

Ganztägig ambulante Rehabilitation

Entwicklungen in der Rehabilitation

Andreas Konrad

Abteilungsleiter der Abteilung Rehabilitation

der Deutschen Rentenversicherung Bund

8. Fachtagung der Deutschen Rentenversicherung Bund

11. und 12. Mai 2017

in Berlin – Urania –

-----Titelfolie 1

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

ich begrüße Sie herzlich im Namen der Abteilung Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung Bund zur diesjährigen Fachtagung „Ganztäglich ambulante Rehabilitation“.

Auch Frau Gross, die als Direktorin weiterhin für die Abteilung Rehabilitation zuständig ist, lässt Sie im Namen des Direktoriums herzlich grüßen.

Ich freue mich, die Gelegenheit zu haben, mit Ihnen heute und morgen gemeinsam zu diskutieren, was erfolgreiche Rehabilitation im Sinne der Rentenversicherung ausmacht und welche Weiterentwicklungen anstehen, damit wir auch in Zukunft vom Erfolgsmodell Rehabilitation sprechen können.

Wir werden Ihnen in den nächsten zwei Tagen eine Reihe von Themen vorstellen, anhand derer Sie nachvollziehen können, dass wir uns momentan in einem dynamischen Veränderungsprozess befinden.

Beginnen möchte ich mit einem Überblick zu Neuem aus der Rehabilitation.

Folie 2

Zum einen werde ich Ihnen in meinem Vortrag gesetzliche Neuregelungen vorstellen, die die Rehabilitation aktuell grundlegend beeinflussen.

Zum anderen werde ich auf Projekte und Aktivitäten eingehen, die zur Weiterentwicklung unseres Leistungsspektrums beitragen. Hierbei ist uns wichtig, dass wir unsere Strategie kontinuierlich weiterverfolgen, individuelle und bedarfsorientierte Angebote zu schaffen, die konsequent auf das Hauptziel von Rehabilitation - Return to Work - ausgerichtet sind.

Außerdem möchte ich Ihnen unseren Ansatz, Rehabilitation als leistungsübergreifenden Prozess zu verstehen, beispielhaft veranschaulichen.

Auch die Themen Qualität und Vergütung der Leistungserbringung sind für erfolgreiche Rehabilitationsleistungen von entscheidender Bedeutung.

Hierauf werde ich ebenfalls eingehen.

Abschließend reiße ich dann kurz zwei weitere für die Rehabilitation aktuell bedeutsame Themen an.

Arbeitsplatzängste und Alkoholmissbrauch.

Beginnen möchte ich allerdings mit ausgewählten Zahlen, um Ihnen die Entwicklung der Rehabilitation in den letzten Jahren zu vergegenwärtigen und zu verdeutlichen, wo die Rehabilitation heute steht. Alle im Vortrag genannten Zahlen beziehen sich auf die DRV Bund.

Folie 3

Lassen Sie mich zunächst mit einem Blick auf die Ausgaben für Leistungen zur Teilhabe im Jahr 2016 beginnen. Insgesamt belaufen sich die Bruttoausgaben auf 2.660.000.000 Euro.

Hiervon entfällt mit 1.766.000.000 Euro der Hauptanteil auf medizinische Leistungen zur Rehabilitation.

Mit 597.000.000 Euro schlagen Entgeltersatzleistungen inklusive Sozialversicherungsbeiträge zu Buche. An dritter Stelle folgen mit 294.000.000 Euro die Ausgaben für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Erstattungsleistungen bzw. Zuwendungen beliefen sich im Jahr 2016 auf 3.000.000 Euro; ein vergleichsweise geringer Betrag, der im Diagramm deshalb keine besondere Berücksichtigung gefunden hat.

Die Nettoausgaben im Jahre 2016 betragen 2.058.000.000 Euro und bewegen sich damit 1,8% über dem Niveau von 2015.

Folie 4

Die Antragsentwicklung bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation war im Jahr 2016 verglichen mit dem Vorjahr insgesamt mit 746.820 Anträgen um 1,6% rückläufig. Während die Anträge im Antragsverfahren sich auf 588.540 beliefen und damit ein Rückgang von 2,1% gegenüber dem Jahr 2015 ausmachten, ist mit 158.280 AHB-Anträgen bei diesen eine leichte Steigerung um 0,3% festzustellen.

Folie 5

Mit 480.139 Bewilligungen insgesamt bewegen wir uns hier 1,1% oberhalb des Vorjahresniveaus.

Dabei machen die 335.463 Bewilligungen im Antragsverfahren eine prozentuale Steigerung von 0,8% gegenüber dem Vorjahr aus.

Mit 1,7% ist bei 144.676 AHB-Bewilligungen ein gegenüber den Bewilligungen im Antragsverfahren vergleichsweise höherer Anstieg zu verzeichnen.

