

Psychische Erkrankungen – Konzepte und Lösungen

Psychische und psychosoziale Rehabilitation – der Beitrag der Rentenversicherung

THOMAS KECK, VORSITZENDER DER GESCHÄFTSFÜHRUNG DER DEUTSCHEN RENTENVERSICHERUNG WESTFALEN



Die Nachfrage nach Leistungen zur medizinischen Rehabilitation von Versicherten mit psychischen Erkrankungen hat in der Deutschen Rentenversicherung in den vergangenen Jahren deutlich zugenommen. Am Beispiel von Versicherten mit einer F-Diagnose wird beispielhaft die Notwendigkeit deutlich, mit anderen Leistungsträgern des Versorgungssystems in eine inhaltliche Diskussion über Zuständigkeiten und mögliche Kooperationen zu treten. Zwar wird zum Zeitpunkt der Rentenantragsstellung eines psychisch erkrankten Versicherten in jedem Fall eine Reha-Leistung durch den Rentenversicherungsträger geprüft. Allerdings hat sich zu diesem Zeitpunkt der Gesundheitszustand der Betroffenen oft bereits so stark verschlechtert, dass keine Reha-Leistung mehr zielführend ist. Ein Baustein für die bessere Vernetzung und passgenaue Steuerung des Versicherten könnte das Case-Management sein. Hier gilt es, die Kooperationsmöglichkeiten zwischen den Krankenkassen und der Rentenversicherung zugunsten der Versicherten weiter auszubauen.

Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Rentenversicherung

Die deutsche gesetzliche Rentenversicherung ist neben den Rentenzahlungen auch für Rehabilitationsleistungen für ihre Versicherten und unter bestimmten Voraussetzungen auch für ihre Rentner (z.B. bei onkologischen Nach- und Festigungskuren, Paragraph 31 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 SGB VI) sowie deren Kinder (stationäre Heilbehandlung für Kinder (Paragraph 31 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 SGB VI) zuständig. Die medizinischen Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Rentenversicherung werden für Versicherte nach Paragraph 15 SGB VI in Verbindung mit den Paragraphen 26 bis 31 SGB IX erbracht.

Nach Paragraph 9 Abs. 1 S. 1 SGB VI erbringt die Rentenversicherung Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, um den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiedereinzugliedern. Diese Leistungen haben gemäß Paragraph 9 Abs. 1 S. 2 SGB VI Vorrang vor Rentenleistungen (Grundsatz: Reha vor Rente).

Die weiteren Leistungen zur Teilhabe der gesetzlichen Rentenversicherungsträger, wie Anschlussheilbehandlungen (AHB), Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation), sonstige Leistungen zur Teilhabe wie die onkologische Nach- und Festigungskuren (Paragraph 31 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 SGB VI) und präventive Leistungen (Paragraph 31 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB VI) sowie die allgemei-

nen Nachsorgeleistungen (Paragraf 31 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB VI) werden in dieser Abhandlung nicht berücksichtigt.

Die Deutsche Rentenversicherung ist bestrebt, die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation stets weiterzuentwickeln und ständig den aktuellen Veränderungen und Herausforderungen anzupassen. Dazu gehören neben der Leitlinienentwicklung zur Umsetzung der Therapiekonzepte auch die qualitativen Anforderungen (u.a. die Strukturqualität) an die Rehabilitationseinrichtungen, das Qualitätssicherungsverfahren. Insgesamt belegt die Deutsche Rentenversicherung bundesweit über 1000 Kliniken, davon 89 eigene Einrichtungen der Rentenversicherungsträger. Beispielhaft seien hier nur die Kliniken der Deutschen Rentenversicherung Westfalen aufgeführt, die anhand einer Kurzbeschreibung und eines Filmes näher betrachtet werden können; sie befinden sich auf einem modernen und innovativen Standard- und Qualitätsniveau.

Antragszahlen – Ausgaben

Betrachtet man die Entwicklung der Anträge auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (ohne Leistungen im Bereich der Sucht, der Onkologie und der Kinderheilbehandlung) der Deutschen Rentenversicherung Westfalen, dann zeigt sich, dass die Antragszahlen seit 2005 kontinuierlich steigen. Im Jahr 2012 lagen der Deutschen Rentenversicherung Westfalen insgesamt 62.397 Anträge vor, wovon insgesamt 42.268 bewilligt wurden. Ähnliche Werte lassen sich bundesweit bei allen Rentenversicherungsträgern mit kleinen Nuancen feststellen. Im gesamten Bundesgebiet wurden 2012 1.521.977 Anträge gestellt, wovon 982.182 bewilligt wurden (vgl. Abbildungen Seite 46). Eine ähnliche Entwicklung ist bei den kostenintensiv-

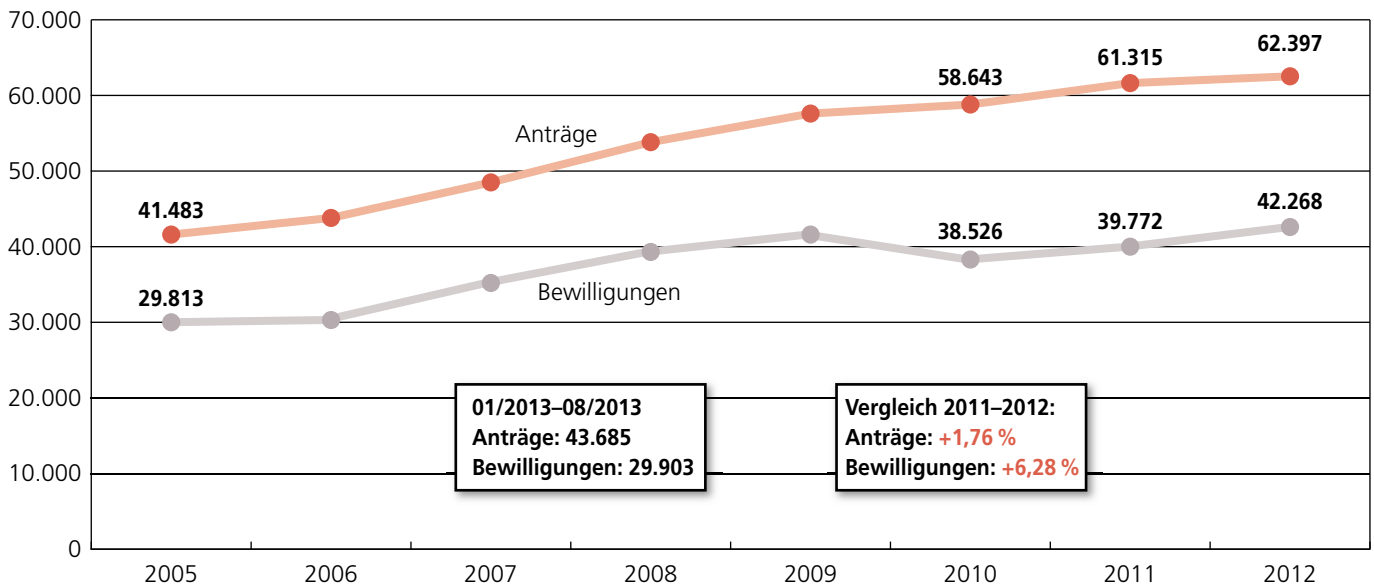
veren Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Leistungen zur beruflichen Rehabilitation) zu beobachten.

