ECONSTOR
Make Your Publications Visible.

A Service of

ZBW Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft
Leibniz Information Centre for Economics

Augurzky, Boris; Reichert, Arndt Rüdiger; Scheuer, Markus

Research Report

Faktenbuch Medizinische Rehabilitation 2011

RWI Materialien, No. 66

Provided in Cooperation with:
RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, Essen

Suggested Citation: Augurzky, Boris; Reichert, Arndt Rüdiger; Scheuer, Markus (2011) : Faktenbuch Medizinische Rehabilitation 2011, RWI Materialien, No. 66, ISBN 978-3-86788-285-9, Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI), Essen, https://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:101:1-201106243325

This Version is available at:
https://hdl.handle.net/10419/61139

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

WWW.ECONSTOR.EU

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

RWI
Materialien

Boris Augurzky
Arndt Rüdiger Reichert
Markus Scheuer

Faktenbuch Medizinische Rehabilitation 2011

Heft 66

Impressum

Vorstand des RWI

Prof. Dr. Christoph M. Schmidt (Präsident)

Prof. Dr. Thomas K. Bauer (Vizepräsident)

Prof. Dr. Wim Kösters

Verwaltungsrat

Dr. Eberhard Heinke (Vorsitzender);

Dr. Henning Osthues-Albrecht; Dr. Rolf Pohlig; Reinhold Schulte (stellv. Vorsitzende);

Manfred Breuer; Oliver Burkhard; Dr. Hans Georg Fabritius; Hans Jürgen Kerkhoff; Dr. Thomas Köster; Dr. Wilhelm Koll; Prof. Dr. Walter Krämer; Dr. Thomas A. Lange; Reinhard Schulz; Hermann Rappen; Dr.-Ing. Sandra Scheermesser

Forschungsbeirat

Prof. Michael C. Burda, Ph.D.; Prof. David Card, Ph.D.; Prof. Dr. Clemens Fuest; Prof. Dr. Justus Haucap; Prof. Dr.Walter Krämer; Prof. Dr. Michael Lechner; Prof. Dr. Till Requate; Prof. Nina Smith, Ph.D.

Ehrenmitglieder des RWI

Heinrich Frommknecht; Prof. Dr. Paul Klemmer †; Dr. Dietmar Kuhnt

RWI Materialien Heft 66

Herausgeber:

Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung
Hohenzollernstraße 1–3, 45128 Essen, Tel. 0201 – 8149-0

Alle Rechte vorbehalten. Essen 2011

Schriftleitung:
Prof. Dr. Christoph M. Schmidt

Redaktionelle Bearbeitung:
Joachim Schmidt

Konzeption und Gestaltung:
Julica Marie Bracht, Daniela Schwindt, Benedict Zinke

ISSN 1612-3573
ISBN 978-3-86788-285-9

Materialien

Boris Augurzky, Arndt Rüdiger Reichert und Markus Scheuer

Faktenbuch Medizinische Rehabilitation 2011

Heft 66

RWI

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

Auftraggeber der Studie:
AG MedReha mit Unterstützung des Arbeitskreis Gesundheit, der Landesverbände Bayern, Niedersachsen und Bremen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt sowie Thüringen des BDPK.

Wir danken der AG Med Reha für die Unterstützung bei fachlichen Fragen.

ISSN 1612-3573
ISBN 978-3-86788-285-9

Inhalt

- **Executive Summary 7**

1. Einleitung 11

2. Grundlagen der Rehabilitation 12
- **2.1 Definition und Ziele der Rehabilitation 12**
- **2.2 Konzeptionelle Grundlagen der medizinischen Rehabilitation 16**
- **2.3 Historischer Abriss der Rehabilitation 19**
- **2.4 Institutionelle Grundlagen 21**
  - 2.4.1 Rehabilitationsträger 21
  - 2.4.2 Organisationen und Institutionen 24
- **2.5 Gesetzliche Grundlagen 27**
- **2.6 Finanzierungsgrundlagen 31**
- **2.7 Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement 34**

3. Stellenwert der medizinischen Rehabilitation 38
- **3.1 Datenlage 38**
- **3.2 Übersicht 39**
  - 3.2.1 Nach Leistungsträgern 50
  - 3.2.2 Nach Regionen 54
- **3.3 Projektion 57**

4. Effekte der medizinischen Rehabilitation 64
- **4.1 Individuelle Effekte 64**
  - 4.1.1 Methodik 64
  - 4.1.2 Missel et al. (2010) 66
  - 4.1.3 Klein, Missel und Braukmann (1997) 66
  - 4.1.4 Jäckel et al. (1990) 67
  - 4.1.5 Grünig (2010) und Lungwitz et al. (2010) 68
  - 4.1.6 Rische (2006) 70
  - 4.1.7 Schleswig-Holstein-Studie „Geriatrische Rehabilitation“ 70
- **4.2 Volkswirtschaftliche Effekte 71**

5. Fazit 74

- **Literaturverzeichnis 78**

Verzeichnis der Schaubilder

Schaubild 1 Die Rehabilitation als Teil der medizinischen Versorgungskette 13
Schaubild 2 Gesundheitsproblem in der Sprache der ICF 18
Schaubild 3 Wichtige gesetzliche Bestimmungen für die medizinische Rehabilitation 27
Schaubild 4 Kosten und Vergütung (Tagessätze) 33
Schaubild 5 Kosten und Vergütung (Fallpauschalen) 33
Schaubild 6 Ausgaben für die Rehabilitation und Vorsorge 40
Schaubild 7 Ausgaben für die Rehabilitation und Vorsorge 40
Schaubild 8 Zahl der Fälle und Pflegetage 41
Schaubild 9 Auslastung der Reha- und Vorsorgeeinrichtungen 42
Schaubild 10 AHB als Anteil aller Reha-Fälle 43
Schaubild 11 Verteilung der Pflegetage 2009 und Änderung seit 1996 nach Fachabteilungen 43
Schaubild 12 Zahl der Pflegetage und Fälle nach Fachabteilungen 44
Schaubild 13 Verteilung der Einrichtungen nach Trägerschaft 44
Schaubild 14 Zahl der Betten je Einrichtung nach Trägerschaft 46
Schaubild 15 Zahl der Vollkräfte stationärer Reha- und Vorsorgeeinrichtungen 46
Schaubild 16 Anzahl Beschäftigter in der Rehabilitation 48
Schaubild 17 Verteilung der Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen, Krankenhäuser und Pflegeheime nach der Ampelklassifikation 48
Schaubild 18 Verteilung der Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen, Krankenhäuser und Pflegeheime nach der Ampelklassifikation 49
Schaubild 19 Ausgaben der Träger für stationäre Rehabilitation und Vorsorge 51
Schaubild 20 Fälle und Pflegetage (Rehabilitation und Vorsorge) je 100 000 Einwohner nach Bundesland 55
Schaubild 21 Verweildauer und Auslastung (Rehabilitation und Vorsorge) nach Bundesland 56
Schaubild 22 Patientenstruktur der DRV und GKV 58
Schaubild 23 Projizierte Bevölkerungsentwicklung bis 2020 59
Schaubild 24 Projizierte stationäre Zahl der Fälle (Rehabilitation und Vorsorge) bis 2020 60
Schaubild 25 Projizierte Verweildauer und Zahl an Pflegetagen bis 2020 61

Inhalt

Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 26 SGB IX 14
Tabelle 2 Merkmale der ICF 17
Tabelle 3 Rehabilitationsträger und Art der Rehabilitation 22
Tabelle 4 Ausgaben und Fallzahlen für stationäre Rehabilitation der DRV 52
Tabelle 5 Ausgaben und Fallzahlen für stationäre Rehabilitation der GKV 53
Tabelle 6 Übersicht zur stationären Rehabilitation 54
Tabelle 7 Patientenströme zwischen Bundesländern 57

Verzeichnis der Kästen

Kasten 1 Definition der Behinderung 13
Kasten 2 Redia-Studie 61

Verzeichnis der Karten

Karte 1 Beschäftigte in der Rehabilitation und Vorsorge auf Gemeindeebene 47

Executive Summary

Als Teil des Gesundheitswesens übernimmt die medizinische Rehabilitation die Aufgabe, die Teilhabe von chronisch kranken Menschen am Leben in der Gesellschaft und ihre Selbstbestimmung nachhaltig zu fördern, indem sie den Folgen einer Krankheit in Form von Fähigkeitsstörungen und sozialen Beeinträchtigungen (Behinderung, Erwerbsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit) vorzubeugen, sie zu beseitigen, zu bessern oder deren wesentliche Verschlechterung abzuwenden versucht. Damit leistet sie einen Beitrag dazu, dass Arbeitnehmer länger am Arbeitsleben teilnehmen können, Frühverrentungen und Pflegebedürftigkeit vermieden und so auch Beiträge für die Sozialversicherungsträger geleistet werden.

Vor diesem Hintergrund möchte das vorliegende „Faktenbuch Medizinische Rehabilitation 2011“ einen Überblick über die medizinische Rehabilitation in Deutschland, ihre Grundlagen und ihre Wirksamkeit geben. Auf fünf wichtige Datenquellen kann dazu derzeit zugegriffen werden: Daten der Rehabilitationsträger Deutsche Rentenversicherung (DRV), Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und Gesetzliche Unfallversicherung (GUV), Grund- und Diagnosedaten der Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen des Statistischen Bundesamtes sowie Jahresabschlussdaten von Rehabilitationseinrichtungen. Insgesamt lässt sich die Datenlage zur medizinischen Rehabilitation als uneinheitlich bezeichnen. Das Erstellen eines vollständig kohärenten Bildes ist daher derzeit noch nicht möglich. Unser Ziel ist es aber, sich diesem Ideal zu nähern. Mittelfristig sollten amtliche Statistiken zwischen medizinischer Rehabilitation und Vorsorgeleistungen differenzieren, einen stärkeren Indikationenbezug aufweisen und Rückschlüsse auf die Entwicklung der einzelnen Rehabilitationsbereiche (ambulant, stationär, Ausschlussrehabilitation u.a.) erlauben.

Die wichtigsten gesetzlichen Grundlagen der Rehabilitation sind heute in den einzelnen Sozialgesetzbüchern enthalten. Kernstück ist das im Jahre 2001 in Kraft getretene Sozialgesetzbuch (SGB) IX. Durchführungsbestimmungen zur medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation finden sich in sämtlichen Sozialgesetzbüchern. Eine wesentliche konzeptionelle Basis für die medizinische Rehabilitation stellt die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelte ICF (International Classification of Functioning) dar. Sie klassifiziert die Funktionsfähigkeit eines Menschen und umfasst alle Aspekte der funktionalen Gesundheit.

In Deutschland sind verschiedene Sozialleistungsträger für die medizinische Rehabilitation zuständig. Durch eine Rehabilitationsmaßnahme der DRV soll die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit des Versicherten erhalten und auf diese Weise eine

mögliche Rentenzahlung vermieden oder zumindest aufgeschoben werden. Rehabilitationsmaßnahmen aus der Sicht der GKV sollen Selbständigkeit und Lebensqualität erhalten und Pflegebedürftigkeit abwenden oder zumindest hinausschieben. Allerdings enthält die aktuelle Ausgestaltung des Versicherungssystems kaum nachhaltig wirksame Anreize zur Nutzung der bestehenden präventiven und rehabilitativen Möglichkeiten zur Vermeidung bzw. Verzögerung von Pflegebedürftigkeit. Seit 2004 regelt die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation die Voraussetzungen zur Inanspruchnahme der Leistungen und damit die Zugangswege zu den verschiedenen Rehabilitationsmaßnahmen der GKV. Weitere Rehabilitationsträger sind die GUV, die Versorgungsverwaltung, Träger der öffentlichen Jugendhilfe und Sozialhilfeträger.

Die Finanzierung der medizinischen Reha-Einrichtungen erfolgt „monistisch", d.h. Betriebs- und Investitionskosten werden nicht wie im Krankenhausbereich aus separaten Quellen aufgebracht, sondern ausschließlich über die Vergütung der Reha-Maßnahmen. Sie geschieht in der Regel über indikationsspezifische Tages- oder Fallpauschalen, gelegentlich über Komplexpauschalen im Rahmen Reha-übergreifender Angebote. Die Anpassung der Vergütung für Reha-Leistungen der GKV orientiert sich an der sogenannten Grundlohnrate, die Vergütungsanpassung der anderen Reha-Träger an trägerspezifischen Vorgaben. Die Ausgaben der DRV für Rehabilitationsmaßnahmen sind mit Einführung des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes (1996) im Rahmen festgelegter Budgets gedeckelt worden. In den vergangenen Jahren stiegen die Kosten der medizinischen Reha-Einrichtungen stärker als die Vergütung je Tag bzw. je Fall.

33% der Ausgaben für die medizinische Rehabilitation und Vorsorge trugen 2008 die GKV und 39% die DRV. Seit 1997 ist der Anteil der DRV kontinuierlich gestiegen, während der Anteil der GKV gesunken ist. 2009 wurden 830 000 DRV-Fälle, darunter 151 000 im nicht-somatischen Bereich, und 720 000 GKV-Fälle behandelt. Der Anteil der AHB/AR in der DRV betrug 30%, in der GKV 78%. Seit 2000 sind die Ausgaben der GKV für Rehabilitation rückläufig. Während sie 2000 noch rund 2,3 Mrd. € betrugen, lag ihr Wert 2009 bei nur noch 2,03 Mrd. €. Damit sank der Anteil der Reha-Ausgaben an den gesamten Ausgaben der GKV von 1,88% auf 1,27%. Offenbar wurde die Rehabilitation von den Krankenkassen restriktiver gehandhabt.

In der medizinischen Rehabilitation hat sich ein duales System von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement entwickelt. Die einrichtungsübergreifende, externe Qualitätssicherung ist Aufgabe der Rehabilitationsträger. Das einrich-

tungsinterne Qualitätsmanagement liegt in der Verantwortung der Rehabilitationseinrichtungen. Für die Durchführung der externen Qualitätssicherung der DRV und der GKV haben die Rehabilitationsträger Qualitätssicherungsprogramme entwickelt. Darüber hinaus sind die Leistungserbringer zur Einführung eines einrichtungsbezogenen Qualitätsmanagements verpflichtet. Seit 2009 ist eine Zertifizierung für stationäre medizinische Rehabilitationseinrichtungen verpflichtend. Hinsichtlich der Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation ist von Bedeutung, dass neben den bestehenden Preiswettbewerb ein funktionierender Qualitätswettbewerb zwischen den Reha-Einrichtungen tritt und das Preis-Leistungs-Verhältnis die Qualität der Leistungen stärker berücksichtigt.

Die Ausgaben für die medizinische Rehabilitation und Vorsorge in Deutschland beliefen sich 2008 auf 8,0 Mrd. € bzw. auf 3,1% der gesamten Gesundheitsausgaben. 2009 gab es 1 240 Reha- und Vorsorgeeinrichtungen mit 171 500 Betten und 2 Mill. Fällen und 119 000 Beschäftigten (92 400 Vollzeitkräfte). Die mittlere Verweildauer lag bei 25,5 Tagen, die mittlere Auslastung bei 81,7%. Rund 90% der Fälle sind der Rehabilitation zuzuordnen, 10% der Vorsorge. Die Anschlussrehabilitation gewinnt in den vergangenen Jahren sowohl bei der GKV als auch bei der DRV immer mehr an Bedeutung. 75% der Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen befinden sich in ländlichen Gebieten (Akutkliniken: 45%). In einzelnen Gemeinden können Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen ein bedeutender Wirtschaftsfaktor und größter Arbeitgeber sein. Bundesweit bringen sie jährlich 700 Mill. € an Steuern und Sozialabgaben auf und tätigen Investitionen von über 300 Mill. €. Die wirtschaftliche Lage der Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen war 2008 allerdings schlechter als die der Akutkrankenhäuser und der Pflegeheime. 28% wiesen eine erhöhte Insolvenzgefahr auf (Krankenhäuser: 17%).

In der Bundesrepublik gibt es ein flächendeckendes Angebot an Rehabilitationsmöglichkeiten. Dies ist angesichts der beschriebenen wachsenden Bedeutung der AHB ein nicht zu unterschätzender Vorteil, nicht zuletzt auch für die Betroffenen und ihre Angehörigen, denen Umstände und Kosten durch ortsnahe Versorgung erspart werden. Es gibt allerdings auch bemerkenswerte regionale Unterschiede im Besatz mit Rehabilitationseinrichtungen und auch in der interregionalen Mobilität zu diesen Einrichtungen.

Vor dem Hintergrund eines sich abzeichnenden Fachkräftemangels im Gesundheitswesen ist es erforderlich, neben der Behandlungsqualität attraktive Arbeitsplätze und entsprechend gute Arbeitsbedingungen vorzuhalten, um gegenüber anderen Bereichen des Gesundheitswesens konkurrenzfähig zu bleiben. Analog

zum Krankenhausbereich wäre auch für den Bereich der medizinischen Rehabilitation dem Gesetzgeber anzuraten, die Grundlohnratenbindung in der GKV durch den für Krankenhäuser zu entwickelnden Orientierungswert zu ersetzen.

In Zukunft ist mit einer steigenden Nachfrage nach Leistungen der medizinischen Rehabilitation zu rechnen. Dabei spielen erstens die Demografie eine wichtige Rolle, zweitens Änderungen in der akutmedizinischen Versorgung, insbesondere das DRG-System, und in der Pflege älterer Menschen, vor allem „Reha vor Pflege". Drittens beeinflussen gesellschaftliche Trends (erwarteter Fachkräftemangel, Rente mit 67, wachsende Arbeitsproduktivität, Singularisierung) und viertens die Rehabilitationsträger durch ihr Genehmigungsverhalten die Nachfrage. Unter der Annahme konstanter Prävalenzraten ist allein bedingt durch die Demografie mit einem Anstieg der Zahl der Fälle von 2009 bis 2020 um insgesamt 5,6% und der Pflegetage um 2,1% zu rechnen. Weitere Faktoren dürften tendenziell zu einem darüber hinaus gehenden Anstieg führen.

Für verschiedene Indikationsbereiche existieren Studien zur Evaluation der Wirksamkeit von Rehabilitationsleistungen. Viele von ihnen basieren auf so genannten Vorher-Nachher-Vergleichen, manche führen eine randomisierte kontrollierte Studie durch. Die hier untersuchten Studien weisen positive Effekte medizinischer Rehabilitationsleistungen nach. Zur Etablierung eines qualitätsorientierten Wettbewerbs ist es zu empfehlen, weitere Evaluationsstudien durchzuführen, insbesondere zum Nachweis langfristiger Effekte der Maßnahmen. Ferner ist zu prüfen, ob zu ausgewählten Forschungsfragen randomisierte Studien durchgeführt werden können und, wo dies nicht praktikabel ist, ob auf „künstliche", durch statistische Verfahren erzeugte Kontrollgruppen zurückgegriffen werden kann.

Die Messung volkswirtschaftlicher Effekte gestaltet sich naturgemäß schwieriger als die Messung von Effekten auf der Individualebene. Auch gilt es, verschiedene Arten von Nutzen zu bewerten. Nutzen sind z.B. die Reduktion von Arbeitsunfähigkeitstagen, die Verlängerung der Berufsfähigkeit, die Verringerung der Zahl der notwendigen Arztbesuche und des Pflegebedarfs sowie insgesamt eine Verbesserung der Chancen zur Teilhabe am Leben in Gemeinschaft und Gesellschaft. Eine in diesem Sinne allumfassende Untersuchung ist mangels der Kenntnis aller Zusammenhänge nicht möglich. Stattdessen können für ausgewählte Reha-Maßnahmen einzelne volkswirtschaftliche Aspekte betrachtet und auf der Grundlage von volkswirtschaftlichen Modellen verschiedene Szenarien durchgespielt werden.

1. Einleitung

Verschiedene Berechnungen weisen darauf hin, dass sich die medizinische Rehabilitation für die gesamte Volkswirtschaft lohnt. Aus Sicht der Rentenversicherung können mit Hilfe der Rehabilitation Frühverrentungen vermieden und Beitragszahlungen von Versicherten erhalten werden. Aus Sicht der Krankenversicherung werden direkte Krankheitskosten (z.B. Krankenhausaufenthalte bzw. erneute Aufnahmen im Sinne eines „Drehtüreffektes) und vor allem indirekte Krankheitskosten (z.B. Arbeitsunfähigkeitszeiten) reduziert. Aus Sicht der Pflegeversicherung können Pflegebedarf und damit Pflegekosten vermieden bzw. gemindert werden. Aus Sicht der Arbeitgeber schließlich verbleiben Arbeitskräfte länger im Berufsleben.

Unter diesen Gesichtspunkten fördert die medizinische Rehabilitation nicht nur die Teilhabe von chronisch kranken Menschen an Arbeit und Gesellschaft, sondern es handelt sich bei ihr – ähnlich wie bei der Bildung – um eine Investition in Humankapital, das in Deutschland immer wichtiger wird, um die sozialen Sicherungssysteme und die Infrastruktur finanzierbar zu halten.

1. Einleitung

Als Teil des Gesundheitswesens übernimmt die medizinische Rehabilitation die Aufgabe, drohenden Behinderungen vorzubeugen sowie die Teilhabe von chronisch kranken Menschen am Leben in der Gesellschaft und ihre Selbstbestimmung nachhaltig zu fördern. Auf diese Weise leistet sie einen Beitrag dazu, dass Arbeitnehmer länger am Arbeitsleben teilnehmen können, Frühverrentungen und Pflegebedürftigkeit vermieden und so auch Beiträge für die Sozialversicherungsträger geleistet werden. Medizinische Rehabilitation kann daher als eine Investition gesehen werden, die sich für den Einzelnen und für die Gesellschaft insgesamt lohnen kann. Es ist zu erwarten, dass die Bedeutung der medizinischen Rehabilitation spürbar zunehmen wird angesichts der großen Herausforderungen, die mit dem demografischen Wandel, der angestrebten Verlängerung der Lebensarbeitszeit, der notwendigen Ausschöpfung des Erwerbspotenzials zur Behebung des erwarteten Fachkräftemangels und den finanziellen Herausforderungen der Pflegeversicherung verbunden sind.

Gleichwohl gehört die medizinische Rehabilitation wie die Prävention nach Ansicht des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR 2001) noch zu den großen Unterversorgungsbereichen, auch wenn in den vergangenen Jahren eine Zunahme bei der Antragsentwicklung festzustellen ist. Im Hinblick auf den zu erwartenden weiter wachsenden Bedarf an medizi-

nischen Rehabilitationsleistungen liegt die Herausforderung derzeit darin, wie bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Rehabilitationsleistungen angesichts begrenzter gesellschaftlicher Ressourcen zukünftig gewährleistet werden können.

Vor diesem Hintergrund möchte das vorliegende „Faktenbuch Medizinische Rehabilitation 2011" einen Überblick über die aktuelle Datenlage zur medizinischen Rehabilitation in Deutschland und über deren Grundlagen geben. Dazu wurden Informationen über

- die Bedeutung der medizinischen Rehabilitation,
- die Wirksamkeit von Rehabilitationsleistungen sowie
- die volkswirtschaftlichen Aspekte der medizinischen Rehabilitation

gesammelt und interpretiert. Eigene Analysen wurden nicht angestrebt, bei entsprechend guter Datenlage jedoch vereinzelt durchgeführt. An entsprechender Stelle wird darauf hingewiesen, wie die aktuelle Datenlage künftig noch verbessert werden kann.

2. Grundlagen der Rehabilitation

2.1 Definition und Ziele der Rehabilitation

Im Mittelpunkt dieser Studie steht die medizinische Rehabilitation, die die Aufgabe hat, den Folgen von Krankheit in der Form von Fähigkeitsstörungen und sozialen Beeinträchtigungen (Behinderung, Erwerbsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit) vorzubeugen, sie zu beseitigen oder zu bessern oder deren wesentliche Verschlechterung abzuwenden. Die Rehabilitation verfolgt dabei einen ganzheitlichen Ansatz und orientiert sich am individuellen Bedarf. Die wichtigsten Indikationsbereiche sind die Kardiologie, Neurologie, Orthopädie, Onkologie, Psychiatrie/Psychosomatik, Geriatrie und die Abhängigkeitserkrankungen. Die Rehabilitation kann dabei auf verschiedene Art und Weise erfolgen: stationär, ambulant und mobil.

Bei der Rehabilitation geht es um Maßnahmen, die behinderte, chronisch kranke oder von Behinderung bedrohte Menschen in die Lage versetzen, umfassend und gleichberechtigt am Leben in der Gesellschaft teilzuhaben (Borges, Zimolong 2009) bzw. ihnen helfen, den dauerhaften Eintritt einer Behinderung oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder mit den Folgen ihrer Erkrankung besser zurecht zu kommen (GVG 2010). Leitende Prinzipien der Rehabilitation sind

2. Grundlagen der Rehabilitation

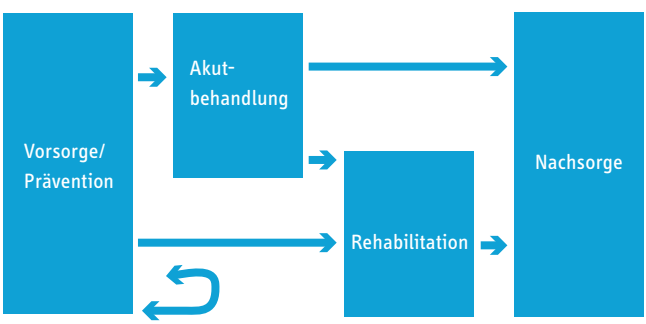
Kasten 1
Definition der Behinderung

Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist (§ 2 Abs. 1 SGB IX).

Unter chronischen Krankheiten werden Krankheiten verstanden, die entweder das Ergebnis eines länger andauernden Prozesses degenerativer Veränderung somatischer oder psychischer Zustände sind oder die dauernde somatische oder psychische Schäden oder Behinderung zur Folge haben (Waltz 1981). Heilt eine Krankheit nicht aus oder kann die Krankheitsursache nicht beseitigt werden, kommt es zur Chronifizierung.

- die Überwindung der Folgen von Krankheit und/oder Behinderung,
- die Verhinderung des vorzeitigen Ausscheidens aus dem Erwerbsleben („Reha vor Rente"),
- die Verhinderung des vorzeitigen Eintretens von Pflegebedürftigkeit („Reha vor Pflege") und
- die Vermeidung oder Minderung des vorzeitigen Bezuges von laufenden Sozialleistungen.

Schaubild 1
Die Rehabilitation als Teil der medizinischen Versorgungskette



Quelle: Eigene Darstellung.

Tabelle 1

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 26 SGB IX

- Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe, soweit deren Leistungen unter ärztlicher Aufsicht oder auf ärztliche Anordnung ausgeführt werden, einschließlich der Anleitung, eigene Heilungskräfte zu entwickeln
- Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder
- Arznei und Verbandmittel
- Heilmittel einschließlich physikalischer, Sprach und Beschäftigungstherapie
- Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung
- Hilfsmittel
- Belastungserprobung und Arbeitstherapie
- Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung
- Aktivierung von Selbsthilfepotentialen
- mit Zustimmung der Leistungsberechtigten Information und Beratung von Partnern und Angehörigen sowie von Vorgesetzten und Kollegen
- Vermittlung von Kontakten zu örtlicher Selbsthilfe und Beratungsmöglichkeiten
- Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz, u. a. durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen
- Training lebenspraktischer Fähigkeiten
- Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme von Leistungen der med. Rehabilitation

Quelle: SGB IX (9).