Folie 6

Betrachtet man die Entwicklung der Anträge und Bewilligungen im Vergleich des jeweils 1. Quartals der Jahre 2016 und 2017, so bewegen sich die Anträge in 2017 mit 201,572 um 1,3 % geringer als im Vorjahr; die Bewilligungen liegen mit 122.964 demgegenüber 3,6 % oberhalb des Vorjahreswertes.

Folie 7

Während im Jahr 2015 die Bewilligungen zur medizinischen Rehabilitation in allen auf der Folie abgebildeten ausgewählten Indikationen zurückgegangen waren, stellt sich die Entwicklung im Jahr 2016 differenzierter dar.

Leicht rückläufig sind die Bewilligungszahlen lediglich um 0,2% bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie mit 0,8% bei Erkrankungen des Nervensystems. Bei den übrigen ausgewählten Indikationen lässt sich eine leichte Trendwende feststellen. Im Bereich der aufkommensstärksten Indikation der Bewegungsorgane macht mit 186.298 Bewilligungen der Zuwachs 0,9% gegenüber dem Vorjahr aus. Ebenfalls 0,9% mehr entfallen mit 91.208 Bewilligungen auf die Indikation der Neubildungen. Den stärksten Anstieg mit 1,2% gegenüber dem Vorjahr verzeichnen wir mit 86.925 Bewilligungen im Bereich der psychosomatischen Erkrankungen.

Folie 8

Einen guten plastischen Eindruck von den prozentualen Veränderungen liefern Ihnen auch nochmal die Balkendiagramme dieser Folie.

Folie 9

Differenziert man die Bewilligungen nach der Art der Durchführung, so lässt sich festhalten, dass in 2016 rund jede 7. Maßnahme als ambulante bzw. ganztägig ambulante Rehabilitationsleistung bewilligt wurde. In Zahlen ausgedrückt heißt dies, dass im Jahr 2016 62.636 ambulante Leistungen bewilligt wurden. Dies entspricht einer Steigerung um 4,7% gegenüber dem Vorjahr. Dem gegenüber belief sich die Vergleichszahl zur stationären Durchführung auf 417.503. Hier ist gegenüber dem Vorjahr eine Steigerung von 0,6% festzustellen.

Folie 10

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

ich komme nun auf die Zahlen zur medizinischen/ganztägig ambulanten Rehabilitation zu sprechen.

Insgesamt wurden im Jahr 2016, wie soeben bereits festgestellt, 62.636 ambulante und ganztägig ambulante medizinische Leistungen bewilligt. Dies entspricht, wie ebenfalls gerade bemerkt, einer prozentualen Steigerung gegenüber dem Jahr 2015 von 4,7%. Betrachtet man alle Indikationen außer den Abhängigkeitserkrankungen, so kommt man auf 59.555 Bewilligungen; dies entspricht einer Steigerung von sogar 5% gegenüber dem Vorjahr.

Was sagen uns diese Zahlen? Für mich leitet sich hieraus ganz klar ein Trend zur insgesamt stärkeren Inanspruchnahme von ganztägig ambulanten Einrichtungen ab. Dies können Sie sehr deutlich dem die Entwicklung über mehrere Jahre seit 2010 abbildenden Verlauf der unteren Kurve entnehmen. Diese Kurve bezieht sich ausschließlich auf ganztägig ambulante Leistungen.

Folie 11

Betrachtet man im ganztägig ambulanten Bereich die Indikationsentwicklung, so lässt sich festhalten, dass bei den vier aufkommensstärksten Indikationen im Zeitraum von 2008

bis 2011 über alle Indikationen ein stetiger Anstieg festzustellen ist.

Nach einer vorübergehenden Stagnation in der Zeit von 2011 bis 2013 ist seitdem wieder ein Anstieg festzustellen. Dieser bildet sich im Diagramm aufgrund einer geänderten statistischen Erfassung ab Januar 2015 allerdings nicht deutlich ab. Da seit diesem Zeitpunkt konsequent zwischen Haupt- und Folgeleistung unterschieden wird und ausschließlich Hauptleistungen gezählt werden, gibt die Delle im Kurvenverlauf im Jahr 2015 den tatsächlichen Anstieg der Bewilligungen nicht wieder. Zu den Zahlen hierzu im Einzelnen: Bei 45.307 Bewilligungen im Bereich der Skelett-, Muskel- und Bindegewebserkrankungen beträgt die Steigerungsrate gegenüber dem Vorjahr hier 2,4%. Im Bereich der Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen bei 7.247 Bewilligungen 4,7%, bei Herz-Kreislauf und ischämischen Erkrankungen ausgehend von 3.691 Bewilligungen einen leichten Rückgang von 0,7% gegenüber dem Vorjahr. Einen rasanten Sprung hat es bei Neubildungen. Ausgehend von einer geringen Ausgangszahl von 1.503 Bewilligungen im Jahr 2016 beträgt die prozentuale Steigerung hier 23,7% gegenüber dem Vorjahr.