Die Bewilligung einer medizinischen Rehabilitationsleistung setzt nach Paragraf 9 Abs. 2 SGB VI voraus, dass die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen dafür erfüllt sind. Gemäß Paragraf 10 Abs. 1 SGB VI haben Versicherte die persönlichen Voraussetzungen erfüllt, deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert ist und bei denen voraussichtlich bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit eine Minderung der Erwerbsfähigkeit durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation abgewendet werden kann, bei geminderter Erwerbsfähigkeit diese durch die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wesentlich gebessert oder wiederhergestellt oder hierdurch deren wesentliche Verschlechterung abgewendet werden kann. Im Folgenden wird im Besonderen auf die medizinischen Rehabilitationsleistungen der Deutschen Rentenversicherung im Bereich der Psychosomatik eingegangen.

Psychosomatische Rehabilitationsleistung im Einzelnen

Die stationären medizinischen Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung sollen (Paragraf 15 Abs. 3 S. 1 SGB VI) grundsätzlich für längstens drei Wochen erbracht werden. Sie können für einen längeren Zeitraum erbracht werden, wenn dies erforderlich ist, um das Rehabilitationsziel zu erreichen (Paragraf 15 Abs. 3 S. 2 SGB VI). Im Bereich der Psychosomatik wird grundsätzlich ein Zeitraum von fünf bis sechs Wochen für angemessen erachtet, um das Ziel der psychosomatischen Rehabilitation zu erreichen. Ziel ist, die „Lebensstiländerung“ des Versicherten zu erreichen, was

Anträge und Bewilligungen bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (DRV Westfalen)

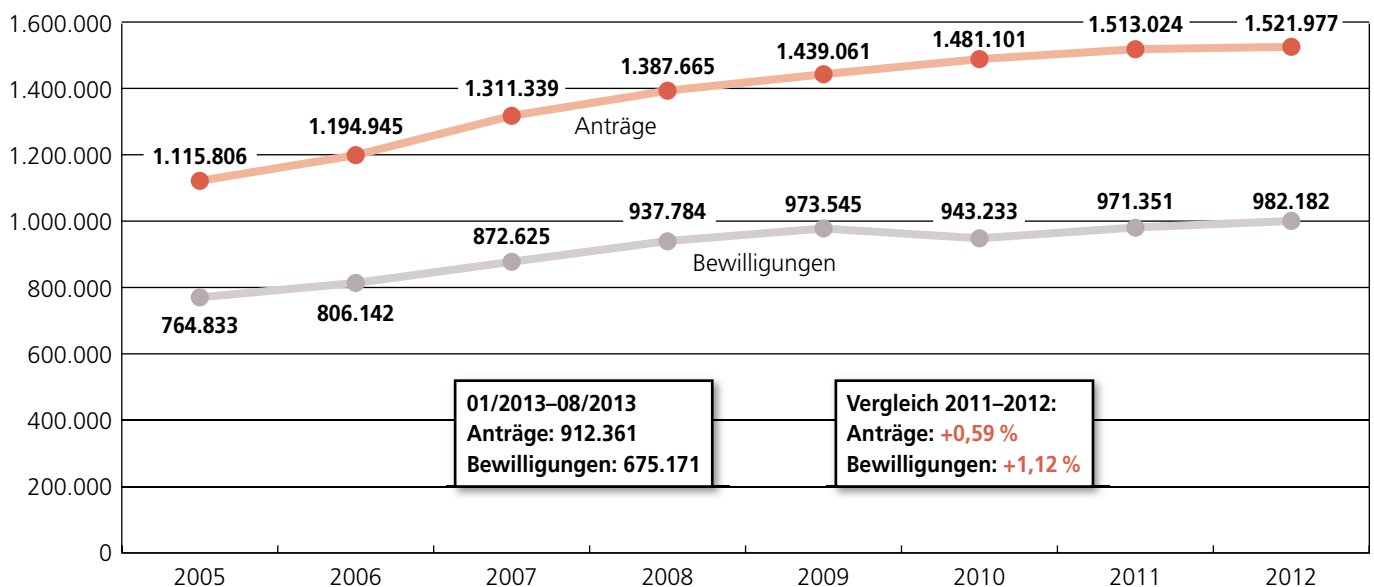


Quelle: hausinterne Auswertung, Sy 94 (ohne Sucht/KIHB)



Im Zuständigkeitsbereich der Deutschen Rentenversicherung Westfalen hat die Zahl der Reha-Anträge zwischen 2005 und 2012 um rund 50 Prozent auf knapp 62.400 zugenommen.

Anträge und Bewilligungen bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (DRV gesamt)



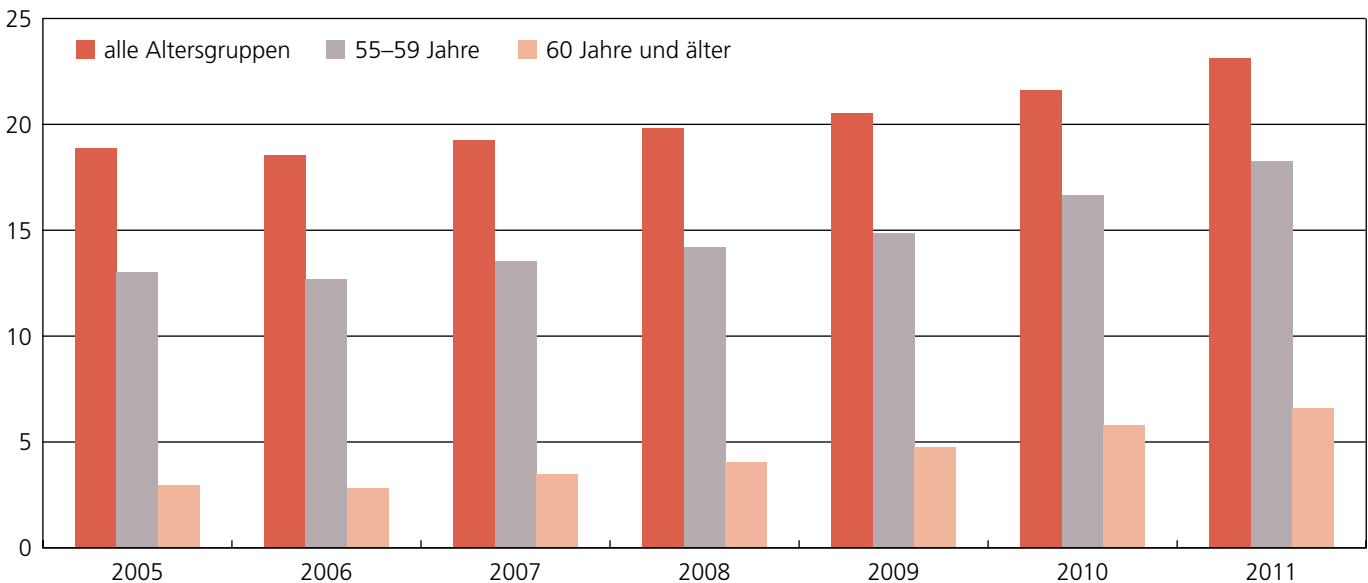
Quelle: Statistik über Anträge und ihre Erledigung nach §3 RSVvV, Tab 031.0 u. Tab. 071.0 (medizinische Leistungen und sonstige Leistungen; ohne Sucht/KIHB)



Rund 982.000 Anträge auf medizinische Rehabilitation sind bundesweit im Jahr 2012 gestellt worden. Das sind etwa eine halbe Million mehr als noch im Jahr 2005.