Die Rehabilitation ist Teil der medizinischen Versorgungskette, die von der Prävention und Vorsorge über die Akutbehandlung und die Rehabilitation bis hin zur Nachsorge reicht, die idealerweise selbst Teil der Rehabilitation ist (Schaubild 1). Die Rehabilitation verfolgt dabei einen ganzheitlichen Ansatz (Abschnitt 2.2).

Es werden drei Hauptformen der Rehabilitation unterschieden: (i) die medizinische Rehabilitation, (ii) die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) und (iii) die soziale Rehabilitation. Fokus dieser Studie ist die medizinische Rehabilitation. Sie zielt auf die Erhaltung, Besserung oder Wiederherstellung der Gesundheit und – besonders im Bereich der Rentenversicherung – der Erwerbsfähigkeit mit medizinischen, psychologischen und pädagogischen Mitteln. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfassen unter anderem ärztliche, zahnärztliche und andere heilberufliche sowie psychologische Therapien, Arznei- und Ver-

bandsmittel, Heil- und Hilfsmittel, Belastungserprobung und Arbeitstherapie sowie die Früherkennung und Frühförderung behinderter oder von Behinderung bedrohter Kinder (§ 26 Absätze 2 und 3 SGB IX; Tabelle 1).

Ein wichtiger Bereich der medizinischen Rehabilitation ist – neben den allgemeinen Heilverfahren – die sogenannte Anschlussrehabilitation (AHB/AR), früher als Anschlussheilbehandlung bezeichnet. Mit dem Begriff Anschlussrehabilitation wird ein besonderes Verfahren der Renten- und Krankenversicherung zur Einleitung und Durchführung von ambulanten und/oder stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt gekennzeichnet. Für ausgewählte Indikationen, bei denen die nahtlose, zügige Versorgung aus medizinischer Sicht besonders dringlich erscheint, wird mit diesem Verfahren der organisatorische Rahmen dafür geschaffen, dass die nach Abschluss der Krankenhausbehandlung im Einzelfall erforderlichen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in unmittelbarem oder in engem zeitlichen Zusammenhang (in der Regel bis zu 14 Tagen nach Entlassung aus dem Krankenhaus) eingeleitet werden können.

Ferner existieren die so genannten Heilverfahren, die ebenfalls auf Antrag gewährt werden. Sie dienen der Behandlung von Erkrankungen und deren Folgezuständen, die die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigen können, der Beseitigung oder Besserung gesundheitlicher Schäden, die ohne Behandlung zu permanenten Erkrankungen führen können, oder der Stabilisierung bisheriger Behandlungserfolge, um bei chronischen Erkrankungen einer weiteren Verschlechterung entgegenzuwirken. Indikationen zur Verordnung einer medizinischen Rehabilitation gibt es viele. Die wichtigsten Indikationsbereiche sind die Kardiologie, Neurologie, Orthopädie, Onkologie, Psychiatrie/Psychosomatik, Geriatrie und die Abhängigkeitserkrankungen.

Die Rehabilitation kann auf verschiedene Art und Weise erfolgen: stationär, ambulant und mobil. Bei der stationären Rehabilitation ist der Patient während des gesamten Reha-Aufenthalts in der Einrichtung untergebracht. Bei der ambulanten Rehabilitation sucht der Patient eine wohnortnahe Einrichtung nur während der Therapiezeiten auf und verbringt die Abenden und Wochenenden zu Hause. Diese Form der Rehabilitation ist vor allem für solche Patienten geeignet, bei denen aus persönlichen Gründen eine auswärtige Unterbringung nicht in Frage kommt und die medizinisch ausreichend stabil sind.

Bis zur Mitte der 1990er Jahre wurden medizinische Reha-Maßnahmen in Deutschland fast ausschließlich stationär erbracht. Mit dem Inkrafttreten des SGB IX im Jahre 2001 wurde in § 19 Absatz 2 festgeschrieben, dass Leistungen unter Berücksichtigung der persönlichen Umstände auch in ambulanter bzw. ganztägig ambulanter Form erbracht werden können, soweit die Ziele im Einzelfall mit vergleichbarer Wirkung erreichbar sind. Diese Regelung normiert zwar einen gewissen Vorrang ambulanter Leistungen, der jedoch nicht derart strikt ausgeprägt ist wie im Bereich der Krankenversorgung der Grundsatz „ambulant vor stationär" (§§ 39 Abs. 1 Satz 2, 40 Absatz 1 SGB V). Durch diese gesetzliche Bestimmung wird der immer stärker werdenden Bedeutung der Flexibilisierung der medizinischen Rehabilitation Rechnung getragen. Rechtlich gesehen stehen ambulante und stationäre Rehabilitation gleichwertig nebeneinander.

Auf Patienten mit erheblichen funktionellen Beeinträchtigungen und einem komplexen Hilfebedarf ist die mobile Rehabilitation ausgerichtet. Für diesen Personenkreis greifen die etablierten Formen der ambulanten und stationären Rehabilitation oft nicht. Indem das komplexe rehabilitative Leistungsangebot in das direkte Wohnumfeld der Patienten gebracht wird, soll die medizinische Rehabilitation lebensweltnah gestaltet werden als eine Ergänzung bestehender Versorgungsstrukturen (Diakonie 2008). Insofern ist diese Art der Versorgung insbesondere als zusätzliche Versorgungsform für Einzelfälle im Bereich der geriatrischen Rehabilitation geeignet (Kreiß, Salzmann-Zöbeley 2003).

2.2 Konzeptionelle Grundlagen der medizinischen Rehabilitation

Die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelte ICF klassifiziert die Funktionsfähigkeit eines Menschen und umfasst alle Aspekte seiner funktionalen Gesundheit. Für die medizinische Rehabilitation ist sie eine wesentliche konzeptionelle Basis. ICD-10 und die ICF ergänzen einander.

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit *(International Classification of Functioning, Disability and Health,* ICF) stellt eine wesentliche konzeptionelle Basis für die medizinische Rehabilitation dar. Die ICF wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelt. Ihr Ziel besteht darin, in einheitlicher und standardisierter Form eine Sprache und einen Rahmen zur Beschreibung von Gesundheits- und mit Gesundheit zusammenhängenden

Tabelle 2
Merkmale der ICF

Konzept	Konzept der funktionalen Gesundheit (Funktionsfähigkeit)
Grundmodell	Bio-psycho-soziales Modell der Komponenten von Gesundheit
Orientierung	Ressourcen- und defizitorientiert: Es werden Bereiche klassifiziert, in denen Behinderungen auftreten können. Es können unmittelbar positive und negative Bilder der Funktionsfähigkeit erstellt werden.
Behinderung	Formaler Oberbegriff zu Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit unter expliziter Bezugnahme auf Kontextfaktoren
Grundlegende Aspekte	Körperfunktionen und -strukturen, Störungsbegriff: Schädigung (Funktionsstörung, Strukturschaden) Aktivitäten, Störungsbegriff: Beeinträchtigung der Aktivität Partizipation [Teilhabe], Störungsbegriff: Beeinträchtigung der Partizipation [Teilhabe]
Soziale Beeinträchtigung	Partizipation [Teilhabe] und deren Beeinträchtigung definiert als Wechselwirkung zwischen dem gesundheitlichen Problem (ICD) einer Person und ihren Umweltfaktoren
Umweltfaktoren	Umweltfaktoren sind integraler Bestandteil des Konzept und werden klassifiziert
Personenbezogene Faktoren	Explizit Erwähnung, aber keine Klassifizierung

Quelle: WHO (2005).

Zuständen zur Verfügung zu stellen. Sie definiert Komponenten von Gesundheit und mit Gesundheit zusammenhängende Komponenten von Wohlbefinden (wie Erziehung/Bildung und Arbeit).[1]

Während Funktionsfähigkeit und Behinderung, verbunden mit einem Gesundheitsproblem, in der ICF klassifiziert sind, klassifiziert die WHO Gesundheitsprobleme (Krankheiten, Gesundheitsstörungen, Verletzungen usw.) hauptsächlich in der ICD-10[2], die eine „Diagnose" von Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder anderen Gesundheitszuständen zur Verfügung stellt. Deshalb ergänzen die ICD-10 und die ICF einander. Anwender sollten bei Bedarf beide Klassifikationen gemeinsam verwenden.

1 *Der Abschnitt basiert auf der offiziellen deutschsprachigen Version der ICF (WHO 2005) und dem Praxisleitfaden der BAR (2008).*

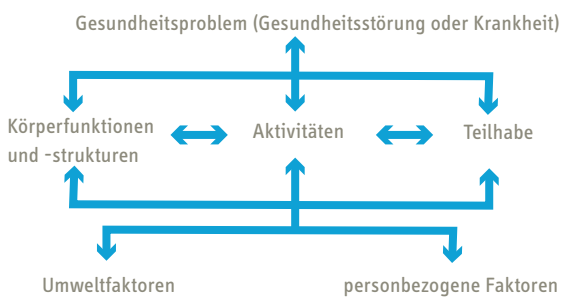
2 *Kurzbezeichnung für die Internationale Klassifikation der Krankheiten, 10. Revision.*

Die ICF ist die Nachfolgerin der „International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH)“ von 1980. Sie wurde nach einem mehrjährigen Entwicklungsprozess von der 54. Vollversammlung der WHO im Mai 2001 verabschiedet. Die ICF passt die Vorgängerklassifikation der Lebenswirklichkeit Betroffener besser an. Insbesondere wird von der ICF der gesamte Lebenshintergrund der Betroffenen berücksichtigt (Tabelle 2). In Deutschland wurden mit dem Neunten Buch des Sozialgesetzbuches (SGB IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – wesentliche Aspekte der ICF unter Berücksichtigung der historisch gewachsenen und anerkannten Besonderheiten aufgenommen.

Der für die ICF zentrale Begriff der Funktionsfähigkeit eines Menschen umfasst alle Aspekte der funktionalen Gesundheit. Eine Person gilt als funktional gesund, wenn vor dem Hintergrund ihrer Kontextfaktoren (Schaubild 2)

1. ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) und Körperstrukturen denen eines gesunden Menschen entsprechen (Konzepte der Körperfunktionen und -strukturen),
2. sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (ICD) erwartet wird (Konzept der Aktivitäten),
3. sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitsbedingte Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Partizipation [Teilhabe] an Lebensbereichen).

Schaubild 2
Gesundheitsproblem in der Sprache der ICF



Quelle: BAR (2008).

2. Grundlagen der Rehabilitation

Der Behinderungsbegriff der ICF ist der Oberbegriff zu jedweder Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit eines Menschen. Die entscheidende konzeptionelle Errungenschaft der ICF ist die Verankerung der Erkenntnis, dass für eine erfolgreiche Behandlung der Patienten in allen Gliedern der medizinischen Versorgungskette, aber insbesondere in der Rehabilitation, der gesamte Lebenshintergrund der Betroffenen berücksichtigt werden soll und muss.

Seit dem 26. März 2009 ist auch die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen von 2006 und ihr Fakultativprotokoll für Deutschland verbindlich, das 50. Vertragspartei der Konvention geworden ist[3]. Sie stellt insofern einen Meilenstein in der Behindertenpolitik dar, als sie den Menschenrechtsansatz einführt und das Recht auf Selbstbestimmung, Partizipation und umfassenden Diskriminierungsschutz für Menschen mit Behinderungen formuliert sowie eine barrierefreie und inklusive Gesellschaft fordert. Entsprechendes gilt auch für chronisch kranke Menschen, deren Teilhabemöglichkeiten eingeschränkt sind.

2.3 Historischer Abriss der Rehabilitation

Der Begriff „Rehabilitation" wird im sozialpolitischen Kontext seit dem 19. Jahrhundert verwendet. Um die Wende zum zwanzigsten Jahrhundert wurde die Verbindung zur Medizin, insbesondere zur Orthopädie hergestellt. Nach dem zweiten Weltkrieg stand neben der Versorgung der „Kriegsbeschädigten" die Bekämpfung der Lungentuberkulose im Vordergrund. Im Bundessozialhilfegesetz (BSHG) von 1961 wurde als Eingliederungsziel für behinderte Menschen erstmals die „Teilnahme am Leben der Gemeinschaft" (§ 39 Abs. 3 BSHG) formuliert. Die wichtigsten gesetzlichen Grundlagen der Rehabilitation sind heute in den einzelnen Sozialgesetzbüchern enthalten. Kernstück ist das im Jahre 2001 in Kraft getretene Sozialgesetzbuch (SGB) IX.

Die Rehabilitation, wie sie sich heute darstellt und speziell im SGB IX kodifiziert und staatlich garantiert ist, erweist sich als das Ergebnis eines langwierigen Ausgleichs zwischen wechselnden gesellschaftlichen Vorstellungen und den Interessen der Betroffenen (Blumenthal und Jochheim 2009)[4]. Der Begriff „Rehabilitation" wird im sozialpolitischen Kontext seit dem 19. Jahrhundert verwendet. Insbesondere nach dem ersten Weltkrieg wurde Rehabilitation im Sinne der beruflichen Wiedereingliederung von Soldaten (später auch von Zivilisten) ins Erwerbsleben

3 *Bundesgesetzblatt Jahrgang 2008 Teil II Nr. 35, ausgegeben zu Bonn am 31. Dezember 2008.*

4 *Der folgende kurze historische Abriss der Rehabilitation basiert im Wesentlichen auf dieser Quelle.*

gebraucht. Bereits sehr früh betrachtete man folglich Rehabilitation ganzheitlich und fasste darunter sowohl die medizinische Wiederherstellung als auch die gesellschaftliche Eingliederung.

Die Praxis der Rehabilitation hatte Ende des 18. Jahrhunderts mit der Förderung Taubstummer und Blinder begonnen und insbesondere in Frankreich und Deutschland zur Errichtung erster Schulen zur Kommunikationsschulung, Schulbildung und berufspraktischer Anleitung geführt. Um die Wende zum zwanzigsten Jahrhundert wurde die Verbindung zur Medizin, insbesondere zur Orthopädie hergestellt. Pionierarbeit leistete hierbei der Berliner Orthopäde Konrad Biesalski. Als Schularzt hatte Biesalski die sozialen Probleme der Körperbehinderten, welche keine orthopädische Behandlung bekamen und deshalb in ihrem „Krüppeltum" verblieben, beobachtet. Er dagegen sah die „Krüppel", die bis dahin lediglich als Hilflose, Gebrechliche und „Sieche" Objekt der kirchlichen Armenfürsorge waren, als „Kranke", die eine angemessene orthopädische Behandlung durch einen Arzt benötigten, um ihre Hilfsbedürftigkeit überwinden zu können. Seine Rehabilitationsanstrengungen verstand Biesalski bereits damals als ganzheitliche. Berühmt und bis auf den heutigen Tag zitiert ist folgender von ihm formulierter Leitspruch: „Nicht ein einzelner Fuß soll behandelt werden, sondern ein ganzer Mensch!"[5] Biesalski war auch Mitinitiator der 1909 gegründeten „Deutschen Vereinigung für Krüppelfürsorge", aus der die „Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e.V." (DVfR) hervorgegangen ist (Hendrich 2009).

Nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges wurden in Westdeutschland die Konzepte und Strukturen der Weimarer Republik wieder aufgenommen, wobei die konfessionellen Fürsorgeorganisationen in eine führende Position hineinwuchsen[6]. Sie reaktivierten 1947 die „Deutsche Vereinigung für Krüppelfürsorge". Neben der Versorgung der „Kriegsbeschädigten" stand die Bekämpfung der in der Nachkriegszeit wieder aufkommenden Lungentuberkulose im Vordergrund der Arbeit. Mitte der fünfziger Jahre begann in Westdeutschland ein Umdenken, das schließlich zu einer umfassenden Sozialreform führte und für die Rehabilitation einen Umbruch bedeutete. Im Bundessozialhilfegesetz (BSHG) von 1961 wurde als Eingliederungsziel für behinderte Menschen erstmals die „Teilnahme am Leben der Gemeinschaft" (§ 39 Abs. 3 BSHG) formuliert. Dieses Ziel wurde seither bis zum heutigen SGB IX in dieser Form festgehalten. Das BSHG von 1961 sichert zusammen mit der dazu gehörenden Eingliederungsverordnung behinderten Menschen nachrangig, aber „final" die gesamte Bandbreite der Rehabilitationsmöglichkei-

5 Zitiert nach Strobl (2006)..

6 Die folgende Darstellung basiert im Wesentlichen auf Blumenthal und Jochheim (2009).

ten zu. Das gilt sowohl für medizinische als auch für schulische, heilpädagogische und berufliche Maßnahmen. Ab 1969 wurde diese Rechtsgrundlage auf seelisch wesentlich behinderte Menschen ausgeweitet.

Einen weiteren Fortschritt erlebte die Rehabilitation seit der Umsetzung des 1970 vorgestellten „Aktionsprogramms der Bundesregierung zur Förderung der Rehabilitation der Behinderten". In der Folgezeit wurden Einrichtungen für alle Felder der Rehabilitation entweder ausgebaut oder neu gegründet. Ein Meilenstein war dabei das Gesetz über die Angleichung der Leistungen der Rehabilitation (Reha-AngleichungsG) von 1974, das die medizinische Komponente in den gesetzlichen Grundlagen der Rehabilitation stärker verankerte. Seit den achtziger Jahren wird der Ausbau der Hilfen für behinderte Menschen immer wieder durch finanzielle Schwierigkeiten und damit einhergehende Kostendämpfungsanstrengungen erschwert. In den neunziger Jahren musste zudem in den Neuen Bundesländern das bundesdeutsche Rechts- und Rehabilitationssystem eingeführt werden. Das Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz führte 1997 zu einem spürbaren Rückgang der Reha-Leistungen.

2.4 Institutionelle Grundlagen

2.4.1 Rehabilitationsträger

In Deutschland sind verschiedene Sozialleistungsträger für die medizinische Rehabilitation zuständig. Durch eine Rehabilitationsmaßnahme der DRV sollen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit des Versicherten erhalten und auf diese Weise mögliche Rentenzahlungen vermieden oder zumindest aufgeschoben werden. Rehabilitationsmaßnahmen aus Sicht der GKV sollen Selbständigkeit und Lebensqualität erhalten, Pflegebedürftigkeit abwenden oder zumindest hinausschieben. Weitere Träger der medizinischen Rehabilitation sind die Gesetzliche Unfallversicherung, die Versorgungsverwaltung, die Träger der öffentlichen Jugendhilfe und Sozialhilfeträger. Die aktuelle Ausgestaltung des Versicherungssystems enthält jedoch kaum Anreize zur Nutzung der bestehenden präventiven und rehabilitativen Möglichkeiten zur Vermeidung bzw. Verzögerung von Pflegebedürftigkeit.

In Deutschland sind verschiedene Sozialleistungsträger für die Rehabilitation zuständig (Tabelle 3). Gemeinsam ist ihnen die im SGB IX festgelegte Zielsetzung, umfassend die Teilhabe der betroffenen Menschen am Leben in der Gesellschaft zu fördern. Die Leistungsträger unterscheiden sich auf dieser Grundlage aber in ihrem gesetzlich vorgegebenen Rehabilitationsziel und den Leistungsvoraussetzungen. Nach dem Prinzip der Risikozuordnung hat der Gesetzgeber die Aufgabe

Tabelle 3
Rehabilitationsträger und Art der Rehabilitation

Träger	Medizinisch	Beruflich/ LTA*	Sozial
Gesetzliche Krankenversicherung	X		
Deutsche Rentenversicherung	X	X	
Agentur für Arbeit		X	
Gesetzliche Unfallversicherung	X	X	X
Wenn keiner der oben genannten Träger zuständig ist:			
Versorgungsverwaltung	X	X	X
Träger der öff. Jugendhilfe (örtliche und überörtliche Jugendämter)	X	X	X
Sozialhilfeträger	X	X	X

*Quelle: eigene Darstellung – *Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.*

der medizinischen Rehabilitation demjenigen Sozialleistungsträger zugeordnet, der das finanzielle Risiko ihres Scheiterns trägt. Es gelten dabei die Prinzipien: „Reha vor Rente“ und „Reha vor Pflege“. Die medizinische Rehabilitation dieser Leistungsträger verfolgt unterschiedliche Zielsetzungen (Reha-Ziele). Durch eine Rehabilitationsmaßnahme der Gesetzlichen Rentenversicherung sollen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit des Versicherten erhalten und auf diese Weise mögliche Rentenzahlungen vermieden oder zumindest aufgeschoben werden. Rehabilitationsmaßnahmen aus Sicht der GKV sollen Selbständigkeit im Sinne von Teilhabe und Lebensqualität erhalten, Pflegebedürftigkeit abwenden oder zumindest hinausschieben. Aufgabe der Gesetzlichen Unfallversicherung ist es, nach dem Eintritt von Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit der Versicherten mit allen geeigneten Mitteln wiederherzustellen.

Deutschland kennt eine Vielzahl von Rehabilitationsträgern. Tabelle 3 verdeutlicht das komplexe und gegliederte Rehabilitations- und Sozialleistungssystem, wie es vor allem durch parallele Aufgabenzuweisungen an mehrere Rehabilitationsbereiche zustande kommt. Einige Träger sind nur für einen Bereich der Rehabilitation und Teilhabe zuständig, z.B. die Krankenkassen nur für die medizinische, die Bundesagentur für Arbeit nur für die berufliche Rehabilitation. Andere – wie etwa die Renten- und Unfallversicherungsträger – erbringen sowohl medizinische als auch berufsfördernde Rehabilitationsleistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Bestimmte Rehabilitationsträger erbringen neben medizinischen und beruflichen

Rehabilitationsleistungen auch Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (soziale Rehabilitation). Es sind dies die Unfallversicherung, die Träger der Kriegsopferfürsorge, die Träger der öffentlichen Jugendhilfe und der Sozialhilfe (Eingliederungshilfe).

Eine besondere Stellung nehmen dabei die Träger der sozialen Pflegeversicherung ein. Sie sind selbst keine Rehabilitationsträger. Gemäß § 5 Absatz 1 SGB XI ist es jedoch ihre Aufgabe, bei den zuständigen Leistungsträgern darauf hinzuwirken, dass alles unternommen wird, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Die Pflegekassen müssen aber nach §§ 31, 32 SGB XI zumindest vorläufig Leistungen der medizinischen Rehabilitation erbringen, wenn sie aufgrund einer Einzelfallprüfung zumutbar und geeignet sind, die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten. Dies gilt, wenn die sofortige Leistungserbringung erforderlich ist und der zuständige Rehabilitationsträger nicht spätestens vier Wochen nach Antragstellung tätig wird. Die Pflegeversicherung hat folglich im Regelfall keine Entscheidungsgewalt, ob und gegebenenfalls welche Maßnahmen durchzuführen sind, sondern lediglich Mitwirkungs- und Mitteilungspflichten gegenüber den Rehabilitationsträgern. Den Versicherten gegenüber tritt sie nur als beratende Instanz auf (Plute 2002).

Der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit 2003, 2005) kritisiert diese Art der rechtlichen und institutionellen Gestaltung, er kennzeichnet sie als eine fehlende Verknüpfung von Rehabilitation und Pflege, die zu Versorgungsmängeln führt. Es fehle der Pflegeversicherung die „Rehabilitation in der Pflege“, obwohl deren Leistungen absehbar immer wichtiger würden. So gehe bereits der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ von der Annahme aus, dass auch hochbetagte Menschen Rehabilitationspotenzial besitzen. Pflegebedürftigkeit werde demnach als eine Situation verstanden, deren Eintrittswahrscheinlichkeit und -zeitpunkt beeinflusst werden kann. Der Vorrang rehabilitativer vor pflegerischen Maßnahmen gelte als zentraler Eckpunkt der Pflegeversicherung und als Ziel der Gesundheits- und Sozialpolitik (Plute 2002, 2004). Pflegebedürftigkeit könne durch präventive und rehabilitative Maßnahmen erfolgreich und dauerhaft verhindert, verzögert oder beschränkt werden.

Demgegenüber habe der Gesetzgeber weder im seit 1995 geltenden Pflegeversicherungsgesetz noch in der Neu-Kodifizierung des Rehabilitationsrechts durch das SGB IX die Träger der Pflegeversicherung zu Trägern der Rehabilitation gemacht. Da aber Leistungen zur Rehabilitation nur ein „Rehabilitationsträger“ erbringen darf, sei damit der Weg zu einer „Rehabilitation in der Pflege“ als Leistung der Pflegeversicherung versperrt. Demgegenüber sei es sinnvoll, auch

der Pflegeversicherung diese Leistungsaufgabe zuzuweisen, weil Rehabilitation kraft Gesetzes nicht nur Pflegebedürftigkeit (vgl. § 4 SGB IX) „vermeiden", sondern sie auch „überwinden, mindern" oder ihre „Verschlimmerung verhüten" soll (§ 4 Abs. 1 Ziffer 2 SGB IX). Die Krankenkassen hätten kein Interesse daran, den Versicherten Rehabilitationsmaßnahmen zukommen zu lassen, weil sie aus ihrem Budget bezahlt werden müssten und letztendlich die Pflegeversicherung davon profitiere. Arbeite eine Krankenkasse ein gutes Präventions- und Rehabilitationsangebot aus, könne dies eher die schlechten Risiken anziehen und damit die Wettbewerbsposition insgesamt schwächen. Um diese Situation zu verbessern, sollte nach Ansicht des Rates die Rehabilitation von dem Träger finanziert werden, der den Nutzen aus dem Erfolg der Maßnahme zieht.

Das Pflegeweiterentwicklungsgesetz (PfWG) greift diese Problematik 2008 zwar auf. Es legt einerseits einen Belohnungsbetrag für das Pflegeheim in Höhe von 1 536 € fest, falls eine Reha-Maßnahme zu einer Herabstufung der Pflegestufe geführt haben sollte. Andererseits sieht es bei unterlassener Rehabilitation Strafzahlungen für die Krankenkassen von 3 072 € vor. Doch trotz dieses Vorstoßes scheint Rehabilitation vor Pflege noch immer keine große Rolle zu spielen (Bundesregierung 2010). Offenbar sind die durch das PfWG gesetzten Anreize zu gering.

2.4.2 Organisationen und Institutionen

Zahlreiche Organisationen und Institutionen beschäftigen sich mit Themen der Rehabilitation. Nachfolgend werden relevante Organisationen und Institutionen überblicksartig dargestellt.

WHO (World Health Organization): Die WHO ist die Koordinationsbehörde der Vereinten Nationen für das internationale öffentliche Gesundheitswesen.

Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen: Der **Behindertenbeauftragte** hat die Aufgabe, darauf hinzuwirken, dass die Verantwortung des Bundes, für gleichwertige Lebensbedingungen für Menschen mit und ohne Behinderungen zu sorgen, in allen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens erfüllt wird.

