

# **Positionspapier Rehabilitation 2010**

## **Vorwort**

Die medizinische und berufliche Rehabilitation ist aus dem deutschen System der sozialen Sicherheit nicht mehr wegzudenken. Ihr ist seit 2001 ein eigenes Sozialgesetzbuch gewidmet (SGB IX). Im Frühjahr 2009 ist die UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland in Kraft getreten – ihr Artikel 26 verlangt von den Staaten Rehabilitationsdienste und -programme, „um Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie (...) die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren“. Auch für die Bundesregierung ist laut Koalitionsvertrag die qualifizierte medizinische Rehabilitation eine wichtige Voraussetzung zur Integration in Beruf und Gesellschaft und nimmt deshalb im Gesundheitswesen einen immer höheren Stellenwert ein. Gleichzeitig steht die Rehabilitation vor großen Herausforderungen: Der Bedarf an Rehabilitation nimmt zu, die dafür zur Verfügung stehenden Mittel sind begrenzt. Die Einzelnen sind darauf angewiesen, mit Rehabilitation ihre Erwerbsfähigkeit und Lebensqualität zu erhalten. Die Rentenversicherung und die Gesellschaft insgesamt brauchen die Rehabilitation - auch aus ökonomischen Gründen, um Beschäftigungsfähigkeit zu erhalten und Erwerbsminderung zu verhindern.

Vor diesem Hintergrund hat die Deutsche Rentenversicherung in dieser Broschüre ihre aktuellen Positionen zur Rehabilitation zusammengestellt. Es geht darum, die medizinische und berufliche Rehabilitation zukunftsfest zu machen und darzulegen, auf welchem Wege dies in den nächsten Jahren geschehen soll.

# Inhaltsverzeichnis

|  |    |
|--|----|
| Vorwort.....   | 1  |
| Inhaltsverzeichnis .....   | 2  |
| Einführung.....  | 3  |
| 1. Die Rehabilitation der Rentenversicherung sichert die größtmögliche Teilhabe chronisch kranker Menschen.....                                | 4  |
| 2. Die Rehabilitation ist eine Kernaufgabe der Rentenversicherung. ....  | 4  |
| 3. Die Anschlussrehabilitation (AHB) ist ein zentraler Bestandteil der Behandlungskette.....   | 5  |
| 4. Der Reha-Bedarf wird zukünftig wachsen. ....  | 5  |
| 5. Prävention durch die Rentenversicherung kann die vorhandenen (Reha-)Strukturen nutzen. ....   | 6  |
| 6. Rehabilitationsbedürftige Versicherte brauchen rechtzeitigen Zugang zu Rehabilitationsleistungen.....                                       | 6  |
| 7. Individualisierung sichert die Patientenorientierung in der Rehabilitation.....   | 7  |
| 8. Flexibilisierung trägt unterschiedlichen Reha-Bedarfen Rechnung. ....   | 8  |
| 9. Die Entwicklung von Fallgruppen verbessert die Bedarfsorientierung und Steuerung in der Rehabilitation. ....                                | 8  |
| 10. Die (Re-)Integration ins Erwerbsleben erfordert eine intensive berufliche Orientierung der medizinischen Rehabilitation.....               | 9  |
| 11. Nachhaltige Wiedereingliederung braucht die Zusammenarbeit aller Akteure. ....   | 10 |
| 12. Die Nachhaltigkeit der Rehabilitation benötigt Strategien für die Zeit vor, während und nach der Rehabilitation.....                       | 10 |
| 13. Die Weiterentwicklung der Rehabilitation erfordert systematische Forschung und den Transfer der Forschungsergebnisse in die Praxis.....    | 11 |
| 14. Für die Qualitätsentwicklung der Reha-Einrichtungen ist die Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung unverzichtbar.....              | 12 |
| 15. Die eigenen Rehabilitationseinrichtungen sichern – wirtschaftlich betrieben – einen wirkungsvollen Qualitäts- und Leistungswettbewerb..... | 13 |
| 16. Erfolgreiche Rehabilitation braucht gut ausgebildetes Personal.....  | 13 |
| 17. Gute Öffentlichkeitsarbeit fördert die positive Wahrnehmung der Rehabilitation..   | 14 |

## **Einführung**

Die Rehabilitation der Rentenversicherung erfüllt eine wichtige gesellschaftliche Aufgabe für die Teilhabe von chronisch kranken Menschen an Arbeit und Gesellschaft. Dies gilt gleichermaßen für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation als auch die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Die Rehabilitation dient dem übergeordneten Ziel im Sinne des § 1 SGB IX, der Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Gleichzeitig zielt sie auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten, wirkt Auswirkungen von Krankheit oder Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit entgegen, um eine möglichst dauerhafte (Wieder-)Eingliederung in das Erwerbsleben zu erreichen. Auf diese Weise soll eine Berentung wegen Erwerbsminderung vermieden werden: „Reha vor Rente“ (vergleiche § 9 SGB VI).

