht statt.

Die unterschiedlichen Zugangs-, Antrags- und Genehmigungsvoraussetzungen können ebenso wie die daraus resultierenden ungleichen Beantragungs- und Bewilligungsverfahren dazu führen, dass es Rechtsansprüche auf Rehabilitations-Leistungen ohne Rechtsgewährung gibt und es zu Ablehnungen ohne sachgerechte Begründung und ohne Alternativvorschläge kommt.

Lösungen

Der Gesetzgeber sollte dafür sorgen, dass die Regelungen zu medizinischen Rehabilitations-Maßnahmen weniger auf Institutionen bezogen, sondern stärker personenzentriert und -orientiert gestaltet werden. So sollten die individuelle Rehabilitations-Fähigkeit und Kontextfaktoren im Antragsverfahren stärker berücksichtigt werden. Durch eine verbindliche gesetzliche Verpflichtung zu einheitlichen Verfahren, einer vereinheitlichten, umfassenden Bedarfserhebung, zu mehr Transparenz und zur verbesserten Kommunikation im Antragsverfahren würden die bestehenden Zugangshürden abgebaut werden. Dazu gehört auch, dass für medizinische Rehabilitations-Maßnahmen (oder zumindest für bestimmte Indikationsstellungen) zukünftig ein Verordnungs-, statt eines Genehmigungsverfahrens eingeführt werden sollte.⁸

3.2 VERORDNUNGS- UND ABLEHNUNGS- PRAXIS

Ausgangslage

Im Gegensatz zur Krankenbehandlung erfolgt der Zugang zur Rehabilitation nach § 19 Satz 1 SGB IV über den Antrag des Versicherten, auch wenn der Vertragsarzt eine ärztliche Verordnung zur Begründung eines solchen Antrages ausfüllt. Das führt in der Praxis dazu, dass Patient_innen heute leichter Zugang zu einer kostspieligen Operation haben als zu einer vergleichsweise „günstigeren“ Rehabilitations-Behandlung. Nach der für den Bereich der GKV geltenden Rehabilitations-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)⁹ geschieht dies über ein zweistufiges Verfahren und ausschließlich

⁸ Es sei darauf hingewiesen, dass in diesem Punkt Uneinigkeit in der AG bestand. Einige Mitglieder der AG haben diese Empfehlung als nicht sachgerecht abgelehnt. Es wurde u.a. darauf verwiesen, dass ein Genehmigungsverfahren die Organisation einer ganzheitlichen Versorgung ermöglicht.

⁹ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie) vom 16.3.2004, zuletzt geändert am 17.4.2014.

durch eine Vertragsärztin bzw. einen Vertragsarzt mit rehabilitationsmedizinischer Qualifikation. Patient_innen, deren behandelnder Arzt nicht über diese Zusatzqualifikation verfügt, haben Schwierigkeiten, einen berechtigten Arzt zu finden. Sie müssen häufig unnötige Wege zu einem verordnungsberechtigten Arzt zurücklegen, der oft nicht mit ihrer Krankengeschichte vertraut ist. Es wäre sachgerecht, das beim behandelnden Arzt vorhandene Wissen über den Gesundheitszustand der Patientin bzw. des Patienten und dessen Teilhabeeinschränkungen zu nutzen.

Nach Antragsprüfung wird durch den Rehabilitationsträger unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsprinzips über eine Leistungsgewährung sowie über Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen entschieden. Dabei kommt nach der Rehabilitations-Richtlinie im Fall eines Negativentscheids dem verordnenden Arzt kein Bescheid zu, und eine differenzierte, nachvollziehbare medizinische Begründung ist nicht vorgesehen. Der Arzt kann also weder auf Nachfragen der Patientin bzw. des Patienten reagieren, noch die (formellen oder medizinischen) Gründe des Entscheids nachvollziehen. Dadurch wird die Motivation der Mediziner_innen, weitere umfassende Verordnungen oder gutachterliche Stellungnahmen zu verfassen, gedämpft. Auch etwaige Lerneffekte bspw. bezüglich formeller Unvollständigkeiten im Gutachten werden ohne eine umfassende Rückmeldung verhindert.

Es kommt vor, dass als Begründung für einen ablehnenden Bescheid das Argument der „nicht ausgeschöpften ambulanten Maßnahmen“ verwendet wird. Dabei handelt es sich um eine problematische Auslegung des § 40 Abs. 1 SGB V, der so gedeutet wird, dass alle infrage kommenden ambulanten ärztlichen Maßnahmen ausgeschöpft und (ohne Erfolg) durchgeführt werden müssen, bevor Leistungen der medizinischen Rehabilitation gewährt werden. Dies kann dazu führen, dass Leistungen der medizinischen Rehabilitation nicht zu einem frühestmöglichen Zeitpunkt bewilligt werden. Entscheidend für den Zeitpunkt und die jeweilige Form der Rehabilitation sind jedoch vielmehr der medizinische Bedarf und die persönlichen Voraussetzungen der Patient_innen.

Ein weiteres Defizit in der Bewilligungspraxis stellt die teilweise unzureichende Entsprechung von Wunsch- und Wahlrechten (§ 9 SGB IX) dar. Die Praxis zeigt, dass die gesetzlichen Krankenkassen den Antragsteller_innen gelegentlich bestimmte Kliniken vorschreiben und die durch diese Vorgabe entstehenden Wartezeiten nicht ausreichend berücksichtigen. Diese Praxis entspricht nicht dem im SGB IX geregelten Recht auf selbstbestimmte Teilhabe, das auch in der UN-Behindertenrechtskonvention normiert ist. Den Betroffenen werden zudem entsprechend Mehrkosten in Rechnung gestellt, sofern sie dennoch an ihren Wunsch- und Wahlrechten festhalten möchten. Zusätzlich werden den Antragsteller_innen selten Hinweise auf alternative Angebote und Beratungsstellen gegeben.

Lösungen

Um den unter 1.1. und 1.2. beschriebenen Defiziten zu begegnen, schlägt die Arbeitsgruppe der FES vor, das Antragsverfahren der verschiedenen Träger zu vereinheitlichen.

Dabei müssen sowohl bei der Bedarfsfeststellung als auch bei der Begutachtung die gesamten Lebensumstände, die jeweiligen Teilhabeeinschränkungen und die vorhandenen

persönlichen und sozialen Ressourcen berücksichtigt werden (ICF-Orientierung). Diese Bedarfsermittlung, die ggf. durch ein Gutachten ergänzt wird, ist als Grundlage für die Entscheidung der Sozialversicherungsträger zu sehen. Nur im begründeten Einzelfall sollte ein Leistungsträger weitere Gutachten einfordern dürfen. Auch Wunsch- und Wahlrechte können bereits mit der Gesamtbedarfsfeststellung erhoben werden. Ein trägerübergreifender Mustervordruck, der um trägerspezifische Module ergänzt werden kann, wäre eine konkrete Umsetzung der Empfehlung. Die Mehrstufigkeit im Antragsverfahren in der GKV ist außerdem abzuschaffen.

Zum anderen müssen die Bewilligungskriterien der verordnenden Medizinerin zur Verfügung stehen. Ein medizinisch begründeter Ablehnungsbescheid (in der GKV) sollte von einschlägig qualifiziertem Personal verfasst werden und der/dem verordnenden Ärztin/Arzt sowie der/dem Gutachterin/Gutachter mitsamt einem Kontakt beim Kostenträger für Rückfragen zukommen. Den Patient_innen muss mit dem Ablehnungsbescheid ein Hinweis auf andere Maßnahmen bzw. Ansprechpartner_innen oder Dienstleister für alternative Bedarfe (bspw. die wohnortnahe gemeinsame Servicestelle – siehe Punkt 2.3.) gegeben werden.

Des Weiteren sind die Antragsteller_innen über Bearbeitungsfristen, Sanktionsmöglichkeiten, Wunsch- und Wahlrechte sowie über die verschiedenen Leistungsformen zu informieren. Dies sollte bereits vor oder mit der Antragstellung geschehen. Den Antragsteller_innen muss eine elektronische Antragsnachverfolgung ermöglicht und ein Hinweis auf Ansprechpartner_innen gegeben werden (z. B. die lokale gemeinsame Servicestelle, siehe Punkt 2.3.). Das gilt auch für die Hilfe bei der Antragserstellung. Berechtigte Wunsch- und Wahlrechte nach § 9 SGB IX müssen den Patient_innen ohne Berechnung der Mehrkosten eingeräumt werden. Diese Regelung sollte für alle Rehabilitationsträger im SGB IX verankert sein.

Die gegenwärtigen Formulierungen in § 40 Abs. 2 SGB V führen zu Fehlinterpretationen. Diese Norm sollte so formuliert werden, dass keine Nachrangigkeit der medizinischen Rehabilitation gegenüber der ambulanten ärztlichen Krankenbehandlung sowie keine Nachrangigkeit der stationären Rehabilitation gegenüber der ambulanten Rehabilitation abgeleitet werden kann.