Beauftragter der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten: Aufgabe des **Patientenbeauftragten** ist es, darauf hinzuwirken, dass die Belange von Patientinnen und Patienten berücksichtigt werden, besonders hinsichtlich ihrer Rechte auf umfassende und unabhängige Beratung und objektive Information durch Leistungserbringer, Kostenträger und Behörden im Gesundheitswesen und auf die Beteiligung bei Fragen der Sicherstellung der medizi-

nischen Versorgung. Er setzt sich bei der Wahrnehmung dieser Aufgabe dafür ein, dass unterschiedliche Lebensbedingungen und Bedürfnisse von Frauen und Männern beachtet und in der medizinischen Versorgung sowie in der Forschung geschlechtsspezifische Aspekte berücksichtigt werden.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Der Sachverständigenrat wird vom Bundesministerium für Gesundheit berufen und hat die Aufgabe, Gutachten zur Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung mit ihren medizinischen und wirtschaftlichen Auswirkungen zu erstellen. Im Rahmen der Gutachten entwickelt der Sachverständigenrat unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen und vorhandener Wirtschaftlichkeitsreserven Prioritäten für den Abbau von Versorgungsdefiziten und bestehenden Überversorgungen und zeigt Möglichkeiten und Wege zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens auf.

BAR – Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation: Die BAR ist die gemeinsame Repräsentanz der Verbände der gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherung, der Deutschen Rentenversicherung Bund, des Gesamtverbandes der landwirtschaftlichen Alterskassen, der Bundesagentur für Arbeit, der Bundesländer, der Spitzenverbände der Sozialpartner, der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Förderung und Koordinierung der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Primäres Ziel der BAR ist es, darauf hinzuwirken, dass die Leistungen der Rehabilitation nach gleichen Grundsätzen zum Wohle der behinderten und chronisch kranken Menschen durchgeführt werden. Die BAR gewährleistet bei enger Kooperation und Koordination der beteiligten Leistungsträger mit einem interdisziplinären Ansatz im Zusammenspiel mit Fachdisziplinen, Berufsgruppen und Betroffenen eine lückenlose und zielgenaue Rehabilitation.

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Der G-BA ist ein Gremium der Gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen. Während der Gesetzgeber den Rahmen vorgibt, ist es die Aufgabe der Selbstverwaltung, diesen Rahmen auszufüllen und für die alltagspraktische Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben zu sorgen. Die gesetzliche Grundlage dafür findet sich in § 92 SGB V. Die vom G-BA beschlossenen Richtlinien haben den Charakter untergesetzlicher Normen, das heißt, sie gelten für die gesetzlichen Krankenkassen, deren Versicherte und die behandelnden Ärzte sowie andere Leistungserbringer und sind für diese verbindlich.

GKV-Spitzenverband: Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 217a SGB V. Als die zentrale Interessenvertretung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen gestaltet er die Rahmenbedingungen für die gesundheitliche Versorgung in Deutschland.

MDS/MDK – Medizinischer Dienst der GKV: Der MDS berät den GKV-Spitzenverband in allen medizinischen und pflegerischen Fragen, die sich aus den ihm übertragenen gesetzlichen Aufgaben ergeben. Außerdem koordiniert und fördert der MDS die Durchführung der Aufgaben und die Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) in medizinischen und organisatorischen Fragen. Der MDK berät die gesetzlichen Kassen in allgemeinen Grundsatzfragen und führt Einzelfallbegutachtungen durch. Im Einzelnen sind die Aufgaben des MDK in § 275 SGB V beschrieben.

Behinderten- und Selbsthilfeorganisationen: Den Verbänden behinderter Menschen, den Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretungen behinderter Frauen sind gesetzliche Mitwirkungs- bzw. Anhörungsrechte zugewiesen.

Deutscher Reha-Tag: Der Deutsche Reha-Tag ist ein Aktionsbündnis von mehr als 20 Organisationen und Verbänden aus allen Bereichen der Rehabilitation, das sich für den Erhalt und die bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Rehabilitation einsetzt. Die Besonderheit dieses Bündnisses liegt in der Bandbreite an Organisationen und Verbänden (Leistungsträger, Leistungserbringer, Betroffenenverbände), die beim Deutschen Reha-Tag gemeinsame Botschaften vertreten und mit einer Stimme sprechen.

Spitzenverbände der Reha-Leistungserbringer: Den für die Wahrnehmung der Interessen der Rehabilitationseinrichtungen maßgeblichen Spitzenorganisationen sind gesetzliche Mitwirkungs- bzw. Anhörungsrechte zugewiesen.

AG MedReha SGB IX: Rehabilitationsdienste und -einrichtungen mit gleicher Aufgabenstellung sollen Arbeitsgemeinschaften bilden (§ 19 Absatz 6 SGB IX). Mit diesen können die Rehabilitationsträger Rahmenverträge vereinbaren. Auf Bundesebene haben sich mehrere Spitzenverbände der medizinischen Reha-Leistungserbringer zu einer „Arbeitsgemeinschaft Medizinische Rehabilitation SGB IX“ zusammengeschlossen. Arbeitsschwerpunkte der AG MedReha SGB IX sind u.a. die Förderung der Weiterentwicklung von Qualitätsanforderungen an die Ausführung der Leistungen, das beteiligte Personal und die begleitenden Fachdienste, die Entwicklung von Grundsätzen zur Vereinbarung von Vergütungen und

von Rahmenbedingungen für die Vertragsgestaltung, die Beteiligung an der Entwicklung der gemeinsamen Empfehlung nach § 20 SGB IX sowie die Entwicklung von Vorschlägen zur Ausgestaltung der medizinischen Rehabilitation.

2.5 Gesetzliche Grundlagen

Mit dem Sozialgesetzbuch IX hat die Bundesrepublik Deutschland im Jahre 2001 ein Gesetzeswerk geschaffen, das explizit die Belange von Behinderten jeglicher Art und ihr Recht auf Teilhabe anerkennt und umfassend regelt. Wie Schaubild 3 verdeutlicht, gibt es darüber hinaus noch eine ganze Reihe weiterer gesetzlicher Bestimmungen, die für die Rehabilitation maßgebend sind.

Die für alle Rehabilitationsträger geltenden gesetzlichen Grundlagen der Rehabilitation finden sich im Ersten Teil des Neunten Buches des Sozialgesetzbuches „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX)". Es war im Jahr 2001 mit den Stimmen aller im Bundestag vertretenen Parteien verabschiedet worden und stellt als Zielsetzung der Rehabilitation die Förderung der Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe behinderter oder von Behinderung bedrohter

Schaubild 3

Wichtige gesetzliche Bestimmungen für die medizinische Rehabilitation

SGB IX: Rehabilitation und Teilhabe	SGB V: Gesetzliche Krankenversicherung	SGB VI: Gesetzliche Rentenversicherung	Weitere SGB
Seit 2001 **§21:** Verträge mit Leistungserbringern **§20:** Qualitätssicherung **§14:** Zuständigkeitsklärung **§9:** Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten	Seit 1988 **§11:** Leistungsarten **§40:** Leistungen zur med. Rehabilitation **§111:** Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Reha-Einrichtungen **§111a:** Versorgungsverträge mit Einrichtungen des Müttergen.werks oder gleichartigen Einrichtungen (seit 2002) **§135a:** Verpflichtung zur Qualitätssicherung	**§9:** Aufgabe der Leistungen zur Teilhabe **§10:** Persönliche Voraussetzungen **§11:** Versicher.rechtl. Voraussetzungen **§13:** Leistungsumfang **§15:** Leistungen zur med. Rehabilitation **§16:** Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben **§31:** Sonstige Leistungen	**SGB I §33:** Ausgestaltung von Rechten und Pflichten **SGB VII §33:** Behandlung in Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen **SGB VIII §35a ff.:** Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche **SGB XII § 14:** Vorrang von Prävention und Rehabilitation **SGB XI §§ 5, 31, 32:** Vorrang von Prävention und Rehabilitation

Quelle: SGB.

Menschen am Leben in der Gesellschaft in den Mittelpunkt seiner Regelungen (§ 1 SGB IX). Alle Rehabilitationsmaßnahmen sind deshalb „Teilhabebefähigungsmaßnahmen". Sie richten sich auf die einschränkenden Folgen eines Handicaps für die Möglichkeiten autonomer Lebensgestaltung, sie sollen dazu beitragen, diesen Einschränkungen vorzubeugen, sie zu überwinden oder in ihren Auswirkungen abzuschwächen.

Entsprechend gibt das SGB IX schon vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahmen und während ihrer Durchführung allen Rehabilitanden weitreichende Mitwirkungs- und Mitgestaltungsrechte. Zum Beispiel können sie verlangen, dass ihnen vom Rehabilitationsträger ein „Persönliches Budget" ausgezahlt wird, mit dessen Hilfe sie die für sie erforderlichen Maßnahmen finanzieren (sog. Einkaufsmodell – § 17 Absatz 2 SGB IX). Ihren berechtigten Wünschen bei der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung und bei der Durchführung der Leistungen muss entsprochen, die Maßnahmenplanung mit ihnen abgestimmt werden (sog. Wunsch- und Wahlrechte: § 9 SGB IX).

Ferner schreibt das Gesetz vor, dass die Leistungen dort zu erfolgen haben, wo sie in der am besten geeigneten Form erbracht werden können (§ 19 Absatz 4 SGB IX). Die Rehabilitationseinrichtungen sind deshalb dazu verpflichtet, auf die persönliche Lebenssituation, Alter, Geschlecht, Familie sowie religiöse oder weltanschauliche Bedürfnisse der Leistungsberechtigten Rücksicht zu nehmen; sie müssen deren Selbstbestimmung fördern und ihnen möglichst viel Raum zur eigenverantwortlichen Gestaltung ihrer Lebensumstände geben (§ 9 SGB IX). Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang der Anspruch auf eine Mutter/Kind bzw. Vater/Kind-Rehabilitation (§ 41 SGB V). Das bedeutet, dass die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche Leistungen der Rehabilitation als Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Maßnahme erbringt.

Der jeweils zuständige Rehabilitationsträger kann Leistungen zur Teilhabe alleine oder gemeinsam mit anderen Leistungsträgern, durch andere Leistungsträger oder unter Inanspruchnahme von geeigneten, insbesondere freien, gemeinnützigen oder privaten Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen durchführen (§ 17 Absatz 1 SGB IX). Nehmen Rehabilitationsträger zur Ausführung von Leistungen solche Dienste oder Einrichtungen in Anspruch, muss deren Vielfalt gewahrt und ihre Selbständigkeit, ihr Selbstverständnis und ihre Unabhängigkeit beachtet werden (§ 19 Absatz 4 SGB IX). Mit ihnen sind Verträge abzuschließen, die bestimmte Mindestanforderungen – z.B. Qualitäts- und Vergütungsgrundsätze – enthalten müssen (§§ 21 Absatz 1 SGB IX, 111 SGB V) (Kingreen 2010, Welti et al.

2007). Rahmenverträge können auch mit den Arbeitsgemeinschaften der Leistungserbringer – z.B. der „Arbeitsgemeinschaft Medizinische Rehabilitation SGB IX“ – vereinbart werden.

Damit die Rehabilitationsleistungen qualitätsgesichert sind, muss jede Einrichtung über ein internes Qualitätsmanagement verfügen (§ 20 Absatz 2 SGB IX); handelt es sich um eine stationäre Einrichtung, muss das Qualitätsmanagement nach bestimmten Vorgaben zertifiziert sein (§ 20 Absatz 2a SGB IX). Durch Maßnahmen der externen Qualitätssicherung vergleichen die Rehabilitationsträger die Qualität der Einrichtungen untereinander (§ 20 Absatz 1 SGB IX). Näheres dazu wird in Abschnitt 2.7 ausgeführt.

Für die Bearbeitung der Rehabilitationsanträge gelten enge Fristen (§ 14 SGB IX). Werden sie nicht eingehalten, können sich die Leistungsberechtigten unter bestimmten Voraussetzungen die für sie erforderlichen Rehabilitationsmaßnahmen selbst beschaffen, und der Träger muss ihnen die Aufwendungen dafür erstatten (§ 15 SGB IX). Schon deshalb sind alle Rehabilitationsträger dazu verpflichtet, eng miteinander zusammenzuarbeiten und sich untereinander abzustimmen (§§ 10 ff. SGB IX), um für den Einzelfall in möglichst kurzer Zeit die besten Lösungen zu finden.

Das betrifft vor allem das Zusammenwirken von Maßnahmen der medizinischen und der beruflichen Rehabilitation und wird dann bedeutsam, wenn für sie im jeweiligen Fall unterschiedliche Träger zuständig sind oder bei gleicher Trägerzuständigkeit verschiedene Maßnahmen ineinander greifen müssen. So sieht beispielsweise § 84 Absatz 2 SGB IX für Arbeitnehmer, die während eines Jahres eine bestimmte Zeit lang arbeitsunfähig sind, vor, dass der Arbeitgeber im Benehmen mit dem Betroffenen, dem Betriebs- oder Personalrat und anderen zuständigen Stellen für die Beantragung und Durchführung aller Rehabilitations- und sonstiger Maßnahmen sorgen muss, die dazu geeignet sind, dem Betroffenen seinen Arbeitsplatz im Betrieb zu erhalten (sog. Betriebliches Eingliederungsmanagement).

Konkretere Vorgaben für die einzelnen Rehabilitationsträger finden sich in den jeweils für sie geltenden, besonderen Sozialgesetzbüchern. Deren Rehabilitationsvorschriften verweisen sämtlich auf das SGB IX, ergänzen es jedoch oder enthalten teilweise von ihm abweichende Regelungen. Auf diese Weise besitzen grundsätzlich alle behinderten oder von Behinderung bedrohten Personen einen Rechtsanspruch auf die im Einzelfall erforderlichen Leistungen der Rehabilitation.

Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz aus dem Jahr 2007 hat ausdrücklich hervorgehoben, dass auch die Rehabilitationsleistungen der GKV Pflichtleistungen sind.

Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Maßnahmen sowie die Auswahl der Rehabilitationseinrichtung liegen, unter Berücksichtigung der Wunsch- und Wahlrechte, im Ermessen des jeweils zuständigen Trägers (vgl. z.B. § 40 Absatz 3 Satz 1 SGB V, § 13 Absatz 1 Satz 1 SGB VI). Eine Besonderheit sieht dabei das Recht der Krankenversicherung seit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz insoweit vor, als sich, wie aus der Gesetzesbegründung hervorgeht, ihre Versicherten, deren Rehabilitationsantrag bewilligt wurde, bundesweit unter allen zertifizierten Reha-Kliniken (vgl. Abschnitt 2.7) die für sie geeignetste selbst auswählen können (§ 40 Absatz 2 Satz 2 SGB V).

Eine Richtlinie des „Gemeinsamen Bundesausschusses“ über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (aktuell: Rehabilitations-Richtlinie 2009) regelt die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme der Leistungen und damit die Zugangswege zu den verschiedenen Rehabilitationsmaßnahmen der GKV. Eine weitere Besonderheit des Krankenversicherungsrechts besteht darin, dass es eine Stufenfolge von Maßnahmen vorsieht: Vorrang haben alle medizinischen Maßnahmen der ambulanten Akutversorgung. Nur wenn sie für die Behandlung im Einzelfall nicht Erfolg versprechend sind, kommen zunächst ambulante, dann stationäre Maßnahmen der Rehabilitation in Betracht (§ 40 Absatz 1 SGB V). Für Mutter-Vater/Kind-Maßnahmen gilt der Grundsatz ambulant vor stationär nicht.

Diese Stufenfolge birgt, insbesondere bei multimorbiden älteren Personen, die Gefahr von nicht sachgerechten Verweisungen der Versicherten auf die akutmedizinische Behandlung – ein Argument, das vor allem dem Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ widerspricht. Daran wird deutlich, dass das Rehabilitationsrecht in sich nicht widerspruchsfrei geregelt ist.

Die zum Teil noch nicht umfassende Integration des Rehabilitationsrechts in die Verwaltungspraxis zeigt sich auch daran, dass bislang keine Schiedsstellen für Vergütungsfragen bestehen wie in anderen Bereichen des Sozialrechts, z.B. der medizinischen Akutversorgung oder der Pflegeversicherung. Für die Leistungserbringung in der GKV ist die Einrichtung solcher Schiedsstellen angedacht. Mitwirkungs- und Mitbestimmungsrechte der Verbände der Betroffenen und der Leistungserbringer könnten dies unterstützen. Weil kein Gemeinsamer Bun-

desausschuss für die Rehabilitation existiert, brauchen derzeit die Reha-Träger die Reha-Leistungserbringer in allen grundlegenden Fragen lediglich anzuhören (§ 13 Absatz 6 SGB IX).

Infolge der demografischen Entwicklung erlangt zukünftig die enge Verzahnung zwischen medizinischer Rehabilitation und gesetzlicher Pflegeversicherung eine immer stärkere Bedeutung (vgl. Abschnitt 2.4.1). Die Gesundheitsreform 2007 hat mit ihrer Verdeutlichung, dass auch die Rehabilitationsleistungen der GKV Pflichtleistungen sind, klargestellt, welch hohen Stellenwert der Gesetzgeber dem Grundsatz „Reha vor Pflege“ beimisst. Das Pflegeweiterentwicklungsgesetz von 2008 hat durch eine Reihe von Regelungen Sorge getragen, dass der Medizinische Dienst der Krankenkassen bei der Prüfung der Pflegebedürftigkeit auch den individuellen Rehabilitationsbedarf erfassen und ihn der Pflegekasse, diese unverzüglich dem Versicherten sowie, mit dessen Einwilligung, seinem Arzt und dem zuständigen Rehabilitationsträger mitteilen muss (§§ 18 Absatz 6, § 31 Absatz 3 SGB XI).

Vor diesem Hintergrund muss generell die Reha-Leistungserbringung der einzelnen sozialen Sicherungssysteme besser aufeinander abgestimmt werden, wofür die im SGB IX bereits enthaltenen Koordinations-, Kooperations- und Abstimmungspflichten in den anderen Sozialgesetzbüchern besser zu verankern sind. Die Einrichtung von Pflegestützpunkten (§ 92c SGB XI) zur umfassenden wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung der Versicherten durch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz von 2008 war hierzu ein erster Schritt.

2.6 Finanzierungsgrundlagen

Die Finanzierung der Reha-Einrichtungen erfolgt „monistisch“, d.h. Betriebs- und Investitionskosten werden nicht aus separaten Quellen aufgebracht, sondern ausschließlich über die Vergütung der Reha-Maßnahmen. Sie geschieht in der Regel über indikationsspezifische Tages- oder Fallpauschalen, gelegentlich über Komplexpauschalen im Rahmen Reha-übergreifender Angebote. Die Anpassung der Vergütung für Reha-Leistungen der GKV orientiert sich derzeit an der sogenannten Grundlohnrate, die Vergütungsanpassung anderer Reha-Träger an trägerspezifischen Vorgaben. Die Ausgaben der DRV sind mit der Einführung des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes (1996) im Rahmen festgelegter Budgets gedeckelt worden. In den vergangenen Jahren stiegen die Kosten der Reha-Einrichtungen stärker als die Vergütung je Tag bzw. je Fall. Ferner ist eine deutliche Zunahme der Anträge im Bereich der DRV zu verzeichnen.

Im Unterschied zur so genannten dualistischen Finanzierung von Akutkliniken erfolgt die Finanzierung der Reha-Einrichtungen ausschließlich „monistisch". Das bedeutet, dass sowohl die Betriebs- wie die Investitionskosten aus der Vergütung der Reha-Maßnahmen zu decken sind. Bei Akutkliniken dagegen werden die Betriebskosten von den Patienten bzw. deren Krankenversicherungen getragen, während für Investitionen die Bundesländer über Steuermittel aufzukommen haben. Die Vergütung einer Reha-Maßnahme ergibt sich aus Verhandlungen zwischen Leistungsträgern und Einrichtungen und erfolgt weitgehend über indikationsspezifische Tages- sowie Fallpauschalen, zum Teil auch über differenziertere Modelle. Über die genaue Höhe der Vergütung einzelner Reha-Maßnahmen liegen kaum repräsentative Informationen vor. Derzeit wird kontrovers darüber diskutiert, ob eine Umstellung des Vergütungssystems auf Fallpauschalen in Anlehnung an das DRG-System des Krankenhausbereiches sinnvoll ist.[7]

Die Anpassung der Vergütung für Reha-Leistungen der GKV orientiert sich am Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71 SGB V) und damit im Prinzip an der so genannten Grundlohnrate. Unter der Grundlohnrate versteht man die auf der Grundlage der monatlichen Erhebungen der Krankenkassen und der vierteljährlichen Rechnungsergebnisse des Gesundheitsfonds berechneten, durchschnittlichen Veränderungsraten der beitragspflichtigen Einnahmen aller Krankenkassen je Mitglied. So wird die Änderungsrate der Vergütungen an die Entwicklung der Einnahmen der Krankenkassen geknüpft. Dieser Anpassungsmechanismus galt für Krankenhäuser bis zur Einführung des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG). Das KHRG regelte 2009, dass sich die Krankenhausvergütung ab 2011 nach einem so genannten Orientierungswert richten solle, der einmal jährlich vom Statistischen Bundesamt auf Basis der Kostenentwicklung der Krankenhäuser ermittelt werden sollte. Diese Neuregelung wurde jedoch durch das GKV-Finanzierungsgesetz vorübergehend ausgesetzt.

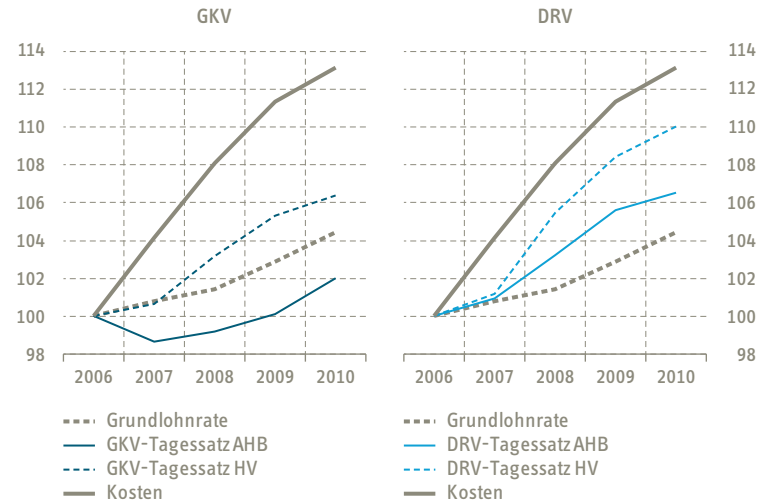
Für Reha-Einrichtungen indessen existiert kein automatischer Anpassungsmechanismus. Häufig bleiben die Vergütungsanpassungen der GKVen sogar unterhalb der Grundlohnrate. Die Vergütungsanpassung der anderen Reha-Träger orientiert sich an trägerspezifischen Vorgaben. Im Bereich der DRV wurde mit der Einführung des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes (1996) eine Deckelung der Reha-Ausgaben für das Jahr 1997 vorgeschrieben, und zwar in Höhe der um 600 Mill. DM verringerten Ausgaben für 1993 (vgl. § 287b Abs. 2 SGB VI).

7 Beispielhaft seien hier die unterschiedlichen Modelle der sogenannten Rehabilitationsbehandlungsgruppen – RBG (Neubauer und Pfister 2008) und Rehabilitationsmanagementkategorien - RMK (Spyra et al. 2008) erwähnt.

Schaubild 4

Kosten und Vergütung (Tagessätze)

2006 bis 2010; 2006 = 100

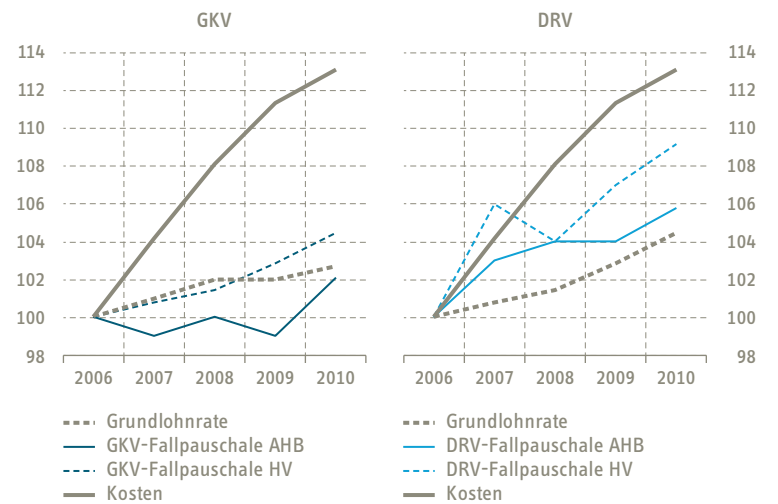


Quelle: Borges, Zimolong (2010).

Schaubild 5

Kosten und Vergütung (Fallpauschalen)

2006 bis 2010; 2006 = 100



Quelle: Borges, Zimolong (2010).

Während das Wachstum der Preise für Reha-Leistungen demnach eingeschränkt ist, steigen die Inputpreise der Reha-Einrichtungen. Nach Berechnungen der GEBERA Unternehmensberatung (Borges, Zimolong 2010) stiegen die Inputpreise der Reha-Einrichtungen zwischen 2006 und 2010 tatsächlich deutlich stärker als die Grundlohnrate. Darüber hinaus ergab eine Befragung von 187 Reha-Einrichtungen im Jahr 2010 Vergütungssteigerungen, die deutlich unter der Zunahme der Inputpreise lagen (Schaubild 4 und 5). Die Auslastung von Reha-Einrichtungen stieg zwischen 2006 und 2009, womit Fixkosten besser aufgefangen werden konnten (Abschnitt 3.2). 2006 betrug die Auslastung von Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen im Durchschnitt 75%, 2009 82% (Statistisches Bundesamt 2011b). Die Auslastung dürfte sich jedoch kaum dauerhaft weiter anheben lassen, sodass ohne entsprechende Vergütungsanpassungen die wachsenden Kosten die Reha-Einrichtungen zukünftig weiter unter Kostendruck setzen werden – mit möglichen negativen Folgen für die Versorgungsqualität.

2.7 Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement

In der medizinischen Rehabilitation hat sich in den vergangenen Jahren ein duales System von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement entwickelt. Die einrichtungsübergreifende, externe Qualitätssicherung ist Aufgabe der Rehabilitationsträger, das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement liegt in der Verantwortung der Rehabilitationseinrichtungen. Für die Durchführung der externen Qualitätssicherung der DRV und der GKV haben die Rehabilitationsträger Qualitätssicherungsprogramme entwickelt. § 20 SGB IX verpflichtet die Leistungserbringer zur Einführung eines einrichtungsbezogenen Qualitätsmanagements. Seit 2009 ist darüber hinaus eine Zertifizierung für stationäre medizinische Rehabilitationseinrichtungen verpflichtend.

In der medizinischen Rehabilitation hat sich in den vergangenen Jahren ein duales System von Qualitätssicherung (QS) und Qualitätsmanagement (QM) entwickelt. Die einrichtungsübergreifende, externe Qualitätssicherung ist Aufgabe der Rehabilitationsträger und das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement liegt in der Verantwortung der Rehabilitationseinrichtungen. Die gesetzlichen Verpflichtungen zur Qualitätssicherung und zum Qualitätsmanagement sind vor allem im SGB V (§ 135a „Verpflichtung zur Qualitätssicherung“ und § 137d „Qualitätssicherung bei der ambulanten und stationären Vorsorge oder Rehabilitation“) sowie im Sozialgesetzbuch IX (§ 20 „Qualitätssicherung“) beschrieben. Weitere Details sind in entsprechenden Vereinbarungen und Ausführungsbestimmungen der Rehabilitationsträger bzw. ihrer Spitzenverbände geregelt (Heine 2009).