Folie 12

Vergleicht man bei den Bewilligungen den Anteil der Diagnosegruppen nach der Art der Durchführungen, so ist festzustellen, dass im ganztägig ambulanten Setting mit 76 % der weitaus überwiegende Anteil der Bewilligungen auf die Indikation „Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes“ entfällt. Die übrigen Indikationen sind mit prozentualen Anteilen

zwischen 5 % und 7 % annähernd gleich am Gesamtaufkommen vertreten.

Bei den Bewilligungen stationärer Leistungen zeigt sich ein stärker ausdifferenziertes Bild.

Hier liegt der Anteil bei den „Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes“ mit 35 % an erster Stelle. Mit 20 % der Bewilligungen liegt die Indikation „Psychische/ Psychosomatische Erkrankungen (ohne Abhängigkeitserkrankungen)“ auf Platz zwei.

Die Indikationen „Herz/Kreislauf und ischämische Erkrankungen“ und „Krankheiten des Nervensystems und zerebrovaskuläre Erkrankungen“ bewegen sich weit dahinter mit 7 % bzw. 6 % annähernd gleich auf.

Die verbleibenden 32 % verteilen sich auf diverse „Sonstige“ Indikationen (ohne Abhängigkeitserkrankungen).

Aus meiner Sicht zeigt der Vergleich zwischen stationärem und ambulantem Setting, dass im Bereich der ambulanten Rehabilitationen noch Potential für die Ausweitung des Leistungsangebots besteht.

Folie 13

Apropos Angebotsausweitung

Sieht man sich die Entwicklung der Anzahl ganztägig ambulanter Reha-Einrichtungen und Abteilungen an, so lässt sich im

Betrachtungszeitraum seit 2000 bei weitestgehend parallelem Kurvenverlauf eine kontinuierliche Steigerung der Zahlen feststellen.

Dabei fällt auf, dass die Zahl der Einrichtungen mit mehreren Abteilungen in den letzten Jahren stark zugenommen hat. Im Jahr 2016 gab es bei 211 Einrichtungen 311 Abteilungen.

Folie 14

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

im Jahr 2016 gab es in der gesamten Bundesrepublik 211 ganztägig ambulante Reha-Zentren. Rund ein Viertel davon, nämlich 52, befinden sich im bevölkerungsreichsten Bundesland Nordrhein-Westfalen. Auf Platz 2 mit 29 Einrichtungen liegt Bayern, gefolgt von Baden-Württemberg mit 21 Einrichtungen und Rheinland-Pfalz mit 19. Die wenigsten Einrichtungen finden sich im Saarland mit 2 und in Bremen und Hamburg mit jeweils 3 Einrichtungen.

Folie 15

Betrachtet man bei ganztägig ambulanten Rehabilitationseinrichtungen die Verteilung der Abteilungen nach Indikationen, so ist der Stand in 2016 wie folgt:

Mit weitem Abstand werden 168 Abteilungen in der Indikation Orthopädie vorgehalten. Zählt man die 28 Abteilungen, die in der Indikation Orthopädie MBOR-Leistungen anbieten, hinzu, so sind es insgesamt sogar 196. An zweiter Stelle liegt die Indikation

Neurologie mit 47 sowie an dritter Stelle die Kardiologie mit 40 Abteilungen. Die Psychosomatik ist mit 20 Abteilungen vertreten. Onkologie mit 7 und Pneumologie mit lediglich 1 Abteilung.

Folie 16

Abschließend möchte ich Ihnen noch aktuelle Zahlen aus 2016 zu ganztägig ambulanten Einrichtungen aufgeschlüsselt nach der Anzahl der Abteilungen vorstellen:

Die weit überwiegende Zahl der Einrichtungen, nämlich 142, hält eine Abteilung vor. 47 Einrichtungen verfügen über immerhin noch 2 Abteilungen, 16 über 3 und 4 über 4, eine über 5 und eine über 6. Wie bereits erwähnt, bezieht sich diese Aufteilung auf insgesamt 211 Rehabilitationseinrichtungen.

Nach diesem Feuerwerk an Zahlen, Daten und Fakten möchte ich Ihnen nun aktuelle Themen aus der Rehabilitation vorstellen.

Folie 17

Derzeit ist die Rehabilitationslandschaft stark durch gesetzliche Änderungen geprägt. Diese berühren unser gegliedertes Sozialsystem in seiner Gesamtheit wie auch die damit einhergehenden Abläufe und haben Auswirkungen auf unsere Leistungsangebote.