Gerade vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und der angestrebten Verlängerung der Lebensarbeitszeit kommt dem Erhalt der Erwerbsfähigkeit immer größere Bedeutung zu. Hier können die Rehabilitations- und Präventionsleistungen der Rentenversicherung einen wichtigen Beitrag leisten.

Die folgenden Thesen mit Erläuterungen beschreiben zentrale Felder für die Weiterentwicklung der Rehabilitation der Rentenversicherung und prioritäre Entwicklungslinien innerhalb dieser Felder.

## **1. Die Rehabilitation der Rentenversicherung sichert die größtmögliche Teilhabe chronisch kranker Menschen.**

Die medizinische Rehabilitation erfüllt einen wichtigen Versorgungsauftrag bei Versicherten, deren Erkrankung durch Chronifizierung gekennzeichnet und von beruflichen sowie psychosozialen Problemlagen begleitet ist. Die Rehabilitation steht dabei oftmals am Ende der Behandlungskette und muss somit auch vorherige Versorgungsdefizite auffangen. Sie trägt dabei maßgeblich zur Reduzierung direkter Krankheitskosten (zum Beispiel Krankenhausaufenthalte) und vor allem indirekter Krankheitskosten (zum Beispiel Arbeitsunfähigkeitszeiten) bei. Berentungen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit werden nachweislich vermieden beziehungsweise hinaus gezögert.

Die Rentenversicherung betont den Stellenwert der Rehabilitation für die Teilhabe chronisch kranker Menschen am Erwerbsleben und der Gesellschaft. Um die Chronifizierung von Krankheiten zu verhindern, Krankheitsfolgen entgegenzuwirken und das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu vermeiden, gilt es - auch ohne vorangegangenen Krankenhausaufenthalt - rechtzeitig rehabilitativ zu intervenieren.

Trotz des steigenden Anteils der Anschlussrehabilitation werden weiterhin circa 70 % der medizinischen Reha-Leistungen der Rentenversicherung im sogenannten allgemeinen Antragsverfahren erbracht. Dazu gehört die Rehabilitation bei chronischen Rückenschmerzen, bei Abhängigkeitserkrankungen (vor allem Alkohol) und bei anderen psychischen Störungen, um nur einige Indikationen beispielhaft zu nennen.

## **2. Die Rehabilitation ist eine Kernaufgabe der Rentenversicherung.**

Das gegliederte System der deutschen Sozialversicherung ist – ökonomisch zielführend - am Prinzip der einheitlichen Risikoordnung ausgerichtet: Für die Gesundheits- und Rehabilitationsleistungen ist der Leistungsträger zuständig, der auch das Risiko ihres Scheiterns trägt. Deshalb gehört die Rehabilitation Erwerbstätiger zu den Kernaufgaben der Rentenversicherung, da sie das Erwerbsminderungsrisiko abdeckt.

Rehabilitation ist Investition in die Erwerbsfähigkeit der Versicherten und rechnet sich, sowohl für die Rentenversicherung als auch für die Gesellschaft insgesamt. Schon ein Hinausschieben der Berentung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit um etwa vier Monate gleicht durch die Vermeidung der Frührente und den Erhalt der Versicherungsbeiträge die Kosten der medizinischen Rehabilitation aus.

### **3. Die Anschlussrehabilitation (AHB) ist ein zentraler Bestandteil der Behandlungskette.**

Die Anschlussrehabilitation (AHB), die unmittelbar an einen Krankenhausaufenthalt anschließt, erfüllt eine unerlässliche Funktion in der Behandlungskette bei vielen schweren Erkrankungen. Bei abnehmenden Verweildauern im Krankenhaus stellt die AHB die nahtlose Versorgung von - meist operierten - PatientInnen sicher. Das verwaltungsarme AHB-Verfahren ist vorbildhaft für die Vernetzung von Versorgungssektoren im Gesundheitswesen. Bei Einführung der DRG-Fallpauschalen für die Vergütung von Krankenhausleistungen wurden Befürchtungen geäußert, in der Anschlussrehabilitation müssten zunehmend akutmedizinische Versorgungsanteile bei sehr früh aus dem Krankenhaus entlassenen Patienten übernommen werden. Die Deutsche Rentenversicherung erfasst über ein Forschungsprojekt mögliche Veränderungen bei den Behandlungsbedarfen. Obwohl sich die Dauer des Behandlungsprozesses von der Krankenhausaufnahme bis zur Entlassung aus der Rehabilitation deutlich verkürzt hat, ist bisher die Reha-Fähigkeit der Patienten bei Reha-Aufnahme gewährleistet. Die Deutsche Rentenversicherung setzt sich dafür ein, dass die rehabilitativen Inhalte und Ziele der AHB nicht durch akutmedizinische Versorgungsbedarfe zurückgedrängt werden.