Vorgeschlagen wird eine gesetzliche Regelung, mit der die rehabilitative medizinische Leistungserbringung bei spezifischen Patientenkonstellationen zur Pflicht wird. Eine solche Regelung wäre schon allein aus Effizienzgründen sinnvoll. Für Patient_innengruppen, bei denen mit hinreichender Sicherheit ein Rehabilitationsbedarf gegeben ist, z.B. bei Schlaganfallpatient_innen, sollte eine Begutachtung und Bewilligung nicht erforderlich sein. Es sollte nur noch dann obligatorisch begutachtet werden, wenn tatsächlich begründete Zweifel an der Sinnhaftigkeit der beantragten Rehabilitationsleistung bestehen. Konkret bedeutet dies, dass die Rehabilitationsträger verpflichtet werden sollten, auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation in einer gemeinsamen Empfehlung die Fallgestaltungen festzulegen, in denen keine vorherige Genehmigung durch den Rehabilitationsträger erfolgen muss. Durch eine solche Regelung würde zudem auch die bisherige Praxis der MDK-Überprüfung von Rehabilitations-Anträgen entfallen. Sinnvoll erscheint der Arbeitsgruppe in diesem Zusammen-

hang auch der Ausbau der Bedarfsfeststellungskompetenzen bei ärztlichem und nichtärztlichem Personal und weiteren Anlaufstellen. Bei einer gesetzlichen Verpflichtung zur Rehabilitations-Leistungserbringung bei spezifischen Patient_innenkonstellationen könnte die bisher auf „Rehabilitations-Ärzte“ beschränkte Verordnung von Rehabilitations-Maßnahmen gelockert und damit vereinfacht werden. Der Forderung nach niedrigschwelligem, diskriminierungsfreiem Zugang wird die aktuelle Praxis der Bedarfsfeststellung nicht ausreichend gerecht. Gerade vor dem Hintergrund unterversorgter Personengruppen und individueller Bedarfe wird eine Ausweitung der Instanzen gefordert, die Bedarfe identifizieren und feststellen können.

Ergänzend dazu wird bezüglich des ärztlichen Personals empfohlen, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen für alle niedergelassenen Ärzt_innen verpflichtend Fortbildungsveranstaltungen zu sozial- bzw. rehabilitationsmedizinisch relevanten Themen durchführen. Diese Fortbildungsveranstaltungen sollten curricular aufeinander abgestimmt sein und alle niedergelassenen Ärzt_innen nach Absolvierung dieses Curriculums zur Beantragung einer Rehabilitationsmaßnahme qualifizieren. Alternativ oder ergänzend sollten bei der verpflichtenden kontinuierlichen Fortbildung der Ärzt_innen zum Erwerb der sogenannten Fortbildung Medical Education (CME)-Punkte vorgeschrieben werden, dass mindestens 20 dieser Punkte im Bereich der Rehabilitation erworben werden müssen.

Zudem sollten Qualifizierungslehrgänge für nichtärztliche Gesundheitsberufe – u. a. aus der (Kranken-)Pflege oder Arzthilfe – eingerichtet werden, um ebenfalls Rehabilitationspotenzial erkennen zu können. Innerhalb der Lehrgänge sollte im Besonderen eine Sensibilisierung für unterversorgte Personengruppen – z. B. Personen mit Migrationshintergrund – und hohe Rehabilitationspotenziale erfolgen.

Weitere Akteure, die Rehabilitationsmaßnahmen anregen könnten, sind die Träger der Eingliederungshilfe, Integrationsämter (bei einem Antrag auf Schwerbehinderung), Betriebsärzt_innen, Rechtsberatungsstellen des DGB und der Einzelgewerkschaften, der öffentliche Gesundheitsdienst, die Integrationsfachdienste und die Krankenhaussozialdienste. Auch bei der Beantragung von Hilfsmitteln oder im Zusammenhang langfristiger Heilmittelgewährung könnte bereits Rehabilitationsbedarf erkannt werden.

Das Einrichten und die Aktualisierung einer Rehabilitations-Informations-Website durch eine Bundesinstitution, bspw. dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS), für bedarfsfeststellende Gesundheitsdienstleister und die Leistungen anbietenden Rehabilitationseinrichtungen wirkt unterstützend und ist ebenfalls wünschenswert.

3.3 INFORMATION UND BERATUNG

Ausgangslage

Die unter den Punkten 2.1. und 2.2. beschriebenen Problemlagen zur Zuständigkeit, Bedarfsfeststellung und Antragsstellung sowie zur Verordnungs- und Ablehnungspraxis machen deutlich, dass für die bedarfsgerechte Inanspruchnahme von medizinischen Rehabilitations-Maßnahmen nicht nur ein

erheblicher Änderungs- und Vereinfachungsbedarf, sondern auch ein enormer Informationsbedarf besteht. Nur damit sind ein gleicher Zugang und eine Teilhabesicherung für Anspruchsberechtigte erreichbar. Menschen, bei denen ein Rehabilitationsbedarf festgestellt wurde oder die sich informieren möchten, sollen in Deutschland entweder eine gemeinsame Servicestelle oder die Sozialleistungsträger selber aufsuchen. Mit der Inkraftsetzung des SGB IX wurden bundesweit bis Ende 2002 in allen Landkreisen und kreisfreien Städten gemeinsame Servicestellen eingerichtet. Ziel war es, eine flächendeckende, trägerübergreifende und anbieterneutrale Informations- und Beratungsmöglichkeit in der Rehabilitation zu schaffen. In der Praxis wurden die Servicestellen lokal an jeweils eine Geschäftsstelle von jeweils einem der sieben Sozialversicherungsträger angebunden. Seit 2007 ist die Zahl der gemeinsamen Servicestellen allerdings rückläufig. Sie fiel von 577 (2004) auf 425 (2014).¹⁰ Der Grad der Inanspruchnahme durch Bedürftige und die Erfüllung des gesetzmäßigen Zwecks der gemeinsamen Servicestellen wird gelegentlich infrage gestellt.¹¹ Allerdings sind große regionale Unterschiede bei der Inanspruchnahme und Leistung der gemeinsamen Servicestellen zu verzeichnen. Es besteht nicht in jeder Region in gleichem Maße Handlungsbedarf. In weiten Teilen Deutschlands haben die gemeinsamen Servicestellen bei der Beratung von Hilfesuchenden und Beantragung von rehabilitativen Maßnahmen keinerlei Bedeutung.

Seitens einiger Kostenträger¹² selber ist ein Rückzug der regulären Geschäftsstellen aus der Fläche zu verzeichnen. Sukzessiv aufgebaut wird dagegen ein System von Callcentern. So kommt es u. U. vor, dass die wohnortnahe Geschäftsstelle keinen Telefonbucheintrag besitzt bzw. keine Geschäftsstelle mehr vorhanden ist. Zudem gibt es bei mehrmaligem Kontakt über das Callcenter nicht zwangsläufig eine identische Gesprächspartnerin bzw. einen identischen Gesprächspartner. Diese Veränderungen laufen dem Bedarf der Betroffenen entgegen: Sie wünschen sich eine „Beziehung“ – jemanden, dem sie vertrauen, bei dem sie „gut aufgehoben“ sind und der oder die sich in ihrem Fall auskennt. Auch kann sich für Betroffene aufgrund eines fortgeschrittenen Alters das Telefonat per se schon als Zugangshürde erweisen.

Lösungen

Für die Regionen, in denen die gemeinsamen Servicestellen ihren Aufgaben nicht gerecht werden, schlägt die Arbeitsgruppe der FES eine unabhängige, lokale Beratungsstelle vor. Dies könnte in Form einer allgemeinen Beratung an einer Stelle erfolgen, an der sich über ein breites Spektrum informiert werden kann (Gesundheit, Rehabilitation, Pflege). Diese Stelle ist in erster Linie den Rat suchenden Bürger_innen verpflichtet.

Um an bestehenden Strukturen festzuhalten und kein unübersichtliches Nebeneinander verschiedener Ansätze zu erzeugen, ist eine Umgestaltung der gemeinsamen Servicestellen

¹⁰ Vgl. ISG (2004: 8).

¹¹ Vgl. BAR (2013: 17, 27).

¹² Diese Entwicklung erfolgt nicht bei allen Kassen und auch nicht in gleichem Maße. Je nach Größe und regionaler Verankerung ist die Tendenz zur Zentralisierung – und damit zum Rückzug aus der Fläche – unterschiedlich gegeben.

zu einer derartigen trägerübergreifenden, unabhängigen Beratungsstelle denkbar. Die Verantwortung sollte sowohl bei der Sozialversicherung als auch im Rahmen der Daseinsvorsorge bei der Kommune liegen. Die Kommunen sollten in die Lage versetzt werden, Ressourcen und Kompetenzen in diesem Bereich auszubauen und zu erhalten.

Bei Komplexbedarfen könnte das Aufgabenspektrum der gemeinsamen Servicestelle über die Information und Beratung hinausgehen. Damit sind die Mitarbeiter_innen dazu aufgerufen, eine unterstützende und zur Entscheidung der Kostenträger hinführende Bedarfsermittlung zu übernehmen. Um diese Funktion wirkungsvoll ausüben zu können, kann die gemeinsame Servicestelle ferner zur Bedarfsfeststellung beitragen. Das Bedarfsfeststellungsverfahren beinhaltet die Einbeziehung aller Rehabilitationsträger sowie Rehabilitanden auf Augenhöhe, die gemeinsame Erstellung eines Teilhabepflichtplans, ggf. unter Einbeziehung der Leistungserbringer, wenn die oder der Betroffene dies wünscht, die Kompetenz, einen entsprechenden Leistungsbescheid der beteiligten Träger zu veranlassen, sowie eine Option zur Nachprüfung der Umsetzung und zur Organisation der konkreten Zusammenarbeit. Ziel sollen die Sicherstellung eines adäquaten Prozesses der Bedarfsfeststellung und die Qualitätssicherung sein.