Bundesteilhabegesetz

Am 23. Dezember 2016 ist das Bundesteilhabegesetz in Kraft getreten.

Die für die Rentenversicherung geltenden Regelungen werden zum 01. Januar 2018 wirksam.

Kernziele des Gesetzes sind es, mehr Selbstbestimmung und umfangreichere Teilhabe sicherzustellen sowie in Zukunft staatliche Leistungen von einer Hand zu gewähren. Um dies zu erreichen, soll im Regelfall nur noch eine medizinische Begutachtung erfolgen, die dann die notwendigen Feststellungen für alle Träger trifft. Sind mehrere Träger betroffen, wird künftig ein leistender Träger bestimmt, der die Gesamtverantwortung gegenüber den Menschen mit Behinderung inne hat. Dieser soll eine Abstimmung mit anderen Trägern über die umfassende Bedarfsfeststellung innerhalb von 14 Tagen herbeiführen. Gelingt dies nicht, entscheidet der leistende Träger allein über die nach allen Leistungsgesetzen infrage kommenden Bedarfe.

Wir als DRV-Bund haben das Gesetz im Vorfeld konstruktiv und kritisch begleitet und begreifen es, nun, da das Gesetz verabschiedet ist, als große Herausforderung, im Zusammenwirken mit den anderen beteiligten Sozialversicherungsträgern passgenaue und qualitativ hochwertige Leistungsangebote weiterzuentwickeln.

Wie wir als Deutsche Rentenversicherung den durch das Bundesteilhabegesetz angestoßenen Veränderungsprozess begleiten wollen, wird Ihnen heute Nachmittag *Frau Gellrich* in ihrem Vortrag vorstellen.

Flexirenten-Gesetz

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

mit dem Gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben, dem sogenannten Flexirenten-Gesetz, sind weitere Regelungen auf uns zugekommen, die zu einer Weiterentwicklung bei unseren Leistungsangeboten führen werden.

Neben vielen rentenrechtlichen Normen finden sich im Flexirenten-Gesetz Neuregelungen zur Kinder-Rehabilitation, der Prävention und der Rehabilitationsnachsorge. Diese Leistungen bekommen als Pflichtleistungen nunmehr eine eigene Rechtsgrundlage.

Wir sehen dies als eine Aufwertung dieser Leistungen durch die Politik und werden unsere bereits bestehenden Angebote forcieren, sie schärfen und den Ausbau neuer Angebote vorantreiben.

Darüber hinaus enthält das Flexirenten Gesetz eine Regelung, mit der wir als Träger der Rentenversicherung Neuland betreten.

Das Gesetz bietet unseren Versicherten die Möglichkeit einer freiwilligen umfassenden berufsbezogenen Gesundheitsuntersuchung ab Vollendung des 45. Lebensjahres.

Unter dem programmatischen Titel „Ü 45 Checkup“ – manche sprechen auch von Reha-TÜV – wollen wir die bereits existierenden Vorsorgeuntersuchungen im Bereich der GKV nutzen, um Menschen im mittleren Lebensalter auf berufsbezogene Probleme zu screenen.

Wir verbinden mit dieser Maßnahme die Hoffnung, drohende oder vorliegende berufliche Teilhabestörungen frühzeitig zu identifizieren, die dann – je nach Schwere des Problems – mittels unserer Präventions- und Reha-Leistungen angegangen werden können.

Näheres zu diesem Thema werden Sie im Vortrag von *Frau Dr. Weinbrenner* hören.

Vergaberechtsmodernisierungsgesetz

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

das am 17. Februar 2016 in Kraft getretene Gesetz zur Modernisierung des Vergaberechts hat in der Trägerlandschaft der Rentenversicherung intensiv diskutierte Auswirkungen auf die Beschaffung von Rehabilitationsleistungen.

Zusammengefasst bleibt hierzu festzuhalten:

Rehabilitationsleistungen sind – anderes als andere öffentliche Dienstleistungsaufträge – nicht auszuschreiben. Daraus folgt, dass das Vergaberecht uns bei Erfüllung unserer gesetzlichen Aufgaben nicht vorschreibt, wie wir unsere Leistungen zu beschaffen haben. Es legt lediglich fest, dass für alle – auch neue Anbieter – ein offener Zugang bestehen muss; die Inanspruchnahme transparent, nachvollziehbar und diskriminierungsfrei zu erfolgen hat und bei der Belegung der Einrichtung die Qualität der Leistungserbringung zu berücksichtigen ist.

Frau Wenderoth wird in ihrem Vortrag zur transparenten Vergabe heute Nachmittag das Vergabeverfahren näher vorstellen.

Im Anschluss daran wird *Herr Dr. Hansmeier* in seinem Vortrag auf den Aspekt der Qualitätsorientierung in der Einrichtungsauswahl näher eingehen.