### **4. Der Reha-Bedarf wird zukünftig wachsen.**

Der Bedarf an Reha-Leistungen wird zukünftig weiter zunehmen. Die geburtenstarken Jahrgänge aus den 1960er-Jahren kommen in das Alter, in dem vermehrt Rehabilitation notwendig ist. Generell wird eine Zunahme chronischer Erkrankungen erwartet. Die Erwerbsbeteiligung älterer Personen hat in den letzten Jahren bereits zugenommen und wird voraussichtlich noch weiter steigen. Auch die Heraufsetzung der Altersgrenze für den Bezug von Altersrenten auf 67 Jahre wird zu einem zusätzlichen Reha-Bedarf führen. Zukünftig ist mit weiter wachsenden beruflichen Belastungen der Arbeitnehmer durch Arbeitsverdichtung einerseits und instabile Beschäftigungsverhältnisse beziehungsweise drohende Arbeitslosigkeit andererseits zu rechnen. Die Rehabilitanden werden im Durchschnitt älter sein; möglicherweise mit Konsequenzen für das Diagnosespektrum der Reha-Leistungen. Eine stärkere Ausrichtung der Rehabilitation an die Bedarfe älterer Rehabilitanden ist deshalb notwendig.

Der wachsende Reha-Bedarf muss durch Rehabilitationsleistungen abgedeckt werden, wenn eine steigende Zahl von Erwerbsminderungsrenten vermieden werden soll. Gleichzeitig ist der erreichte Qualitätsstandard zu erhalten, um den Erfolg der Rehabilitationsleistungen nicht zu gefährden. Zusätzliche Aufwendungen durch eine höhere Zahl von Rehabilitationsleistungen können nur noch in sehr begrenztem Umfang durch die Nutzung

von Effizienzreserven ausgeglichen werden, da viele Einsparpotenziale bereits seit Jahren erschlossen sind.

## **5. Prävention durch die Rentenversicherung kann die vorhandenen (Reha-)Strukturen nutzen.**

Eine erfolgversprechende Strategie, um der erwarteten Zunahme von chronischen Erkrankungen zu begegnen, wird in der Prävention gesehen. Die Rentenversicherung hat in den letzten Jahren im Rahmen ihrer Rehabilitationsleistungen die präventive Orientierung gestärkt.

Präventiven Charakter besitzen medizinische Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit für Versicherte, die besonderen beruflichen Belastungen ausgesetzt sind, die ihre Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflussen. Nach einer von der Rentenversicherung angeregten Gesetzesänderung können solche Leistungen seit Januar 2009 nicht nur stationär, sondern auch ambulant erfolgen. Die Richtlinien und dazugehörigen Anwendungsempfehlungen wurden den neuen Möglichkeiten und den veränderten Anforderungen in der Arbeitswelt angepasst.

Aktuelle regional begrenzte Modellprojekte der Rentenversicherung haben das Ziel, in enger Zusammenarbeit mit betriebsärztlichen Diensten präventive Leistungen zu erproben, die bei besonders belasteten Arbeitnehmern den Erhalt der Erwerbsfähigkeit berufsbegleitend fördern. Die Konzepte sehen eine kurze stationäre oder ganztägig ambulante Initialphase und eine längere ambulante Trainingsphase sowie eine Nachsorgephase vor. Bei positiven Ergebnissen ist die Übernahme in die Regelversorgung vorgesehen.

Zusätzlich verfügt die Rentenversicherung mit den bewährten Patientenschulungs- und Gesundheitsbildungsprogrammen über ein breites Spektrum qualitätsgesicherter Präventionsangebote innerhalb der medizinischen Rehabilitation.

Die Rentenversicherung begrüßt die Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung. Präventive Leistungen können in Rehabilitationseinrichtungen effizient erbracht werden, ohne dass zusätzliche Strukturen aufgebaut werden müssen.

## **6. Rehabilitationsbedürftige Versicherte brauchen rechtzeitigen Zugang zu Rehabilitationsleistungen.**

Für eine erfolgreiche berufliche Eingliederung gesundheitlich beeinträchtigter Menschen ist es wichtig, dass Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe möglichst frühzeitig einsetzen. Denn je weiter die Chronifizierung einer Krankheit fortgeschritten ist, desto schwieriger und kostenintensiver gestaltet sich der Rehabilitationsprozess. Für eine frühzeitige Erkennung von Reha-Bedarf kommen vor allem Krankenkassen, Ärzte (in Praxis und Krankenhaus) sowie Betriebe in Frage.

Die meisten Krankenkassen haben mittlerweile ein Fallmanagement aufgebaut, das bei längeren Arbeitsunfähigkeitszeiten auch eine mögliche Reha-Bedürftigkeit prüft. Die Rentenversicherung greift entsprechende Hinweise der Krankenkassen regelhaft auf und leitet gegebenenfalls eine Rehabilitation ein. Eine weitere Intensivierung der rechtzeitigen Identifikation von rehabilitationsbedürftigen Versicherten ist anzustreben.