2. Grundlagen der Rehabilitation

Für die Durchführung der einrichtungsübergreifenden, vergleichenden Qualitätssicherung haben die Rehabilitationsträger mit Unterstützung wissenschaftlicher Institute umfassende Qualitätssicherungsprogramme entwickelt und in die Routine umgesetzt. Dabei handelt es sich insbesondere um die externen Qualitätssicherungsprogramme der DRV und der GKV; bei der GUV sind analoge Konzepte geplant. Die Rehabilitationseinrichtungen sind verpflichtet, nur an einem dieser Qualitätssicherungsprogramme (DRV oder GKV) teilzunehmen. Im Bereich der GKV sind weitreichende Beteiligungsrechte der Spitzenverbände der Leistungserbringer im Rahmen des § 137d SGB V – im Unterschied zur Beteiligung bei den anderen Sozialversicherungsträgern – bei der Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens gesetzlich verankert.

Das QS-Programm der Rentenversicherung umfasst die Dimensionen Behandlungsqualität, Patientenorientierung, Strukturqualität und Qualitätssicherung „vor Ort". Dabei werden u.a. folgende Instrumente und Verfahren angewandt: die Rehabilitandenbefragung, Peer-Review-Verfahren zu den Reha-Entlassungsberichten, Dokumentation therapeutischer Leistungen (KTL), Reha-Therapiestandards und Visitationen. Es wird derzeit im Sinne des sogenannten BQR (Bewertung der Qualität von Reha-Einrichtungen) weiterentwickelt. Eine Bewertung der Einrichtungen nach einem Benchmark-System ist in Vorbereitung (Klosterhuis 2010). Das QS-Reha®-Verfahren der GKV (www.qs-reha.de) umfasst ebenfalls verschiedene Instrumente zur Überprüfung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Hierzu wurde am 1. September 2009 eine neue Vereinbarung nach §137d SGB V zwischen den Reha-Trägern und den Spitzenverbänden der Leistungserbringer abgeschlossen. Es stehen derzeit umfassende Arbeiten zur Operationalisierung und Weiterentwicklung von QS-Reha an (Voß et al. 2010).

Der Begriff Qualitätsmanagement steht laut DIN EN ISO 9001:2008 für alle „aufeinander abgestimmten Tätigkeiten zum Leiten und Lenken einer Organisation bezüglich Qualität, d.h. das Festlegen der Qualitätspolitik, das Bestimmen der Qualitätsziele sowie die Planung, Lenkung, Sicherung und Verbesserung der Qualität". Das SGB IX verpflichtet in § 20 bereits seit 2001 nicht nur die Reha-Träger zu gemeinsamen Qualitätssicherungsprogrammen, sondern auch die Leistungserbringer zur Einführung eines einrichtungsbezogenen Qualitätsmanagementsystems, „das durch zielgerichtete und systematische Verfahren und Maßnahmen die Qualität der Versorgung gewährleistet und kontinuierlich verbessert". Dies stellt Rehabilitationskliniken vor die Wahl des für sie geeigneten Qualitätsmanagementsystems. Zur Auswahl stehen verschiedene Reha-spezifische QM-Systeme, die im Wesentlichen auf zwei unterschiedlichen Ansätzen beruhen: zum einen auf der

Normenreihe der DIN EN ISO[8] 9001:2008, zum anderen auf dem Modell der EFQM (European Foundation for Quality Management). Keines dieser beiden Verfahren wurde Reha-spezifisch entwickelt. Dennoch orientieren sich alle rehabilitationsspezifischen QM-Modelle an diesen beiden Konzepten, die um Reha-spezifische Inhalte ergänzt wurden (Widera 2006, 2008).

Der Gesetzgeber verfolgt mit der Verpflichtung zum Qualitätsmanagement das Ziel, eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche medizinische Versorgung zu gewährleisten. Dieses Ziel steht nicht im Widerspruch zum internen Nutzen, den Rehabilitationskliniken durch Qualitätsmanagement erreichen können, auch wenn die mit der Einführung des QM verbundenen Kosten, bspw. durch Beratung, Software-Unterstützung, Zertifizierung, normalerweise von den Leistungsträgern nicht erstattet werden. Mit der Einführung und Durchführung eines QM-Systems ist ein erheblicher finanzieller und personeller Aufwand verbunden, dem aus Sicht der Leistungserbringer auch ein entsprechender Nutzen gegenüberstehen muss. Positive Effekte liegen insbesondere in einer Optimierung der Organisation und Arbeitsabläufe und damit auch in einer besseren Patientenversorgung.

Seit der Gesundheitsreform 2007 (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) ist über ein internes Qualitätsmanagement hinaus zusätzlich eine Zertifizierung für stationäre medizinische Rehabilitationseinrichtungen verpflichtend eingeführt worden. In § 20 SGB IX wurde ein neuer Absatz 2a eingefügt. Darin hat der Gesetzgeber die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) beauftragt, in Abstimmung mit den Reha-Trägern grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement zu formulieren sowie ein einheitliches, unabhängiges Zertifizierungsverfahren zu vereinbaren, mit dem die erfolgreiche Umsetzung des Qualitätsmanagements in regelmäßigen Abständen nachgewiesen werden muss.

Seit dem 1. Oktober 2009 ist die Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 20 Abs. 2a SGB IX in Kraft. Teil dieser Vereinbarung ist das „Manual für ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für stationäre Rehabilitationseinrichtungen nach § 20 SGB IX“ der BAR, in dem die Qualitätskriterien detailliert beschrieben werden, die durch die Einrichtungen zu erfüllen sind (BAR 2009). Eine Rehabilitationseinrichtung, die bisher noch nicht über ein zertifiziertes Qualitätsmanagement verfügt, muss innerhalb von drei Jahren, ab dem 1. Oktober 2009 gerechnet, nach einem von der BAR anerkannten QM-Verfahren zertifiziert sein, um weiterhin belegt zu werden. Viele Einrichtungen lassen sich dabei von entsprechend qualifizierten externen Beratern unterstützen (Enge et al. 2010).

8 Deutsches Institut für Normung, Europäische Norm, International Standardisation Organisation.

Für Rehabilitationseinrichtungen, deren Qualitätsmanagement bereits zertifiziert ist, gilt eine entsprechende Übergangsfrist zur Umstellung auf die BAR-Anerkennung. Auf der Internetseite der BAR werden die QM-Verfahren, die die Anerkennung erhalten haben, mit den „herausgebenden Stellen" und den jeweiligen Zertifizierungsgesellschaften veröffentlicht.

Weiterhin stellt sich die Frage, wie eine Reha-Einrichtung eine gute und ggf. auch zertifizierte Qualität nach außen darstellen kann. Es existiert derzeit in der medizinischen Rehabilitation keine Verpflichtung zur Erstellung eines Qualitätsberichtes, aber viele Träger und Einrichtungen geben solche Berichte bereits freiwillig heraus. Einige Verbände haben hierzu ebenso wie die DRV Bund als Einrichtungsträger Vorlagen und Systematiken entwickelt. Dabei ist zu beachten, welches die Zielgruppen dieser Berichte sein sollen und vor allem, wie eine allgemeine Verständlichkeit – nicht nur für professionell Beteiligte, sondern vor allem auch für Betroffene – gewährleistet werden kann.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass QS und QM in der medizinischen Rehabilitation einen sehr hohen Entwicklungs- und Organisationsgrad haben. Die Einrichtungen sind mit sehr detaillierten Anforderungen konfrontiert, die vor allem die Struktur- und Prozessqualität regeln bzw. deren Überprüfung ermöglichen. Die Frage nach dem Verhältnis zwischen Aufwand und Nutzen der vorhandenen Programme und Verfahren wird immer wieder kontrovers diskutiert. Dabei sind verschiedene Perspektiven zu berücksichtigen: die des Leistungsträgers mit seiner Gesamtverantwortung für die Qualität der medizinische Rehabilitation, die des Leistungserbringers mit seiner unternehmerischen Verantwortung für die Wettbewerbsfähigkeit seiner Einrichtung und die des Leistungsberechtigten (Rehabilitanden), der einen Anspruch auf eine für seinen Bedarf geeignete, wirksame und qualitativ hochwertige Maßnahme hat. Weiterhin problematisch bleibt in diesem Zusammenhang die Messung der Ergebnisqualität; die Durchführung randomisierter Studien ist in der medizinischen Rehabilitation nur begrenzt möglich (siehe Kapitel 4).

3. Stellenwert der medizinischen Rehabilitation

3.1 Datenlage

Auf fünf Datenquellen kann derzeit zurückgegriffen werden: Daten der Reha-Träger DRV, GKV und GUV, Grund- und Diagnosedaten der Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen des Statistischen Bundesamtes sowie Jahresabschlussdaten des RWI. Insgesamt ist die Datenlage zur Rehabilitation als uneinheitlich zu bezeichnen. Das Erstellen eines vollständig kohärenten Bilds der medizinischen Rehabilitation ist derzeit nicht möglich. Ziel des Faktenbuches ist es aber, sich diesem Ideal anzunähern.

Auf folgende fünf Datenquellen kann derzeit zurückgegriffen werden. Über die beste Datenlage verfügt (i) die Deutsche Rentenversicherung (DRV), unter anderem mit Informationen über die Art der Rehabilitation sowie über Anträge, Bewilligungen und durchgeführte Leistungen. Mit den Statistiken KG5 und KJ1 (Leistungsfälle, Leistungstage, Ausgaben, Fallkosten) verfügt (ii) die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) über Informationen zur medizinischen Rehabilitation – jedoch weniger fein gegliedert als die Daten der DRV. Seit 2009 ist die GKV ferner verpflichtet, eine Antrags- und Bewilligungsstatistik zu führen.

(iii) Das Statistisches Bundesamt veröffentlicht die so genannten Grunddaten der Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen (Ausgaben, Personal, Kapazitäten) und für Einrichtungen mit mehr als 100 Betten zusätzlich die Diagnosedaten (Leistungsfälle nach Diagnosen). Ergänzt werden die Daten durch das Verzeichnis der Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen, das neben den Adressen aller Einrichtungen auch deren Fachabteilungen einschließlich ihrer Bettenzahl beinhaltet. Nachteil dieser Daten ist, dass die Fälle der Vorsorge und der Rehabilitation nicht getrennt ausgewiesen werden. Weiter gibt es (iv) Daten der Gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) mit Angaben zu Leistungsfällen und Ausgaben. Allerdings trennt die GUV nicht strikt zwischen Akutversorgung und Rehabilitation, sodass eine eindeutige Zuordnung zur Rehabilitation nicht einfach möglich ist. Schließlich besitzt (v) das RWI Jahresabschlussdaten von 160 Reha- oder Vorsorgeeinrichtungen bzw. Klinikketten und von Verbänden Daten über ihre Mitglieder und über die Branche. Diese geben unter anderem Auskunft über die wirtschaftliche Lage der Einrichtungen.

Insgesamt ist die Datenlage zur Rehabilitation in Deutschland als uneinheitlich zu bezeichnen. Trotz der weitgehenden Übereinstimmung hinsichtlich der Definition von Rehabilitation gibt es wegen der unterschiedlichen Datenquellen trägerübergreifend keine einheitlich standardisierten Daten. Zudem haben Vergleichserhe-

bungen auf der Ebene einzelner Verbände zum Teil erhebliche Abweichungen zu den offiziellen Zahlen ergeben. Das Erstellen eines vollständig kohärenten Bilds der Rehabilitation ist daher derzeit nicht möglich. Ziel des Faktenbuches ist es aber, sich diesem Ideal zumindest anzunähern.

3.2 Übersicht

Die Ausgaben für medizinische Rehabilitation und Vorsorge in Deutschland beliefen sich 2008 auf 8,0 Mrd. € bzw. auf 3,1% der gesamten Gesundheitsausgaben. 2009 gab es 1 240 Reha- und Vorsorgeeinrichtungen mit insgesamt über 171 500 Betten, 119 000 Beschäftigten (92 400 Vollzeitkräfte) und mit 2 Mill. Fällen. Die mittlere Verweildauer lag bei 25,5 Tagen, die mittlere Auslastung bei 81,7%. Rund 90% der Fälle sind der Rehabilitation zuzuordnen, 10% der Vorsorge. Die AHB/AR gewinnt in den vergangenen Jahren sowohl bei der GKV als auch bei der DRV immer mehr an Bedeutung. 75% der Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen befinden sich in ländlichen Gebieten (Akutkliniken: 45%). In einzelnen Gemeinden können Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen ein bedeutender Wirtschaftsfaktor und größter Arbeitgeber sein. Bundesweit bringen sie jährlich 700 Mill. € an Steuern und Sozialabgaben auf und tätigen Investitionen von über 300 Mill. €. Die wirtschaftliche Lage der Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen war 2008 allerdings schlechter als die der Akutkrankenhäuser und die der Pflegeheime. 28% wiesen eine erhöhte Insolvenzgefahr auf (Krankenhäuser: 17%).

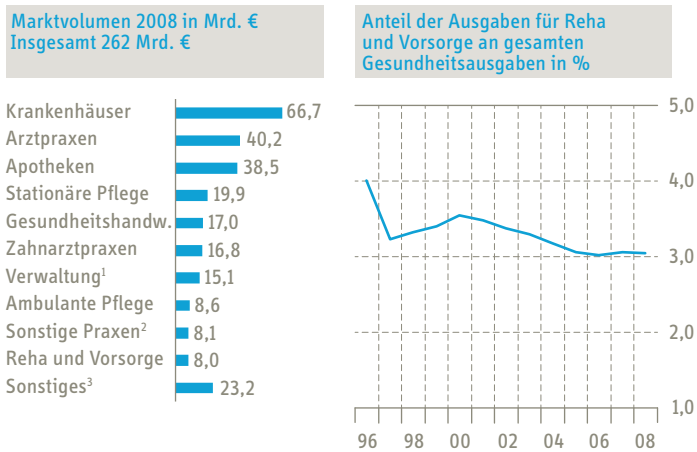
Die Ausgaben für die medizinische Rehabilitation und Vorsorge in Deutschland beliefen sich 2008 auf 8,0 Mrd. € bzw. auf 3,1% der gesamten Gesundheitsausgaben (Schaubild 6). Damit konnte erstmals das Volumen von 1996, vor Inkrafttreten des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes, nominal übertroffen werden. Zwischen 1996 und 2008 schwankten die Ausgaben für Rehabilitation und Vorsorge relativ stark (Schaubild 7). Im Gegensatz dazu stiegen die Ausgaben für Krankenhäuser langsam, aber stetig, weitgehend proportional zum BIP. Einen äußerst starken Anstieg von 67% konnte in diesem Zeitraum die ambulante und stationäre Pflege verzeichnen. Möglicherweise hätte eine konsequente Umsetzung des Grundsatzes „Reha vor Pflege“ eine andere Entwicklung erlaubt bzw. könnte sie dem Trend in der Zukunft entgegenwirken.

Seit 2006 ist die Zahl der Fälle und Pflegetage wieder spürbar gestiegen (Schaubild 8). Zwischen 2005 und 2009 nahm die Zahl der Fälle in Reha- und Vorsorgeeinrichtungen[9] um 10,6% auf nunmehr rund 2 Mill. zu und erreichte damit mindestens das Niveau von 1996. Die Zahl der Pflegetage nahm zwischen 2005 und 2009

9 *Die Daten des Statistischen Bundesamts lassen keine Trennung in Reha und Vorsorge zu.*

Schaubild 6

Ausgaben für die Rehabilitation und Vorsorge

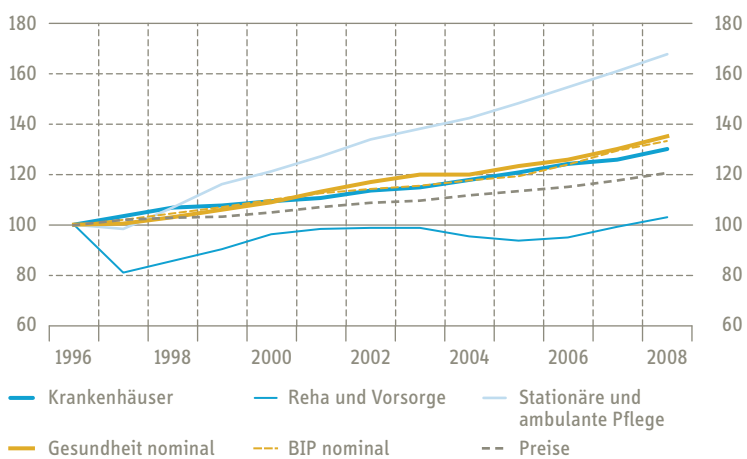


Quelle: Statistisches Bundesamt (2010); RWI Analyse.

Schaubild 7

Ausgaben für die Rehabilitation und Vorsorge

1996 bis 2008; 1996 = 100



Quelle: Statistisches Bundesamt (2010); ADMED/HCB/RWI Analyse.

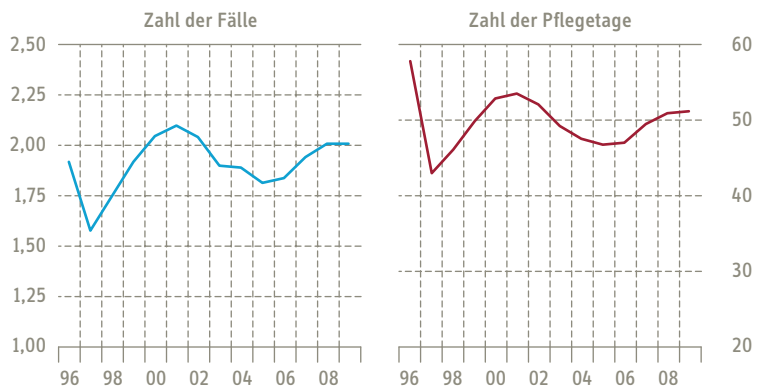
um 9,3% auf über 51 Mill. zu. Gleichzeitig sank die Zahl der Betten und Einrichtungen zwischen 1996 und 2009 deutlich. 2009 zählte das Statistische Bundesamt 1 240 Reha- und Vorsorgeeinrichtungen, 1996 waren es 1 404. Die Zahl der Einrichtungen nahm direkt nach 1997 jedoch verhältnismäßig wenig ab, sondern erst ab 2002. Die Zahl der Betten belief sich 2009 auf 171 500, 10% weniger als 1996. Zwischen 1996 und 2001 fand kein Bettenabbau statt, dieser begann erst 2002.

Die Verweildauer in Reha- und Vorsorgeeinrichtungen sank im Jahr 1996 auf 1997 um 10%, von 30,2 auf 27,3 Tage. Danach bis 2009 belief sich der Rückgang nur noch auf 6,5% auf dann 25,5 Tage. Der starke einmalige Rückgang 1997 dürfte auch mit einer geänderten Fallstruktur in Folge des WFG[10] zusammenhängen. Den größten Rückgang in der Verweildauer zwischen 1996 und 2009 verzeichnete der Bereich Psychosomatik, die Neurologie, die Orthopädie und die Sucht. Die Auslastung der Einrichtungen ergibt sich schließlich aus den zur Verfügung stehenden Bettenkapazitäten, der Zahl der Fälle und der Verweildauer (Schaubild 9). Die wachsende Zahl der Fälle seit 2006 hat zu einem Anstieg der Auslastung geführt. Sie lag 2009 mit 81,7% fast so hoch wie 1996 (83,2%).

Schaubild 8

Zahl der Fälle und Pflegetage

1996 bis 2009; in Mill.



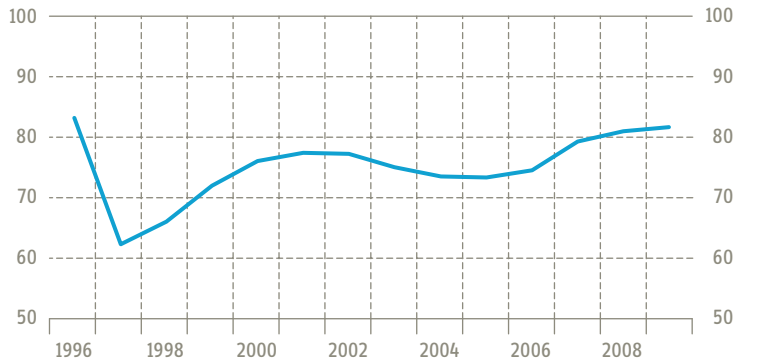
Quelle: Statistisches Bundesamt (2011b).

10 Das WFG verpflichtete die Rehabilitation und Vorsorge zu Einsparungen in Milliardenhöhe. Um dieses Sparziel zu erreichen, wurden folgende Maßnahmen beschlossen: Verkürzung der Regeldauer der Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen von vier auf drei Wochen, Verlängerung des Wiederholungsintervalls von drei auf vier Jahre und Anhebung der Zuzahlung bei stationären Maßnahmen von 12 DM (bzw. 9 DM im Osten) auf 25 DM (bzw. 20 DM im Osten) - ausgenommen hiervon waren AHB und Mütterkuren (Bredl 2005).

Schaubild 9

Auslastung der Reha- und Vorsorgeeinrichtungen

1996 bis 2009; Bettenbelegung in %



Quelle: Statistisches Bundesamt (2011b).

Die Daten des Statistischen Bundesamtes unterscheiden nicht nach Reha- und Vorsorgefällen. Eine getrennte Darstellung dieser Daten nach den beiden Segmenten ist daher nicht möglich. Im Rahmen des Reha Rating Report 2009 (Augurzky et al. 2009a) war es jedoch einmalig möglich, den Daten aus 2006 eine Information zur näherungsweisen Trennung der Reha- von den Vorsorgeeinrichtungen hinzu zu spielen. Dabei stellte sich heraus, dass rund 90% der Fälle Reha-Einrichtungen zuzuordnen waren. Nach den GKV-Statistiken waren 2009 72% aller GKV-Fälle dem Segment Rehabilitation zuzuordnen. Über andere Rehaträger dürften praktisch keine Vorsorgeleistungen finanziert worden sein. Insofern überwiegt die Rehabilitation die Vorsorge.

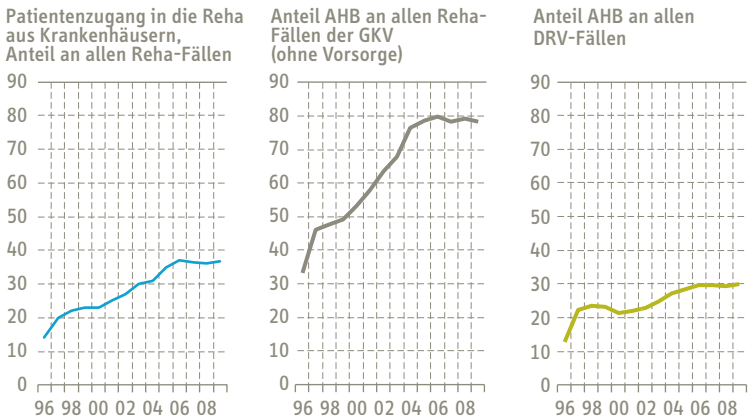
Die AHB bzw. AR gewinnt sowohl bei der GKV als auch bei der DRV immer mehr an Bedeutung. Fast 80% aller Reha-Fälle der GKV sind Anschlussrehabilitationen (Schaubild 10). Vor 2000 lag dieser Wert noch unter 50%. Aber auch bei DRV-Fällen handelt es sich mittlerweile um fast 30% AHB. 2000 waren es nur 21%. Daten des Statistischen Bundesamts belegen darüber hinaus, dass 2009 37% aller Reha-Patienten direkt aus dem Krankenhaus eingewiesen werden, d.h. in der Regel AHB-Fälle sein müssten. Der Wert lag 1996 nur bei 14%.

Gemessen an der Zahl der Pflegetage von Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen waren 2009 die größten Fachabteilungen die Orthopädie (29%), die Innere Medizin (21%), die Neurologie (10%), die Psychiatrie und Psychotherapie (inkl. Sucht) sowie die psychotherapeutische Medizin (8%) (Schaubild 11 und 12).

Schaubild 10

AHB als Anteil aller Reha-Fälle

1996 bis 2009

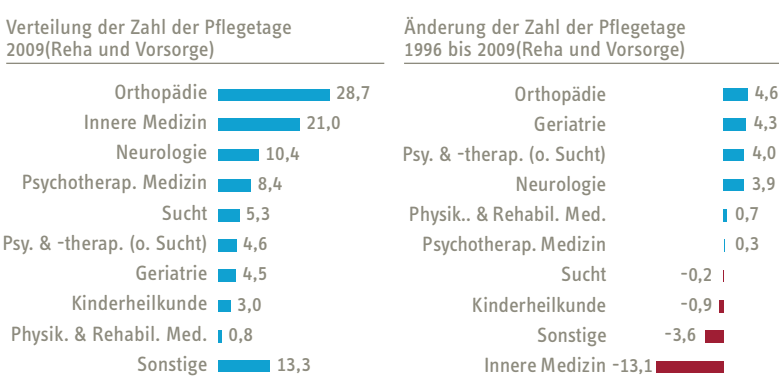


Quelle: Statistisches Bundesamt (2011 a und b); DRV (2010b); BMG (2010); RWI Analyse.

Schaubild 11

Verteilung der Pflegetage 2009 und Änderung seit 1996 nach Fachabteilungen

in %

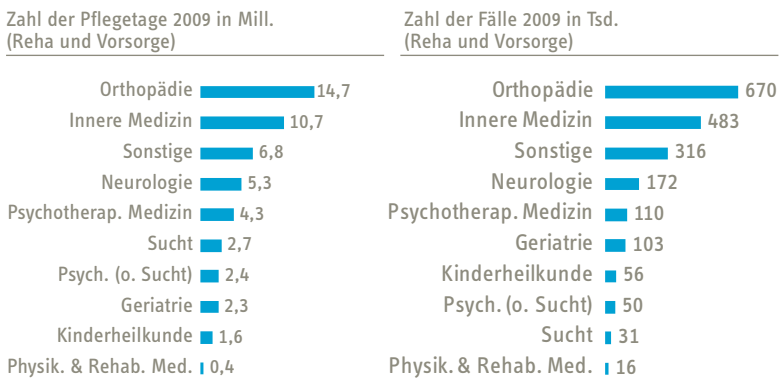


Quelle: Statistisches Bundesamt (2011b). – Die Fachabteilungen Allgemeinmedizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Haut- und Geschlechtskrankheiten sowie sonstige Fachbereiche sind in „Sonstige“ zusammengefasst.