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

die durch das Bundesteilhabegesetz und das Flexirenten-Gesetz angestoßenen Änderungen sind durch den für die Rehabilitation zentralen Gedanken der Personenzentrierung geprägt.

Die Rehabilitation hat dies aufgegriffen und berücksichtigt den Gesichtspunkt der Personenzentrierung bei der Weiterentwicklung

der Leistungen und der Analyse ihrer Prozesse in besonderem Maße.

Es hat hier ein Umdenken stattgefunden.

Heute geht es nicht mehr nur darum, ein gutes und qualitativ hochwertiges Angebot zu haben. Entscheidend ist außerdem, individuelle Bedarfe frühzeitig zu erkennen und – darauf abgestellt – zum richtigen Zeitpunkt passgenaue Leistungen in guter Qualität anzubieten.

Dies gelingt nur dann, wenn die betroffenen Versicherten – insbesondere die mit einem erhöhten Risiko der Erwerbsminderung – über Angebote informiert sind und einen frühzeitigen Zugang zu diesen Leistungen haben.

Folie 18

Prävention

Wir verfolgen damit ganz klar den Ansatz Prävention vor Rehabilitation. Auf Grundlage des im Jahre 2015 verabschiedeten Präventionsgesetzes und vor dem Hintergrund der Regelung von Präventionsleistungen als Pflichtleistungen durch das Bundesteilhabegesetz ist es für uns ein vorrangiges Ziel, Präventionsangebote bundesweit zu etablieren. Derzeit stehen insgesamt 290 Angebote zur Verfügung. Je nach Region und in Abhängigkeit der gewählten Kooperationsmodelle mit Arbeitgebern ergibt sich eine unterschiedliche Angebotsstruktur. Während zum Beispiel in der Region Südwest aktuell ca. 120 Präventionskonzepte für Rehabilitationseinrichtungen

angeboten werden, sind in der Region Ost ca. 60 Präventionsangebote und in der Region Süd ca. 40 Angebote anerkannt. Noch lässt sich für uns nicht abschließend abschätzen, welche Entwicklungen mit der Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie verbunden sind und welche Konsequenzen das für unser Präventionsangebot konkret haben wird.

Allerdings sind wir zusammen mit den Regionalträgern und den anderen Sozialleistungsträgern in Arbeits- und Steuerungsgruppen auf Landesebene vertreten, so dass wir die konkrete Umsetzung der Landesrahmenvereinbarungen mitgestalten werden. Für uns steht auf jeden Fall fest, dass wir weiterhin daran arbeiten werden, unsere Angebote von Präventionsleistungen auszubauen.

In ihrem Vortrag morgen wird *Frau Dr. Kalwa* auf die Entwicklung in der Prävention auch noch genauer eingehen.

Folie 19

Pilotprojekt „Berufsbegleitende Rehabilitation“

Wie Sie bereits am Beispiel der Prävention sehen können, treiben wir die Ausdifferenzierung von Rehabilitationsleistungen neben der 3- bis 5-wöchigen Standard-Reha stark voran.

Ein weiteres Beispiel hierfür ist im Bereich niederschwelliger Beeinträchtigungen das von uns zusammen mit der DRV Berlin Brandenburg in einer ambulanten Reha Einrichtung in Berlin und

einer weiteren Einrichtung in Brandenburg laufende Pilotprojekt „Berufsbegleitende Rehabilitation“.

Dieses Angebot richtet sich an berufstätige arbeitsfähige Personen, die noch nicht schwer beeinträchtigt sind, bei denen aber Rehabilitationsbedarf festgestellt wird und erstreckt sich innerhalb von 12 Wochen auf 24 Termine von jeweils 120 Minuten.

Projektstart war der 2. Mai 2017.

Herr Petermann wird Ihnen dieses Projekt heute Nachmittag näher vorstellen.

Folie 20

Stufenweise Wiedereingliederung

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

wenn wir von Rehabilitation sprechen, sind nicht nur medizinische Rehabilitationsleistungen gemeint, sondern all unsere Angebote, die dazu beitragen, die Wiedereingliederung ins Erwerbsleben zu erreichen.

Dazu gehört auch die stufenweise Wiedereingliederung.

Es stellt sich - sowie auch bei allen anderen Angeboten - bei der stufenweisen Wiedereingliederung die Frage nach Optimierungsmöglichkeiten im Hinblick auf unser Ziel „Return to Work“.

Dabei spielt auch eine Rolle, ob die Mittel, die wir für diese Leistung ausgeben, in einem angemessenen Verhältnis zu dem stehen, was in Form von eingezahlten Beiträgen ins Sozialversicherungssystem zurückfließt.