Die Ausgestaltung der gemeinsamen Servicestellen sollte dem eingangs formulierten Leitgedanken der Personenzentrierung folgen. So muss künftig ein niedrighschwelliger, diskriminierungsfreier Zugang gewährleistet sein. Dieser äußert sich sowohl in der Nähe zu den Betroffenen (Lokalität), der Verständlichkeit der Informationen und der Beratung sowie einem aktiven Aufsuchen derjenigen, die von alleine nicht kommen (können). Es sollte versucht werden, unterversorgte Personenkreise zu erreichen. Personenzentrierung besteht aber auch darin, die Betroffenen unter ganzheitlicher Perspektive zu beraten und zu informieren. Bei einer fehlenden Indikation für die medizinische Rehabilitation des oder der Betroffenen müssen alternative Bedarfe wie z. B. eine berufliche Rehabilitation, psychosoziale Beratung oder hauswirtschaftliche Assistenz abgeklärt und anschließend an entsprechende Ansprechpartner_innen oder Dienstleister weiterverwiesen werden. Das setzt eine gute Vernetzung der gemeinsamen Servicestelle im Sozialraum voraus.

Durch Präsenz, Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit kann ein ausreichender Bekanntheitsgrad und eine ausreichende Vernetzung gefördert werden. Dazu zählt der regelmäßige Kontakt mit lokalen Pflegedienstleistern, Pflegestützpunkten, Fachärzt_innen- und vor allem Hausärzt_innenpraxen, Rehabilitationsdienstleistern und Selbsthilfeorganisationen. Es wird angeraten, bei diesen Partner_innen auch leicht verständliche und umfassende Informationsmaterialien zu verteilen. Gerade für Angehörige könnte ein umfassendes, bundesweites Informationsportal im Internet eine gute Ergänzung darstellen, die zudem leicht zu realisieren wäre.

Ferner ist anzudenken, das Aufgabenspektrum der gemeinsamen Servicestelle auch um die Information betrieblicher Akteure wie Arbeitgeber_innen und Beschäftigtenvertretungen zu erweitern. Dafür müssten die Servicestellen so ausgestaltet und ausgestattet werden, dass sie das Thema „Gesundheit in der Arbeitswelt bzw. im Betrieb“ abdecken und die Betriebe durch das gegliederte System von Rehabilitation führen können. Auch die Beratung und Betreuung der Betroffenen durch die

Sozialversicherungsträger sollte persönlich gestaltet sein. Ein einheitlicher, fester Ansprechpartner für jeden Betreuungsfall sollte garantiert werden.

3.4 REHABILITATION IM ALTER

Ausgangslage

Bezogen auf die geriatrische Rehabilitation zeigen zahlreiche Gutachten¹³ die positiven Effekte der medizinischen Rehabilitation hinsichtlich der angrenzenden Sektoren, insbesondere der Pflegeversicherung. Die Gutachter_innen kommen zu dem Schluss, dass durch eine fachspezifische und bedarfsgerechte Rehabilitation älterer Menschen Pflegebedürftigkeit verhindert bzw. zumindest vermindert werden kann. Dennoch wird der gesetzlich verankerte Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“¹⁴ in der gegenwärtigen Praxis nicht bzw. nur eingeschränkt eingehalten. Seit Einführung der Pflegeversicherung 1995 bis heute ist der Anteil der Ausgaben für Rehabilitation an den Gesamtausgaben der GKV von 1,8 Prozent (1995) auf 1,0 Prozent (2013) gesunken. Den Krankenkassen fehlen Anreize, um Rehabilitationsleistungen zur Vermeidung von Pflege zu erbringen beziehungsweise zu genehmigen. Möglichkeiten, die Pflegebedürftigkeit zu vermeiden und Verschlimmerung zu begrenzen, werden zu wenig ausgeschöpft. Die Ursache liegt in der Trennung von gesetzlicher Kranken- und Pflegeversicherung bzw. genauer in Fehlanreizen: Die Krankenkassen bezahlen zwar für Leistungen zur Vermeidung/Ver-schiebung von Pflegebedürftigkeit, haben aber dann keinen Nutzen vom Erfolg der Leistung, der vermiedenen Pflegebedürftigkeit. Zudem handeln die Krankenkassen, die im „Beitragssatzwettbewerb“ stehen, im eigenen Interesse unwirtschaftlich, wenn sie mehr in Leistungen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit investieren. Günstiger ist es für sie, pflegebedürftige bzw. von Pflegebedürftigkeit bedrohte Versicherte an die Pflegeversicherung „abzugeben“.

Lösungen

Um den Zugang zur Rehabilitation für die spezifische Gruppe der Pflegebedürftigen zu verbessern, empfiehlt die Arbeitsgruppe der FES, die Pflegeversicherung an den Kosten der Rehabilitation zu beteiligen. Bei der Umsetzung muss gewährleistet sein, dass die entsprechenden gesetzlichen Veränderungen sämtlichen Rehabilitationsformen zugutekommen, die zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit erbracht werden, und dass sich die Veränderungen nicht nur auf die geriatrische Rehabilitation beschränken. Ziel sollte es sein, für Versicherte einen adäquaten Zugang zu Rehabilitationsleistungen sicherzustellen, mit denen Pflegebedürftigkeit vermieden oder verschoben werden kann. Dabei darf es nicht darauf ankommen, in welcher Rehabilitationsfachabteilung die Leistung erbracht wird.

Empfohlen wird deshalb auch eine Stärkung des Zugangs aus der Akutversorgung. Dies gilt insbesondere für den Zugang zur medizinischen Rehabilitation aus der ambulanten,

¹³ U. a. Gebera 2010.

¹⁴ § 31 SGB XI – Vorrang der Rehabilitation vor Pflege.

haus- und fachärztlichen Versorgung. Gerade bei der Vermeidung und Verringerung von Pflegebedürftigkeit ist ein rechtzeitiger Eingriff entscheidend. In einem frühen Stadium der Akutversorgung muss daher ein (interdisziplinär) abgestimmtes Konzept aus (aufsuchender) Beratung und Früherkennungsdiagnostik etabliert werden und ggf. eine Frührehabilitation erfolgen. Weiterhin sollte das Überleitungsmanagement, das für Krankenhäuser nach § 11 Abs. 4 SGB V inzwischen verpflichtend vorgeschrieben ist, mit Kompetenzen (insbesondere im Bereich der Bedarfsermittlung) ausgestattet sein, auf deren Basis die zuständigen Sozialversicherungsträger eine Leistungsentscheidung treffen können. Es ist sicherzustellen, dass die im Krankenhaus für notwendig erachtete rehabilitative Anschlussversorgung tatsächlich auch erbracht wird.

Allgemein sollte für Empfänger_innen von Leistungen der Pflegeversicherung – ambulant wie stationär – und von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen (in der Akutversorgung) ein regelmäßiges Screening des Rehabilitationsbedarfes festgeschrieben werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss könnte damit beauftragt werden, ein treffgenaues Screening für Rehabilitationsbedarf zu entwickeln. Dieses sollte von Krankenhausärzt_innen, Vertragsärzt_innen und ggf. sozialmedizinischen Gutachter_innen durchgeführt werden.

In der Versorgungsstruktur ist der flächendeckende Ausbau mobiler Rehabilitationsangebote dringend. Bestimmte Gruppen unter den pflegebedürftigen Menschen können nur mithilfe dieses speziellen methodisch-didaktischen (lebensweltbezogenen und sozialraumorientierten) Rehabilitationsansatzes fachgerecht versorgt werden. Es ist zudem die geeignete Form, Rehabilitation im Pflegeheim und in der Kurzzeitpflege durchzuführen. Dieser Rechtsanspruch (§ 40 SGB V), den Pflegeheimbewohner_innen seit Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbstärkungsgesetzes (2007) haben, kann in Deutschland nur an wenigen Standorten erfüllt werden. Die Benachteiligung und Unterversorgung von Bewohner_innen von Pflegeheimen muss dringend, insbesondere durch eine stärkere ärztliche Betreuung in den Einrichtungen, behoben werden.

Die Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) könnte als „Weichenstellerin“ in der Versorgung nach einem Krankenhausaufenthalt eine große Bedeutung haben. Eine Verknüpfung von Kurzzeitpflege und mobiler Rehabilitation würde diese vom Gesetzgeber intendierte Funktion stärken.

3.5 PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN

Ausgangslage

§ 10 SGB IX legt fest, dass „den besonderen Bedürfnissen seelisch behinderter oder von einer solchen Behinderung bedrohter Menschen (...) Rechnung getragen“ wird. Die Umsetzung dieses Auftrags ist bisher nicht gelungen. Es bestehen derzeit Defizite in der Bereitstellung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Menschen mit seelischer Behinderung bzw. psychisch Kranke. Eine adäquate Versorgung dieser besonders hilfebedürftigen Patient_innengruppe muss unbedingt gewährleistet und verbessert werden.

Lösungen

Die Arbeitsgruppe der FES empfiehlt den bedarfsorientierten Ausbau wohnortnaher ambulanter und stationärer Rehabilitationsangebote für psychisch Kranke. Sie muss ambulante und stationäre Rehabilitationsleistungen für alle rehabilitationsbedürftigen Menschen aus den Bereichen der Sucht, Psychotherapie/Psychosomatik und Psychiatrie umfassen.

Weiterhin ist die historisch gewachsene, starre Dreiteilung der Bereiche der medizinischen Rehabilitation psychisch Kranker (an Diagnosegruppen ausgerichtete Aufteilung in die Bereiche Sucht, Psychotherapie/Psychosomatik und Psychiatrie) überdenkenswert. Dem personenzentrierten Ansatz folgend sollten prinzipiell die Rehabilitanden und nicht die Institution im Mittelpunkt stehen.

Als weitere Maßnahme, um der dringend notwendigen Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker nachzukommen, ist das gesetzlich vorgeschriebene Überleitungsmanagement von Krankenhäusern für psychisch Kranke zu stärken. Zudem müssen Interventionen frühzeitiger ansetzen, einen ambulanten Ansatz verfolgen und das soziale Umfeld einbeziehen.