Schaubild 12

Zahl der Pflegetage und Fälle nach Fachabteilungen

2009

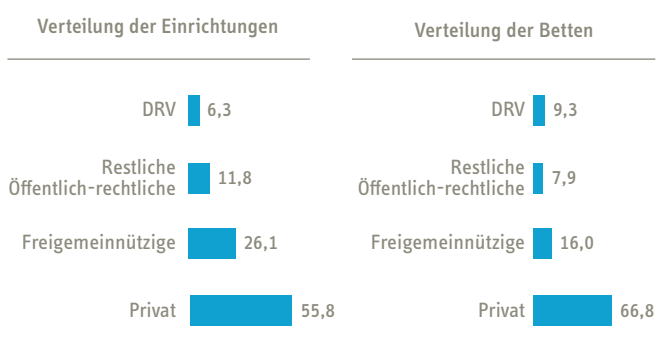


Quelle: Statistisches Bundesamt (2011b). – Die Fachabteilungen Allgemeinmedizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Haut- und Geschlechtskrankheiten sowie sonstige Fachbereiche sind in „Sonstige" zusammengefasst.

Schaubild 13

Verteilung der Einrichtungen nach Trägerschaft

2009



Quelle: Statistisches Bundesamt (2011b), DRV (2010a).

Den seit 1996 größten Zuwachs konnte dabei die Orthopädie, die Geriatrie (als neue Abteilung), die Psychiatrie und Psychotherapie (ohne Sucht) sowie die Neurologie verzeichnen.

In Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen waren 2009 insgesamt 119 000 Menschen auf 92 400 Vollkraftstellen (VZÄ) beschäftigt, darunter 8 250 ärztliche Vollzeitäquivalente und 21 000 im Bereich Pflege, 29 000 im medizinisch-technischen oder Funktionsdienst, der Rest in anderen Diensten. Von den 119 000 Angestellten waren 88 600 weiblich, 2 200 Schüler und Auszubildende und 47 600 Teilzeitkräfte. Gemessen an der Zahl der Beschäftigten ist die Branche damit halb so groß wie die Energieversorgung oder das Versicherungsgewerbe oder doppelt so groß wie die Luftfahrt. Sie generiert jährlich 700 Mill. € an Steuern und Sozialabgaben und tätigt Investitionen von über 300 Mill. € pro Jahr.

Zwei Drittel aller Betten befanden sich 2009 in privater Trägerschaft (Schaubild 13), 16% in freigemeinnütziger. Die restlichen 17% befanden sich in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft (9% DRV, 8% andere). Sowohl Einrichtungen der DRV als auch private Träger waren mit 224 bzw. 164 Betten in Privatkliniken überdurchschnittlich groß (Schaubild 14). Die anderen Träger besaßen durchschnittlich unter 100 Betten je Einrichtung.

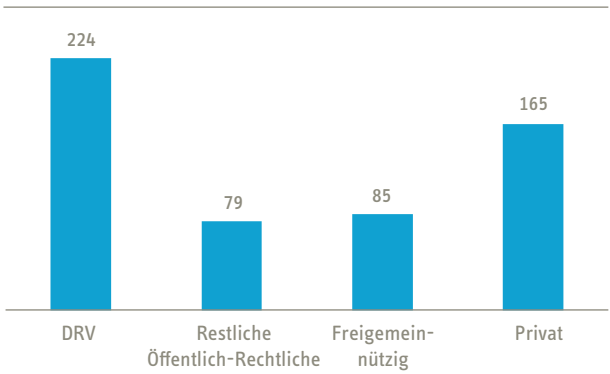
75% der Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen befinden sich in ländlichen Gebieten. Bei Akutkliniken ist dies nur in 45% der Fall. In einzelnen Gemeinden können Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen ein bedeutender Wirtschaftsfaktor sein. Karte 1 zeigt den Anteil der Beschäftigten in der medizinischen Rehabilitation an allen Beschäftigten auf Gemeindeebene. In manchen Gegenden kann dieser Anteil über 7% betragen. Schaubild 15 stellt die Zahl der auf Vollzeitäquivalente umgerechnete Zahl der Beschäftigten auf der Ebene der Bundesländer dar.

Die Tatsache, dass medizinische Rehabilitation und Vorsorge vornehmlich in ländlichen Gebieten konzentriert ist, hat allerdings auch eine Kehrseite. Mit der in Zukunft wachsenden Bedeutung wird sich die Frage stellen, ob es für die Fachkräfte (ärztliche und Pflegedienste, technisches Personal) bei zunehmender Knappheit am Arbeitsmarkt genügend attraktiv sein wird, in diesen Regionen zu arbeiten. Die ländlich gelegenen Einrichtungen werden daher stärker gegensteuern müssen, um ihre Wettbewerbsfähigkeit diesbezüglich zu erhalten bzw. zu verbessern. Die künftige Personalpolitik der Anbieter wird ein wichtiger Erfolgsfaktor sein.

Schaubild 14

Zahl der Betten je Einrichtung nach Trägerschaft

2009

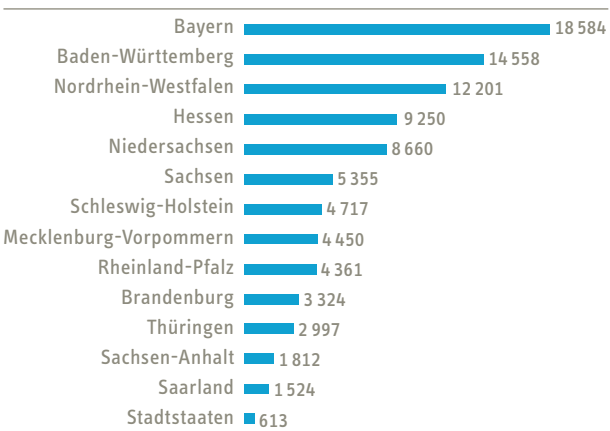


Quelle: Statistisches Bundesamt (2011b), DRV (2010a).

Schaubild 15

Zahl der Vollkräfte stationärer Reha- und Vorsorgeeinrichtungen

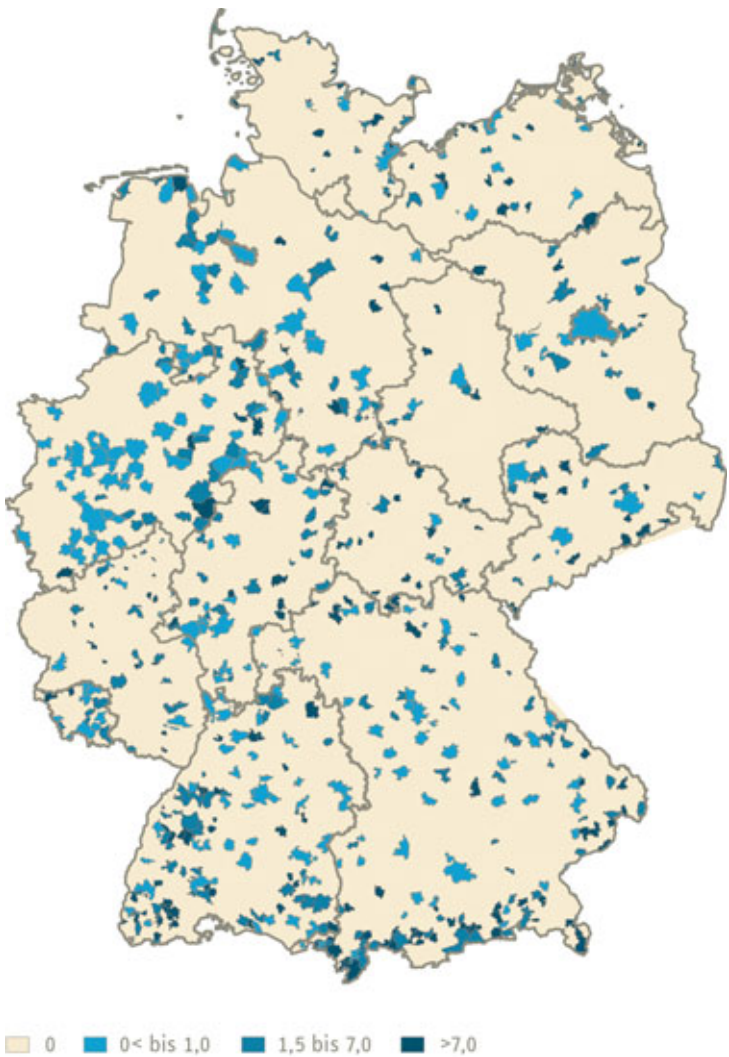
2009; nach Bundesländern



Quelle: Statistisches Bundesamt (2011b); RWI Analyse.

Karte 1

Beschäftigte in der Rehabilitation und Vorsorge auf Gemeindeebene

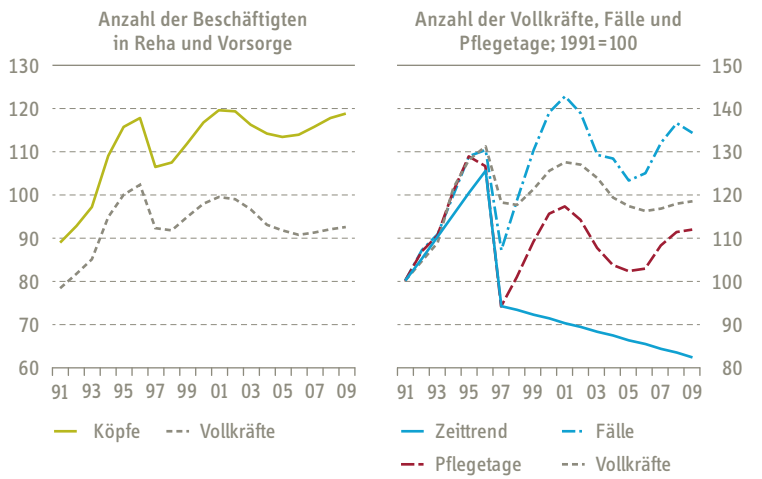


Quelle: Statistisches Bundesamt (2009b), Bundesagentur für Arbeit (2008), RWI Analyse.

Schaubild 16

Anzahl Beschäftigter in der Rehabilitation

1997 bis 2009

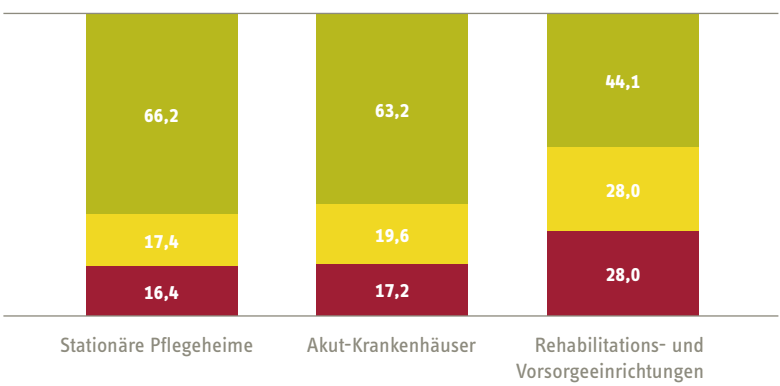


Quelle: Statistisches Bundesamt (2011b); RWI Analyse.

Schaubild 17

Verteilung der Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen, Krankenhäuser und Pflegeheime nach der Ampelklassifikation

2008; in %

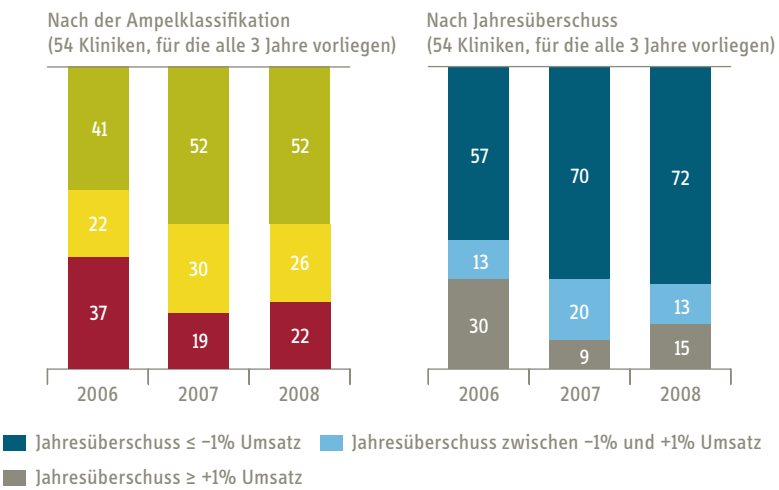


Quelle: Augurzky et al. (2010); Augurzky et al. (2009a) (aktualisierte Jahresabschlussdaten); Augurzky et al. (2009b) (aktualisierte Jahresabschlussdaten).

Schaubild 18

Verteilung der Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen, Krankenhäuser und Pflegeheime nach der Ampelklassifikation

2006 bis 2008



Quelle: Augurzky et al. (2009a).

Die Zahl der Vollzeitkräfte hat sich zwischen 1997 und 2009 kaum verändert, obgleich sie kleineren Schwankungen in diesem Zeitraum unterlag (Schaubild 16). Zwischen 1991 und 1996 nahm die Beschäftigtenzahl jedoch stark zu. Anders die Leistungszahlen: die Zahl der Fälle stieg von 1997 bis 2009 um 27%, die der Pflegetage um 19%. Bezogen auf die Leistungsmenge hat damit seit 1997 ein Personalabbau stattgefunden („negativer Zeittrend"). Offenbar hat eine erhebliche Arbeitsverdichtung stattgefunden. Damit verbunden sind möglicherweise zeit- und arbeitssparende Arbeitsabläufe, zudem ist aber auch von einer höheren Arbeitsbelastung auszugehen.[11] Unter Berücksichtigung einer künftig wachsenden Zahl der Fälle und einer leicht zunehmenden Zahl der Pflegetage wären bei der Fortschreibung dieses Trends bis 2020 rund 8 000 zusätzliche Vollzeitkräfte erforderlich (+9%).

11 Es gibt Anzeichen dafür, dass die Arbeitsbelastung derzeit hoch ist. Z.B. weisen Pohontsch u.a. (2010) darauf hin, dass verschiedene wünschenswerte Maßnahmen im Rahmen der Rehabilitation wegen Zeit- bzw. Personalmangel nicht umgesetzt werden können.

Die wirtschaftliche Lage der Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen war 2008 schlechter als die der Akutkrankenhäuser und die der Pflegeheime (Schaubild 17). 28% aller Einrichtungen wiesen eine erhöhte Insolvenzgefahr auf, d.h. deren Ausfallwahrscheinlichkeit lag bei über 2,6% p.a. („roter Bereich")[12]. Ebenfalls 28% befanden sich im gelben Bereich mit mittlerer Ausfallwahrscheinlichkeit (1,0% bis 2,6%), während nur 44% im grünen Bereich (Ausfallwahrscheinlichkeit unter 1,0%) lagen. Damit war die Lage deutlich schlechter als bei Krankenhäusern und Pflegeheimen. Untersucht wurden 163 Jahresabschlüsse von Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen, darunter auch größere Ketten.[13]

Ein Vergleich jener Einrichtungen, bei denen für mindestens drei Jahre ein Jahresabschluss vorliegt, zeigt, dass sich ihre wirtschaftliche Lage zwischen 2006 und 2008 im Durchschnitt verbessert hat (Schaubild 18), was vermutlich auf eine im Durchschnitt gestiegene Auslastung zurückzuführen ist. Da es sich dabei jedoch nur um 54 Einrichtungen handelt, kann dieser Befund nicht verallgemeinert werden. Aber selbst dann blieb die wirtschaftliche Lage auch 2008 angespannt.

3.2.1 Nach Leistungsträgern

33% der Ausgaben für die medizinische Rehabilitation und Vorsorge trugen 2008 die GKV und 39% die DRV. Seit 1997 ist der Anteil der DRV kontinuierlich gestiegen, während der Anteil der GKV gesunken ist. 2009 wurden 830 000 DRV-Fälle, darunter 151 000 im nicht-somatischen Bereich, und 720 000 GKV-Fälle behandelt. Der Anteil der AHB/AR in der DRV betrug 30%, in der GKV 78%. Seit 2000 sind die Ausgaben der GKV für Rehabilitation rückläufig. Während sie 2000 noch rund 2,3 Mrd. € betrugen, lag ihr Wert 2009 bei nur noch 2,03 Mrd. €. Damit sank der Anteil der Reha-Ausgaben an den gesamten Ausgaben der GKV von 1,88% auf 1,27%.

Die gesamten Ausgaben für Leistungen der medizinischen Reha- und Vorsorgeeinrichtungen beliefen sich 2008 auf 8,0 Mrd. €, ähnlich hoch wie 1996. Als Folge des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes (WFG) sanken die Gesamtausgaben 1997 gegenüber 1996 jedoch um 19%, bedingt vor allem durch einen erheblichen Rückgang der Zahl der DRV-Fälle. Seit 1997 ist der Anteil der DRV kontinuierlich gestiegen, während der Anteil der GKV gesunken ist.

12 *Zur Definition des Ratings und der Ampelklassifikation siehe z.B. Augurzky et al. (2009a).*

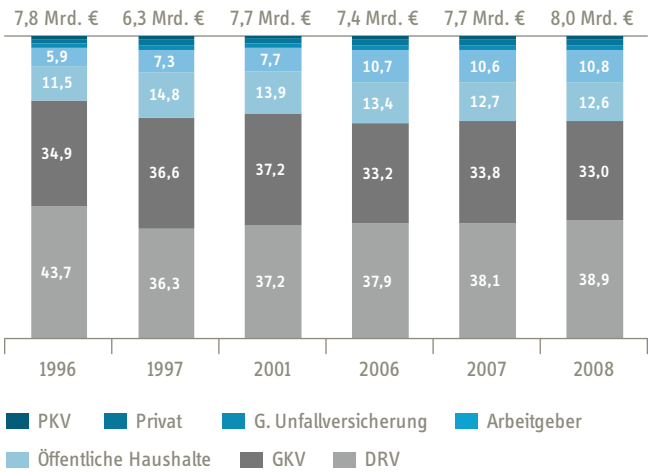
13 *Für weitere Analysen dazu siehe die verschiedenen Rating Reports (Augurzky et al. 2009a, b und 2010).*

3. Stellenwert der medizinischen Reha

Schaubild 19

Ausgaben der Träger für stationäre Rehabilitation und Vorsorge

1996 bis 2008; in %



Quelle: Statistisches Bundesamt (2010).

Laut Statistischem Bundesamt (2010b) trugen 2008 die GKV 2 642 Mill. € bzw. 33,0% der Ausgaben für die stationäre Rehabilitation und Vorsorge[14] und die DRV 3 115 Mill. € (für die stationäre Rehabilitation)[15] bzw. 38,9% (Schaubild 19). Wesentliche Kostenträger sind ferner die öffentlichen Haushalte (1 012 Mill. € bzw. 12,6%) als Versorgungsverwaltung, Träger der öffentlichen Jugendhilfe, Sozialhilfeträger, der Asylhilfe, der Hochschulen, der Bundesagentur für Arbeit und das Landesblindengeld. Ausgaben der Arbeitgeber (863 Mill. € bzw. 10,8%) beinhalten laut Statistischem Bundesamt Fürsorgeleistungen, Beihilfen und betriebliche Gesundheitsförderung. Unter privaten Ausgaben (2008: 157 Mill. € bzw. 2,0%) werden Zuzahlungen der Patienten oder Ausgaben von Selbstzahlern erfasst. GUV (116 Mill. € bzw. 1,4%) und PKV (113 Mill. € bzw. 1,4%) spielen nur eine untergeordnete Rolle.

Während es Ende der 1990er Jahre noch mehr GKV- als DRV-Fälle gab, hat sich dies 2000 bis 2009 umgekehrt. 2009 waren es 830 000 DRV-Fälle und 720 000 GKV-Fälle (Tabellen 4 und 5). Bezogen auf das Jahr 2008 mit 707 375 stationären GKV-Rehafällen und Gesamtausgaben von 2,05 Mrd. € beliefen sich die Ausgaben

14 *Eine Aufschlüsselung in Rehabilitation und Vorsorge ist hier nicht möglich. Durch Abgleich mit Tabelle 4 müssten davon aber fast 80% Ausgaben für stationäre Rehabilitation sein.*

15 *Vorsorge fällt bei der DRV nicht an.*

Tabelle 4

Ausgaben und Fallzahlen für stationäre Rehabilitation der DRV

1996 bis 2009

	Stationäre Fälle	Ausgaben in Mill. €	Gesamtbudget der DRV in %
1996	930 278	3 400	1,77
1997	600 447	2 296	1,16
1998	603 848	2 350	1,18
1999	671 291	2 480	1,23
2000	778 789	2 825	1,35
2001	826 014	2 906	1,35
2002	813 362	2 957	1,34
2003	752 426	2 943	1,30
2004	702 122	2 798	1,24
2005	696 731	2 749	1,23
2006	704 004	2 809	1,26
2007	771 782	2 950	1,32
2008	804 006	3 115	1,38
2009	829 822	3 215*	1,31*

*Quelle: Statistisches Bundesamt (2010), DRV (2010a); RWI Analyse. Aufgeführt sind stationäre Leistungen für Erwachsene (inkl. ergänzende Leistungen: Hilfsmittel, Übergangsgeld und Sonstiges, ca. 20%). *Auf Basis der Fallzahl 2009 geschätzter Wert.*

der GKV je Fall auf etwa 2 900 € (Tabelle 6). Die durchschnittliche Verweildauer betrug 24 Tage. Bei fast 80% der GKV-Fälle handelte es sich um Anschlussrehabilitationen. In der DRV fielen je Fall Ausgaben von rund 3 900 € an (DRV 2010). Darin sind auch so genannte ergänzende Leistungen eingeschlossen, d.h. Leistungen für Hilfsmittel, Übergangsgeld und Sonstige (rund 550 Mill. €). In der Summe kommt man damit auf rund 3,1 Mrd. € Ausgaben, was sich mit den Angaben des Statistischen Bundesamts deckt. Die mittlere Verweildauer bei DRV-Fällen lag mit 30 Tagen höher als bei GKV-Fällen (24 Tage), was auf den Anteil der psychischen und Abhängigkeitserkrankungen (Sucht) mit entsprechend höheren Behandlungsdauern zurückzuführen ist. Bei rund 30% aller DRV-Fälle bzw. 25% der Pflegetage handelt es sich um Anschlussrehabilitationen. Die Ausgaben der GUV für Rehabilitationsleistungen lassen sich nur näherungsweise schätzen, weil die GUV Akutbehandlung und Rehabilitation nicht scharf voneinander trennt. Das Statistische

Tabelle 5

Ausgaben und Fallzahlen für stationäre Rehabilitation der GKV

1996 bis 2009

	Stationäre Fälle	Ausgaben in Mill. €	Gesamtausgaben der GKV in %
1996	709 786	2 154	1,78
1997	593 892	1 863	1,58
1998	713 368	2 112	1,76
1999	782 191	2 274	1,85
2000	804 372	2 332	1,85
2001	769 595	2 327	1,78
2002	743 453	2 290	1,70
2003	728 638	2 179	1,60
2004	695 730	2 053	1,57
2005	686 327	2 041	1,51
2006	704 752	1 981	1,43
2007	719 537	2 053	1,42
2008	707 375	2 050	1,36
2009	719 672	2 033	1,27

Quelle: BMG (2010); RWI Analyse. Bei GKV-Fällen handelt es sich um stationäre Fälle inkl. Rehabilitation für Mütter und Väter.

Bundesamt nimmt eine näherungsweise Aufteilung der Ausgaben der GUV auf die Rehabilitation vor (2008: 116 Mill. €)[16]. Insgesamt sind damit rund 30 500 Fälle finanziert worden; das sind rund 3 800 € je Fall.

Bei den genannten Beträgen je Fall handelt es sich um die Gesamtausgaben der Leistungsträger und nicht um die Vergütung der Einrichtungen (über Tagessätze und Behandlungstage, s. Abschnitt 2.6), weil die Gesamtausgaben noch ergänzende Leistungen an die Patienten enthalten. Auf der Ebene der Einrichtungen sind direkte Vergleiche der Vergütungen kaum möglich, weil sie sich in ihrem Leistungsportfolio stark voneinander unterscheiden können (Anteile an allge-

16 *Es kann vermutet werden, dass aufgrund einer unterschiedlichen Zuordnung zu Rehabilitation und Akut durch die GUV (in Akutkliniken der GUV kann auch Rehabilitation stattfinden) die Ausgaben der GUV für Reha-Maßnahmen tatsächlich höher liegen als hier ausgewiesen.*

Tabelle 6
Übersicht zur stationären Rehabilitation
2008

Reha-Träger	DRV	Somat.	Psych. (ohne Sucht)	Sucht	GKV	GUV
Stationäre Fälle	804 006	652 974	105 841	45 191	707 375	30 504
Pflegetage in Tsd.	24 098	15 933	4 170	3 995	16 708	876
VWD in Tagen	30	24	39	88	24	29
Ausgaben insg.* in Mill. €	3 115	1 981	633	500	2 050	116
Ausgaben insg.*/Fall in €	3 874	3 034	5 985	11 074	2 898	3 803
AHB-Fälle	249 617				560 816	30 504
AHB-Pflegetage in Tsd.	5 991				12 874	876
Anteil AHB (Tage)	25%				77%	100%

*Quelle: DRV (2009); BMG (2010). *In den Ausgaben der DRV sind auch die Ausgaben für ergänzende Leistungen (Hilfsmittel, Übergangsgeld und Sonstiges, ca. 20%) enthalten. Die Zuordnung ergänzender Leistungen wurde nach einem Schlüssel auf die drei Kategorien verteilt. Bei GKV-Fällen handelt es sich um stationäre Fälle inkl. Rehabilitation für Mütter und Väter.*

meinen Heilverfahren, AHB-Verfahren, Anteile der Indikationen, unterschiedliche Patientengruppen). Hierzu müsste die Vergütung auf die Indikation und die Art der Rehabilitation herunter gebrochen werden.

3.2.2 Nach Regionen

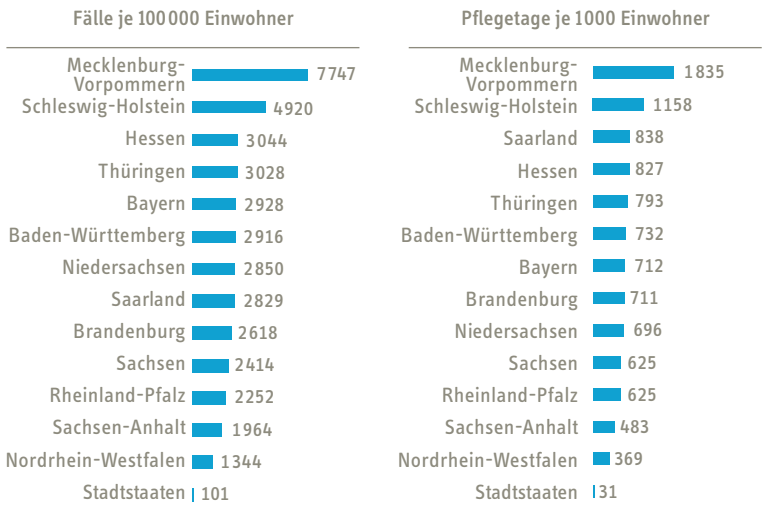
In der Bundesrepublik gibt es ein flächendeckendes Angebot an Rehabilitationsmöglichkeiten. Dies ist angesichts der beschriebenen wachsenden Bedeutung der AHB ein nicht zu unterschätzender Vorteil, nicht zuletzt auch für die Betroffenen und ihre Angehörigen, denen Umstände und Kosten durch ortsnahe Versorgung erspart werden. Es gibt allerdings auch bemerkenswerte regionale Unterschiede im Besatz mit Rehabilitationseinrichtungen und auch in der interregionalen Mobilität zu diesen Einrichtungen.