Abgeschlossene stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige *LTA in der GRV

Anteil der F-Diagnosen (%)



*LTA = Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Quelle: GBE des Bundes / Destatis 2013



Die Zahl der stationären Reha-Leistungen im Kontext einer F-Diagnose hat besonders in der Altersgruppe der über 55-Jährigen seit dem Jahr 2011 stark zugenommen.

aber auch durch eine kürzere Maßnahme (vier Wochen) erreicht werden kann, insbesondere wenn die Versicherten über gewisse (u.a. psychotherapeutische, rehabilitative) Vorerfahrungen verfügen und Krankheitseinsicht besteht. In jedem Fall wird der Bewilligungszeitraum entsprechend der sozialmedizinischen Beurteilung des Rentenversicherungsträgers individuell – unter Berücksichtigung der Bedürfnisse des Versicherten – festgelegt.

Den Reha-Kliniken wird im Bereich der psychosomatischen Rehabilitation bei den vierwöchigen Maßnahmen ein Entscheidungsspielraum eingeräumt, der abhängig ist vom aktuellen Gesundheitszustand des Versicherten. Erscheint eine Verlängerung des Rehabilitationszeitraumes geboten, kann der Arzt der Reha-Klinik im Einzelfall die Rehabilitationsmaßnahme um zwei Wochen verlängern. Die Gründe für die Verlängerung hat er im Entlassungsbericht darzulegen. Sollte darüber hinaus eine weitere Verlängerung der Maßnahme erforderlich sein, so ist dies mit dem jeweiligen Rehabilitationsträger abzustimmen.

Die Bewilligung kann grundsätzlich für eine stationäre oder eine ganztägige ambulante Rehabilitationsmaßnahme ausgesprochen werden. Gerade im Bereich der Psychosomatik kann allerdings die Herausnahme des Ver-

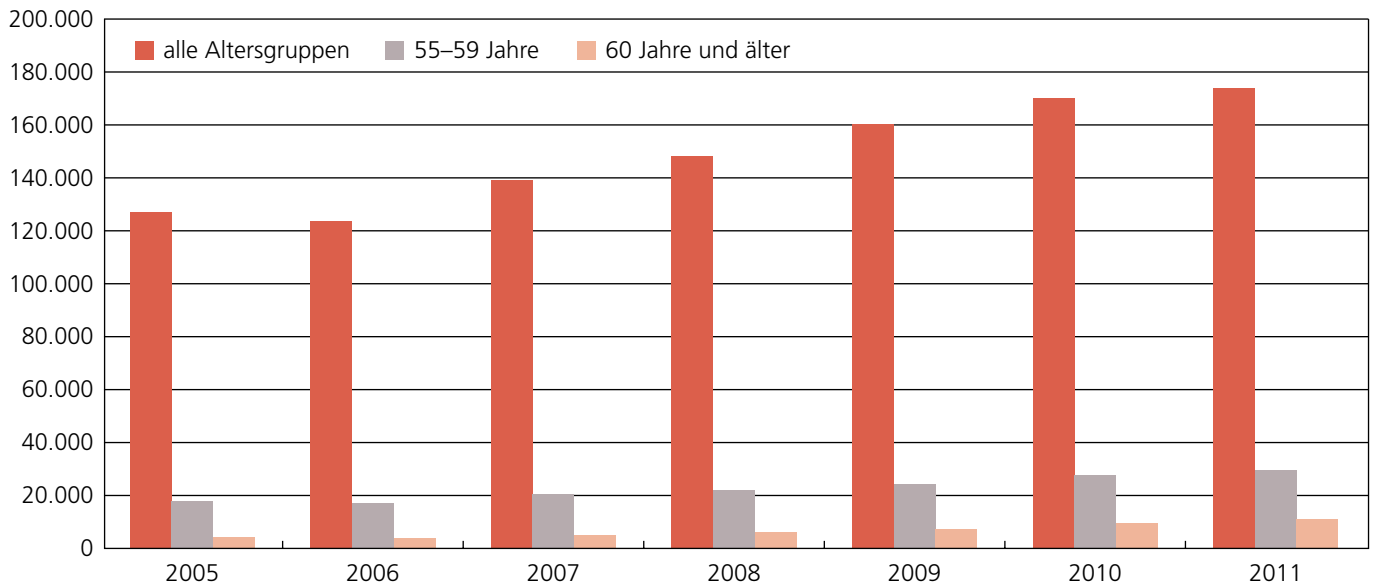
sicherten aus seinem gewohnten Umfeld für die Erreichung des Reha-Zieles erforderlich sein, so dass in diesen Fällen regelmäßig stationäre Rehabilitationsmaßnahmen bewilligt werden. Allerdings ist bei den psychosomatischen Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung zu beachten, dass diese grundsätzlich nur im Nachgang zu einer vorherigen ambulanten Krankenbehandlung (ambulante Psychotherapie) erfolgen sollen. Die Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung sind in diesem Segment so ausgelegt, dass zumindest eine Krankheitseinsicht des Versicherten vorhanden sein sollte, damit eine Maßnahme in der Rehabilitationsklinik erfolgreich verlaufen kann.

Allerdings ist in den letzten Jahren feststellbar, dass die Wartezeiten bis zu einer Akutmaßnahme, z.B. einer Psychotherapie, bis zu einem Jahr und länger dauern können. Das ist von Region zu Region durchaus unterschiedlich. In Ballungsräumen kann möglicherweise eher eine Maßnahme durchgeführt werden als in ländlichen Bereichen, in denen die Arzt- und Therapeutendichte eher geringer ist.

Die Rentenversicherung Westfalen führt deshalb in Einzelfällen auch ohne eine ausdrückliche Vorbehandlung eine psychosomatische Rehabilitationsleistung durch, wenn eine Krankheitseinsicht beim Versicherten vorhanden ist,

Abgeschlossene stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige *LTA in der GRV

Absolute Fallzahlen F-Diagnosen



*LTA = Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Quelle: GBE des Bundes / Destatis 2013



Die Gesamtzahl der abgeschlossenen Reha-Leistungen im Indikationsbereich der Psychosomatik ist zwischen 2005 und 2011 kontinuierlich auf fast 160.000 im Jahr gestiegen.

keine Suizidgefahr besteht und die Wahrscheinlichkeit eines Rehabilitationserfolges groß ist. Damit kann dem derzeitigen Dilemma der langen Wartezeiten in bestimmten Fällen Rechnung getragen werden.