3.6 REHABILITATION FÜR KINDER UND JUGENDLICHE

Ausgangslage

Es besteht ein breiter gesellschaftlicher Konsens darüber, dass es zu den vorrangigsten gesellschaftlichen Aufgaben gehört, sich für chronisch kranke Kinder und Jugendliche zu engagieren. Sie sollen am sozialen Leben teilhaben können, den Kindergarten besuchen, zur Schule gehen, ein Studium oder eine Ausbildung absolvieren und später in das Berufsleben einsteigen. Kindern und Jugendlichen sollten keine notwendigen medizinischen Maßnahmen vorenthalten werden. Belegt werden die Defizite jedoch durch die Tatsache, dass die Anzahl der Anträge zur Kinder- und Jugendrehabilitation bei der DRV seit Jahren rückläufig ist – trotz anhaltendem Bedarf. Ursächlich dafür ist, dass die DRV und die gesetzlichen Krankenkassen bisher formal gleichrangig zuständig für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen sind. Diese Gleichrangigkeit hat sich in der Praxis nicht bewährt. Antragsteller_innen und zuweisende Ärzt_innen sind mit unterschiedlichen Antrags- und Zugangsverfahren konfrontiert. Zudem sind Kinder- und Jugend-Rehabilitation bei der DRV lediglich eine Ermessensleistung, und als solche unterliegen sie der Gefahr, dass diese Leistungen verweigert werden, wenn das Rehabilitationsbudget (gesonderte Budgetierung nach § 31 Abs. 3 SGB VI) ausgeschöpft ist.

Lösungen

Die Arbeitsgruppe der FES empfiehlt eine gesetzliche Regelung, mit der die vorrangige und alleinige Zuständigkeit der Rentenversicherung für die medizinische Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen festgelegt wird und die diese Leistungen als Pflichtleistung der Rentenversicherung festschreibt. Für die Rehabilitations-Kliniken, die bisher von den Krankenkassen

belegt werden, können Lösungen gefunden werden, damit sie weiterhin Rehabilitationsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche durchführen. Die Arbeitsgruppe empfiehlt außerdem, die gesonderte Budgetierung nach § 31 Abs. 3 SGB VI aufzuheben, weil sie medizinischen Rehabilitationsleistungen für Kinder und Jugendliche entgegensteht. Die Gewährung dieser Leistungen sollte sich allein am Bedarf orientieren.

Zugleich sollte die derzeit nach § 12 Abs. 2 SGB VI geltende Vier-Jahres-Frist für die Wiederholung einer Rehabilitation für Kinder und Jugendliche gestrichen werden, da diese Regelung nicht den individuellen Entwicklungen im Kinder- und Jugendalter gerecht wird.¹⁵

Da der Erfolg der stationären medizinischen Rehabilitation maßgeblich von der Nachsorge abhängt, sollte die Rentenversicherung wie bei Erwachsenen eigenständig vor- und nachgehende Leistungen für Kinder und Jugendliche erbringen, um dadurch die Nachhaltigkeit des Rehabilitationserfolgs zu sichern.

Wichtig erscheint der Arbeitsgruppe, die Möglichkeit der Begleitung durch die Eltern zu erweitern. Bislang ist eine Begleitung durch ein Elternteil in der Regel – von der RV finanzierten Maßnahmen bis zum vollendeten achten Lebensjahr möglich, in der GKV ist der Zeitraum weiter gefasst. Damit diese Praxis nicht zu einer geringeren Inanspruchnahme der Rehabilitationsleistungen bei älteren Kindern führt, sollte diese Altersgrenze angehoben werden. Darüber hinaus sollte eine Begleitung auch bei einer psychosozialen Notwendigkeit ermöglicht werden, sofern dies indikationsspezifisch sinnvoll ist.

Weiterhin empfiehlt die Arbeitsgruppe der FES, die familienorientierte Rehabilitation zu stärken. Für Kinder mit onkologischen, kardiologischen und nephrologischen Erkrankungen sehen die GKV und die DRV die Möglichkeit zur familienorientierten Rehabilitation vor, bei der Eltern und Geschwister in die stationäre Rehabilitationsbehandlung einbezogen werden. Diese Praxis sollte – wenn es sinnvoll ist – auch auf Kinder mit anderen schweren chronischen Erkrankungen ausgeweitet werden, um die familiären Ressourcen zu stärken. Dies gilt insbesondere bei Kindern mit neurologischen Erkrankungen, schweren Stoffwechselstörungen und schweren psychischen Störungen, bei denen die Familie stark beeinträchtigt ist.

¹⁵ Diese Regelung gilt laut § 12 Abs. 2 SGB VI nicht, wenn die Leistungen aus „...gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich sind...“.

4

PROBLEM-/HANDLUNGSFELD: STRUKTUR DER REHA-LANDSCHAFT

4.1 KOORDINATION UND SELBSTVERWALTUNG

Ausgangslage

Mit der Selbstverwaltung wird für einen Interessenausgleich zwischen Versicherten, Patient_innen, Leistungsträgern und Leistungserbringern gesorgt. In der Rehabilitation findet dieses Prinzip bisher jedoch noch nicht ausreichend Anwendung, und es gibt gegenwärtig kein gesetzlich verankertes Selbstverwaltungsgremium, das die Koordination der Rehabilitations-träger sowie die Entwicklung von Modellen und Instrumenten der trägerübergreifenden Zusammenarbeit, der Forschung, der Evaluation und der Berichterstattung verbindlich regelt. Zwar haben sich in der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR) seit 1969 Vertreter_innen der Kostenträger, Bundesländer, der Spitzenverbände Sozialpartner, der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellten, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zusammengeschlossen. Es besteht jedoch keine ausreichende gesetzliche Verankerung der BAR und ihrer Aufgaben. Zudem werden Betroffene und Leistungserbringer in der BAR lediglich angehört. Durch die fehlenden Vorgaben für ein partnerschaftliches Zusammenwirken ist das Handeln der Rehabilitations-Träger bei der Vertragsgestaltung, den Vergütungsverhandlungen und der Zuweisung von Patient_innen weitgehend intransparent. Die daraus resultierende Unausgewogenheit erschwert eine effiziente patienten- und qualitätsorientierte Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation.

Lösungen

Die Arbeitsgruppe der FES empfiehlt die Einrichtung einer Institution, die eine trägerübergreifende, verbindliche Zusammenarbeit ermöglicht. Angesichts der Notwendigkeit verstärkter und verbindlicher, bundesweiter Kooperation spricht sich die Arbeitsgemeinschaft zudem dafür aus, die BAR eigenständig als Institution im SGB IX festzuschreiben. Die Selbstverwaltung der BAR sollte nach Vorbild des Gemein-

samen Bundesausschusses mit dem Recht ausgestattet werden, verbindliche Entscheidungen zur Auslegung und Umsetzung des SGB IX zu erlassen.

Hinsichtlich einer adäquaten Vertretung aller Beteiligten und Interessen wird zudem empfohlen, die Besetzung des BAR um mehr Leistungserbringer und Betroffenenorganisationen zu erweitern. Nur so kann eine dem GBA vergleichbare Wirkung und Akzeptanz erreicht werden.

4.2 KOOPERATION, VERNETZUNG, ARBEITSWELT

Ausgangslage

Wie bereits in den vorangegangenen Kapiteln dargestellt, sind für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gegenwärtig sieben verschiedene Träger zuständig: die GKV, die DRV, die gesetzliche Unfallversicherung, die Alterssicherung für Landwirte, die Kriegsopferversorgung und -fürsorge, die öffentliche Jugendhilfe und die Sozialhilfe. Die Träger unterscheiden sich jeweils hinsichtlich ihres Rehabilitationszieles und der Leistungsvoraussetzungen. Über die Zuständigkeit für die medizinische Rehabilitation entscheiden Alter, Erwerbsstatus und Ursache der gesundheitlichen Beeinträchtigung. Bedarfe der Betroffenen können vielfältig sein und verschiedene Sozialversicherungsträger berühren. § 14 SGB IX enthält klare Vorschriften, wie seitens der Kostenträger verfahren werden soll, wenn eine fehlende Zuständigkeit beim erst angegangenen Sozialversicherungsträger festgestellt wird. Das gegliederte System wird demnach zu einer Zusammenarbeit angehalten.

In der Praxis findet jedoch gerade bei komplexen Fällen, bei denen eine Zusammenarbeit unbedingt erforderlich ist, wenig Kooperation statt. Oft prüft jeder Träger lediglich den Bedarf des Betroffenen auf seine eigene Zuständigkeit. Es ist festzustellen, dass die Landschaft rehabilitationsmedizinischer Dienstleister bisher zu schwach vernetzt ist. Dies gilt auch für den Übergang von der medizinischen zur beruflichen Rehabilitation und die Verbindung der medizinischen Rehabilitation mit der Arbeitswelt. Vor allem an den Über-

gängen der verschiedenen Prozesse der Versorgungskette kommt es häufig zu Koordinierungsproblemen. Die geteilten Zuständigkeiten und das Zuständigkeitswirrwarr führen nicht nur zu den bereits beschriebenen Zugangshürden, sondern auch zu unnötigen Versorgungslücken und -brüchen für die Versicherten und dazu, dass wichtige Zeiträume verstreichen oder ungenutzt bleiben. Daraus entstehen durchaus auch negative Konsequenzen für die Leistungsträger (Versicherten-gemeinschaften) selbst.