In der Bundesrepublik gibt es ein flächendeckendes Angebot an Rehabilitationsmöglichkeiten. Dies ist angesichts der beschriebenen wachsenden Bedeutung der AHB ein nicht zu unterschätzender Vorteil, nicht zuletzt auch für die Betroffenen und ihre Angehörigen, denen Umstände und Kosten durch ortsnahe Versorgung erspart werden. Es gibt allerdings auch bemerkenswerte regionale Unterschiede im Besatz mit Rehabilitationseinrichtungen und auch in der interregionalen Mobilität zu diesen Einrichtungen. Letztere dürfte sich zum einen durch die Speziali-

Schaubild 20

Fälle und Pflegetage (Rehabilitation und Vorsorge) je 100 000 Einwohner nach Bundesland

2009



Quelle: Statistisches Bundesamt (2011b).

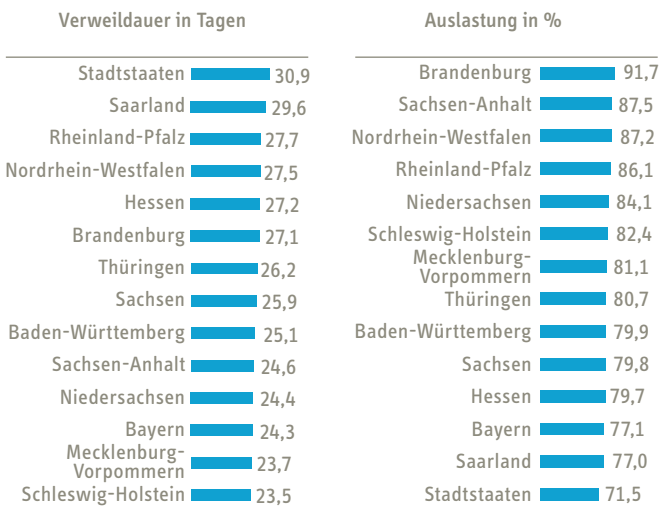
sierung mancher Einrichtungen und die dadurch begründete besondere Eignung bestimmter Standorte begründen lassen. Andere Konzentrationen von Einrichtungen in bestimmten Gegenden sind historisch gewachsen und haben in dieser Zeit ein Maß an Renommee und Ausstattung und regionalem Umfeld in der Gemeinde aufgebaut, die sie über die rein medizinischen Belange hinaus zu starken Standorten der Rehabilitation machen.

Die Belegung der Häuser wird in Deutschland bestimmt von den Leistungsträgern, wobei die DRV sogar eigene Einrichtungen unterhält. Das Wunsch- und Wahlrecht der Patienten kommt bislang in der Praxis so gut wie nicht zum Zuge. Im Hinblick auf die im Einzelfall nicht unerheblich regionalwirtschaftliche Bedeutung insbesondere hinsichtlich der Beschäftigung im vorwiegend ländlichen Umfeld, in dem viele Rehabilitationseinrichtungen traditioneller Weise angesiedelt sind, lohnt sich deshalb ein Blick auf das zur Verfügung stehende Datenmaterial auch gerade nach regionalen Gesichtspunkten.

Schaubild 21

Verweildauer und Auslastung (Rehabilitation und Vorsorge) nach Bundesland

2009



Quelle: Statistisches Bundesamt (2011b).

Zwischen den Bundesländern gab es 2009 erhebliche Unterschiede in Bezug auf die Bedeutung der medizinischen Rehabilitation und Vorsorge[17]. Während es in Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein sehr viele Fälle je Einwohner gab, gefolgt von Hessen, Thüringen und Bayern, fielen die Stadtstaaten und Nordrhein-Westfalen mit deutlich weniger Fällen auf (Schaubild 20). Die durchschnittliche Verweildauer 2009 variierte zwischen 23,5 Tagen in Schleswig-Holstein und 30,9 Tagen in den Stadtstaaten (Schaubild 21). Dies kann einer unterschiedlichen Zusammensetzung der Patienten geschuldet sein. Die durchschnittliche Auslastung erreichte 2009 einen Höchstwert in Brandenburg (91,7%), gefolgt von Sachsen-Anhalt (87,5%). In Bayern und im Saarland lag sie bei 77%, in den Stadtstaaten nur bei 71,5%.

Im Rahmen des Reha Rating Reports 2009 (Augurzky et al. 2009a) wurden ferner Patientenwanderungen im Jahr 2006 detailliert untersucht (Tabelle 7). Dabei zeigte sich, dass Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein die höchste relative Nettozuwanderung besitzen, während Nordrhein-Westfalen, Berlin/Bran-

17 *Eine Trennung in Rehabilitation und Vorsorge ist bei den amtlichen Daten des Statistischen Bundesamts nicht möglich.*

Tabelle 7
Patientenströme zwischen Bundesländern
2006

	Fallzahl	Patienten-zustrom	Patienten-abwanderung	Netto-wanderung	Nettowand./ Fallzahl in %
Baden-Württemberg	204 686	47 781	39 161	8 620	4,2
Bayern	249 919	57 674	45 684	11 990	4,8
Berlin-Brandenburg	61 835	11 474	54 648	-43 174	-69,8
Hessen	144 801	69 989	31 805	38 184	26,4
Mecklenburg-Vorpommern	101 682	73 482	8 205	65 277	64,2
Niedersachsen, Bremen, Hamburg	147 792	57 855	91 528	-33 673	-22,8
Nordrhein-Westfalen	184 749	30 879	116 110	-85 231	-46,1
Saarland	16 832	3 352	5 508	-2 156	-12,8
Sachsen	84 918	19 509	28 690	-9 181	-10,8
Sachsen-Anhalt	35 583	11 765	21 566	-9 801	-27,5
Schleswig-Holstein	103 580	72 668	13 913	58 755	56,7
Thüringen	54 323	17 338	16 948	390	0,7

Quelle: Augurzky et al. 2009a (ADMED/HCB/RWI). Das Stat. Landesamt Rheinland-Pfalz verweigerte die Bereitstellung von Daten, sodass Patientenströme von und nach Rheinland-Pfalz nicht untersucht werden konnten.

denburg und Niedersachsen/Bremen/Hamburg die größte relative Abwanderung aufwiesen. Die beiden Reha-Länder Baden-Württemberg und Bayern konnten indessen nur einen kleinen Nettozustrom verzeichnen. Zwar wandern viele Patienten zu, gleichzeitig aber auch viele in andere Bundesländer ab.

3.3 Projektion

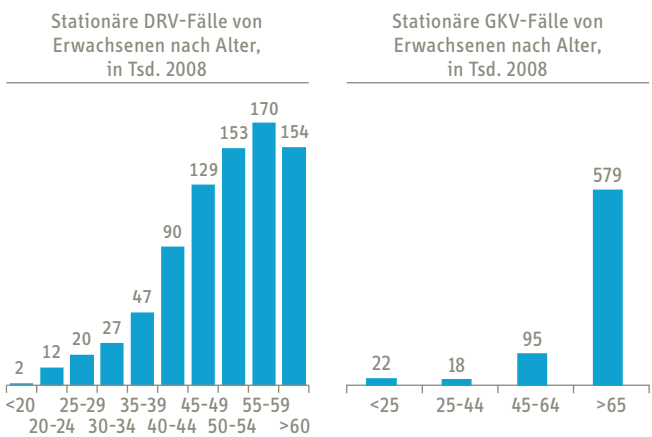
Die Nachfrage nach Leistungen der medizinischen Rehabilitation hängt von sehr vielen Faktoren ab. Erstens spielt die Demografie eine wichtige Rolle, zweitens Änderungen in der akutmedizinischen Versorgung, insbesondere das DRG-System und in der Pflege älterer Menschen, vor allem „Reha vor Pflege". Drittens beeinflussen gesellschaftliche Trends (erwarteter Fachkräftemangel, Rente mit 67, wachsende Arbeitsproduktivität, Singularisierung) und viertens die Rehabilitationsträger durch

ihr Genehmigungsverhalten die Nachfrage. Bei konstanten Prävalenzraten ist allein bedingt durch die Demografie mit einem Anstieg der Zahl der Fälle von 2009 bis 2020 um insgesamt 5,6% und der Pflegetage um 2,1% zu rechnen. Weitere Faktoren dürften tendenziell zu einem darüber hinaus gehenden Anstieg führen.

Die Nachfrage nach Leistungen der medizinischen Rehabilitation hängt von sehr vielen Faktoren ab und ist naturgemäß volatiler als die Nachfrage nach akutmedizinischen Leistungen. Erstens spielt die Demografie eine wichtige Rolle, zweitens Änderungen in der akutmedizinischen Versorgung. Drittens beeinflussen gesellschaftliche Trends und viertens die Rehabilitationsträger durch ihr Genehmigungsverhalten die Nachfrage. Die demografische Entwicklung wirkt dabei auf zwei verschiedene Arten. Einerseits steigt die Zahl älterer Menschen, die im Durchschnitt häufiger Rehabilitation in Anspruch nehmen (Schaubild 22). Andererseits sinkt die Zahl jüngerer Menschen mit der Folge eines Fachkräftemangels, der dazu führt, dass „Reha vor Rente“ an Bedeutung gewinnen wird. Im Folgenden soll der demografisch bedingte Einfluss durch die Zunahme älterer Menschen bei konstanten Prävalenzraten beschrieben und auf dieser Basis eine Projektion der Zahl der Fälle und Pflegetage bis 2020 erstellt werden. Die anderen, nicht ohne Weiteres quantifizierbaren Einflüsse werden im Text diskutiert.

Schaubild 22

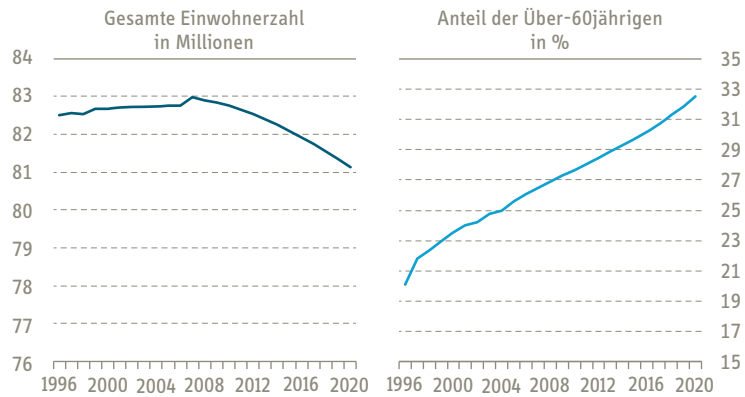
Patientenstruktur der DRV und GKV



Quelle: DRV (2009); AOK-Bundesverband 2007; RWI-Analyse.

Schaubild 23

Projizierte Bevölkerungsentwicklung bis 2020



Quelle: RWI-Bevölkerungsprognose 2008.

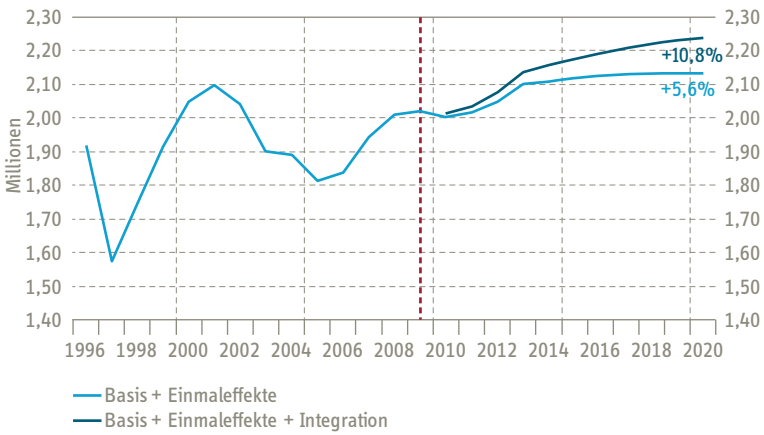
Auf der Grundlage der amtlichen Diagnosedaten des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2006 (FDZ 2008) werden Prävalenzraten je Indikation, Alter und Geschlecht errechnet, die in der Projektion konstant gehalten werden.[18] Die oben genannten anderen Faktoren können die Prävalenzraten positiv oder negativ beeinflussen. Mangels Informationen kann dieser Einfluss jedoch nicht quantifiziert werden. Mit Hilfe der so errechneten Prävalenzraten wird der Einfluss der demografischen Entwicklung abgebildet. Hierzu wird ein am RWI entwickeltes Modell zur Bevölkerungsprognose verwandt (RWI 2008), das auf der Basis von aktuellen Daten zu Geburten, Todesfällen, innerdeutscher Migration und der Altersfortschreibung die demografische Entwicklung auf Kreisebene bis 2020 projiziert (Schaubild 23). Allein bedingt durch die Demografie ist mit einem Anstieg der Zahl der Fälle von 2009 bis 2020 um insgesamt 5,6% zu rechnen (Schaubild 24).

Ergänzend dazu werden zwei Szenarien gebildet, um weitere wichtige Effekte darzustellen. Eine wachsende Integration der Akut- und Rehabilitationsmedizin dürfte zu einem zusätzlichen Anstieg der Überweisungsraten aus dem Akut- in den Rehabilitations-Bereich führen. Es könnte dann mit einem Zuwachs von insgesamt fast 11% zwischen 2009 und 2020 gerechnet werden. Die seit 2003 im

18 Die Nachfrage nach Reha-Leistungen hängt stark vom Alter ab (Augurzky et al. 2009a). Bis zu einem Alter von 45 Jahren ist die Nachfrage relativ gering, steigt dann steil an und fällt erst bei einem Alter von 85 Jahren wieder ab. Grund für diesen Abfall dürfte der Übergang in die Pflege sein.

Schaubild 24

Projizierte stationäre Zahl der Fälle (Rehabilitation und Vorsorge) bis 2020



Quelle: Augurzky et al. (2009a); aktualisierte Fallzahlen 2007 und 2008.

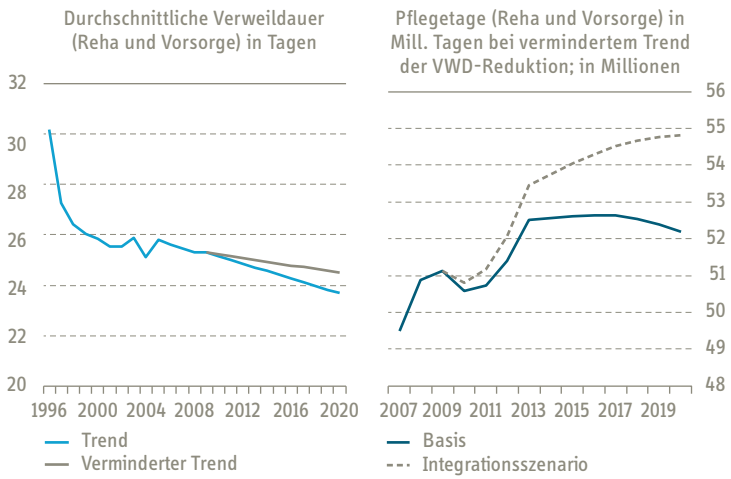
Akutbereich geltenden DRG-Fallpauschalen dürften diesen Trend am stärksten beeinflussen. Bei kürzerer Verweildauer im Akutbereich gewinnt besonders bei der älteren Bevölkerung die medizinische Nachsorge an Bedeutung. Ferner wurden in der Projektion erwartete negative, vorübergehende Einmaleffekte in den Jahren 2010 bis 2012 als Folge der Finanzmarktkrise und der damit bedingten Zurückhaltung der Rehabilitationsträger bei Genehmigungen berücksichtigt (Delle 2010 bis 2012). Rückblickend scheinen sich bislang keine negativen Effekte, sondern sogar positive zu zeigen. Für die Mittelfristprojektion ist dieser Sachverhalt allerdings unbedeutend.

Zur Abschätzung der künftigen Zahl von Pflegetagen wird angenommen, dass sich der vergangene Trend zur Reduktion der Verweildauer in der medizinischen Rehabilitation und Vorsorge abschwächt. Zwischen 1997 und 2009 nahm die durchschnittliche Verweildauer um 0,61% p.a. ab.[19] Bei halbiertem Trend würde die durchschnittliche Verweildauer von derzeit 25,3 auf 24,5 Tagen sinken. Dadurch würde sich die Zahl der Pflegetage bis 2020 gegenüber 2009 um 2,1% (Basisszenario) bzw. 7,2% (Integrationsszenario) ändern (Schaubild 25).

19 *Aufgrund der Änderung in den gesetzlichen Rahmenbedingungen sind die beiden Jahre 1996 und 1997 nicht vergleichbar, weshalb der Trend erst ab 1997 bestimmt wird.*

Schaubild 25

Projizierte Verweildauer und Zahl an Pflegetagen bis 2020



Quelle: Augurzky et al. 2009a (ADMED/HCB/RWI); aktualisierte Fallzahlen 2007, 2008 und 2009.

Kasten 2

Redia-Studie

Unmittelbare Auswirkungen auf die medizinische Rehabilitation sind durch die Einführung von DRG-Fallpauschalen bei Krankenhausleistungen erwartet worden. Damit werden alle anfallenden Leistungen je Behandlungsfall mit einem Pauschalbetrag abgegolten, der grundsätzlich unabhängig vom Ressourcenverbrauch im Einzelfall und – in vorgegebenen Grenzen – von der individuellen Verweildauer ist. Die sogenannte Redia-Studie untersucht die Folgen auf die medizinische Rehabilitation. Sie wird vom Institut für Krankenhausmanagement (IKM) der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster durchgeführt.

In einer randomisierten und multizentrischen Studie wurden dazu von 2003 bis 2009 die Auswirkungen des DRG-Systems auf Qualität und Kosten in Rehabilitationseinrichtungen untersucht (von Eiff et al. 2010). Klinische, therapeutische, psychische und ökonomische Aspekte wurden betrachtet und Daten sowohl vor der DRG-Einführung, während der Konvergenzphase als auch nach deren Abschluss erhoben. In drei Phasen wurden Daten von 2 291 kardiologischen und orthopädischen AHB-Patienten erfasst: zum Akut- und Reha-Aufenthalt, zum

Gesundheitszustand und zu den medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Aufwendungen. Ferner wurden Patientenselbstauskunftsbögen eingesetzt, fanden Strukturanalysen, Experteninterviews und Auswertungen von Literaturmaterial statt. Die Darstellung ausgewählter Ergebnisse erfolgt für die orthopädische Rehabilitation am Beispiel der Hüft-TEP und für die kardiologische am Beispiel der Bypass-OP.

Die durchschnittliche Verweildauer des Gesamtbehandlungsprozesses ist trotz Verlängerung der Übergangszeit bei Hüft-TEP-Patienten von 44,6 auf 39,3 Tage, der Anteil der Direktverlegungen bei Hüft-TEP ist von 40,7% in der ersten Phase auf 30,6% in der dritten Phase gesunken. Hinsichtlich des Zustandes der Patienten lässt sich eine Verschlechterung bei ihrer Aufnahme in die Rehabilitation und eine gesteigerte Rehabilitationsleistung feststellen.[1]

In der Kardiologie ist die Verweildauer in der Akutversorgung der Myokardinfarktpatienten kontinuierlich von 10,9 auf 8,9 Tage gesunken. Während sich diejenige der Bypass-OP-Patienten zunächst ebenfalls von 18,8 (1. Phase) auf 14,1 Tage verringert hatte (2. Phase), ist sie danach auf 19,1 Tage (3. Phase) angestiegen. Exakt die gleichen Entwicklungen lassen sich in den DRG-Fallpauschalenkatalogen und der BQS-Berichterstattung erkennen. Die Autoren stellen fest, dass zusammen mit einer ebenfalls verlängerten Übergangszeit somit bei Bypass-Operationen als einziger der fünf analysierten Indikationen die Gesamtverweildauer von 47,4 auf 48,1 Tagen gestiegen ist. Beim Zustand der Patienten wurde auch bei den Bypass-OP-Patienten eine Verschlechterung der CRP-Werte zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Rehabilitation festgestellt.[2] Die Zahl der Komplikationen während des Aufenthaltes in der kardiologischen Rehabilitation ist von 3,7 % in der 1. Phase deutlich auf 13,0 % in der 3. Phase angestiegen. Gleichzeitig ist der Anteil der Patienten mit Komplikationen innerhalb von sechs Monaten nach der Entlassung aus der Rehabilitation von 17,0 % auf 12,5 % gefallen.

---

1 Der Zustand des Patienten wurde am Mittelwert des Staffelsteinscores gemessen. In der ersten Phase betrug dieser bei der Aufnahme 78,3, bei der Entlassung 101,2. In der dritten Phase sank der Aufnahmewert auf 70,7, der Entlassungswert auf 96,8. Das bedeutet einen Anstieg der Differenz des Scores, was einer gesteigerten Rehabilitationsleistung entspricht. Im gleichen Zeitraum stieg der CRP-Wert (C-reaktives Protein in mg/l) bei der Aufnahme in die Rehabilitation von 9,86 auf 13,77, was auf eine Verschlechterung des Patientenzustandes hindeutet.

2 Während der CRP-Wert in der 1. Phase bei 17,2 gelegen hatte, ist er in der 3. Phase auf 21,7 angestiegen. Die entsprechenden CRP-Werte zum Zeitpunkt der Entlassung betrugen 10,1 und 10,7.

3. Stellenwert der medizinischen Reha

Im Folgenden werden weitere, hier nicht quantifizierte Trends diskutiert. Ein erwarteter Fachkräftemangel in den kommenden Jahrzehnten, eine zunehmende Arbeitsproduktivität und der damit einhergehende Leistungsdruck am Arbeitsmarkt können zu einer Zunahme der Fälle zur Wiederherstellung der beruflichen Leistungsfähigkeit bzw. zur Vermeidung von Berentungen führen. Prognos (2009) geht *ceteris paribus* bis 2030 von einer Lücke von 5 Mill. Fachkräften aus. Mehr berufsbegleitende Rehabilitation kann zu einer Ausweitung der ambulanten Rehabilitation führen. Mehr Singlehaushalte und ein steigender Anteil alleinstehender älterer Menschen mindern indessen das Potenzial der ambulanten Rehabilitation.

Bisher sind Pflege und Rehabilitation wenig verzahnt und kaum Fälle bekannt, bei denen Pflegebedürftige mit dem Ziel einer Verringerung oder Vermeidung des Pflegebedarfs Rehabilitation in Anspruch nehmen (Bundesregierung 2010). Aufgrund der zu erwartenden starken Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen (Augurzky et al. 2009b) dürfte in Zukunft eine Diskussion darüber entstehen, in wie weit durch Rehabilitation vor Pflege im Gesundheitswesen Kosten gespart werden könnten.

Der medizinisch-technische Fortschritt spielt eine bedeutende Rolle in der Behandlung von Patienten in Akutkliniken. In der Regel führt er zu einer wachsenden Zahl von Fällen, weil mehr Krankheiten behandelt werden können. Im Bereich der Rehabilitation sind der Einfluss und die Richtung des medizinisch-technischen Fortschritts auf die Zahl der Fälle jedoch weniger klar. Durch die Zunahme minimalinvasiver Verfahren kann der Patient das Krankenhaus oft schon 24 Stunden nach einem Eingriff wieder verlassen. Auch Roboter halten zunehmend Einzug in die Medizin und erlauben präzise minimalinvasive Eingriffe. Einerseits werden dadurch Operationen, die früher Stunden dauerten und deren Narben wochenlang verheilen mussten, zu kleinen Eingriffen ohne lange Reha-Zeit. Andererseits führt die moderne Akutmedizin auch zu einem Mehrbedarf an Rehabilitation. Beispielsweise überleben Unfallopfer eher, und Menschen benötigen mehr Endoprothesen bei steigender Lebenserwartung.

Das Vergütungssystem im Krankenhaus kann schließlich ebenfalls Auswirkungen auf den Rehabilitations-Sektor haben. Das DRG-Fallpauschalensystem erhöht den Anreiz zur zügigen Entlassung der Patienten nach einer akut-stationären Behandlung. Insgesamt zeigten die bisherigen Ergebnisse der so genannten Redia-Studie (von Eiff et al. 2010, Kasten 2) nach Abschluss der Konvergenzphase der DRG-Einführung eine Steigerung des Behandlungsaufwandes in der Rehabilitation. Die Hypothese eines schnelleren Verlegungsmanagements durch die DRGs habe indessen nicht belegt werden können. Über alle Indikationen sei die Quote der

Direktverlegungen gesunken und die Übergangszeit gestiegen. Trotz einer leichten Verlängerung der Übergangszeiten würden die Patienten zu einem früheren Zeitpunkt nach der OP in die Rehabilitation aufgenommen.

4. Effekte der medizinischen Rehabilitation

4.1 Individuelle Effekte

Der Goldstandard zur Evaluation von Arzneimitteln oder medizinischen Maßnahmen stellt das randomisierte Experiment dar. Dabei wird eine Gruppe von Patienten nach einem Zufallsmechanismus auf eine Behandlungsgruppe, die der Maßnahme unterzogen wird, und eine Kontrollgruppe, die keine Maßnahme erhält, verteilt. Häufig jedoch ist eine Randomisierung – insbesondere aus ethischen Gründen – nicht möglich, und man bedient sich anderer statistischer Methoden, um künstlich eine passende Kontrollgruppe zu erzeugen. Missel et al. (2010) vergleichen z.B. den Zustand von Patienten vor und nach einer stationären Suchtrehabilitation zur Erhöhung der Abstinenzquote (Vorher-Nachher-Vergleich) und stellen positive Effekte fest. Eine Studie mit experimentellem Vergleichsstudiendesign stammt von Jäckel et al. (1990). Sie untersucht die Wirksamkeit der stationären Rehabilitation bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen mit dem Ergebnis, dass stationäre Rehabilitationsmaßnahmen bei chronischen Rückenschmerzen in der kurzen Frist zu einer signifikanten Verbesserung der Lebenssituation führen. Darüber hinaus gibt es verschiedene Studien, die positive Effekte einer Modifikation der Basisversorgung oder einer zusätzlichen Anwendung messen, zum Beispiel Grünig (2010) und Lungwitz et al. (2010). Schließlich schätzt Rische (2006) auf einer aggregierten Ebene durch die Gegenüberstellung von Nutzen und Kosten, dass sich die Rehabilitation bereits im vierten Monat amortisiert.

4.1.1 Methodik

Zur Identifikation kausaler Effekte ist grundsätzlich eine so genannte „kontrafaktische" Frage zu beantworten, nämlich „was wäre gewesen, wenn eine Maßnahme oder ein Eingriff nicht durchgeführt oder ein Medikament nicht verabreicht worden wäre?". Um Effekte statistisch messen zu können, setzt die Wissenschaft verschiedene Auswertungsdesigns ein. In der empirischen Evaluationsforschung geht es im Wesentlichen darum, nicht nur die tatsächliche, beobachtete Entwicklung von Patienten bzw. generell von Teilnehmern an einer Maßnahme zu erfassen, sondern auch deren *kontrafaktische Situation* durch geeignete Methoden abzubilden (Bauer et al. 2009). Im Kontext der medizinischen Rehabilitation beschreibt diese Situation, wie sich eine Patientengruppe ohne eine rehabilitative Intervention entwickelt hätte.