Neben den originären Rehabilitationsleistungen im Bereich der Psychosomatik erbringt die Rentenversicherung auch Nachsorgeleistungen auf diesem Indikationsgebiet, die sogenannte Psychosomatische Rehabilitationsnachsorge (PRN) als sonstige Leistung zur Teilhabe (Paragraf 31 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB VI). Diese Leistungen werden zur Sicherung des Rehabilitationserfolges an eine abgeschlossene Rehaleistung angeschlossen und können bei entsprechendem Bedarf von dem Arzt der Einrichtung verordnet werden.

Zahlen im Indikationsbereich der Psychosomatischen Rehabilitation

Die abgeschlossenen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Indikationsbereich der Psychosomatik sind in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Während sie im Jahr 2005 bundesweit noch bei etwa 120.000 lagen, haben sie im Jahr 2011 schon auf deutlich über 160.000 abgeschlossene Leistungen zugenommen. Betrachtet man die

Altersgruppen dabei im Einzelnen, so ist festzustellen, dass die Zahl der Versicherten über 55 Jahre sich etwa verdoppelt hat (siehe Abbildung S. 48).

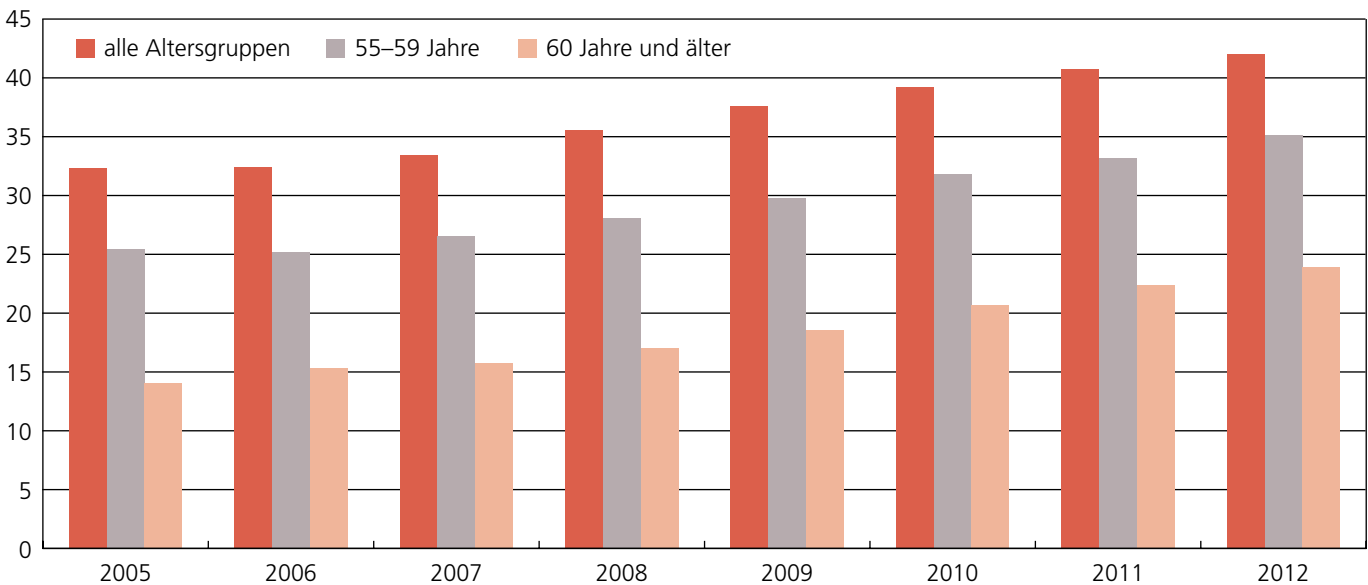
Bei den gantztägig ambulant durchgeführten Leistungen sind die Steigerungsraten noch ausgeprägter. So haben sich die gantztägig ambulanten Rehabilitationsleistungen im Bereich der Psychosomatik von 2005 auf 2011 um etwa 50 Prozent erhöht. Wurden 2005 noch rund 4000 Maßnahmen durchgeführt, so waren es im Jahr 2011 schon fast 7000 Maßnahmen. Dieser Trend ist maßgeblich aber auch darauf zurückzuführen, dass die gantztägig ambulanten Angebote im Bereich der Psychosomatik in den letzten Jahren viel umfangreicher geworden sind und die Menge der Einrichtungsbetreiber insgesamt zugenommen hat.

Erwerbsminderungsrenten: Entwicklung der letzten Jahre

Die Steigerung der psychischen und psychosomatischen Diagnosen (F-Diagnosen) zeigt sich auch im Rahmen des Antragsverfahrens zur Erlangung einer Erwerbsminderungsrente bzw. in den dazu beigefügten gutachterlichen Stellungnahmen und Befundberichten. Hier kann eine signifikante Veränderung der F-Diagnosen beobachtet

Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in der GRV

Entwicklung der Anteile F-Diagnosen (%)



Quelle: GBE des Bundes / Destatis 2013



Die Bedeutung psychischer Erkrankungen für einen Rentenzugang wegen verminderter Erwerbsfähigkeit hat von 32 Prozent (2005) auf zuletzt 42 Prozent (2012) zugenommen.

werden. Renten wegen voller Erwerbsminderung werden gemäß Paragraf 43 Abs. 2 SGB VI bewilligt, wenn der Versicherte wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Die krankheits- oder behinderungsbedingte Einschränkung der Erwerbsfähigkeit wird durch ein medizinisches Gutachten im Einzelnen ermittelt. Basierten im Jahr 2005 etwa 32 Prozent der Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit auf einer F-Diagnose, so waren es im Jahr 2012 schon mehr als 42 Prozent.

Bei den Neuzugängen der Erwerbsminderungsrenten war die Geschlechterverteilung in etwa gleich, mit einer leicht höheren Zahl bei den Männern. Das durchschnittliche Renteneintrittsalter bei den Männern lag bei 51,1 und bei den Frauen bei 49,9 Jahren.

Innerhalb der F-Diagnosen sah die Krankheitsbildverteilung 2012 wie folgt aus:

- ca. 34 Prozent affektive Störungen (Depression, Bipolare Störung usw.),
- ca. 19 Prozent neurotische, Belastungs-, somatoforme

Störungen (Angst-, Zwangs-, Belastungs- und Anpassungsstörungen usw.),

- ca. 11 Prozent Schizophrenie sowie
- ca. 36 Prozent sonstige psychischen Erkrankungen (u.a. Persönlichkeitsstörungen).