Lösungen

Die Arbeitsgruppe der FES empfiehlt, bei fehlender Kooperation der Träger untereinander Sanktionsmöglichkeiten einzurichten. Das Ziel ist, die Verbindlichkeit von Absprachen im Hinblick auf die Bedarfsfeststellung und die damit verbundenen Zuständigkeiten zu erhöhen und gleichzeitig die Patient_innenrechte zu stärken. Dazu sind konkrete Kooperationsmodelle wie z. B. Teilhabekonferenzen vorzusehen. Wird ein Antrag nicht innerhalb der nach §14 SGB IX benannten Fristen weitergeleitet oder wird der Aufforderung zur Kooperation nicht Folge geleistet, sollten Ersatzvornahmen eines anderen Trägers oder die Selbstbeschaffung von Leistungen seitens der Patient_innen rechtens gemacht werden. Verzögerungen in der Therapie sollen verhindert werden. Diese Fragen sind im SGB IX im Zusammenhang mit der Regelung eines Bedarfs übergreifenden Feststellungsverfahrens zu klären.

Bei geteilter Zuständigkeit (Komplexbedarf) ist ebenfalls die Kooperation der Träger zu fördern, um künftig Sicherungslücken zu vermeiden. Es sind Regelungen zu finden, nach denen der federführende Träger den anderen zu beteiligten Trägern Fristen für ihre Entscheidungen setzen kann. Im Ausnahmefall sollte ebenfalls eine Ersatzvornahme (mit Kostenerstattung) ermöglicht werden. Die Sozialversicherungsträger müssen im SGB IX verpflichtet werden, dafür geeignete Strukturen und Prozesse zu schaffen und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales darüber zu berichten. §§ 10, 12, 14 SGB IX sind in diesem Sinne zu schärfen.

Um die rehabilitationsmedizinischen Dienstleister besser zu vernetzen, sollten neben Rehabilitationsdienstleistern und niedergelassenen Haus- und Fachärzt_innen ebenso lokale Pflegestützpunkte, Selbsthilfegruppen, Behinderten- und Betroffenenverbände, hauswirtschaftliche Dienstleister oder Dienstleister der Heil- und Hilfsmittelversorgung, insbesondere bei der Bedarfsermittlung und der Erstellung eines Teilhabepplans, eingebunden werden. Um die Nachhaltigkeit und Wirksamkeit der Gesamtbehandlung nicht zu gefährden, ist eine verbesserte Koordinierung an diesen Schnittstellen dringend zu empfehlen. In Bezug auf die Rehabilitation bedeutet dies zum einen ihre verstärkte Einbindung in integrierte Verbünde. Andererseits bedeutet verbessertes Schnittstellenmanagement auch die flächendeckende Einrichtung eines Entlass- und Case Management.

Ein interessantes Beispiel für ein Übergangmanagement und verstärkte Vernetzung stellt das Verbundprojekt „Reha der Zukunft – Brückenschläge: Modellhafte Entwicklung vernetzter Versorgungsprozesse“¹⁶ in Ostwestfalen-Lippe dar. Es wurden sowohl Arbeitsgruppen zum verbesserten Schnittstellenmanagement als auch ein Case Management-System für ausgewählte Indikationen etabliert und umgesetzt.

Hingewiesen sei in diesem Zusammenhang auch auf das dringende Erfordernis, die medizinische und die berufliche Rehabilitation stärker zu vernetzen. Die wichtigste Maßnahme, um den Übergang zu verbessern, ist die Verstärkung der beruflichen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation.¹⁷ Von Bedeutung sind außerdem die Verstärkung der Kooperation mit kleinen und mittleren Unternehmen zur Verbesserung von Arbeitsplatzbezug und Integrationserfolg der Rehabilitation sowie die Einrichtung geeigneter Anlaufstellen für Arbeitgeber_innen.

Als wesentliche Ergänzung zum aktuell umgesetzten Konzept der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) wird empfohlen, in den jeweiligen Rehabilitationseinrichtungen in enger Kooperation mit der DRV und der GKV ein intensiviertes Fallmanagement zu implementieren. Das Fallmanagement schließt die Einrichtung eines Entlassmanagements mit ein. Dessen Ziel ist es, für jeden Rehabilitanden bei Bedarf eine Rehabilitationsnachsorge und/oder eine möglichst nahtlose ambulante Weiterbehandlung unter Einbeziehung aller erforderlichen Sozialleistungsträger zu gewährleisten. Dafür bedarf es der Einrichtung zusätzlicher Stellen für ein qualifiziertes Fall- und Entlassmanagement. Ferner ist ein Fallmanagement in den Leistungskatalog der Leistungen nach § 26 SGB IX aufzunehmen, damit dieses auch nach der Entlassung aus einer Rehabilitationsmaßnahme nachhaltig gewährleistet werden kann. In das Entlass- und Fallmanagement sollte eine Bedarfsfeststellung und Teilhabepplanung integriert werden.

4.3 AUSGEWOGENE UND PRAXISGERECHTE STRUKTUREN

Ausgangslage

Nach den derzeit geltenden gesetzlichen Regelungen besteht in der Rehabilitations-Landschaft ein Ungleichgewicht der Kräfte zugunsten der Kosten- und Leistungsträger. Die Verträge zwischen den Rehabilitationsträgern und Rehabilitationsdiensten sowie -einrichtungen werden nach § 21 SGB IX individuell mit jedem Träger vereinbart. Es gibt kein einheitliches Vergütungssystem. Die Vergütung von Rehabilitationsleistungen erfolgt aktuell über Fallpauschalen oder einrichtungsspezifische, vollpauschalisierte Tagessätze, die sich de facto über Vorgaben zu Verweildauern jedoch Fallpauschalen annähern. Die Fallpauschalen sind im Gegensatz zum DRG-System in der akutmedizinischen Versorgung jedoch nur grob indikations-spezifisch oder nach Schweregrad ausdifferenziert. Unberücksichtigt bleiben die Bandbreite der notwendigen Leistungen und der Schweregrad der Fälle sowie der damit verbundene Ressourceneinsatz. Das Risiko der Fallschwere tragen daher im bestehenden Vergütungssystem die Leistungserbringer. Ein Anreiz zu einer bedarfsgerechten Behandlungsintensität ist nicht gegeben. Das Wachstum der Vergü-

¹⁶ Assmann, Charlotte; Becka, Denise; Borchers, Uwe et al. (2013): Reha der Zukunft - Brückenschläge: Modellhafte Entwicklung vernetzter Versorgungsprozesse. Berichterstattung und Evaluation. Modellprojekt, gefördert durch die Landesregierung NRW. Bielefeld/Gelsenkirchen.

¹⁷ Vgl. Stellungnahme der wissenschaftlichen Fachgruppe „RehaFutur“ zur Zukunft der beruflichen Rehabilitation in Deutschland. Herausgeber: Deutsche Akademie für Rehabilitation e.V., Bonn (2009).

tungen lag in den vergangenen Jahren unterhalb der Steigerung der Inputpreise, wodurch Rehabilitationseinrichtungen unter zunehmenden wirtschaftlichen Druck geraten sind. Es gibt keine gemeinsamen Grundsätze über Vertragsinhalte oder Rahmenvereinbarungen zum Verhandlungsprozess.

In der Praxis halten die Rehabilitationsträger gegenüber den Leistungserbringern eine dominante Stellung inne: Zwar können die Rehabilitationsträger den Anbietern den Marktzugang nicht verwehren, wenn diese bestimmte Mindeststandards erfüllen, auf der anderen Seite jedoch entscheiden die Träger mit dem Vertragsabschluss faktisch über Marktzugang, den Leistungsumfang sowie die Qualifikation des vorzuhaltenden Personals der Einrichtung.¹⁸ Ebenso kommt es beispielsweise zu Absprachen der Krankenkassen untereinander, und die Belegsteuerung obliegt gänzlich den Trägern.¹⁹ In der Folge wird u. a. das bestehende System der Vergütung den Anforderungen, die der medizinische Fortschritt und die demografische Entwicklung an die Rehabilitation stellen, nicht gerecht.

Lösungen

Um die Position der Anbieter zu stärken und ausgewogenere Verhandlungen zu ermöglichen, schlägt die Arbeitsgruppe der FES eine gesetzliche Regelung des Ablaufs und der Vertragsinhalte, wie in § 21 SGB IX ausgewiesen, vor. Dabei sollten u. a. gemeinsame Grundsätze über Qualitätsanforderungen sowie Rechte und Pflichten festgeschrieben werden. Die Verbindlichkeit der Regelungen ist zu gewährleisten.

Die Arbeitsgruppe empfiehlt zudem, ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalisierendes Vergütungssystem auf Grundlage der ICF einzuführen, das in der Lage ist, die im Rahmen des Bedarfsfeststellungsverfahrens als erforderlich festgestellten Leistungen, angemessen bereitzustellen und sachgerecht zu vergüten. In den Vergütungsverhandlungen muss die leistungsgerechte, tarifvertraglich abgesicherte und sozialversicherungspflichtige Vergütung der Rehabilitations-Fachkräfte jeweils Bemessungsgrundlage bei der Kalkulation der Personalkosten sein.

Der Spitzenverband der GKV, die DRV, die gesetzliche Unfallversicherung und die für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen sollten gemeinsam ein Entgeltsystem, seine grundsätzlich jährliche Weiterentwicklung und Anpassung, insbesondere an medizinische Entwicklungen, Veränderungen der Versorgungsstrukturen und Kostenentwicklungen und die Abrechnungsbestimmungen, soweit diese nicht gesetzlich vorgegeben werden, vereinbaren.