Um hierüber neue Erkenntnisse zu gewinnen, haben wir ein mehrjähriges Projekt gefördert, das die Effizienz und die Effektivität der stufenweisen Wiedereingliederung untersucht hat. Dazu wurden ca. 16.400 Versicherte befragt und Routinedaten aus den Versicherungskonten ausgewertet.

Die Untersuchung hat gezeigt, dass es sich bei der stufenweisen Wiedereingliederung um eine effektive und effiziente Leistung handelt. Während bei der Kontrollgruppe nur knapp 60% nach einem Jahr wieder arbeiteten, waren es in der Gruppe mit stufenweiser Wiedereingliederung über 80%.

Der Anteil arbeitslos gemeldeter Versicherter sowie der Anteil Versicherter in Erwerbsminderungsrente waren in der Kontrollgruppe deutlich höher. Die Gruppe mit stufenweiser Wiedereingliederung wies gegenüber der Kontrollgruppe signifikant günstigere Beitragsverläufe auf. Nach ca. 2 Jahren haben sich die Kosten der Leistung amortisiert.

Es hat sich im Rahmen der Untersuchung aber auch gezeigt, dass bestimmte Gruppen von Versicherten, z. B. Versicherte mit hohen

Fehlzeiten vor Beginn der Rehabilitation, besonders von der stufenweisen Wiedereingliederung profitieren.

Wir werden unter Berücksichtigung der Ergebnisse dieser Studie die stufenweise Wiedereingliederung verstärkt fördern und im nächsten Schritt eine Indikationsempfehlung erarbeiten, die wir den Rehabilitationseinrichtungen zur Verfügung stellen wollen, um sie bei ihrer Arbeit zu unterstützen.

Herr Dr. Bürger wird morgen in seinem Vortrag das Thema der stufenweisen Wiedereingliederung aus wissenschaftlicher Sicht beleuchten. Wir dürfen hierauf gespannt sein.

Gleichzeitig zeigt sich aber auch, dass auf der anderen Seite unseres Leistungsspektrums Bedarf für ein Angebot besteht, das hoch beeinträchtigten Versicherten gerecht wird und sich nicht nur rein auf die medizinische Rehabilitation fokussiert, sondern übergreifend auch berufliche Rehabilitationsleistungen mit einbezieht.

Solch ein integratives Angebot kann beispielsweise eine intensive Begleitung des Rehabilitanden durch den gesamten Rehabilitationsprozess sein. Hierbei können unterschiedliche Rehabilitationsleistungen kombiniert werden. Die Entscheidungsfindung erfolgt dabei partizipativ mit dem Versicherten, um seine Bedürfnisse und seine Lebenswelt umfassend mit einzubeziehen

und ihn – wenn erforderlich und gewünscht – in seinem Rehabilitationsprozess pro aktiv zu begleiten.

Abgesehen von diesen neuen Angeboten haben wir uns in den letzten Jahren auf den Auf- und Ausbau der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation konzentriert. (Anmerkung: Passus wird evtl. vorgezogen)

Folie 21

Nachsorge

Ein weiterer wichtiger Baustein und ein Beispiel für die gelungene Weiterentwicklung von Rehabilitationsleistungen unter dem Gesichtspunkt der Personenzentrierung ist die Nachsorge.

Bei der Nachsorge gab es bisher – je nachdem, in welchem Bundesland der Versicherte wohnte – sehr unterschiedliche Angebote, die sich teilweise auch in den Inhalten deutlich unterschieden.

Im Jahr 2015 haben sich die Rentenversicherungsträger auf ein verbindliches Rahmenkonzept für Nachsorgeleistungen verständigt, das eine gute Grundlage für eine differenziert an den Bedarfen der Rehabilitanden ausgerichtete Leistung darstellt. Je nach Bedarf können mehr multimodale und unimodale vorgehalten werden, die effektiv und zielgerichtet zur Sicherung des Rehabilitationserfolges eingesetzt werden können.

Auf Grundlage der im Rahmenkonzept vereinbarten gemeinsamen Standards werden wir in Zukunft zum einen die Nachsorge stärker differenzieren, zum anderen aber auch ein gemeinsames flächendeckendes Kernangebot schaffen.

Ich denke, dass wir damit für die Rehabilitationseinrichtungen bundesweit mehr Verlässlichkeit und Übersichtlichkeit schaffen.

Gleichzeitig fordern wir mit dem Rahmenkonzept aber auch ein, dass zukünftig die Nachsorgeempfehlung der Rehabilitationseinrichtung bedarfsorientierter und damit differenzierter erfolgen muss, als es vielleicht in der Vergangenheit gelegentlich der Fall war.

Die Weiterentwicklung der Nachsorge wird sich zum einen auf die Fallzahlen der multimodalen IRENA auswirken, zum anderen aber auch mit einer abgestuften Vergütungsstruktur einhergehen.