Betrachtet man den Lebenslauf der Versicherten vor der Antragstellung zur Erwerbsminderungsrente, so ist festzustellen, dass die meisten Versicherten im Vorfeld keine Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt haben. Spätestens zum Zeitpunkt der Rentenantragstellung wird in jedem Fall eine Rehaleistung durch den Rentenversicherungsträger geprüft. Zu diesem Zeitpunkt ist aber in den meisten Fällen keine Rehaleistung mehr zielführend, da sich der Gesundheitszustand meist so weit verschlechtert hat, dass zumindest zeitweise Erwerbsminderung vorliegt. Hier gilt es früher und zielgenauer Rehabilitationsmaßnahmen dem Versicherten anzubieten.

Allerdings ist es nach den aktuellen Kriterien für die Rentenversicherung nur schwer erkennbar, wann dieser frühe Zeitpunkt gegeben ist. Insofern gilt es hier zu erforschen, anhand welcher Kriterien der frühzeitige Rehabilitationsbedarf festgestellt werden kann und welche Maß-

Entwicklung der beantragten und bewilligten Erwerbsminderungsrenten

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
EM-Renten-Anträge	377.692	372.668	377.090	373.264	383.800	383.622	374.233	372.283
Bewilligungen	183.923	176.222	178.921	181.350	192.404	200.649	199.828	201.212

Quelle: Statistik über Rentenanträge gemäß § 5 RSVwV - Sonderauswertung



Seit 2007 ist bei der Zahl der Rentenzugänge, die durch eine Erwerbsminderung bedingt sind, eine Trendwende zu beobachten: Die Zahl der zunehmenden Bewilligungen deutet auf einen wachsenden Reha-Bedarf der Versicherten hin.

nahmen ergriffen werden müssen, damit die Versicherten gezielter von den Rehabilitationsmaßnahmen Gebrauch machen können.

Herausforderungen der Rentenversicherung

Aufgrund verschiedener Faktoren geht die gesetzliche Rentenversicherung von einer steigenden Nachfrage von Reha-Leistungen der Deutschen Rentenversicherung aus. Diese Entwicklung wird maßgeblich von der älter werdenden Gesellschaft beeinflusst. In den kommenden Jahren wird die Zahl der Menschen zwischen 50 und 65 Jahren deutlich zunehmen.

Betrachtet man die Bevölkerungsentwicklung zwischen 2008 und 2060, dann wird in den Jahren zwischen 2008 und 2021 eine Steigerung dieser Bevölkerungsgruppe in Deutschland angenommen. Es ist im Durchschnitt von einer Steigerungsrate von 1,79 Prozent pro Jahr in dieser Altersgruppe auszugehen. Infolge der durch die Einführung der Rente mit 67 verlängerten Lebensarbeitszeit und der gleichzeitigen Abschaffung der Vorruhestandsregelungen ist es Aufgabe der Deutschen Rentenversicherung, die älteren Beschäftigten beim Verbleib im Erwerbsleben zu unterstützen und die Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung noch stärker arbeitsplatzbezogen auszurichten. Nur unter der Bedingung, dass die Altersrenten nicht vorzeitig in Anspruch genommen werden, kann der Beitragssatz auf dem Niveau von 18,9 Prozent gehalten werden.

Die aktuellen Erhebungen der Krankenkassen deuten darauf hin, dass die Arbeitsunfähigkeitstage im Alter tendenziell steigen und mehrere Krankheiten (Multimorbidität) gleichzeitig auftreten. Festzustellen ist, dass die Arbeitsunfähigkeitstage in den vergangenen Jahren insgesamt zugenommen haben. Eine Erklärung hierfür könnte die

Tatsache sein, dass immer mehr ältere Menschen in Arbeitsverhältnissen stehen und dort infolge der Anhebung des Renteneintrittsalters immer länger verbleiben, wenn sie bei der Altersrente keine Abschlüsse hinnehmen möchten. Ursächlich können auch die zunehmenden chronischen Erkrankungen der älteren Menschen sein.

Gleichzeitig ist zu beobachten, dass in den vergangenen Jahren die Zahl der Erwerbsminderungsrenten deutlich gestiegen ist. Nach Jahren der sinkenden EM-Rentenzugangszahlen nehmen sie nunmehr wieder zu. Die gestiegene EM-Rentenzahl deutet gleichfalls auf einen erhöhten Reha-Bedarf der Versicherten hin.

Hinsichtlich der psychischen Erkrankungen ist festzustellen, dass die Inanspruchnahme von psychosomatischen Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung in den letzten Jahren deutlich gestiegen ist. Nach der Datenlage der Deutschen Rentenversicherung Westfalen haben sich die psychosomatischen Rehabilitationsleistungen in den letzten zehn Jahren verdoppelt. Im Jahre 2012 führte die Deutsche Rentenversicherung Westfalen rund 62.000 medizinische Rehabilitationsleistungen durch. Davon waren rund 6600 psychosomatische Rehaleistungen, was einem Anteil von rund 23 Prozent an den gesamten medizinischen Rehabilitationsleistungen entspricht.

Die psychischen Erkrankungen stellen momentan eine der Hauptursachen für Arbeitsunfähigkeitszeiten und Erwerbsminderungsrenten dar. Hinsichtlich der Arbeitsunfähigkeitszeiten muss zwischen den Ersatzkassen und den AOKen unterschieden werden. Während bei den Versicherten der Ersatzkassen die psychischen Erkrankungen etwa 15 Prozent und mehr betragen, liegen die Quoten bei den AOKen bei etwa zehn Prozent.

Bei den Erwerbsminderungsrenten liegt der Anteil der psychischen Erkrankungen (F-Diagnosen) inzwischen deutlich über 40 Prozent aller bundesweit bewilligten Erwerbsminderungsrenten.

Geht man den Ursachen für diese Entwicklung auf den Grund, ist sicher festzustellen, dass heute deutlich eher eine psychische Störung beim Arzt angesprochen wird und auch von diesem eher diagnostiziert wird. Gerade die in den letzten Jahren verstärkte Diskussion zum Thema „Burnout“ hat dazu geführt, dass dem Thema psychische Erkrankungen mehr Beachtung geschenkt wird und auch gleichzeitig die Akzeptanz für solche Erkrankungen gestiegen ist.

Betrachtet man das Feedback der Rehabilitationskliniken, dann ist festzustellen, dass es sich heute um ein verändertes Patientenkontinuum handeln muss. Die Patienten, die heute in die Rehabilitationseinrichtungen kommen, sind wesentlich stärker gesundheitlich beeinträchtigt als noch wenige Jahre zuvor. Das hat Auswirkungen auf den rehabilitativen Behandlungsbedarf, d.h. die Intensität und Dauer der medizinischen Rehabilitation.

Deutlich spürbar geworden ist dieses nach der Einführung der DRG (Diagnosis Related Groups) im Akutsektor. Die Studien von Eiff haben hier eine signifikante Veränderung nachgewiesen, nämlich dass der Aufwand für die Rehabilitationseinrichtungen intensiver wurde, da die Patienten zu einem viel früheren Zeitpunkt in die Rehabilitationsklinik verlegt wurden. Bei den psychisch beeinträchtigten Versicherten ist insbesondere auf die Vorbehandlung abzustellen und die zunehmende Komorbidität. Je älter die Patientenkontinuum wird, umso höher ist die Wahrscheinlichkeit einer gleichzeitigen Komorbidität.