4.4 FINANZIERUNGSDECKELUNGEN

Ausgangslage

Mit dem Inkrafttreten des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes im Jahr 1997 wurde das sogenannte Rehabilitationsbudget als Obergrenze für die zulässigen jährlichen Ausgaben der DRV für Leistungen zur Teilhabe festgelegt. Die Steigerungsraten des Budgets bemessen sich nach der voraussichtlichen Entwicklung der Bruttolöhne und -gehälter je durchschnittlich beschäftigten Arbeitnehmer in Deutschland. Seit Mai 2014 wurde ergänzend eine demografische Komponente eingeführt. Durch Wandlungen auf dem Arbeitsmarkt sowie Änderungen des Rehabilitationsbedarfs wird das Budget meist als nicht versorgungsgeerecht erachtet.²⁰ Der Grad der Ausschöpfung des Rehabilitations-Budgets ist seit dem Jahr 2006 deutlich gestiegen; zuletzt betrug dieser 97,3 Prozent (Stand: 2014)²¹.

Wenn der Bedarf das festgeschriebene Reha-Budget der DRV übersteigt, wird das Budget des Folgejahres gekürzt. Faktisch kommt es somit zu einer Rationierung von Leistungen.²² Diese Deckelung des Budgets ist insofern problematisch, weil sie einem berechtigten medizinischen Anspruch eines oder einer Betroffenen auf eine rehabilitationsmedizinische Leistung und auch den medizinischen sowie volkswirtschaftlichen Erfordernissen entgegensteht. Rechtlich und politisch gesehen ist ein vorgegebenes Ausgabenbudget somit nicht verantwortlich. Auch praktisch entfällt die Notwendigkeit der Regelung, da die Kostenträger kein über das Notwendige und Sinnvolle hinausgehendes Interesse an einer Leistungsgewährung besitzen. Im Gegensatz zu einer gestiegenen Anzahl von Anträgen in der DRV blieb die Bewilligungsquote seit 2004 auf annähernd gleichbleibendem Niveau.²³ Zudem bestehen bereits Zugangsregelungen (Kriterien für die medizinische Indikation). Auch wird in Zukunft ein verbessertes Bedarfsfeststellungsverfahren die Bedarfsgerechtigkeit und Zielorientierung der medizinischen Reha-Leistungen verbessern.

Lösungen

Im Bereich der DRV wird von der Arbeitsgruppe angeraten, die Gesamtbudgetverantwortung an die Selbstverwaltung zu übergeben. Der Gesetzgeber muss Kontrollmöglichkeiten für eine adäquate Bewilligungspraxis oder eine Berichtspflicht seitens der GKV schaffen, die sich ausschließlich an dem rechtmäßigen Bedarf orientiert.

¹⁸ Einige Rehabilitationsträger weisen darauf hin, dass ihre starke Stellung eine Folge des Überangebots an Betten der Leistungserbringer ist.

¹⁹ Gerade für Spezialkliniken ist die fehlende Verantwortung in der Belegsteuerung mit erheblichen Schwierigkeiten behaftet: Es ist keine verlässliche Belegung gewährleistet, dennoch muss für den Belegfall, gerade bei schwierigen Fallgruppen, entsprechendes Personal vorhanden sein.

²⁰ Für weitere Ausführungen vgl. SVR (2014: 282ff., 287f.).

²¹ Reha-Update 2014.

²² Die Versorgungsgerechtigkeit der Budgetbemessung für die DRV wird zudem kritisiert. Die steigende Morbidität, der technische Fortschritt und ein verändertes Krankheitsspektrum werden nicht in der Kalkulation berücksichtigt, obwohl diese gesellschaftlichen Entwicklungen einen wesentlichen Einfluss auf den Bedarf ausüben.

²³ Vgl. SVR (2014: 283).

4.5 WEITERENTWICKLUNG DER VERSOR- GUNGSMODALLEN UND -STRUKTUREN

Ausgangslage

Rehabilitationsmedizinische Leistungen finden in Deutschland überwiegend in wohnortfernen, stationären Einrichtungen statt.²⁴ Sie können gemäß § 19 Abs. 2 SGB IX auch ambulant erbracht werden. Der Anteil der ambulanten Rehabilitation lag 2012 – obgleich in den vergangenen Jahren gestiegen – dennoch lediglich bei 12,7 Prozent in der DRV und bei 10,7 Prozent in der GKV (2012).²⁵ Es bestehen zudem große regionale Unterschiede, eine flächendeckende ambulante Versorgung ist nicht gewährleistet.²⁶ Mobile (aufsuchende) Konzepte sind bisher nur vereinzelt verbreitet, und im stationären Bereich überwiegt immer noch die „starre“ Behandlungsdauer von drei Wochen.

Die zeitlich begrenzte ambulante oder stationäre Rehabilitation ist in vielen Fällen nicht ausreichend, um eine langanhaltende Stabilisation und nachhaltigen Erfolg zu gewährleisten. Neu Erlerntes muss auch im Alltag und dem gewohnten Umfeld angewendet werden. Gesundheitsbezogene Verhaltensänderungen und der adäquate Umgang mit einer Krankheit sind dagegen häufig länger andauernde (Lern-)Prozesse. Einzelne Teilziele im Rahmen der ambulanten oder stationären Behandlung wurden möglicherweise bisher nur weitestgehend, jedoch nicht vollständig erreicht. Die Sozialversicherungsträger bieten daher ambulante Folgeleistungen oder ergänzende Leistungen in Form von Rehabilitationssport als Möglichkeit der Nachsorge an.

Die Nachsorgeangebote sind jedoch teilweise nur für bestimmte Indikationsgebiete vorgesehen oder mit anderen formellen Einschränkungen behaftet. Zudem fehlt es an einer ausreichenden Vernetzung im Sozialraum und einem flächendeckenden Angebot. Eigenständige ambulante Rehabilitationsleistungen über einen längeren Zeitraum oder in der Lebenswelt der Betroffenen, gegebenenfalls in Form einzelner Leistungen, fehlen hingegen weitgehend.²⁷

Um die Abgrenzungen zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung zu verringern, wurden mit dem GKV-Neuordnungsgesetz 1997 erste Ansätze zur Integrierten Versorgung (IV) als „sektorenübergreifender“ Versorgungsform etabliert. Die GKV-Gesundheitsreform 2000 erweiterte die Möglichkeiten und schuf erstmals gesetzliche Grundlagen für die IV als Bestandteil der Regelversorgung. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz wurde die IV 2004 nochmals weiterentwickelt. Eine aktuelle Übersicht zur Entwicklung der Beteiligung von Reha-Einrichtungen an der IV liegt nicht vor. Es wird angenommen, dass die Beteiligung von Rehabilitationseinrichtungen indikationsspezifisch und auf wenige Indikationen

beschränkt ist. Zumeist sind die Versorgungsverträge regional begrenzt und über die Ausgestaltung der Vergütung liegen wenige Informationen vor.

Lösungen

Um der Differenziertheit des Bedarfs gerecht zu werden, ist auch eine Differenzierung auf der Angebotsseite notwendig. Erneut sei in diesem Zusammenhang an die geforderte Personenzentrierung erinnert. Ein stärkerer, flächendeckender Ausbau von ambulanten und mobilen Angeboten wird daher dringend angeraten. Sie können stationäre Aufenthalte verkürzen oder ganz substituieren. Gerade weniger schwere Fälle, die keiner anhaltend stationären 24-Stunden-Überwachung bedürfen und bei denen eine gute häusliche Anbindung besteht, können mit diesen Konzepten gut versorgt werden.²⁸ Auch eine Intervallrehabilitation oder berufsbegleitende und mit familiären Verpflichtungen kompatible Modelle sind zu empfehlen. Damit wäre auch ein Teil der Bedürftigen zu erreichen, die ohne entsprechende Konzepte auf eine Rehabilitation verzichten. Neben einer stärkeren Nutzung gibt es Hinweise auf eine Ersparnis bei den direkten Behandlungskosten durch ambulante Modelle.²⁹ Auch legt die Einbindung in lokale Netzwerke eine bessere Alltagsnähe und die Einbindung von Angehörigen nahe. Damit kann vermutlich eine stärkere Nachhaltigkeit und ebenso eine nahtlose Weiterbetreuung in der Nachsorge erzielt werden.

Generell wird sich also für eine verstärkte Flexibilisierung der Rehabilitation in ihrer Form ausgesprochen. Mobile Rehabilitationsleistungen, Intervallkonzepte und berufsbegleitende Modelle müssen regelhaft zum Leistungsspektrum gehören. Auch eine flexiblere Ausgestaltung der Dauer der Rehabilitation – je nach Bedarf – ist anzuraten.

Die Arbeitsgruppe der FES empfiehlt eine Konkretisierung bestehender Gesetze: „Individuelle Nachsorgemaßnahmen bei Fortbestehen alltagsrelevanter Beeinträchtigungen“ sowie „vor- und nachstationäre Maßnahmen, insbesondere zur Optimierung der Indikationsstellung, der Allokation und der Rehabilitationsplanung“ sollten ausdrücklich als Leistungen in das SGB IX aufgenommen werden (unter § 26 SGB IX).

Des Weiteren sind die Nachsorgeangebote flächendeckend auszubauen und besser einzubinden. Rehabilitationseinrichtungen müssen verbindlich in ein regionales Netzwerk eingebettet sein. Den Rehabilitanden sollte verstärkt vermittelt werden, dass die Nachsorge ein wichtiger Baustein für nachhaltigen Erfolg darstellt. Es bedarf der gezielten, individuell zugeschnittenen Informationen und Beratung über realisierbare Angebote. Den niedergelassenen Ärzt_innen kommt neben den Rehabilitationseinrichtungen und Sozialleistungsträgern eine wichtige Stellung in der Nachsorge zu. Im Erfahrungsaustausch und der Übernahme von Eigenverantwortung stellen Selbsthilfegruppen ebenso einen wichtigen Baustein dar.

²⁴ Vgl. SVR (2014: 268).