Für uns wird die Herausforderung in den nächsten zwei Jahren darin bestehen, ein flächendeckendes unimodales Angebot zu schaffen. Bis Ende 2018 wurde daher eine Übergangsphase festgelegt, so dass die Rentenversicherung gemeinsam und auch jeder Träger für sich die neuen Modalitäten umsetzen kann.

Wie gewohnt werden wir die Rehabilitationseinrichtungen über unsere Rundschreiben auf dem Laufenden halten und rechtzeitig über einzelne Umsetzungsschritte informieren.

Herr Ritter wird nachher in seinem Vortrag „Sachstand Nachsorge“ noch näher über interessante Weiterentwicklungsmöglichkeiten informieren.

Rehabilitation als leistungsübergreifender Prozess

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

soweit mein Überblick über unsere Weiterentwicklungsaktivitäten zu einzelnen Leistungsangeboten.

Ich möchte nun auf unser Anliegen eingehen, die Rehabilitation als leistungsübergreifenden Prozess zu verstehen. Dieser Ansatz ist aus unserer Sicht besonders bei Rehabilitanden/innen, die ein sehr hohes Erwerbsminderungsrisiko aufweisen, bedeutsam.

Mit integrativen Strategien, die Leistungskombinationen und reibungslose Leistungsübergänge ermöglichen, kann es gelingen, diese Menschen im Erwerbsleben zu halten oder wieder dorthin zurückzuführen.

Folie 22

Projekt MBOR Stufe C

In diesem Zusammenhang möchte ich Ihre Aufmerksamkeit gerne auf das Projekt MBOR Stufe C lenken, das wir gemeinsam mit der DRV Baden-Württemberg durchführen. Bei diesem Projekt geht es darum, die positiven Effekte des Angebots standardisierter Leistungen der Stufe C durch Einrichtungen der beruflichen Reha für medizinische Rehabilitationseinrichtungen zu evaluieren.

Dazu haben sich die beruflichen Reha-Einrichtungen in einem Netzwerk zusammengeschlossen und ihr Leistungsportfolio zur MBOR Stufe C vereinheitlicht.

Zielgruppe dieser Leistungen sind Rehabilitanden, bei denen während einer medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation deutlich wird, dass sie sich beruflich noch neu- bzw. umorientieren müssen.

Folie 23

Modellprojekt Fallbegleitung

Auch mit dem Modellprojekt Fallbegleitung verfolgen wir den Ansatz weiter, Rehabilitation als leistungsübergreifenden Prozess zu begreifen. Mit diesem Projekt wollen wir herausfinden, wie eine gute Begleitung von Rehabilitanden mit sehr hohem Erwerbsminderungsrisiko im Reha-Prozess aussehen muss. Hierzu werden die in Frage kommenden Fälle an unsere speziell dafür im Hause eingerichtete interne Servicestelle weitergeleitet. Die Servicestelle nimmt dann proaktiv nach Ende der medizinischen Rehabilitation Kontakt mit dem Versicherten auf, klärt, ob weiterer Beratungsbedarf besteht, fungiert als konkreter Ansprechpartner für die Rehabilitanden und begleitet ihn. Hierdurch wird sichergestellt, dass weitere Leistungen, die nach der medizinischen Rehabilitation erforderlich sind, zügig eingeleitet werden.

Frau Gellrich wird in ihrem Vortrag heute Nachmittag näher auf dieses Thema eingehen.

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

erfolgreiche Rehabilitation setzt nicht nur ein zeitgemäßes Leistungsangebot voraus, sondern auch effiziente und effektive Reha-Strukturen.

Dabei geht es über die Berücksichtigung von Qualität im Rahmen des Beschaffungsverfahrens hinaus um eine stärkere Berücksichtigung von Qualität insgesamt.

Folie 24

Qualität in der Rehabilitation

Reha-Einrichtungen, die sich fortlaufend durch gute Qualität positiv hervortun, müssen davon stärker profitieren. Nur so schaffen wir auf lange Sicht im Interesse unserer Versicherten Anreize zur weiteren Qualitätssteigerung.

Erreichen wollen wir dies durch die systematischere Nutzung der Qualitätsindikatoren aus unserer Qualitätssicherung. Wir haben hierzu 2015 einen Expertenkreis gegründet, der auch mit Vertretern der Verbände der Leistungserbringer besetzt ist. Ziel war, bereits in der Entwicklungsphase mit Ihnen als Leistungserbringer in den Dialog zu treten, um partnerschaftlich nachvollziehbare und transparente Indikatoren zu erarbeiten.

Im Expertenkreis sind auch Sie durch den Bundesverband ambulanter medizinischer Rehabilitationszentren (BaMR)

vertreten. Dafür an dieser Stelle meinen ausdrücklicher Dank an alle Mitwirkenden.