Reflektiert man auf die Erfahrungen der Prüf- und Beratungsärztlichen Dienste der Rentenversicherung, dann ist festzustellen, dass die psychosomatischen Rehabilitationsanträge oftmals ohne eine adäquate Vorbehandlung gestellt werden. Damit sind Versorgungsbrüche zwischen der Akutbehandlung und der nachfolgenden Rehabilitation vorgezeichnet. Es kommt bei der ambulanten Psychotherapie mithin zu Verschiebungen zwischen den einzelnen Versorgungsträgern.

Nach einer Studie der Bundespsychotherapeutenkammer lag die durchschnittliche Wartezeit auf einen ambulanten Therapieplatz bei etwa 12,5 Wochen. Insgesamt kann der Studie entnommen werden, dass es einen signifikanten Unterschied zwischen Großstädten, Kleinstädten und ländlichen Regionen gibt. Die Auswirkungen langer War-

tezeiten bei diesem Krankheitsbild sind, dass es in vielen Fällen nicht mehr zu einem Erstgespräch kommt, da die Wartezeit demotivierend wirkt, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen.

Eine besondere Fallgruppe innerhalb der Antragsteller in der Rentenversicherung stellen diejenigen dar, die von der Krankenkasse (Paragraf 51 Abs. 1 SGB V) und von der Agentur für Arbeit (Paragraf 125 Abs. 2 SGB III) zur Rentenantragstellung aufgefordert werden, weil sie so schwere gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen, dass nicht mehr davon ausgegangen wird, dass sie ins Erwerbsleben in absehbarer Zeit zurückkehren können.

Dabei stellt die Rentenversicherung zunehmend fest, dass hier die Antragstellung von Personen erfolgt, die nicht ausreichend therapiert wurden und/oder unter chronischen und schwerwiegenden Erkrankungen leiden. In diesen Fällen ist das Krankheitsbild meist so ausgeprägt, dass eine Reha-Maßnahme nur wenig erfolgversprechend erscheint. Bei einer lang anhaltenden psychischen Erkrankung mit nur mangelhafter Vorbehandlung kann in dem begrenzten zeitlichen Rahmen der psychosomatischen Rehabilitation entsprechend weniger erreicht werden.

Neben den inhaltlichen Fragen muss sich die Rentenversicherung gleichzeitig den Finanzierungsfragen stellen und sehen, dass sie ihr Reha-Budget nicht überschreitet. Die Höhe des Rehabilitationsbudgets ist in Paragraf 220 SGB VI geregelt und wird jedes Jahr erneut festgesetzt. In Paragraf 220 Abs. 1 S. 1 SGB VI ist gesetzlich festgelegt, dass die jährlichen Steigerungsraten entsprechend der voraussichtlichen Entwicklung der Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer (Paragraf 68 Abs. 2 S. 1 SGB VI) festgesetzt werden. Damit wird allerdings nur der allgemeinen Preissteigerung aufgrund der Lohnentwicklung Rechnung getragen. Eine Nachfragesteigerung infolge veränderter Rahmenbedingungen (demografischer Wandel, Anhebung des Renteneintrittsalters auf 67, Zunahme chronischer Erkrankungen und Multimorbidität, Anstieg der Anträge auf Erwerbsminderungsrente) und damit eine Ausgabensteigerung sieht das Gesetz nicht vor.

Der Entwurf der großen Koalition vom 29. Januar 2014 zum RV-Leistungsverbesserungsgesetz sieht eine Veränderung des Reha-Budgets vor. Allerdings wird nur auf einen demografischen Faktor zurückgegriffen. Qualitative Veränderungen wie zum Beispiel veränderte Krankheitsbilder oder chronische Krankheitsbilder werden weiterhin nicht berücksichtigt.

Entwicklung des Reha-Budgets und der Ausgaben von 2005 bis 2012 in Millionen Euro

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Budget	5.047	5.078	5.176	5.306	5.360	5.415	5.528	5.666
Ausgaben	4.696	4.642	4.773	5.032	5.260	5.379	5.475	5.678
Differenz	-351	-436	-403	-274	-100	-36	-53	+12



Quelle: Reha Bericht Update 2012, Publikation der DRV, S. 55; Quelle: Statistikband Rehabilitation, Tab. 6.00 A

In der Zeit von 2005 bis 2011 ist das zur Verfügung stehende Reha-Budget immer stärker ausgeschöpft worden. Im Jahr 2012 wurde das Budget von 5,666 Milliarden Euro dann erstmals um 12 Millionen Euro überschritten.

Insgesamt ist festzustellen, dass die Antragszahlen in den letzten Jahren deutlich gestiegen sind. Im Jahr 2013 kam es im Bereich der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erstmalig wieder zu leichten Antragsrückgängen. Die Antragszahlen bewegen sich aber nach wie vor auf einem sehr hohen Niveau. Damit haben sich die Kosten für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation in den letzten Jahren deutlich verändert. Vergleicht man die Jahre 2005 bis 2012, dann lagen die Leistungsmengen bis einschließlich 2011 immer unterhalb des für die gesamte Rentenversicherung verfügbaren Reha-Budgets.

Der Darstellung ist zu entnehmen, dass die Ausgaben in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen sind. Das Reha-Budget der Deutschen Rentenversicherung wurde im Jahr 2012 erstmalig komplett ausgeschöpft. Gemäß Paragraph 220 Abs. 1 S. 2 SGB VI sind die überschießenden Beträge im übernächsten Jahr einzusparen. Bei steigenden Ausgaben ist dies allerdings nur schwer zu realisieren.

Eingespart werden könnte innerhalb der Leistungen nur, wenn man die Kosten der einzelnen Rehabilitationsmaßnahmen reduziert. Eine Variante dessen könnte die Verkürzung der Verweildauern sein, wobei dies gerade im Bereich der psychischen Erkrankungen wenig zielführend erscheint. Bei zunehmenden Antragszahlen, komplexeren Krankheitsbildern und einer nicht immer durchgeführten Vorbehandlung sollte nicht noch weiter die Verweildauer gekürzt werden.

Offene Fragen der Rentenversicherung

Insgesamt sind noch viele Fragen im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen unbeantwortet. Hier gilt es in

den nächsten Jahren verstärkt die Ursachen und möglichen Therapieformen zu hinterfragen. Einzelne Untersuchungen dazu liegen bereits vor.

Es gilt zu klären, warum die Steigerungsraten im Bereich der psychischen Erkrankungen in den vergangenen Jahren so deutlich zugenommen haben. Sicherlich ist die stärkere Diskussion zum Thema „Burnout“ ein wesentlicher Einflussfaktor, besonders vor dem Hintergrund, dass es sich dabei nicht um eine Diagnose nach ICD-10 handelt. Insbesondere die Abgrenzung zwischen einer einfachen Überlastungserscheinung und einer Depression ist nicht eindeutig geklärt. Die Grenzen sind derzeit fließend.