²⁵ Vgl. SVR (2014: 321).

²⁶ Vgl. SVR (2014: 325ff.).

²⁷ Von der Form mobiler Rehabilitation abgesehen, die allerdings lediglich im SGB V verankert ist, nicht hingegen als Leistungsform im SGB IX für alle Träger.

²⁸ Für Menschen mit schweren Behinderungen, Menschen mit sehr hohem Unterstützungsbedarf oder für Menschen mit Problemkeimen und Isolierungspflicht im stationären Kontext hat sich die häusliche Form der Rehabilitation bewährt.

²⁹ Vgl. SVR (2014: 321). Für eine Literaturübersicht zu Effektivität und Effizienz im Vergleich zur stationären Behandlung vgl. SVR (2014: 321ff.).

Weiterhin spricht sich die Arbeitsgruppe der FES dafür aus, speziellen Bedürfnissen auch mit der Spezialisierung einiger Rehabilitationseinrichtungen zu begegnen. Sowohl multiple Erkrankte, Menschen mit geistiger oder schwerer Mehrfachbehinderung, Menschen mit Migrationshintergrund, Pflegende mit pflegebedürftigen Personen als auch umfassend pflegebedürftige Menschen müssen adäquat versorgt werden.

Die Arbeitsgruppe der FES spricht sich zudem für einen verstärkten Ausbau der Integrierten Versorgung aus. Durch sie können Kompetenzen vereint und Transaktions- sowie Fixkosten gesenkt werden. Weitere Vorteile können die Reduzierung von Warte- und Wegezeiten, ein schlüssiges und in sich stimmiges Behandlungsgeschehen nach neuesten medizinischen Erkenntnissen, das Verhindern von Doppeluntersuchungen oder das Beheben von Informationsdefiziten darstellen.

5

PROBLEM-/HANDLUNGSFELD: DATEN, FORSCHUNG, QUALITÄTSSICHERUNG

Ausgangslage

Angesichts begrenzter finanzieller Ressourcen und einem voraussichtlich ansteigenden Bedarf kommt dem Nachweis von Qualität, Wirksamkeit, Kosteneffizienz und Bedarfsdeckung rehabilitationsmedizinischer Leistungen künftig eine große Bedeutung zu. In der rehabilitationsmedizinischen Forschung liegen bislang jedoch nur wenige Studien über den Zusatznutzen und das Kosten-Nutzen-Verhältnis innovativer Rehabilitationsleistungen vor. Hier besteht ein Bedarf verstärkter Forschungsaktivitäten.

Ein großes Problem stellt das Fehlen von Wirksamkeitsstudien zur Evidenzbasierung dar. Das Gutachten des Sachverständigenrates zeigt anhand einer systematischen Literaturübersicht den aktuellen Stand der Evidenzbasierung in Deutschland auf und enthält konkrete Vorschläge für die Umsetzung einer stärkeren Evidenzbasierung in der Methodik von Studien.³⁰

Das Gutachten des Sachverständigenrates bemängelt zudem die separate Vorhaltung und Aufbereitung von Leistungsdaten der jeweiligen Träger. Die Detailtiefe und Definition der erhobenen Daten sind dementsprechend uneinheitlich. Insbesondere in der GKV besteht hinsichtlich der Transparenz und der Datenlage zusätzlicher Nachholbedarf (verwendbare Daten gehen hauptsächlich auf die DRV zurück). Teilweise kommt es auch zu verzögerten Datenlieferungen einzelner Krankenkassen.³¹

Auch die Qualitätssicherung für die medizinische Rehabilitation wird derzeit hauptsächlich trägerspezifisch durchgeführt. Ein gemeinsames und einheitliches Qualitätssicherungsverfahren für alle Träger der medizinischen Rehabilitation existiert nicht. Ein Konzept, mit dem die Ergebnisse der Qualitätssicherung der einzelnen Rehabilitationsträger in eine übergreifende Qualitätsbewertung fließen, existiert ebenfalls nicht.

Lösungen

Um den Zusatznutzen und das Kosten-Nutzen-Verhältnis von Rehabilitationsleistungen darzustellen, sollten die Forschungs-

aktivitäten in der Rehabilitations-Medizin verstärkt werden. Dabei sollte neben einer Messung des Health Outcomes der unterschiedlichen Rehabilitationskonzepte auch eine ganzheitliche, d. h. gesellschaftliche Kosten-Nutzen-Bewertung in Betracht gezogen werden (Stichworte: Einbezug aller Kostenkomponenten und langfristige Perspektive), und es ist auf eine stärkere Evidenzbasierung in der Methodik der Studien zu achten. Die Arbeitsgruppe der FES empfiehlt in diesem Zusammenhang, der Rehabilitations- und Teilhabeforschung einen höheren Stellenwert einzuräumen.

Nicht nur funktionelle Verbesserungen, sondern vor allem auch Verbesserungen bei den Aktivitäten und der Teilhabe sind zu berücksichtigen. Gleichzeitig darf die Teilhabeorientierung und Heterogenität von Erfolgskriterien in der Rehabilitation jedoch bei den Evidenzniveaus nicht vernachlässigt werden. Hinsichtlich gesundheitspolitischer Entscheidungen (wie der Verteilung von finanziellen Mitteln und struktureller Veränderungen des Rehabilitationssektors, u. a. dem Ausbau ambulanter oder geriatrischer Rehabilitation) ist eine ausreichende Evidenzbasierung von äußerst hohem Interesse. Auch bezüglich eines verbesserten Qualitätsmanagements und einer verbesserten Qualitätssicherung sowie einer Aufwertung des Stellenwerts des Rehabilitationssektors ist eine evidenzbasierte Forschung von Belang. Belegte Qualitätsindikatoren können ebenfalls eine qualitätsorientierte Vergütung befördern. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Beeinträchtigung der Teilhabe komplex verursacht wird (vgl. Art 1 UN-BRK) und deshalb oft nicht allein durch Rehabilitationsleistungen bewältigt werden kann. Die individuellen Bewältigungsstrategien sind zudem sehr heterogen. Die daraus resultierenden methodischen Probleme bedürfen einer sorgfältigen Berücksichtigung und wahrscheinlich auch neuer bzw. stark weiterentwickelter Methoden.

Die Arbeitsgruppe der FES schlägt vor, Forschung zukünftig vermehrt öffentlich und trägerübergreifend zu fördern und zu gestalten. Dadurch können Forschungskompetenzen und -ergebnisse gebündelt, die gesellschaftliche Perspektive der Forschung verstärkt verfolgt und die Einheitlichkeit der Methodik gefördert werden.

Neben gesundheitspolitischen Fragestellungen und einer qualitativ hochwertigeren Methodik sollten folgende Themen

³⁰ Vgl. SVR (2014: 305ff.).

³¹ Vgl. SVR (2014: 270).

in zukünftigen Forschungsaktivitäten besondere Berücksichtigung finden:

- die Evaluierung neuer Versorgungsformen (mobile Rehabilitation, Intervallrehabilitation) und die Weiterentwicklung innovativer Modelle (bspw. Telemedizin);
- die Identifikation unterversorgter Personengruppen (sozio-ökonomische, kulturelle, indikationsspezifische, altersabhängige Faktoren), die Wirksamkeit von verschiedenen Leistungen nach Zielgruppen und die Ursachen für fehlende Inanspruchnahme (Versorgungsforschung);
- Schnittstellenprobleme und Lösungsansätze;
- Patient_innenzufriedenheitsbefragungen;
- die Entwicklung eines differenzierten, ergebnisorientierten und operativ gut umsetzbaren Vergütungsmodells.

Die Arbeitsgruppe schließt sich auch hinsichtlich der harmonisierten Datenerhebung und des Monitorings der Forderung des Sachverständigenrates³² an, eine harmonisierte, qualitativ hochwertige, trägerübergreifende Datenerhebung und -auswertung zu schaffen. Das Ziel ist, insbesondere die Transparenz der Qualität und Versorgung sowie die Zusammenarbeit der Träger zu verbessern. Die bundesweite Auswertung der Daten könnte durch das Statistische Bundesamt und/oder die BAR übernommen werden. Die Sozialversicherungsträger haben dabei die Qualität und Einheitlichkeit der Daten sicherzustellen. Die Auswahl der zu erhebenden Daten muss überschaubar gestaltet sein, speziellere Daten können stichprobenartig erhoben werden. Von besonderem Interesse sind:

- grundlegende Leistungsdaten (Fallzahlen, Diagnosen, Ausgabenkomponenten);
- Daten über Gesamtprozesse (u. a. Weiterleitung, Bewilligungen, Wartezeiten, Schnittstellenprobleme, Nachsorge);
- Daten zur (nachhaltigen) Ergebnisqualität;
- Daten zu der Entwicklung integrierter Versorgungsformen;
- sozioökonomische Daten der Inanspruchnahme.

In Übereinstimmung mit den Forderungen des SVR-Gutachtens 2014 fordert die Arbeitsgruppe der FES auch eine trägerübergreifende Qualitätssicherung für die medizinische Rehabilitation. Das neu gegründete Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) könnte bei einer trägerübergreifenden Qualitätssicherung miteingebunden werden. Das IQTiG wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragt, sektorenübergreifend Qualitätssicherung aus Routinedaten vorzunehmen. Eine Einbeziehung der Daten aus der Qualitätssicherung in der Rehabilitation böte den enormen Vorteil, über die einzelnen Sektoren der Akutversorgung hinaus auch Rehabilitationsdaten in die Qualitätsanalyse einbeziehen zu können. Mit diesem Datenpool wäre die Grundlage für eine aussagekräftige Qualitätssicherung und eine zukunftsweisende Versorgungsforschung gegeben.