Das Thema Qualität wird, dessen bin ich mir sicher, in der Rentenversicherung noch viel Stoff für Diskussionen innerhalb der Rentenversicherung liefern.

In rentenversicherungsweiten Projektgruppen, hier der PGNQR

(Projektgruppe Nutzung von Qualitätsindikatoren für die Belegung von medizinischen Reha-Einrichtungen), wurde das Thema auch aufgegriffen. Frau Dr. Ostholt-Corsten wird morgen in ihrem Vortrag zum strukturierten Qualitätsdialog dazu ausführlich berichten.

Wir werden Sie auf dem Laufenden halten.

Folie 25

Unter dem Gesichtspunkt guter Reha-Strukturen möchte ich schließlich auch noch auf die Entwicklungen eingehen, die sich auf die Vergütung von Reha-Leistungen beziehen.

Auch hier geht es darum, mehr Transparenz und Klarheit für Sie als Leistungserbringer zu schaffen, indem wir das Verfahren zur Anpassung von Vergütungssätzen rentenversicherungsweit vereinheitlichen.

Hierzu wurde trägerübergreifend beschlossen, dass im Fachausschuss Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung jährlich ein Richtwert für die allgemeine Kostenentwicklung festgelegt und veröffentlicht wird. Der Richtwert wird in Anlehnung an die Bestimmung der Veränderungsrate für Krankenhäuser ermittelt. Er ergibt sich entweder aus dem Orientierungswert für

Krankenhäuser oder der Veränderungsrate der Grundlohnsumme. Der jeweils höhere Wert von beiden wird für den Richtwert herangezogen.

Der Richtwert, beträgt in diesem Jahr bekanntlich 2,5%.

Die Angebote zur Anpassung des Vergütungssatzes sind mittlerweile an Sie abgesandt worden.

Eine trägerübergreifende Projektgruppe arbeitet im Übrigen daran, das Verfahren zur Preisfindung einheitlicher zu gestalten. Momentan befinden sich die Rentenversicherungsträger hierzu noch in einem Abstimmungsprozess.

Folie 26

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

zu guter Letzt möchte ich Ihre Aufmerksamkeit auf zwei in der Rehabilitation zunehmend an Bedeutung gewinnende Themenfelder lenken. Zum einen stellen wir fest, dass Schwierigkeiten am Arbeitsplatz oftmals Ursache für psychosomatische Beschwerden sind. Dies schlägt sich insbesondere in einem Anwachsen der Indikationsstellung Psychosomatik nieder.

Frau Dr. Muschalla wird sich in ihrem Vortrag morgen mit dem in diesem Zusammenhang bedeutsamen Thema der Arbeitsplatzängste befassen.

Zum anderen ist Alkoholmissbrauch für die Rehabilitation weiterhin ein großes Thema.

Herr Dr. Liese wird sich ebenfalls morgen hiermit befassen.

Folie 27

Fazit

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

die Vorträge, die Sie heute und morgen hören werden, werden Ihnen die Anforderungen, die sich an die Rehabilitation – und damit auch an uns als Gesellschaft – in Zukunft stellen werden, anschaulich skizzieren. Ich bin davon überzeugt, dass wir Grund genug haben, auf das schon Erreichte stolz zu sein. Dennoch müssen wir stets hinterfragen, ob das Bestehende den gesellschaftlichen Entwicklungen und Lebenswelten der Versicherten noch ausreichend Rechnung trägt und welche Wege wir in Zukunft gehen müssen. Rehabilitation kann nur gelingen, wenn wir uns mutig dem Neuen stellen und uns dementsprechend immer wieder neu ausrichten. Return to Work bedeutet, auf die spezifische Situation der Versicherten durch individuelle und flexible Angebote zu reagieren und damit den Bedürfnissen der Versicherten gerecht zu werden. Damit einher geht aber auch, dass wir Rehabilitation nicht als isolierte einzelne Leistung sehen, sondern als Prozess verstehen, bei dem Leistungen ineinander greifen.

Hier liegt sicher noch ein gutes Stück Arbeit vor uns. Nichts desto trotz bin ich zuversichtlich, dass wir durch Ausprobieren verschiedener Lösungsansätze gute Wege finden werden. Neben

der Weiterentwicklung des Leistungsspektrums und der Prozesse ist und bleibt die Qualität der Leistungserbringung der Schlüssel für erfolgreiche Rehabilitation.

Ich hoffe nach alledem, dass wir weiterhin engagiert zusammenarbeiten und uns gemeinsam den kommenden Herausforderungen für die Rehabilitation stellen werden.

In diesem Sinne freue ich mich auf spannende Vorträge, neue Erkenntnisse und interessante Gespräche mit Ihnen.

Schlussfolie 28

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.