4. Effekte der medizinischen Rehabilitation

Grundsätzlich lässt sich ein und derselbe Personenkreis nur einmal beobachten: entweder mit oder ohne Behandlung. Für eine gegebene Behandlungsgruppe muss daher eine angemessene, künstliche Vergleichsgruppe („Kontrollgruppe") erzeugt werden, die keine medizinische Maßnahme erhält und die sich nicht systematisch von der Behandlungsgruppe unterscheidet. Idealerweise erzeugt man eine Behandlungsgruppe durch eine Randomisierung. D.h. Personen werden durch einen Zufallsmechanismus zufällig der Behandlungs- oder Kontrollgruppe zugeteilt.[20] Der Behandlungseffekt errechnet sich dann aus der Differenz zwischen der Veränderung der Erfolgsgrößen der Behandlungs- und der Kontrollgruppe. Haben sich die Erfolgsgrößen bei der Behandlungsgruppe statistisch signifikant besser entwickelt als bei der Kontrollgruppe, liegt eine abgesicherte Erkenntnis darüber vor, dass die untersuchte Maßnahme wirksam ist. Dabei gilt, dass sich eine Maßnahme stets gegenüber dem „Nichts-Tun" beweisen muss und nicht umgekehrt.

In der Praxis der Rehabilitationsforschung ist die Konstruktion einer kontrafaktischen Situation aus ethischen Gründen in vielen Fällen nicht möglich. Die Unterlassung mancher rehabilitativer Behandlungen kann für den Patienten Schmerz, Heilungsverschleppung, bleibende Schäden oder gar den Tod bedeuten. Tatsächlich führen nur wenige Studien ein randomisiertes Experiment zur Messung von Effekten von Rehabilitationsmaßnahmen durch. Davon wiederum messen die meisten Studien bei einem bestimmten Krankheitsbild, wie sich eine Modifikation der etablierten Basisversorgung, z.B. auch in Form einer zusätzlichen Anwendung für den Patienten, auf den Behandlungserfolg auswirkt.

Insgesamt überwiegen Vorher-Nachher-Vergleiche. Sie betrachten die zeitliche Veränderung von Zielgrößen bei behandelten Patienten. Solche Studien treffen implizit die Annahme, dass sich die Erfolgsgrößen ohne Behandlung nicht verändern würden. Für manche Rehabilitationsmaßnahmen kann diese Annahme begründet werden, wenn sich bei den Rehabilitationspatienten ohne die untersuchte Maßnahme weder eine Verbesserung noch eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes einstellen würde. Die Gültigkeit dieser Annahme muss von Krankheitsbild zu Krankheitsbild überprüft werden. Generell liefern Vorher-Nachher-Vergleiche erste Indizien hinsichtlich des Erfolges von untersuchten Maßnahmen. Im Folgenden werden ausgewählte Studien zur Messung der Wirksamkeit von Rehabilitationsmaßnahmen vorgestellt.

---

20 Diese Vorgehensweise ist z.B. aus Tests neuer Medikamente bekannt, bei denen die Kontrollgruppe ein Placebo erhält.

4.1.2 Missel et al. (2010)

Missel et al. (2010) untersuchen in einem Vorher-Nachher-Vergleich, ob die stationäre Suchtrehabilitation zu einer Erhöhung der Abstinenzquote führt. Sie betrachten dabei 10 983 Suchtpatienten aus 18 Fachkliniken für alkohol- und medikamentenabhängige Patienten des Jahres 2007. Für 6 461 Suchtpatienten (59%) liegt die Nachbefragung 1 Jahr nach der Behandlung vor. Während die Autoren in einem konservativen Szenario alle Nicht-Antworter als rückfällig werten, berücksichtigen sie in einem optimistischen Szenario nur Suchtpatienten, für die die 1-Jahres-Nachbefragung vorliegt. Ein Jahr nach dem stationären Reha-Aufenthalt waren 42% (konservative Berechnung) bzw. 72% (optimistische Berechnung) abstinent. Davon hatten 8% bzw. 13% einen oder mehrere Rückfälle, waren aber zum Befragungszeitpunkt mindestens 3 Monate abstinent.

Der Vorher-Nachher-Vergleich zeigt, dass die Entwöhnungsmaßnahmen erfolgreich waren. Implizit wird dabei angenommen, dass ohne Maßnahme, d.h. von alleine, kein Patient abstinent geworden wäre. Vor dem Hintergrund, dass in der Regel nur „schwere Fälle", die allein nicht abstinent wurden, eine stationäre Reha-Maßnahme aufsuchen, erscheint diese Annahme plausibel. Im Jahr nach dem stationären Reha-Aufenthalt nahmen jedoch 57% mindestens ein Mal an einer Selbsthilfegruppe und 27% an einem Nachsorgeberatungsgespräch teil. Es ist nicht auszuschließen, dass diese zusätzlichen Maßnahmen auch einen Teil des Erfolges erklären können.

4.1.3 Klein, Missel und Braukmann (1997)

Die Autoren untersuchen ähnlich wie Missel et al. (2010) den sozialmedizinischen Rehabilitationserfolg von 186 abhängigkeitskranken Patienten einer Fachklinik des Jahres 1990. Diese Patienten hatten im Vergleich zur gewöhnlichen Patientenstruktur von Fachkrankenhäusern für Suchtkranke aufgrund sozio-ökonomischer Merkmale und einer unterdurchschnittlichen Abhängigkeitsdauer vor der Behandlung eine deutlich günstigere Erfolgschance. Ein Jahr nach der Rehabilitation waren im konservativen Szenario 70% abstinent (inklusive 3,7% nach Rückfall). Nach 5 Jahren waren es 52%.

Zusätzlich betrachten sie für eine Teilstichprobe von 84 Rehabilitanden die Arbeitsunfähigkeitszeiten und die Krankenhausaufenthalten über einen Zeitraum von zwei Jahren vor und zwei bzw. fünf Jahren nach der Entwöhnungsbehandlung. Der Vorher-Nachher-Vergleich zeigt, dass sich in den zwei Jahren nach der stationären Behandlung die durchschnittliche Dauer von Arbeitsunfähigkeitszeiten und suchtbedingten Krankenhausaufenthalten in erheblichem Umfang reduzierten. Fünf

Jahre nach der Behandlung zeigte sich im Vergleich zum prästationären Zeitraum immer noch eine Reduktion der Arbeitsunfähigkeitsfälle: infolge suchtbedingter Erkrankungen um 83% und infolge allgemeiner Erkrankungen um 39%. Die Dauer der Arbeitsunfähigkeit nahm ferner im entsprechenden Vergleichszeitraum um 75% bei suchtbedingten und um 9% bei allgemeinen Erkrankungen ab. Die Anzahl der Krankenhausfälle reduzierte sich im Vor- und Nachbehandlungszeitraum um 63% bei suchtbedingten und um 4% bei allgemeinen Erkrankungen. Auch die Krankheitstage gingen im Vergleichszeitraum deutlich um 77% bei suchtbedingten Erkrankungen zurück, stiegen allerdings bei allgemeinen Erkrankungen um 76%. Die Autoren schlussfolgern daraus, dass einige Versicherte wegen schwerer Erkrankungen lange Krankenhausverweildauern benötigten.

Bei dem Vorher-Nachher-Vergleich nehmen Klein, Missel und Braukmann (1997) implizit an, dass ohne die Maßnahme kein Patient abstinent geworden wäre und dass die Arbeitsunfähigkeitszeiten sowie Krankenhausaufenthalte ohne Reha-Maßnahme konstant geblieben wären.[21] Schließlich ist denkbar, dass ein Teil des gemessenen Erfolgs auch der Nachsorge zugeschrieben werden kann.

4.1.4 Jäckel et al. (1990)

Eine deutsche Wirksamkeitsstudie mit experimentellem Vergleichsstudiendesigns stammt von Jäckel et al. (1990). Sie untersucht die Wirksamkeit der stationären Rehabilitation bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen. In der Rheumaklinik Bad Wurzach wurden Patienten, die auf der fünfmonatigen Warteliste standen, per Zufallsziehung in zwei gleich große Gruppen eingeteilt. Die Behandlungsgruppe wurde bereits nach vier Monaten in Form von Krankengymnastik, physikalischer Therapie, psychologischer Betreuung und Rückenschulung behandelt. Die anderen Patienten erfuhren die gleiche Behandlung hingegen erst nach sechs Monaten. Die Zielgrößen Mobilität, körperliche Aktivität, Aktivitäten im Alltag, Schmerz, Depressivität und Ängstlichkeit wurden vier und fünf Monate nach der Patientenaufnahme erhoben.

Während vor der Intervention keine signifikanten Gruppenunterschiede in den Erfolgsgrößen bestanden, konnte bei der Behandlungsgruppe eine signifikante Abnahme des Schmerzes, der Ängstlichkeit und der Depressivität festgestellt werden. Bei der Kontrollgruppe veränderten sich diese Größen nicht. Bei der Mobi-

21 Die Zahl suchtbedingter Krankenhausaufenthalte stieg gerade unmittelbar vor Aufnahme in die Rehaklinik deutlich an. Wenn es sich dabei um eine temporäre Erhöhung handelte, könnten die geschätzten Effekte zu hoch ausfallen. Umgekehrt könnten sie zu niedrig ausfallen, wenn die Zahl der Krankenhausfälle ohne Rehamaßnahme sogar weiter gestiegen wäre. Mangels Kontrollgruppe ist eine Entscheidung nicht möglich.

lität, körperlichen Aktivität und Aktivität im täglichen Leben verhielten sich die Gruppen genau entgegengesetzt: negative Veränderungen konnten nur in der Kontrollgruppe festgestellt werden. Zwar bilden Jäckel et al. (1990) nicht die Differenz der gruppenspezifischen Veränderungsraten, die als kausaler Kurzfristeffekt interpretiert werden könnte. Nichtsdestotrotz zeigt diese Studie, dass stationäre Rehabilitationsmaßnahmen bei chronischen Rückenschmerzen in der kurzen Frist zu einer signifikanten Verbesserung der Lebenssituation führen. Bezug nehmend auf diese Studie bemängeln Hüppe und Raspe (2005), dass in Deutschland jedoch noch kein Nachweis der langfristigen Nachhaltigkeit von stationären Maßnahmen erbracht wurde. Diese Aussage kann vor dem Hintergrund zahlreicher Vorher-Nachher-Vergleiche, die u.a. auch Langfristeffekte nachweisen, nicht ohne Weiteres aufrecht erhalten bleiben, auch wenn Vorher-Nachher-Vergleiche nicht dem experimentellen Goldstandard entsprechen.

4.1.5 Grünig (2010) und Lungwitz et al. (2010)

Repräsentativ für viele Evaluationsstudien in der Rehabilitationsforschung werden im Folgenden Grünig (2010) und Lungwitz et al. (2010) vorgestellt. Jeweils für eine bestimmte Indikation messen sie den Effekt einer Modifikation der Basisversorgung oder einer zusätzlichen Anwendung. Grünig (2010) befasst sich mit Studien, die die Behandlung von pulmonaler Hypertonie (PH) zum Gegenstand haben. Sie beschäftigen sich mit dem ergänzenden Effekt von körperlichem und mentalem Training bei schwerer PH. Es wurde versucht, eine an Therapiezielen orientierte Rehabilitation zu entwickeln, bei der die Zielparameter vor und nach drei Wochen stationärer Rehabilitation sowie 15 Wochen nach Fortführung des Programms zu Hause untersucht wurden.

In der ersten von Grünig herangezogenen prospektiven, kontrollierten Studie (Mereles et al. 2006, Klein et al. 2008) wurden 30 Patienten mit medikamentös stabil eingestellter PH in zwei Gruppen randomisiert. Die erste Gruppe (n=15) nahm an einer Rehabilitation ohne körperliches Training teil, die zweite (n=15) erhielt eine spezifische Atem- und Bewegungstherapie, die zu Hause fortgeführt wurde. In einer weiteren prospektiven Studie wurde bei 58 PH-Patienten, die das Training kontinuierlich fortführten, der klinische Verlauf der Erkrankung über 24±12 Monate analysiert. Die letzte Studie analysierte bei 249 Patienten die Sicherheit und Effizienz der Rehabilitation.

Die Ergebnisse hinsichtlich der Wirkung der Rehabilitation waren jeweils positiv. Alle drei Studien ergaben eine signifikante Verbesserung der 6-Minuten-Gehstrecke, der Lebensqualität, der Sauerstoffaufnahme, der WHO-Klasse und der körperlichen Belastbarkeit nach 15 Wochen Training. Die Überlebensrate nach ein und

zwei Jahren war mit 100% bzw. 95% deutlich besser als die der Kontrollgruppe. Grünig schließt daraus, dass kombiniertes körperliches und mentales Training als Ergänzung der medikamentösen Therapie die körperliche Belastbarkeit und die Lebensqualität verbessern könne (Galiè 2009a und b).

Lungwitz et al. (2010) untersuchen, ob sich ein Gewinn an Lebensqualität und Fatigue-Reduktion nach individueller Bewegungsintervention während einer onkologischen Therapie erzielen lässt. Ausgangspunkt ist dabei der Umstand, dass in der kurativen und palliativen Versorgung von Krebspatienten die Chemotherapie zu den wesentlichen therapeutischen Möglichkeiten zählt, aber häufig ein spezifisches Erschöpfungssyndrom (Fatigue) hervorruft und die Lebensqualität beeinträchtigt. Die Studie untersucht die Effekte eines individuellen, heimbasierten sportmedizinischen Interventionsansatzes auf Leistungsfähigkeit, Fatigue und Lebensqualität in der Akuttherapiephase onkologischer Krankheitsbilder. Es wurden 39 Krebspatienten im Alter von 32 bis 77 Jahren mit histologisch gesichertem Malignom untersucht. Im Rahmen von Einzelberatungsgesprächen wurden für sie individualisierte Bewegungspläne zur eigenverantwortlichen Trainingsdurchführung erarbeitet und Strategien zur Steigerung körperlicher Aktivität im Alltag entwickelt. Folgetermine wurden mit dem Ziel einer kontinuierlichen Diagnostik, Betreuung und sportmedizinischen Beobachtung vereinbart.

Die gemessenen Resultate der körperlichen Fitness der Patienten ergaben Hinweise auf eine Veränderung der maximalen Sauerstoffaufnahme über die ersten vier bis sechs Wochen, die sich nach 16 bis 20 Wochen in einer signifikanten Verbesserung um durchschnittlich 10% zeigten. Ferner zeigte sich eine Zunahme der Lebensqualität um durchschnittlich 8% nach vier bis sechs Wochen sowie eine signifikante Verbesserung um 32% nach 16 bis 20 Wochen. Weiterhin berichteten die Patienten über eine um 17% nachlassende Fatigue-Symptomatik nach vier bis sechs Wochen und eine Reduktion um 35% bei der Abschlussuntersuchung. Lungwitz et al. folgern daraus, dass die beobachteten Veränderungen wichtiger Outcome-Parameter die Wirksamkeit des gewählten Interventionsansatzes und die Relevanz körperlicher Aktivität bereits in einer frühen Behandlungsphase belegen. Die dadurch gewonnene Erkenntnis zur sportlichen Selbstwirksamkeit könne Grundlage der weiterführenden Bewegungstherapie im Rehabilitationsbereich sein und mittel- bis langfristig positive Effekte auf die gesundheitsbezogene Leistungsfähigkeit bewirken.

4.1.6 Rische (2006)

Während sich fast alle Studien mit der Wirksamkeit von Maßnahmen beschäftigen, stellt sich darüber hinaus die Frage nach ihrem Kosten-Nutzen-Verhältnis. Ein Ansatz dazu ist das Amortisationsmodell von Rische (2006). Er betrachtet Rehabilitanden des Jahres 1997, deren Behandlung von der DRV finanziert wurde, in Bezug auf ihren sozialmedizinischen Status im Jahr 2002. Während 2002 61% der Rehabilitanden im Erwerbsleben verblieben, bezahlte die DRV für 22% der Rehabilitanden eine Erwerbsminderungsrente, waren 15% Pensionsempfänger und 2% aus dem Erwerbsleben heraus verstorben.

Zur Bestimmung der Wirtschaftlichkeit nimmt Rische (2006) auf Hansmeier (1997) Bezug, der zeigt, dass 40% der DRV-Rehabilitanden 1997 unmittelbar von Frühberentung bedroht waren. Unter den Annahmen, dass erstens jene Personen ohne jede rehabilitative Behandlung tatsächlich auch frühberentet worden wären und zweitens der durchschnittliche sozialmedizinische 5-Jahresverlauf der Gesamtheit aller Rehabilitanden von 1997 auf diese Teilgruppe der von der Frühberentung unmittelbar Bedrohten übertragbar ist, bewirkte die Rehabilitation bei 18% aller Rehabilitanden den Verbleib im Erwerbsleben innerhalb der fünf Jahre. Andernfalls wären bei diesen 18% Personen sowohl Erwerbsminderungsrenten fällig geworden als auch Beitragseinnahmen ausgefallen.

Die monatlichen Beitragsleistungen und gesparten Rentenzahlungen ergeben den direkten Nutzen der Rehabilitation für die Rentenversicherung. Die durchschnittlichen Kosten einer Rehabilitationsmaßnahme setzt Rische (2006) bei 3 500 € an. Die Gegenüberstellung von Nutzen und Kosten zeigt, dass sich die Rehabilitation bereits im vierten Monat amortisiert. Zwar sind die Annahmen zur Ableitung dieser Aussagen sehr stark, sie geben aber einen ersten Hinweis auf das Kosten-Nutzen-Verhältnis von durch die DRV finanzierten Maßnahmen.

4.1.7 Schleswig-Holstein-Studie „Geriatrische Rehabilitation“

Die Wirksamkeit von geriatrischen Maßnahmen im Bereich der GKV wird in der Studie Projekt Geriatrie des Landes Schleswig-Holstein (Rüschmann u.a. 1995) wissenschaftlich aufgezeigt. Der überwiegende Anteil der untersuchten Patienten kam aus der eigenen häuslichen Umgebung zur stationären Rehabilitation. Nach geriatrischer Behandlung konnten etwa 70% der Patienten wieder dorthin zurückkehren. In der nicht-geriatrisch versorgten Vergleichsgruppe schafften dies nur 50% der Patienten. Die Vergleichsgruppe bestand aus Patienten, die in einer herkömmlichen Akutabteilung eines Krankenhauses behandelt wurden und von dort in eine geriatrische Abteilung hätten verlegt werden sollen, wenn

es eine solche gegeben hätte. Patienten der Vergleichsgruppe waren allerdings tendenziell älter und unterschieden sich auch hinsichtlich der Diagnosestruktur von den geriatrisch versorgten Patienten. Nach 15 Monaten wurden die Patienten in einer Nachbeobachtung nochmals untersucht. Dabei wurde ein vergleichbar gutes Ergebnis festgestellt. Durch Einsparungen in der Nachversorgung konnten die geriatrisch behandelten Patienten darüber hinaus kostengünstiger behandelt werden als die Vergleichsgruppe.

4.2 Volkswirtschaftliche Effekte

Die Messung volkswirtschaftlicher Effekte gestaltet sich naturgemäß schwieriger als die Messung von Effekten auf der Individualebene. Auch gilt es, verschiedene Arten von Nutzen zu bewerten. Nutzen sind z.B. die Reduktion von Arbeitsunfähigkeitstagen, die Verlängerung der Berufsfähigkeit, weniger Arztbesuche, weniger Pflegebedarf oder Teilhabe am sozialen bzw. beruflichen Leben. Eine vollständige Analyse und Darstellung ist aufgrund der sehr komplexen Zusammenhänge, Effekte und Wirkungsmechanismen nicht möglich. Stattdessen können für ausgewählte Rehabilitationsmaßnahmen einzelne volkswirtschaftliche Aspekte betrachtet und auf der Grundlage von makroökonomischen Modellen verschiedene Szenarien berechnet werden. Auf Basis des sozialmedizinischen Verlaufs zwischen 1997 bis 2002 (Rische 2006) belaufen sich der gesamte Nutzen für die DRV auf schätzungsweise 4,4 Mrd. € und die Kosten auf 2,7 Mrd. €. Prognos (2009) untersucht die Effekte auf das Bruttoinlandsprodukt und die Sozialversicherungen von fünf wichtigen Indikationen der DRV: Kardiologie, Pneumologie, Orthopädie (Rückenschmerzen), Psychosomatik und Sucht. In einem mittleren Szenario, das einen realistischen Bedeutungszuwachs der medizinischen Rehabilitation bis 2025 annimmt, wird für das Jahr 2005 ein volkswirtschaftlicher Nettoeffekt von 5,8 Mrd. € (0,3% des BIP) bei 1,1 Mrd. € Gesamtkosten für die Rehabilitation errechnet. Somit besteht bereits im Jahr 2005 ein Verhältnis von 1:5 zwischen Mitteleinsatz und volkswirtschaftlichem Nettoeffekt. Bis 2025 ließe sich dieser Effekt sogar auf 23,2 Mrd. € (0,7% des BIP) steigern.

Die Messung volkswirtschaftlicher Effekte gestaltet sich naturgemäß schwieriger als die Messung von Effekten auf der Individualebene. Auf der Basis von Wirksamkeitsstudien müssen Hochrechnungen auf die volkswirtschaftliche Ebene vorgenommen werden. Dabei können auch Wirkungen auf andere Branchen sowie Rückkopplungen auftreten, die eine Gesamtbewertung erschweren. Außerdem gilt es, verschiedene Arten von Nutzen den Kosten gegenüber zu stellen. Nutzen sind z.B. die Reduktion von Arbeitsunfähigkeitstagen, die Verlängerung der Berufsfähigkeit, weniger Arztbesuche, weniger Pflegebedarf oder Teilhabe am sozialen Leben. Im Fall von über Steuern oder Sozialabgaben finanzierten Leis-

tungen müsste im Idealfall schließlich eine Kosten-Nutzen-Analyse für alternative Verwendungen dieser Mittel erstellt werden, um eine optimale Allokation der knappen Mittel ableiten zu können.

Eine solche allumfassende Untersuchung ist mangels Kenntnis aller einzelnen Zusammenhänge nicht möglich. Stattdessen können für ausgewählte Rehabilitationsmaßnahmen einzelne volkswirtschaftliche Aspekte betrachtet und auf der Grundlage von volkswirtschaftlichen Modellen verschiedene Szenarien durchgespielt werden. Im Folgenden sollen eine Hochrechnung aus dem oben schon diskutierten sozialmedizinischen Verlauf im Bereich der DRV (Rische 2006), eine Szenarioanalyse von Prognos (Prognos 2009) und eine Szenarioanalyse zur geriatrischen Rehabilitation von Borges und Zimolong (2010) vorgestellt werden. Die Studien verdeutlichen das volkswirtschaftliche Potenzial der Rehabilitation, die dafür sorgen kann, dass andere soziale Sicherungssysteme entlastet werden.

Auf Basis der unter 4.1.7 geführten Diskussion des sozialmedizinischen Verlaufs über fünf Jahre konnte offenbar bei 18% von rund 466 000 Rehabilitanden der DRV des Jahres 1997 eine Erwerbsminderung vermieden werden, d.h. bei rund 85 000 Personen (Rische 2006). Insgesamt zahlten diese Personen 1,9 Mrd. € an Rentenbeiträgen, außerdem konnten 2,5 Mrd. € an Frührentenzahlungen eingespart werden. Der gesamte Ertrag der Rentenversicherung belief sich somit auf 4,4 Mrd. €. Dem standen Kosten der medizinischen Rehabilitation zzgl. Folgeleistungen in Höhe von 2,7 Mrd. € gegenüber. Unter den gemachten Annahmen haben sich aus Sicht der DRV die Ausgaben für die Rehabilitation damit gelohnt.

Prognos (2009) untersucht die Effekte auf das Bruttoinlandsprodukt (BIP) und die Sozialversicherungen von fünf wichtigen Reha-Indikationen der DRV: Kardiologie, Pneumologie, Orthopädie (Rückenschmerzen), Psychosomatik und Sucht. Untersucht wurden stationäre und ambulante Reha-Maßnahmen (inkl. AHB/AR-Verfahren). Diese umfassten 2005 365.000 Reha-Patienten, was etwa 45% aller DRV-Fälle entsprach. Bis 2020 wird ein Anstieg dieser Zahl um 9,6% auf 400 000 erwartet.

Bei der Abschätzung des volkswirtschaftlichen Beitrags dieser ausgewählten Rehabilitationsmaßnahmen unterscheidet Prognos drei Szenarien hinsichtlich der künftigen Wirksamkeit und Inanspruchnahme von medizinischer Rehabilitation. Die Einschätzung der Inanspruchnahme basiert auf Interviews mit Fachexperten während sich die Wirksamkeitsschätzungen auf Meta-Analysen, Reviews und prominente Einzelstudien stützen. Diese Daten münden in ein Reha-Nutzen-Modell. Die drei Szenarien sind:

5. Fazit

1. Es gibt nur demografische Effekte.
2. Die demografischen Effekte werden ergänzt durch einen maßvollen Bedeutungszuwachs der Rehabilitation.
3. Die demografischen Effekte werden ergänzt durch einen starken Bedeutungszuwachs der Rehabilitation.

Auf dieser Basis nimmt Prognos eine Schätzung der Effekte auf das BIP und die Einnahme- und Ausgaben-Seite der Sozialversicherungen vor. Ziel und Untersuchungsgegenstand ist dabei die Abschätzung des künftigen Beitrags der Rehabilitation bei schrumpfender und alternder Bevölkerung und bei gleichzeitiger Erhöhung des Renteneintrittsalters. Eine entscheidende Rolle spielen die durch eine Rehabilitationsbehandlung gesparten Arbeitsunfähigkeitstage und die dadurch gewonnenen Berufstätigkeitsjahre.

Das Ergebnis ist schon für das mittlere Szenario, das von Prognos selbst als „realistisches" bezeichnet wird, ausgesprochen positiv. Für das Jahr 2005 wird ein Nettoeffekt von 5,8 Mrd. € (inkl. Kosten durch Arbeitsausfall während der Rehabilitation) errechnet (+0,3% des BIP). Für 2025 wird im Szenario 2 ein Nettoeffekt von 23,2 Mrd. € (inkl. Kosten durch Arbeitsausfall während der Rehabilitation) konstatiert (+0,7% des BIP). Für die Rentenversicherung ergäbe dies 2005 eine positive Rendite von 0,3 Mrd. € und 2025 von 3,8 Mrd. €.[22] Zur Beurteilung der überaus positiven Einschätzung der möglichen Effekte der Rehabilitation durch Prognos (2009) sind vor allem die Annahmen hinsichtlich des unterstellten künftigen Fachkräftemangels zu würdigen: „Durch die medizinische Rehabilitation bleiben der Volkswirtschaft jährlich über 150 000 Arbeitskräfte erhalten, die ohne die Maßnahmen aus dem Arbeitsleben (frühzeitig) ausscheiden würden."