Die Berücksichtigung von Kriterien der Reha-Bedürftigkeit in akutmedizinischen Leitlinien fördert das Erkennen von Reha-Bedarf in Praxis und Krankenhaus. Die Rentenversicherung unterstützt die systematische Prüfung von Reha-Bedürftigkeit in der akutmedizinischen Versorgung, unter anderem durch ihre Mitwirkung an den entsprechenden Leitlinien. Die konzeptuellen Grundlagen hierzu liegen aus reha-wissenschaftlichen Studien vor. In einem aktuellen Projekt, an dem die Rentenversicherung beteiligt ist, werden solche Empfehlungen in Praxissoftware für niedergelassene Ärzte implementiert.

Die Rentenversicherung fördert zudem eine intensive Vernetzung zwischen Rehabilitation und Arbeitswelt. Über betriebsärztliche Dienste können zum Einen rehabilitationsbedürftige Versicherte identifiziert und angesprochen werden. Zum Anderen ist eine passgenaue Ausrichtung der rehabilitativen Leistungen auf die arbeitsplatzbezogenen Anforderungen möglich.

## **7. Individualisierung sichert die Patientenorientierung in der Rehabilitation.**

Jede wirksame Rehabilitation muss auf die individuellen Problemlagen der Rehabilitanden eingehen. Die Rentenversicherung stärkt die Individualisierung und Flexibilisierung der Rehabilitation mit verschiedenen konzeptuellen Ansätzen.

Erweiterte Möglichkeiten der Selbstbestimmung und Selbstverantwortung der Leistungsberechtigten hat der Gesetzgeber durch die Regelungen zum Wunsch- und Wahlrecht in § 9 SGB IX und durch die Einführung der Leistungsform des Persönlichen Budgets in § 17 SGB IX verankert. Berechtigte Wünsche der Antragsteller werden bei der Auswahl einer Reha-Einrichtung durch die Rentenversicherung berücksichtigt. Darüber hinaus gehört die enge Einbindung der Rehabilitanden in den rehabilitativen Prozess zum Reha-Konzept. Dazu zählen unter anderem die gemeinsame Festlegung der Reha-Ziele und die Mitwirkung bei der Therapieplanung.

Das Persönliche Budget bietet weitere Möglichkeiten zur selbstbestimmten Durchführung der Rehabilitation. Unterstützt durch einen entsprechenden Handlungsleitfaden beraten Mitarbeiter der Rentenversicherung Versicherte bei der Gestaltung der dafür notwendigen Zielvereinbarung und deren Umsetzung.

Eine weitere bedarfsorientierte Individualisierung ihrer Reha-Leistungen fördert die Rentenversicherung über die Entwicklung und Erprobung von zielgruppenspezifischen



Konzepten, zum Beispiel für Menschen unterschiedlichen Geschlechts, Alters oder Muttersprache. Dies beginnt mit der Zuweisung der Rehabilitanden in geeignete Reha-Einrichtungen und reicht bis zu speziellen Angeboten innerhalb der Einrichtungen.

## **8. Flexibilisierung trägt unterschiedlichen Reha-Bedarfen Rechnung.**

Zur Bedarfsgerechtigkeit (und Patientenorientierung) gehört die Flexibilisierung von Reha-Form und -Dauer. Die Einführung der ambulanten Rehabilitation als eigenständige Versorgungsform war hier ein wesentlicher Schritt. Durch ein wohnortnahes Rehabilitationsangebot wird den unterschiedlichen Bedarfen verschiedener Personengruppen entsprochen. Zudem werden Versicherte erreicht, die aus verschiedenen Gründen eine stationäre Rehabilitation nicht in Anspruch nehmen können. Dem allgemeinen Trend im Gesundheitssystem zur ambulanten Leistungserbringung folgend, wird der Bedarf nach ambulanten Reha-Leistungen weiter - wenn auch nicht unbegrenzt - steigen. Die Rentenversicherung trägt dem mit dem Ausbau ambulanter Angebote Rechnung. Weiter gehende Ansätze zur Flexibilisierung der medizinischen Rehabilitation ergeben sich aus der Kombination von stationären und ambulanten Reha-Phasen, gegebenenfalls mit zwischenzeitlichen therapiefreien Zeiträumen (Intervallbehandlung). Solche Ansätze müssen in Modellvorhaben erprobt werden, die unter anderem geeignete Regelungen zum gegebenenfalls erforderlichen Übergangsgeld erfordern.