Um den Qualitätswettbewerb zu fördern sowie Transparenz für Rehabilitanden sowie Zuweiser_innen zu gewährleisten, wird zudem eine Veröffentlichung von vergleichenden Qualitätsdaten gefordert.

Die Arbeitsgruppe der FES empfiehlt darüber hinaus, die Förderung der universitären Einbindung der Einrichtungen und Stärkung der Rehabilitationsmedizin an den Universitäten und Hochschulen, um die wissenschaftlichen Grundlagen für die Datenerhebung, Forschung und Qualitätssicherung zu verbessern. In den vergangenen zwei Jahrzehnten haben sich an mehreren Universitäten (u. a. in Kooperation mit der DRV) Forschungsverbünde und Stiftungsprofessuren konstituiert. Die Arbeitsgruppe spricht sich für einen consequenteren weiteren Ausbau der Anbindung der Rehabilitationseinrichtungen an Universitäten und Hochschulen aus. Es sollte zudem Rehabilitationseinrichtungen mit entsprechender fachlicher und wissenschaftlicher Expertise ermöglicht werden, sich in enger Kooperation mit einer Universität bzw. Hochschule eigenaktiv an Forschung und Lehre zu beteiligen. Um dies zu bewerkstelligen, sollten entsprechende Rehabilitationseinrichtungen den Status einer quasi-universitären Einrichtung erlangen und auch Stellen für wissenschaftliche Mitarbeiter_innen anbieten können.

Die verstärkte universitäre Einbindung kann zum einen dazu verhelfen, die medizinische Rehabilitation besser als bisher in das Medizin- und Psychologiestudium sowie in die Ausbildung von Gesundheitsfachberufen einzubinden. Zum anderen ist sie für die Rehabilitationseinrichtungen auch im (zunehmenden) Wettbewerb um qualifiziertes Fachpersonal relevant.

Seitens der Universitäten und Hochschulen ist eine verstärkte Integration der Rehabilitationsmedizin in die medizinische Ausbildung zu empfehlen. Die Anzahl rehabilitationsmedizinischer Lehrstühle ist auszubauen, um der gleichrangigen Bedeutung neben anderen Fachdisziplinen und der steigenden gesellschaftlichen Bedeutung gerecht zu werden.

³² Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) 2014.

6

ZUSAMMENFASSUNG, EXECUTIVE SUMMARY

Deutschland verfügt über ein international vergleichsweise gut ausgebautes System der medizinischen Rehabilitation. Dennoch existieren schon seit vielen Jahren bekannte Defizite. Sie führen dazu, dass die Potenziale der medizinischen Rehabilitation, insbesondere zur Sicherung der beruflichen Leistungsfähigkeit und der möglichst langen Unabhängigkeit von fremder Hilfe im Alter sowie zur Ermöglichung der selbstbestimmten Teilhabe für Menschen mit Behinderung, nicht genutzt werden. Gerade bezüglich des Zugangs und der Bedarfsgerechtigkeit der Angebote gibt es dringenden Handlungsbedarf. Menschen werden zu wenig in ihrem individuellen Bedarf und Lebensraum wahrgenommen. Auch die Kooperation der Rehabilitations-Träger sowie die Qualitätssicherung und Rehabilitationsforschung weisen Optimierungsmöglichkeiten auf. Um eine möglichst umfassende Begleitung aus einer Hand sicherzustellen, ist der bestehenden Zergliederung von Zuständigkeiten im Rehabilitationssystem entgegenzuwirken. Besondere Bedeutung wird dabei der Einführung eines umfassenden, ggf. trägerübergreifenden Bedarfsfeststellungsverfahrens und der Teilhabeplanung zukommen. Es muss eine Priorität der Gesundheitspolitik der nächsten Jahre sein, das Rehabilitationssystem auszubauen und nachhaltiger zu gestalten. Der in diesem Papier beschriebene Handlungsbedarf wird durch die Ausführungen des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen aus dem Jahr 2014 bestätigt.

Rehabilitation ist ein entscheidender Bereich für die zukünftige Gesundheitssicherung in Deutschland. Durch ihren multiprofessionellen, langfristigen und aktivierenden Ansatz steht sie in ihrer Bedeutung der Akutmedizin in nichts nach. Durch die Alterung der Gesellschaft steigt die Zahl chronischer Krankheiten. Gerade das spricht dafür, der Rehabilitation deutlich mehr Geltung zu verschaffen. Sie ist zudem unverzichtbarer Bestandteil der Gesundheitsversorgung zur Sicherung und Ermöglichung gesellschaftlicher Teilhabe.

Literaturverzeichnis

Arbeitsgemeinschaft medizinische Rehabilitation SGB IX (AG MedReha) 2014: Reha zeigt Gesicht, http://www.bdpk.de/media/file/1198.Reha_zeigt_Gesicht.pdf (21.6.2015).

Bündnis für Kinder- und Jugendrehabilitation (BKJR) 2014: Kinder- und Jugendrehabilitation stärken und weiterentwickeln, Wanger, http://www.kinder-und-jugendreha-im-netz.de/fileadmin/pdf/DGPRP_Leitlinien/BKJR_Positionspapier_12_14.pdf (21.6.2015).

Deutsche Rentenversicherung 2008 (Hrsg.): Ergebnisqualität in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung, Berlin, http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/208208/publicationFile/2116/wei_ergebnisqualitaet_2009.pdf (21.6.2015).

Deutsche Akademie für Rehabilitation e. V. (Hrsg.) 2009: Stellungnahme der wissenschaftlichen Fachgruppe „RehaFutur“ zur Zukunft der beruflichen Rehabilitation in Deutschland, Bonn.

Deutsche Rentenversicherung 2014: Reha-Bericht Update 2014, Berlin, http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/6_Wir_ueber_uns/03_fakten_und_zahlen/04_reha_jahresberichte/downloads_reha_jahresberichte/reha_bericht_update_2014.pdf;jsessionid=B0DA78D3B8F817F61135AE586D36686B.cae01?__blob=publicationFile&v=2 (21.6.2015).

Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Beratung (GEBERA) 2010: Weißbuch Geriatrie 2010, Bundesverband Geriatrie e. V. (Hrsg.), Berlin.

Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (ISG) 2004: Einrichtung und Arbeitsweisen Gemeinsamer Servicestellen für Rehabilitation. Köln.

Prognos AG 2009: Die medizinische Rehabilitation Erwerbstätiger – Sicherung von Produktivität und Wachstum, Basel.

Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung 2011: Faktenbuch Medizinische Rehabilitation 2011, Essen.

Rische, H. 2006: Rehabilitation statt Rente – Steigerung der Long-Term-Kosteneffizienz in der gesetzlichen Rentenversicherung mittels bedarfsadäquater und evidenzbasierter Rehabilitationsleistungen.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) 2014.

Statistisches Bundesamt 2014: Grunddaten der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 2014. Wiesbaden.

Abkürzungsverzeichnis

AR	Anschlussrehabilitation
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V.
CME	Continuing Medical Education
DGB	Deutscher Gewerkschaftsbund
DRV	Deutsche Rentenversicherung
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
Gebera	Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Beratung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GUV	Gesetzliche Unfallversicherung
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IQTIQ	Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen
IV	Integrierte Versorgung
MBOR	Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
RPK	Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke Menschen

Impressum:

© 2015

Friedrich-Ebert-Stiftung

Herausgeber: Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik

Godesberger Allee 149, 53175 Bonn

Fax 0228 883 9205, www.fes.de/wiso

Bestellungen/Kontakt: wiso-news@fes.de

Die in dieser Publikation zum Ausdruck gebrachten Ansichten sind nicht notwendigerweise die der Friedrich-Ebert-Stiftung. Eine gewerbliche Nutzung der von der FES herausgegebenen Medien ist ohne schriftliche Zustimmung durch die FES nicht gestattet.

ISBN: 978-3-95861-240-2

Titelmotiv: © Kirk Weddle/Getty Images

Gestaltung: www.stetzer.net

Druck: www.bub-bonn.de

All-inclusive-Pflege aus Polen in der Schattenzone: Ergebnisse von Interviews mit polnischen Pflegekräften, die in deutschen Privathaushalten beschäftigt sind

WISO DIREKT – 2015

Auf der Highroad – der skandinavische Weg zu einem zeitgemäßen Pflegesystem: ein Vergleich zwischen fünf nordischen Ländern und Deutschland, 2. aktualisierte und überarbeitete Auflage

WISO DISKURS – 2015

Psychisch krank in der Pflege: psychische Belastungen durch den Beruf, Möglichkeiten zu Prävention und Rehabilitation

WISO DIREKT – 2015

Between transparency and secrecy: how does TTIP impact the publication policy of clinical studies in the pharmaceuticals field?

WISO DIREKT – 2015

Soziale Sicherung unter dem Brennglas: Altersarmut und Alterssicherung bei Beschäftigten im deutschen Sozialsektor

WISO DISKURS – 2015

Zwischen Transparenz und Geheimhaltung: was bedeutet TTIP für die Veröffentlichungspraxis klinischer Studien im Arzneimittelbereich?

WISO DIREKT – 2014

Kommunale Sozialpolitik: Handlungsoptionen bei engen Spielräumen

WISO DISKURS – 2014

Wo, bitte, ist denn hier der Ausgang?: Ruhestandsoptionen für gesundheitlich beeinträchtigte Beschäftigte und Langzeitarbeitslose – ein Beitrag zur Diskussion um die „Flexi-Rente“

WISO DISKURS – 2014

Haushaltsnahe Dienstleistungen durch Migrantinnen in Familien mit Pflegebedürftigkeit: 24 Stunden verfügbar – private Pflege in Deutschland

WISO DIREKT – 2014