Es wird der Frage nachzugehen sein, ob es signifikante Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit und psychischer Erkrankung gibt. Insbesondere muss auch der Gesundheitszustand vor der Arbeitslosigkeit betrachtet werden. Zudem gilt es, mögliche schichtspezifische Gesundheitsrisiken zu ergründen. Dabei müssen Zusammenhänge zwischen der sozialen Lage oder einem möglichen Migrationshintergrund hinterfragt werden. Weiterhin sollte der Einfluss der zunehmende Medikalisierung der psychosozialen Probleme untersucht werden. In diesem Zusammenhang wird auch der Frage nachzugehen sein, ob es eine Verlagerung der Kuration in die Rehabilitation gibt.

Jedenfalls lassen sich zum heutigen Zeitpunkt aus der Wissenschaft und Forschung die folgenden Einflussfaktoren ausmachen, die die Behandlungsdauer wesentlich verändern:

- Art der Erkrankung,
- Lebensalter,
- Komorbidität,
- Krankheitsdauer.

Für das Behandlungsergebnis sind folgende Einflussfaktoren ungünstig:

- Höheres Lebensalter,
- Arbeitslosigkeit,
- Negative subjektive Erwerbsprognose,
- Absicht, einen Rentenanspruch zu stellen.

Derzeit gibt es folgenden Projektvorschlag in der Deutschen Rentenversicherung Westfalen, der näher erforscht werden soll:

- Es sollen die Zusammenhänge zwischen dem regionalen Arbeitsmarkt bzw. der psychiatrisch/psychotherapeutischen Versorgung und der Zahl der psychosomatischen Reha-Anträge, den Ablehnungen wegen ausreichender ambulanter Behandlungsmöglichkeiten und den Ablehnungen wegen fehlender Erfolgsaussichten näher erforscht werden. Daraus könnten versorgungsrelevante Schlussfolgerungen gezogen werden. Je früher ein Versicherter passgenau mit einer Reha-Leistung versorgt wird, umso besser ist der Erfolg. Können im Rahmen der Untersuchung Indizien für eine stärkere Einflussnahme auf die psychische Erkrankung festgestellt werden, dann kann die Rentenversicherung bei Vorliegen der Indizien im Einzelfall ggf. früher einschreiten und Rehabilitationsleistungen anbieten.
- In einer Fortführung eines bereits durchgeführten Forschungsprojektes soll untersucht werden, ob sich in den psychosomatischen Rehabilitandenkollektiven der vergangenen zehn Jahre (2002 zu 2012) tatsächlich Veränderungen in der Zusammensetzung erkennen lassen, die auf eine rehabilitativ schwierige Ausgangssituation bei Rehabilitationsantritt, Diagnosespektrum, Leistungsbild bei Entlassung und nachfolgender Erwerbsminderungsrente zurückzuführen sind.
- Es soll weiter untersucht werden, wie sich im aktuellen Rehabilitandenkollektiv die Merkmale verteilen, die mit einer erhöhten Schwierigkeit der rehabilitativen Behandlung und/oder einer längeren Behandlungsdauer assoziiert sind.

Die DRV Westfalen will damit erreichen, dass die inhaltliche Diskussion um den Rehabedarf in der Psychosomatik gestärkt wird. Es erscheint wichtig, mit den anderen Leistungsträgern des Versorgungssystems in eine inhaltliche Diskussion über die Zuständigkeiten und mögliche Kooperationen zu treten. Dabei geht es nicht um die Verschiebung der Zuständigkeiten zwischen den Trägern, sondern

um tragfähige inhaltliche Kooperationen zugunsten der Patienten und auch zugunsten des gesamten Sozialversicherungssystems.

Die bisherigen Wahrnehmungen in den Rehabilitationseinrichtungen und bei den beratenden Ärzten der Rentenversicherungsträger sollen mit empirischen Untersuchungen validiert werden. Damit können die qualitativen Verbesserungen der Zuweisung in die Einrichtungen und später der einzelnen Therapien in den Rehabilitationseinrichtungen weiter verbessert werden.

Besondere Lösungsstrategien

Die steigenden Antragszahlen und die demografische Entwicklung machen es immer schwieriger, bei nicht nachfragegesteuerter Budgeterhöhung die Bedarfe der Versicherten der gesetzlichen Rentenversicherung zu erfüllen. In dieser Konstellation gilt es adäquate Lösungsstrategien zu entwickeln.

Die Deutsche Rentenversicherung Westfalen hält den frühzeitigen Einsatz von Maßnahmen für angezeigt. Leistungen sollten so frühzeitig erfolgen, dass ein Reha-Bedarf erst gar nicht entsteht, einer möglichen Reha-Leistung also vorgebeugt wird. Damit gilt nicht mehr nur der Grundsatz „Reha vor Rente“ sondern vielmehr auch der Grundsatz „Prävention vor Reha“. Je frühzeitiger Maßnahmen ergriffen werden, umso geringer ist der damit verbundene Aufwand und umso größer ist die Erfolgchance.

Aus diesem Grund hat die Deutsche Rentenversicherung ein Präventionsprogramm namens Betsi (Beschäftigungsfähigkeit teilhabeorientiert sichern) entwickelt. Betsi soll möglichst frühzeitig in einem betrieblichen Setting zum Einsatz kommen. Nach Paragraph 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI können Leistungen zur Sicherung der Erwerbstätigkeit für Versicherte erbracht werden, die eine besonders gesundheitsgefährdende, ihre Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflussende Beschäftigung ausüben. Auf dieser gesetzlichen Grundlage wurde eine Maßnahme entworfen, die für Beschäftigte in den Betrieben zum Einsatz kommen kann, wenn solche Erwerbstätigkeiten vorliegen.

Nach einer ambulanten oder stationären Eingangsdiagnostik wird bei Betsi eine mehrwöchige berufsbegleitende Trainingsphase angeboten, die der frühzeitigen Förderung gesunder Lebens- und Arbeitsstrategien und der Motivationsschärfung des Versicherten dient, seinen Lebensstil entsprechend umzustellen, so dass dieser möglichst lange aktiv und gesund im Arbeitsleben verbleiben kann. Im

Rahmen von Auffrischkursen etwa drei und sechs Monate nach Ende der Trainingsphase wird das Gelernte noch einmal aufgefrischt und ermöglicht die Ermittlung, ob und in welchem Umfang die Präventionsleistung erfolgreich war. Erste Untersuchungen haben gezeigt, dass die Leistungen sowohl von den Betrieben als auch von den Beschäftigten gut angenommen werden und zu Veränderungen des Lebensstils führen.