Wissenschaftliche Ergebnisse aus Projekten zu Fallgruppen zeigen auf, dass nachweisbare Unterschiede in der Problemlast und damit dem individuellen Reha-Bedarf zwischen den Rehabilitanden bestehen. Eine bedarfsorientierte Differenzierung der Reha-Dauer kann demnach unterschiedlich ausgeprägten gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Rehabilitanden Rechnung tragen.

Auch bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben müssen die Reha-Einrichtungen mit flexibilisierten Angeboten auf die unterschiedlichen Reha-Bedarfe reagieren, wie zum Beispiel mit dem Neuen Reha-Modell der Berufsförderungswerke.

## **9. Die Entwicklung von Fallgruppen verbessert die Bedarfsorientierung und Steuerung in der Rehabilitation.**

Die Rentenversicherung fördert die Entwicklung von Fallgruppen mit verschiedenen Forschungsprojekten zur medizinischen Rehabilitation. Die Fallgruppen fassen Rehabilitanden zusammen, die einen homogenen Behandlungsbedarf aufweisen und somit einer ähnlichen Therapie bedürfen. Fallgruppen zielen aus Sicht der Rentenversicherung darauf, die Rehabilitation stärker bedarfsgerecht zu steuern und so zu optimieren.

Dazu gehört die bedarfsorientierte Zuweisung zu geeigneten Reha-Einrichtungen und -Angeboten. In der ersten Stufe mit dem Ziel der Optimierung der Zuweisung in die Reha-Einrichtungen ist eine überschaubare Anzahl von Gruppen ausreichend und ein kurzes Bedarfs-Assessment notwendig. Die zweite Stufe mit dem Ziel der Therapiesteuerung in den Einrichtungen erfordert eine differenziertere Eingruppierung und Leistungsdefinition, die auf den vorliegenden Reha-Therapiestandards des Reha-Leitlinienprogramms basieren sollte. Mittelfristig können Fallgruppen auch für eine aufwandsbezogene Differenzierung der Vergütung der Reha-Leistungen genutzt werden. Die Orientierung am individuellen Reha-Bedarf sowie die Definition der notwendigen Therapien sichern hierbei die Behandlungsqualität. Damit werden qualitätsreduzierende Wirkungen vermieden, die beispielsweise von Fallpauschalen ausgehen, die auf eine reine Verkürzung der Verweildauer zielen.

## **10. Die (Re-)Integration ins Erwerbsleben erfordert eine intensive berufliche Orientierung der medizinischen Rehabilitation.**

Aktuelle Ergebnisse der Reha-Forschung belegen, dass der Integrationserfolg entscheidend von einer frühzeitigen Berücksichtigung beruflicher Aspekte im Reha-Prozess abhängt. Demnach kann eine berufliche Orientierung wesentlich zur Wirksamkeit der medizinischen Rehabilitation beitragen. Inzwischen bestehen bei etwa einem Viertel der Versicherten, die eine medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung erhalten, besondere, die Integration gefährdende berufliche Problemlagen. Im Rahmen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) richtet die Rentenversicherung die medizinische Rehabilitation stärker auf die Folgen gesundheitlicher Beeinträchtigungen für die Berufstätigkeit aus. Reha-Diagnostik und Behandlung in der medizinischen Rehabilitation werden hierbei von gesundheitlich bedingten spezifischen beruflichen Problemlagen, welche die Teilhabe am Erwerbsleben gefährden, abgeleitet. Zielgruppe sind insbesondere Rehabilitanden, deren Arbeitsverhältnisse unmittelbar gefährdet sind.

Die Rentenversicherung treibt die berufliche Orientierung der medizinischen Rehabilitation voran und baut ein flächendeckendes Grundangebot von MBOR-Leistungen auf. Gleichzeitig werden besonders qualifizierte Schwerpunkteinrichtungen mit dem Ziel etabliert, besonders ausgeprägten beruflichen Problemlagen der Versicherten noch besser Rechnung tragen zu können.

## **11. Nachhaltige Wiedereingliederung braucht die Zusammenarbeit aller Akteure.**

Damit gesundheitlich beeinträchtigte Menschen zügig wieder eingegliedert werden können, ist es notwendig, dass alle Beteiligten im gegliederten System der sozialen Sicherung gemeinsam agieren. Die Forderung nach erfolgreicher Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger ist dem entsprechend in § 12 SGB IX kodifiziert.