Aufgrund der positiven Ergebnisse fordert Prognos eine Stärkung der medizinischen Rehabilitation durch Verbesserungen ihrer Akzeptanz. Hierzu erforderlich sind eine Erhöhung des Nachweises der Wirksamkeit durch kontrollierte Studien, die Umsetzung erfolgreicher Modelle, die Kommunikation der Qualitätsentwicklung und die Intensivierung des Dialoges zwischen allen Beteiligten. Ferner sollten die Rahmenbedingungen verbessert werden durch die Aufhebung der zeitlichen Limitierung von Reha-Leistungen, stärkere Flexibilisierung von Reha-Maßnahmen, bedarfsgerechte Anpassung der Reha-Ausgaben und Gleichstellung der Rehabilitation im Verhältnis zur Krankenbehandlung. Schließlich sollte die Vernetzung der Rehabilitation ausgebaut werden durch eine konsequente Umsetzung des SGB IX, den Ausbau des betrieblichen Gesundheitsmanagements, Aus-

22 *Zu ähnlichen Ergebnisse kommen Zielke et al. (2004).*

bau trägerübergreifender Servicestellen und intersektoraler Komplexleistungen, die Intensivierung der aufsuchenden Rehabilitation sowie eine Verbesserung der Datenlage.

Bezogen auf die geriatrische Rehabilitation hat die Gebera im Weißbuch Geriatrie (2010) die Wirtschaftlichkeitseffekte der geriatrischen Rehabilitation hinsichtlich der angrenzenden Sektoren, insbesondere der Pflegeversicherung untersucht. Die Gutachter kommen zu dem Schluss, dass durch eine fachspezifische und bedarfsgerechte Rehabilitation älterer Menschen Pflegebedürftigkeit verhindert bzw. zumindest vermindert werden kann und somit Wirtschaftlichkeitspotenziale für die Gesellschaft geschöpft werden können.

Im Rahmen verschiedener Szenarien werden dazu die Kosten für Rehabilitationsleistungen mit den finanziellen Aufwendungen der Pflegeversicherung verglichen. Ein Ansatz bezieht sich auf die Verhinderung der Pflegebedürftigkeit bei 10 % der im Jahr 2007 in der stationären Geriatrie behandelten Patienten und auf eine dabei erreichte Minderung der Pflegebedürftigkeit um eine Pflegestufe bei weiteren 10% der Patienten für den Zeitraum von einem Jahr. Unter dieser Annahme ergibt sich eine rechnerische Einsparung der Pflegekosten von rund 455 Mill. € für diesen Zeitraum. Dem stehen durchschnittliche einmalige Ausgaben von rund 293 Mill. € für die stationäre geriatrische Behandlung dieser Patienten gegenüber. Daraus ergibt sich ein rechnerisches Einsparpotenzial von rund 162 Mill. € innerhalb eines Jahres bei der betrachteten Patientengruppe.

5. Fazit

Die medizinische Rehabilitation stellt eine wichtige Säule unseres Gesundheitswesens dar. Dies wird schon daraus ersichtlich, dass medizinische Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen in Deutschland fast 120.000 Mitarbeiter beschäftigen, jährlich über 2 Mill. Patienten versorgen und ein Umsatzvolumen von rund 8 Mrd. € besitzen. Vor allem aufgrund der demografischen Entwicklung, der Zunahme der Anschlussrehabilitation nach einem Krankenhausaufenthalt, der längeren Lebensarbeitszeit sowie einer sich abzeichnenden Verknappung von Fachkräften in den kommenden Jahren und Jahrzehnten wird die Bedeutung der medizinischen Rehabilitation noch weiter zunehmen. Die Herausforderungen im Bereich der Pflegeversicherung kommen hinzu. Ein Nachfragewachstum bis 2020 von bis zu 11% der Fälle erscheint möglich, was zu einer Erhöhung des Personalbedarfs um fast 8 000 Vollzeitkräfte führen kann.

5. Fazit

Die medizinische Rehabilitation in Deutschland ist gekennzeichnet durch eine zunehmende Individualisierung und Flexibilisierung der Behandlung mit verschiedenen konzeptionellen Ansätzen. Hierzu gehören vor allem die Einführung der ambulanten Rehabilitation als eigenständige Versorgungsform, die Kombination von stationären und ambulanten Reha-Phasen, die Erarbeitung zielgruppenspezifischer Konzepte (z.B. nach Geschlecht, Alter oder Muttersprache) in der stationären Rehabilitation sowie der Ausbau der Anschlussrehabilitation, die unmittelbar an einen Krankenhausaufenthalt anschließt und die nahtlose Versorgung von meist operierten Patienten sicherstellt. In den vergangenen Jahren haben insbesondere die Indikationsbereiche der Orthopädie, Geriatrie, psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, Onkologie und Neurologie deutlich an Bedeutung gewonnen.

Ein Bedeutungszuwachs der medizinischen Rehabilitation ist des Weiteren auch bei einer verstärkten Berücksichtigung des Grundsatzes „Reha vor Pflege“ zu erwarten. Hier ist der Gesetzgeber gefordert, die Schnittstelle zwischen GKV und sozialer Pflegeversicherung derart zu gestalten, dass die Vermeidung und Verzögerung von Pflegebedürftigkeit durch medizinische Rehabilitation sich für alle beteiligten Kostenträger auch wirtschaftlich lohnt. Denkbar wäre es, dass die Pflegeversicherung auch Rehabilitationsträger wird. Zumindest aber sollte ein finanzieller Ausgleich zwischen Pflege- und Krankenversicherung eingeführt werden, der den Krankenkassen ihre Aufwendungen für Reha-Leistungen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit zurück erstattet.

Generell gilt, dass die Vernetzung zwischen der medizinischen Rehabilitation und anderen Gesundheitssektoren sowie mit Betrieben oder den Agenturen für Arbeit gemäß den Prinzipien der Frühintervention, Nahtlosigkeit und Nachhaltigkeit noch weiter ausbaufähig ist. Dies könnte durch den Ausbau eines sektorenübergreifenden Case-Managements bzw. integrierte Versorgungskonzepte erreicht werden. Neben dem Gesetzgeber, der einen entsprechenden gesetzlichen Rahmen schaffen muss, sind hier auch die Leistungsträger und Leistungserbringer gefordert, entsprechende Konzepte zu entwickeln und neu zu schaffende Spielräume zu nutzen. Aufgrund des zu erwartenden Fachkräftemangels in der Arbeitswelt dürfte es ferner zukünftig zu einer engeren Zusammenarbeit zwischen Rehabilitationseinrichtungen und den Betrieben kommen.

Die wirtschaftliche Lage der medizinischen Rehabilitationseinrichtungen ist als schwierig zu bezeichnen. 28% der Rehabilitationskliniken wiesen 2008 eine erhöhte Insolvenzwahrscheinlichkeit auf. Ihre Lage fällt damit schlechter aus als die der Krankenhäuser oder Pflegeheime. Gründe hierfür können darin liegen,

dass die Vergütungsanpassungen im Vergleich zu Kostensteigerungen (generelle Preis- und Lohnkostenentwicklung) in den vergangenen Jahren geringer ausfielen. Im Bereich der GKV stiegen die Vergütungssätze sogar weniger stark als die Grundlohnrate. Diese Entwicklung konnte auch durch eine Zunahme der Auslastung der Rehabilitationseinrichtungen zwischen 2007 und 2009 nicht ausreichend kompensiert werden. Die angespannte finanzielle Situation des gesamten Rehabilitationssystems dürfte sich angesichts dessen weiter zuspitzen.

Vor dem Hintergrund eines sich abzeichnenden Fachkräftemangels im Gesundheitswesen ist es erforderlich, neben der Behandlungsqualität auch attraktive Arbeitsplätze und entsprechend gute Arbeitsbedingungen vorzuhalten, um gegenüber anderen Bereichen des Gesundheitswesens konkurrenzfähig zu bleiben. Analog zum Krankenhausbereich wäre auch für den Bereich der medizinischen Rehabilitation dem Gesetzgeber anzuraten, die Grundlohnratenbindung in der GKV durch den für Krankenhäuser 2010 zu entwickelnden Orientierungswert zu ersetzen. Zudem ist die Umsetzung der im Koalitionsvertrag der Schwarz-Gelben Bundesregierung von 2009 (Koalitionsvertrag 2009) enthaltenden Schiedsstelle für den Bereich der Rehabilitation zu empfehlen.

Bereits frühzeitig wurde in der medizinischen Rehabilitation ein Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung eingeführt. Im Bereich der GKV befindet sich dieses im Überarbeitungsstadium. Die dazu nötigen umfangreichen Instrumentarien beinhalten Erhebungen zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Auf dieser Basis werden indikationsbezogen Reha-Einrichtungen miteinander verglichen. Die DRV stellt den Einrichtungen außerdem regelmäßig qualitätsrelevante Informationen zur Verfügung. Darüber hinaus hat der Gesetzgeber alle stationären Rehabilitationseinrichtungen dazu verpflichtet, ein internes Qualitätsmanagement vorzuhalten und sie einer Zertifizierungspflicht unterworfen.[23] Hinsichtlich der Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation ist von Bedeutung, dass neben den starken Preiswettbewerb zwischen den Reha-Einrichtungen ein „qualitätsorientierter Wettbewerb“ tritt, der im Preis-Leistungs-Verhältnis die Qualität der Leistungen stärker berücksichtigt.

Über die Instrumente der Qualitätssicherung hinaus gibt es in verschiedenen Indikationsbereichen Studien zur Evaluation der Wirksamkeit von Rehabilitationsleistungen. Viele dieser Studien basieren auf so genannten Vorher-Nachher-Vergleichen, manche auf randomisierten Experimenten. Die hier untersuchten Studien weisen positive Effekte der Rehabilitationsleistungen nach. Zur Etablie-

23 Entsprechende Zertifizierungsverfahren müssen Kriterien erfüllen, welche von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation entwickelt und überprüft werden.

rung eines qualitätsorientierten Wettbewerbs ist es zu empfehlen, weitere Evaluationsstudien durchzuführen, insbesondere zum Nachweis langfristiger Effekte von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen, wie beispielsweise im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen. Ferner ist zu prüfen, ob zu ausgewählten Forschungsfragen randomisierte Studien durchgeführt werden können und, wo dies nicht praktiziert werden kann, ggf. auch auf „künstliche", durch statistische Verfahren erzeugte Kontrollgruppen zurückgegriffen wird.[24]

Verschiedene Berechnungen zeigen, dass sich die medizinische Rehabilitation für die gesamte Volkswirtschaft lohnt. Aus Sicht der Rentenversicherung können mit Hilfe der Rehabilitation Frühverrentungen vermieden und Beitragszahlungen von Versicherten erhalten werden. Aus Sicht der Krankenversicherung werden direkte Krankheitskosten (z.B. Krankenhausaufenthalte bzw. erneute Aufnahmen im Sinne eines „Drehtüreffektes) und vor allem indirekte Krankheitskosten (z.B. Arbeitsunfähigkeitszeiten) reduziert. Aus Sicht der Pflegeversicherung können Pflegebedarf und damit Pflegekosten vermieden bzw. gemindert werden. Aus Sicht der Arbeitgeber schließlich verbleiben Arbeitskräfte länger im Berufsleben. Unter diesen Gesichtspunkten handelt es sich bei der medizinischen Rehabilitation – ähnlich wie bei der Bildung – um eine Investition in Humankapital, das in Deutschland immer wichtiger wird, um die sozialen Sicherungssysteme und die Infrastruktur finanzierbar zu halten.

Hinsichtlich der Datenlage zur medizinischen Rehabilitation in Deutschland besteht Verbesserungsbedarf. Insbesondere sollten amtliche Statistiken zwischen medizinischer Rehabilitation und Vorsorgeleistungen differenzieren, einen stärkeren Indikationenbezug aufweisen und Rückschlüsse auf die Entwicklung der einzelnen Rehabilitationsbereiche (ambulant, stationär, AHB u.a.) erlauben. Entsprechende Datenerhebungen liegen zwar bei einzelnen Leistungsträgern bereits vor, sind jedoch noch nicht genereller Standard.

Bei allen Problemen, die medizinische Rehabilitation und ihre Effekte im Detail statistisch darzustellen, deuten zumindest die hier zitierten Studien auf positive Effekte hin. Auf volkswirtschaftlicher Ebene dürfte die medizinische Rehabilitation ebenfalls ein positives Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweisen. Vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen Herausforderungen kann daher die medizinische Rehabilitation nach dem derzeitigen Stand als eine Investition in die Zukunft angesehen werden.

---

24 Insbesondere sollten die DRV-Patientendaten um Daten von Nicht-Patienten erweitert werden, um dadurch Vergleichsgruppen bilden zu können.

Literaturverzeichnis

AOK-Bundesverband (Hrsg.) (2007), *Krankheitsartenstatistik*. Berlin.

Augurzky, B., S. Krolop, B., M. Lemm, H. Schmidt, H. Schmitz und Ch. Schwierz (2009a), Reha Rating Report 2009 – Trügerische Erholung? RWI Materialien 50. Essen.

Augurzky, B., S. Krolop, B., R. Mennicken, A. R. Reichert, H. Schmidt, H. Schmitz und S. Terkatz (2009b), Pflegeheim Rating Report 2009 - Konsolidierung voraus! RWI Materialien 54. Essen.

Augurzky, B., R. Gülker, S. Krolop, B., Ch.M. Schmidt, H. Schmidt, H. Schmitz und S. Terkatz (2010), Krankenhaus Rating Report 2010 – Licht und Schatten. RWI Materialien 59. Essen.

BAR – Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2008), ICF - Praxisleitfaden 2, Trägerübergreifende Informationen und Anregungen für die praktische Nutzung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen. Internet: www.bar-frankfurt.de/upload/ICF2.72dpi_421.pdf, Download vom 20.7.2010.

BAR – Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2009), Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 20 Abs. 2a SGB IX. Internet: www.bar-frankfurt.de/upload/Vereinbarung_Korrektur_(2)_1401.pdf, Download vom 20.7.2010.

Bauer, Th.K., M. Fertig und Ch.M. Schmidt (2009), Empirische Wirtschaftsforschung – Eine Einführung. Berlin et al.: Springer.

Blumenthal, W. und K.-A. Jochheim (2009), Entstehen und Entwicklung der Rehabilitation in Deutschland. In W. Blumenthal und F. Schliehe (Hrsg.), *Teilhabe als Ziel der Rehabilitation*: 100 Jahre Zusammenwirken in der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation e.V. Festschrift zum 100-jährigen Jubiläum der DVfR. Heidelberg, 11ff.

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2010), Sonderauswertung des BMG für das RWI auf Basis der Statistiken KG5 und KJ1. Berlin.

Borges, P. und A. Zimolong (2009), *Gutachten zur aktuellen und perspektivischen Situation der Einrichtungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation* – Aktualisierung 2009. GEBERA – Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Beratung mbH, Düsseldorf.

Literatur

Borges, P. und A. Zimolong (2010), *Gutachten zur aktuellen und perspektivischen Situation der Einrichtungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation* – Neuauflage 2010. GEBERA – Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Beratung mbH, Düsseldorf.

Bredl, C. (2005), Entwicklung der medizinischen Rehabilitation in der GKV – Bilanz und Ausblick. Statement des Leiters der VdAK/AEV-Landesvertretung Bayern, Christian Bredl, anlässlich des 2. Deutschen Reha-Tages in der Fachklinik Furth im Wald, am 24.09.05. internet: www.vdek.com/LVen/BAY/Standpunkte/Medizinische_Rehabilitation_in_der_GKV/index.htm, Download vom 23.9.2010.

Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) (2008), *Arbeitsmarkt in Zahlen.* Arbeitslose nach Gemeinden. Nürnberg.

Bundesregierung (2010), Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland – Altersbilder in der Gesellschaft. Unterrichtung durch die Bundesregierung und Stellungnahme der Bundesregierung. BT-Drucksache 17/3815. Deutscher Bundestag, Berlin.

Bundesverband Geriatrie e.V. (Hrsg.) (2010), *Weißbuch Geriatrie.* Die Versorgung geriatrischer Patienten: Strukturen und Bedarf- Status Quo und Weiterentwicklung. Eine Analyse durch die GEBERA – Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Beratung mbH, Stuttgart. 1. Auflage. Berlin.

Diakonie Bundesverband (Hrsg.) (2008), Mobile Rehabilitation. Ein neues Konzept der Teilhabesicherung. Diakonie Texte | Handreichung 14.2008. Stuttgart.

DRV - Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2009), Rehabilitation 2008. Statistik der Deutschen Rentenversicherung 174. Berlin.

DRV - Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2010a), Rehabilitation 2009. Statistik der Deutschen Rentenversicherung 179. Berlin. Internet: www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/89948/publica tionFile/19258/statistikband_reha_2009_pdf.pdf, Download vom 30.1.2011.

DRV - Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2010b), Rentenversicherung in Zeitreihen. DRV-Schriften 22. Berlin. Internet: www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/29974/publicationFile/19039/rv_in_zeitreihen_pdf.pdf, download vom 30.1.2011.

Eiff, W. von, C. Niehues, S. Schüring, B. Greitemann und M. Karoff (2010), REDIA-Studie: Auswirkungen der DRG Einführung auf die Rehabilitation – Ergebnisse einer Langzeitstudie. In R. Buschmann-Steinhage et al. (Hrsg.), 19. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Qualität in der Rehabilitation – Management, Praxis, Forschung – vom 8. bis 10. März 2010 in Leipzig. Berlin, 183–185.

Enge, M., A. Koch, T. Müller und T. Vorländer (2010), Einführung von Qualitätsmanagement in der medizinischen Rehabilitation – aktuelle Herausforderungen für die Einrichtungen. *Die Rehabilitation* 49 (6): 383–292.

FDZ – Forschungsdatenzentrum der Statistischen Landesämter (2008), Nutzung von Mikrodaten der Krankenhausstatistik im Rahmen der kontrollierten Datenfernverarbeitung, Projektnummer: 595–2007.

Galiè et al. (2009a), Guidelines for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension. *European Respiratory Journal* 34: 1219–1263.

Galiè et al. (2009b), Guidelines for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Pulmonary Hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Respiratory Society (ERS), endorsed by the International Society of Heart and Lung Transplantation (ISHLT). *European Heart Journal* 39 (20): 2493–2537.

Grünig E. (2010), Stationäre Rehabilitation bei pulmonaler Hypertonie – ein innovatives Therapiekonzept. Internet: www.rehakongress.de/fileadmin/dateien/pdf/beitraege2010/gruenig_prof_dr_med_ekkehard.pdf, Download vom 24.11.2010.

GVG – Gesellschaft für Versicherungswirtschaft und -gestaltung (Hrsg.) (2010), Die medizinische Rehabilitation – Ein Überblick. GVG Schriftenreihe 66. Köln.

Heine, W. (2009), Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Rehabilitation – Entwicklungen der letzten Jahre, aktuelle Situation und Ausblick auf künftige Trends. In DEGEMED (Hrsg.), Reha wirkt! Tagungsband zur Fachtagung. Qualitätsmanagement und Patientenerwartungen in der medizinischen Rehabilitation am 22. Januar 2009 in der Habichtswald-Klinik Kassel-Bad Wilhelmshöhe. Berlin.

Hansmeier, Th. (1997), Kosten-Nutzen-Bewertung der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung und die Auswirkungen des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes (BFG). *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 1997 (30): 450–455.

Hendrich, Y. (2009), Die Rolle der DVfR in der Entwicklung der Rehabilitation. In W. Blumenthal und F. Schliehe (Hrsg.), *Teilhabe als Ziel der Rehabilitation*: 100 Jahre Zusammenwirken in der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation e.V.; Festschrift zum 100-jährigen Jubiläum der DVfR. Hrsg. Heidelberg, 31ff.

Hüppe, A, und H. Raspe (2005), Zur Wirksamkeit von stationärer medizinischer Rehabilitation in Deutschland bei chronischen Rückenschmerzen: Aktualisierung und methodenkritische Diskussion einer Literaturübersicht. *Rehabilitation* 44. 24–33.

Literatur

Jäckel, W.H. et al. (1990), Überprüfung der Wirksamkeit stationärer Rehabilitationsmaßnahmen bei Patienten mit chronischen Kreuzschmerzen: eine prospektive, randomisierte, kontrollierte Studie. *Rehabilitation* 29: 129–133.

Kingreen, T. (2010), *Die Verträge zur Ausführung von medizinischen Rehabilitationsleistungen im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung*. Rechtsgutachten im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft Medizinische Rehabilitation SGB IX. Regensburg.

Klein, H., N. Ehlken, E. Grünig et al. (2008), Bewegungstherapie bei pulmonaler Hypertonie. Ein Paradigmenwechsel? *Der Pneumologe* 2008 (5): 98–102.

Klein, W., P. Missel und W. Braukmann (1997), Effizienz stationärer Abhängigkeitsrehabilitation: Ergebnisse zum langfristigen sozialmedizinischen Rehabilitationserfolg, Verhaltensmedizin heute. Fortschritte in der Rehabilitation 7, 47–57.

Klosterhuis, H. (2010), Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung – eine kritische Bestandsaufnahme. *RVaktuell* 57 (8): 260–268.

Koalitionsvertrag (2009), *Wachstum. Bildung. Zusammenhalt.* – Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP. 17. Legislaturperiode. Berlin.

Kreiß, T. und R. Salzmann-Zöbeley (2003), *Formen der mobilen geriatrischen Rehabilitation* – Konzeptionen im Vergleich. Eine Studie von social invest consult gGmbH im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen. Augsburg.

Lungwitz, A. et al. (2010), Gewinn an Lebensqualität und Fatigue-Reduktion nach individueller Bewegungsintervention während onkologischer Therapie. In R. Buschmann-Steinhage et al. (Hrsg.), 19. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Qualität in der Rehabilitation – Management, Praxis, Forschung – vom 8. bis 10. März 2010 in Leipzig. Berlin, 446–447.

Mereles, D, N. Ehlken, e. Gruenig et al. (2006), Exercise and respiratory training improve exercise capacity and quality of life in patients with severe chronic pulmonary hypertension. *Circulation* 2006 (114): 1482–1489.

Missel, P. et al. (2010), Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2007 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängig. *Sucht Aktuell* 17 (1): 9–20.

Neubauer , G. und F. Pfister (2008), Entwicklung einer leistungsorientierten, fallgruppenspezifischen Vergütung in der Rehabilitation. Institut für Gesundheitsökonomik, München. - internet: www.bdpk.de/media/file/358.Abschluss bericht_Prof._Neubauer_Februar%202008.pdf, Download vom 20.7.2010.

Plute, G. (2002), Vorrang der Rehabilitation vor Pflege? Eine Studie zur Rolle der medizinischen Rehabilitation in der Pflegeversicherung. Internet: www.upress.uni-kassel.de/online/frei/978-3-933146-99-1.volltext.frei.pdf, Download vom 30.6.2010.

Plute, G. (2004), Rationierung von Gesundheitsleistungen? Am Beispiel geriatrischer Rehabilitation. *Sozialer Fortschritt* 2004 (3): 74–79.

Pohontsch, N, S. Richter, T. Krüger-Wauschkuhn und R. Deck (2010), *Medizinische Rehabilitation bei älteren Versicherten (55+).* Abschlussbericht. Institut für Sozialmedizin Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Universität zu Lübeck.

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

Rehabilitations-Richtlinie (2009), Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie) vom 16. März 2004. *Bundesanzeiger* 2004: 6769, in Kraft getreten am 1. April 2004, zuletzt geändert am 22. Januar 2009. *Bundesanzeiger* 2009: 2131, in Kraft getreten am 19. Juni 2009. Internet: www.g-ba.de/downloads/62-492-340/RL-Reha-2009-01-22.pdf, Download vom 20.7.2010.

Rische, H. (2006), Rehabilitation statt Rente – Steigerung der Long-Term-Kosteneffizienz in der gesetzlichen Rentenversicherung mittels bedarfsadäquater und evidenzbasierter Rehabilitationsleistungen. In H. Rebscher (Hrsg.), *Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Politikberatung*. Heidelberg et al., 405–423.

Rüschmann, H.-H., R. Thode, J. Förster, G. Baugut, G. Jansen und C. Rotering (1995), Projekt Geriatrie des Landes Schleswig-Holstein. Medizin und Systemforschung 7. Kiel.

RWI (2008), Regionale Bevölkerungsprognose, unveröffentlicht.

Spyra, K. et al. (2008), Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMKs) und die Option einer finanziellen Vergütung im Sinne von Rehabilitanden-Management-Pauschalen (RMPs). *Praxis. Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 2008 (80): 108–129. Internet: www.bdpk.de/media/file/466.Zwischenbericht_RMK_Dr._Spyra_Charite_Praxis_2008__80.pdf, Download vom 20.7.2010

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2009a), Grunddaten der Krankenhäuser 2008. Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.1.2. Stuttgart, Metzler-Poeschel.

Literatur

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2009b), Grunddaten der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 2008. Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.1.2. Stuttgart, Metzler-Poeschel.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2010), Gesundheit – Ausgaben, 1995 bis 2008. Fachserie 12: Gesundheitswesen. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2011a), Grunddaten der Krankenhäuser 2009. Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.1.2. Stuttgart: Metzler-Poeschel.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2011b), Grunddaten der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 2009. Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.1.2. Stuttgart, Metzler-Poeschel.

Strobl, W. (2006), Diagnostik und Behandlung von Fußfehlformen bei neurologischen Erkrankungen. *MOT* 2006 (1): 27–40.

SVR-Gesundheit – Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001), Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Bonn. Internet: www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht01/Kurzf-de.pdf, Download vom 25.11.2010

SVR-Gesundheit – Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003), Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität . Bd. I: Finanzierung und Nutzerorientierung. Bd. II: Qualität und Versorgungsstrukturen. Bonn. Internet: http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/15/005/1500530.pdf, Download vom 20.7.2010.

SVR-Gesundheit – Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2005), Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Internet: http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/15/056/1505670.pdf, Download vom 20.7.2010.

Voß, K.D., A. Niedling und C. Lawall (2010), Weiterentwicklung des QS-Reha-Verfahrens der GKV. *DRV-Schriften* 2010 (88): 41–43.

Waltz, M. (1981), Soziale Faktoren bei der Entstehung und Bewältigung von Krankheit – Ein Überblick über die empirische Literatur. In B. Badura (Hrsg.), Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Zum Stand sozialepidemiologischer Forschung. Frankfurt: Suhrkamp, 40–119.

Welti, F., H. Fuchs und P. Köster, P. (2007), Das Leistungsrecht des SGB IX: Rechtlicher Rahmen für Verträge zwischen Diensten und Einrichtungen und Rehabilitationsträgern (§ 21 SGB IX). Rechtsgutachten im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft Medizinische Rehabilitation SGB IX. Düsseldorf.

WHO (2005), Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Herausgegeben vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen. Frankfurt. Internet: www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endfassung/icf_endfassung-2005-10-01.pdf, Download vom 23.6.2010.

Widera, T. (2008), Interne Qualitätsmanagement-Systeme in der medizinischen Rehabilitation. *Deutsche Rentenversicherung* 61 (4-5): 279–299.

Zielke, M. et al. (2004), *Ergebnisqualität und Gesundheitsökonomie verhaltensmedizinischer Psychosomatik in der Klinik.* Krankheitsverhalten und Ressourcenverbrauch von Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen: Ergebnisse verhaltensmedizinischer Behandlung und Rehabilitation im Langzeitverlauf. Lengerich: Pabst Science Publishers.