Die Kooperation reicht vom frühzeitigen Erkennen von Rehabilitationsbedarf über einen einfachen und schnellen Zugang zu einer bedarfsgerechten Rehabilitation bzw. Reha-Nachsorge bis zum Umsetzen des rehabilitativ Erarbeiteten am Arbeitsplatz und im Alltag. Eine wirksame Kooperation aller beteiligten Akteure geht über das Zusammenwirken der Rehabilitationsträger hinaus. Auch andere Beteiligte, etwa die Gemeinsamen Servicestellen, betriebsärztliche Dienste, aber auch Arbeitgeber/Betriebe müssen in den Prozess eingebunden werden. Das gilt zum Beispiel, wenn es um den Erhalt gefährdeter Arbeitsverhältnisse, das Eingliederungsmanagement nach § 84 Abs. 2 SGB IX oder die stufenweise Wiedereingliederung nach § 28 SGB IX geht. Die Sozialhilfe als Rehabilitationsträger muss sich künftig an den Gemeinsamen Servicestellen beteiligen. Ein zentrales Entwicklungsfeld, das die Rentenversicherung mit verschiedenen Projekten aktiv bearbeitet, ist die Zusammenarbeit mit mittelständischen bzw. kleinen Betrieben. Positive Erfahrungen aus Projekten der Rentenversicherung mit Großunternehmen können dabei genutzt werden.

Die vom Gesetzgeber geforderte Zusammenarbeit ist auszurichten auf die rasche Bedarfsermittlung sowie die Verbesserung von Arbeitsplatzbezug und Integrationserfolg der Rehabilitation. Das verlangt geeignete Anlaufstellen und Kommunikationswege für Arbeitgeber, für deren Auf- und Ausbau die Rentenversicherung ihre vorhandenen Strukturen nutzt. Leistungen, die für die berufliche Wiedereingliederung erforderlich sind, sollten darüber hinaus bei Bedarf von der Rentenversicherung im Sinne einer Fallbegleitung (Case Management) koordiniert werden, um beispielsweise die Zusammenarbeit zwischen Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation und Betrieben sowie die Übergänge zwischen verschiedenen Rehabilitationsleistungen zu erleichtern. Die Rentenversicherung wird hierzu die vorliegenden regionalen Erfahrungen auswerten.

## **12. Die Nachhaltigkeit der Rehabilitation benötigt Strategien für die Zeit vor, während und nach der Rehabilitation.**

Die Rentenversicherung hat verschiedene Nachsorgeprogramme mit dem Ziel entwickelt, die Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben nach der Rehabilitation zu stabilisieren sowie Lebensstiländerungen beim Übergang in den Alltag

längerfristig aufrechtzuerhalten. Aktuelle Entwicklungsaufgaben im Bereich der Reha-Nachsorge sind unter anderem: Harmonisierung der Angebote der RV-Träger, Sicherung einer weitgehend flächendeckenden Versorgung, Vernetzung der Akteure (unter anderem Reha-Einrichtung, Haus- oder Betriebsarzt, Reha-Sportangebote). Dabei bieten auch moderne Informations- und Kommunikationstechnologien neue Möglichkeiten (unter anderem internetbasierte Angebote), die die Rentenversicherung verstärkt nutzen wird. Über die Reha-Nachsorge hinausgehend muss Nachhaltigkeit noch stärker als durchgängige konzeptuelle Ausrichtung in der Rehabilitation selbst etabliert werden. Die Rehabilitation insgesamt und ihre Therapiebausteine sind auf die Zeit nach der Rehabilitation auszurichten. Die Kontinuität des Reha-Prozesses schließt auch die Vorbereitung auf die Rehabilitation ein. Gut informierte Rehabilitanden profitieren stärker von der Rehabilitation. Die Rentenversicherung wird neue Konzepte der Vorbereitung auf die Rehabilitation entwickeln und erproben.

### **13. Die Weiterentwicklung der Rehabilitation erfordert systematische Forschung und den Transfer der Forschungsergebnisse in die Praxis.**

Die Rentenversicherung passt ihre Rehabilitationsleistungen kontinuierlich an medizinische Entwicklungen sowie an Veränderungen im Erkrankungsspektrum und im Gesundheitssystem an. Dazu gehört auch die Sicherstellung der Evidenzbasierung der medizinischen und beruflichen Rehabilitation und ihrer Behandlungselemente, die die Rentenversicherung unter anderem mit der Entwicklung und Implementation evidenzbasierter Reha-Therapiestandards unterstützt.

Im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben liegen vergleichsweise weniger wissenschaftliche Erkenntnisse vor. Die Rentenversicherung fördert deshalb verstärkt Forschungsarbeiten zur beruflichen Rehabilitation.

Gezielte Schwerpunktsetzungen und vor allem gelungene Koordination und Kooperation erhöhen den Wirkungsgrad der Forschung. Die gemeinsamen Förderschwerpunkte von BMBF und Renten- sowie Krankenversicherung, „Rehabilitationswissenschaften“ und „Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“ haben dies eindrücklich gezeigt. Weitere Rehabilitationsträger sollten sich an solchen Förderschwerpunkten beteiligen. Eine gemeinsame Forschungsbedarfsplanung ermöglicht eine systematische Themenauswahl und schafft Synergien. Die Rentenversicherung setzt damit inhaltliche Schwerpunkte, um zentrale Problemfelder der Rehabilitation umfassend zu bearbeiten.

Die Umsetzung von Forschungsergebnissen in die Praxis ist ein komplexer Prozess, für den die Rentenversicherung spezifische Strategien entwickelt hat. Das beginnt mit der Veröffentlichung von wissenschaftlichen Ergebnissen über Zeitschriften und Kongresse oder

etwa Fortbildungen für TherapeutInnen aus Reha-Einrichtungen, verstärkt über moderne Medien (zum Beispiel Internet, Datenbanken). Die Rentenversicherung nutzt zudem die Reha-Therapiestandards und Visitationen im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung um den Transfer von Forschungsergebnissen anzuregen und zu fördern. Sie unterstützt außerdem die Entwicklung von Serviceangeboten für die Rehabilitationseinrichtungen, wie zum Beispiel das erfolgreich etablierte Zentrum Patientenschulung.

#### **14. Für die Qualitätsentwicklung der Reha-Einrichtungen ist die Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung unverzichtbar.**

Für die Reha-Qualitätssicherung wurde ein umfangreiches Instrumentarium zur Erhebung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität entwickelt. Hiermit sollen einerseits indikationsbezogenen Reha-Einrichtungen verglichen werden, andererseits werden die regelmäßigen differenzierten Datenanalysen zur einrichtungsbezogenen Berichterstattung genutzt. Damit fördert die externe Qualitätssicherung der Rentenversicherung das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement. Insgesamt dient die Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung dazu, die Wirksamkeit der Rehabilitation und ihre Patientenorientierung, sowohl bei der medizinischen Rehabilitation als auch bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, zu unterstützen und zu verbessern. Zukünftig ist noch stärker darauf zu achten, dass der Aufwand für die Rehabilitanden, Leistungsträger und Leistungserbringer akzeptabel ist und Überschneidungen vermieden werden. Darüber hinaus muss ein deutlicher Fokus auf die Entwicklung von Instrumenten zur Messung und Verbesserung der Ergebnisqualität gelegt werden.

Mit den Berichten zur Reha-Qualitätssicherung werden den Reha-Einrichtungen regelmäßig und kontinuierlich qualitätsrelevante Informationen zur Verfügung gestellt. Mit dieser Berichterstattung ist die Aufgabe verbunden, jeder Einrichtung Hinweise für eine zukünftige Qualitätsentwicklung handlungsorientiert, übersichtlich und verständlich zu vermitteln. Nur so ist von einem verbindlichen Umgang mit den Ergebnissen auszugehen. Das Konzept der Rentenversicherung zur Bewertung von Reha-Einrichtungen ist ein wichtiger Schritt in diese Richtung.

Die Rentenversicherung setzt auf eine strikte Qualitätsorientierung in der Rehabilitation und zielt mit der Reha-Qualitätssicherung auf einen qualitätsorientierten Wettbewerb zwischen den Reha-Einrichtungen. Die Rentenversicherung verhindert damit eine Abwärtsspirale der Reha-Qualität, die sich aus einem einfachen Wettstreit um die niedrigsten Preise, ohne klare Qualitätsorientierung, ergäbe.

Ein innovativer Ansatz qualitative Ziele und ökonomische Anreize zu verbinden, stellen Pay-for-Performance-Konzepte dar. Dabei sind Bonuszahlungen durch den Leistungsträger

vorgesehen, wenn definierte Qualitäts- bzw. Ergebniskriterien erreicht wurden. Durch die Reha-Qualitätssicherung verfügt die Rentenversicherung über methodische Grundlagen, um solche Konzepte zu entwickeln. Qualitätsorientierte Vergütungsansätze müssen allerdings sorgfältig evaluiert werden, da es sonst zu zusätzlichen Kosten ohne Qualitätsgewinn kommen kann.

## **15. Die eigenen Rehabilitationseinrichtungen sichern – wirtschaftlich betrieben – einen wirkungsvollen Qualitäts- und Leistungswettbewerb.**

Der Rentenversicherung obliegt als Leistungsträger nicht nur die Finanzierung der Rehabilitationsleistungen, sondern auch die Strukturverantwortung für ein qualitativ und quantitativ ausreichendes Angebot an Rehabilitationsleistungen. Mit ihren eigenen Reha-Einrichtungen nimmt die Rentenversicherung einen Teil dieses gesetzlichen Sicherstellungsauftrags aktiv wahr, ohne damit den Markt zu dominieren, denn rund drei Viertel der Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung werden in Vertragseinrichtungen erbracht. Auch hier sichert eine enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen.

Die rentenversicherungseigenen Reha-Einrichtungen haben eine wichtige Pilotfunktion in der praxisnahen Weiterentwicklung der Rehabilitation. Mit ihrer Hilfe ist es der Rentenversicherung möglich, in eigener Verantwortung neue praxisorientierte Reha-Konzepte zu entwickeln und neue methodische Ansätze in der Rehabilitation zu erproben, um für alle Leistungserbringer verbindliche Standards zu entwickeln und festzulegen. Beispiele sind das Konzept zur Bewertung der Qualität der Reha-Einrichtungen (BQR) und die Entwicklung der Reha-Therapiestandards.

Die eigenen Einrichtungen leisten so einen wesentlichen Beitrag für eine hohe Versorgungssicherheit und -qualität. Mit der systematischen Nutzung von Synergieeffekten, etwa durch enge Zusammenarbeit von eigenen Einrichtungen verschiedener Rentenversicherungsträger an einem Standort, stellt die Rentenversicherung deren Wirtschaftlichkeit sicher.

## **16. Erfolgreiche Rehabilitation braucht gut ausgebildetes Personal.**

Um Rehabilitation erfolgreich durchführen zu können, müssen Reha-Einrichtungen adäquat ausgestattet sein. Hierzu zählt insbesondere qualifiziertes Personal. Reha-relevante Berufsgruppen benötigen dementsprechend eine fundierte Aus-, Fort- und Weiterbildung. Vor allem im Medizinstudium konnten Fortschritte bei der Integration von Rehabilitation in die Ausbildung erzielt werden. Für andere Studienfächer, wie zum Beispiel Psychologie, müssen Vorgaben für rehabilitationsbezogene Studieninhalte geschaffen werden.

Ergänzend wird sich die Rentenversicherung für die Erweiterung der rehabilitationsbezogenen Fort- und Weiterbildung für alle Berufsgruppen einsetzen. Insbesondere das bio-psycho-soziale Reha-Konzept erfordert Fähigkeiten, die in der beruflichen Ausbildung oft nicht vermittelt werden, wie zum Beispiel Gesprächsführungskompetenz oder didaktische Qualifikation zur Patientenschulung. Entsprechende Angebote müssen zum Teil noch geschaffen, vor allem aber auch genutzt werden.

Im Bereich der medizinischen Versorgung ist eine zunehmende Konkurrenz um qualifiziertes ärztliches und pflegerisches bzw. therapeutisches Personal festzustellen. Hier muss sich die Rehabilitation als wichtiges und attraktives Tätigkeitsfeld präsentieren. Dazu gehören beispielsweise die Vereinbarkeit von Beruf und Familie sowie strukturierte Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten, insbesondere für junge Ärztinnen und Ärzte.

Ergebnisse der Reha-Forschung weisen darauf hin, dass Ärzte in der medizinischen Rehabilitation häufig berufsferne Tätigkeiten ausüben, die mit der direkten Versorgung der Rehabilitanden konkurrieren. Die Rentenversicherung wird deshalb die Reha-Einrichtungen dabei unterstützen, alle Möglichkeiten zur Entlastung von Ärzten auch durch nicht-ärztliches Personal gezielt auszuschöpfen.

## **17. Gute Öffentlichkeitsarbeit fördert die positive Wahrnehmung der Rehabilitation.**

Die Wahrnehmung der Rehabilitation der Rentenversicherung in der Öffentlichkeit wird entscheidend durch die mediale Berichterstattung geprägt. Die Rentenversicherung wird die Öffentlichkeitsarbeit zur Rehabilitation gezielt weiterentwickeln, um Erfolge und Wirksamkeit der rehabilitativen Leistungen stärker ins öffentliche Bewusstsein zu bringen.

Zunehmende Beachtung bei WissenschaftlerInnen und PraktikerInnen findet das von der Rentenversicherung jährlich organisierte „Rehabilitationswissenschaftliche Kolloquium“. Eine regelmäßige journalistische Berichterstattung über das Kolloquium wird mittlerweile dazu genutzt, aktuelle Ergebnisse der Reha-Forschung einer breiteren Öffentlichkeit zugänglich zu machen. Zu einer festen Einrichtung ist auch das regelmäßig stattfindende „Reha-Forum“ der Deutschen Rentenversicherung Bund als Diskussionsforum für Leistungserbringer und Kostenträger in der Rehabilitation geworden.

Für eine öffentlichkeitswirksamere Berichterstattung zu aktuellen Zahlen und Entwicklungen in der medizinischen und beruflichen Rehabilitation wird ein Reha-Bericht der Rentenversicherung vorbereitet, der zu einem regelmäßigen Berichtsorgan weiterentwickelt werden soll. Die modernen Informations- und Kommunikationstechnologien (zum Beispiel Newsletter, Chat, Twitter) bieten weitere Möglichkeiten, die Ideen und Chancen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation an neue Zielgruppen heranzutragen.

Viele Rehabilitationseinrichtungen haben inzwischen über den von der Rentenversicherung mit gestalteten „Deutschen Reha-Tag“, zum Beispiel in Form eines Tages der offenen Tür für Interessierte aus der Region und ehemalige Patientinnen, ihre Öffentlichkeitsarbeit verstärkt.