Eine weitere Lösungsstrategie sieht die gesetzliche Rentenversicherung darin, die Reha-Leistungen möglichst konsequent zu individualisieren. Wenn die Leistung erbracht wird, die notwendig und richtig ist, dann ist der Mitteleinsatz im Verhältnis zum Ergebnis effizient. Das setzt allerdings voraus, dass die Zusteuerung der Reha-Leistungen auf die Leistungserbringer passgenau erfolgt.

Dazu ist es erforderlich, dass der Reha-Träger möglichst viele Informationen zur genauen Funktionsbeeinträchtigung des Versicherten hat. Nicht alle Fälle, die heute zur Entscheidung vorliegen, weisen allerdings eine solche umfangreiche Information aus. Besonders die Fragen der konkreten beruflichen Tätigkeit sind meist nicht so bekannt, dass daraus auf die Funktionsbeeinträchtigungen der Versicherten geschlossen werden kann. Hier sind weitere Maßnahmen der Träger erforderlich: Vor der Zuweisung wird den Versicherten ein Fragebogen übersandt, in dem besondere Merkmale abgefragt werden, die für eine passgenaue Rehabilitation erforderlich sind. Mit diesen Daten kann dann ein bedarfsgerechtes, individualisiertes und auf das berufliche Umfeld ausgerichtete Angebot unterbreitet werden. Nachsteuerungen können im Nachgang noch in der Rehabilitationseinrichtung vorgenommen werden, sollten allerdings die Ausnahme bleiben.

Gerade die medizinisch-beruflich-orientierte Rehabilitation (MBOR) hat in den vergangenen Jahren deutlich an Bedeutung gewonnen. Kenntnisse über den konkreten Arbeitsplatz, das Arbeitsumfeld, die möglichen Gefährdungspotentiale sind für eine erfolgreiche Rehabilitation von enormer Wichtigkeit. Nicht nur das Verhalten des Einzelnen soll in der Rehabilitationsmaßnahme Einfluss finden, sondern auch die Verhältnisse, in denen er sich bewegt. Eines der maßgeblichen Verhältnisse in seinem Umfeld ist zweifelsohne der Betrieb, in dem er arbeitet, und die Familie, in der er lebt. Hinsichtlich des Faktors „Familie“ sei hier nur erwähnt, dass die Begleitung durch Familienangehörige in der Rehabilitation in den vergangenen Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen hat. Der Erfolg einer

Rehamaßnahme hängt maßgeblich von der Nachhaltigkeit der Maßnahme ab, hier können Familienangehörige die Lebensstilveränderung des Rehabilitanden nach der Rehabilitation auch zu Hause unterstützen.

Vernetzung und passgenaue Zusteuerung sind für den Rehabilitationserfolg von entscheidender Bedeutung. Die berufliche Rehabilitation sollte möglichst ohne Zeitverlust an die medizinische Leistung anschließen. Meist wird in dem Entlassungsbericht der Reha-Einrichtung schon darauf hingewiesen, dass hier unter Umständen eine berufliche Leistung im Anschluss erfolgen sollte. Hier gilt es noch genauer und frühzeitiger nachzusteuern, damit die Maßnahmen ohne Zeitverlust durchgeführt werden können.

Ein Baustein für die bessere Vernetzung und passgenaue Zusteuerung des Versicherten könnte das Case-Management sein – die Steuerung eines konkreten Falles über einen längeren Zeitraum hinweg, um so die Nachhaltigkeit der Maßnahme zu sichern. Im Rahmen unseres Projektes Reha-Futur-Real, haben wir festgestellt, dass es in besonderen Fällen notwendig sein kann, die Versicherten über einen längeren Zeitraum zu begleiten. Ein solcher Fall liegt grundsätzlich dann vor, wenn die Sachlage eine umfangreiche Begleitung erfordert, weil die Problemlagen komplex und vielschichtig sind.

Um bei einem Beispiel zu bleiben: Nach einer medizinischen Rehabilitation kann es erforderlich sein, unmittelbar eine berufliche Reha-Leistung anschließen zu lassen. Hierbei können Gespräche des Reha-Fachberaters mit dem Arbeitgeber, der beruflichen Einrichtung und dem Versicherten notwendig werden. Von entscheidender Bedeutung sind zwei Punkte: zum einen sollte der Arbeitgeber verantwortlich in den Reha-Prozess einbezogen werden. In diesem Fall weiß er um die Funktionsbeeinträchtigung seines Mitarbeiters und auch um die verbesserte Rückkehr an den Arbeitsplatz. Voraussetzung dafür ist aber eine solide Vertrauensbasis zwischen Arbeitgeber und Mitarbeiter. Zum anderen gestaltet der Versicherte seine Reha-Leistung grundsätzlich selbst, im Zusammenwirken mit dem Case-Manager (Reha-Fachberater der Rentenversicherung).

Die Deutsche Rentenversicherung Rheinland hat zusammen mit der AOK Rheinland ein Projekt speziell für psychosomatische Patienten ins Leben gerufen. PAULI (Psychosomatik – auffangen, unterstützen, leiten und integrieren) soll gezielt die Versorgungsmöglichkeiten zwischen der Krankenkasse und der Rentenversicherung nutzen, je nach Krankheitsbild.

Fazit

Es hat sich gezeigt, dass die psychosomatische Rehabilitationsleistung der gesetzlichen Rentenversicherung ein wichtiger Baustein im Leistungsportfolio der Rentenversicherung darstellt. Problematisch erscheint die Abgrenzung zu den Leistungen der Krankenversicherung. Die Maßnahme soll keinen Ersatz der Akutmaßnahme (z.B. ambulante Psychotherapie) darstellen, vor allem, wenn es sich um ein komplexes Krankheitsbild handelt und keine Krankheitseinsicht vorhanden ist.

Allerdings sollten die Kooperationsmöglichkeiten zwischen den Krankenkassen und der Rentenversicherung zugunsten der Versicherten weiter ausgebaut werden. Die Übergänge zwischen einer Akut- und einer Rehabilitationsleistung sind manchmal fließend, gerade wenn die Krankheitseinsicht des Versicherten hoch ist. In solchen Fällen könnte durchaus auch ohne eine vorbereitende Therapie die Rehabilitationsleistung bewilligt werden, gerade auch um den zeitlichen Aspekt des Wartens zu reduzieren.

Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und dem verstärkten Aufkommen von F-Diagnosen erscheint es sinnvoll, psychosomatische Rehaleistungen zur Verstärkung der Erwerbsfähigkeit von psychisch beeinträchtigten Versicherten einzusetzen. Damit kann den betroffenen Versicherten frühzeitig eine wirksame Hilfe zur Seite gestellt werden.

Zukünftig werden auch präventive Leistungen zur Festigung der Psyche einzusetzen sein. Wichtig ist es, die Menschen in die Lage zu versetzen, möglichst eigenständig die Gefahren zu erkennen und ihnen zu begegnen.

Literatur beim Verfasser

E-Mail-Kontakt: Thomas.Keck@DRV-Westfalen.de

.....

THOMAS KECK

.....



Thomas Keck ist seit dem 1. Oktober 2009 Erster Direktor der Deutschen Rentenversicherung Westfalen. Nach seinem juristischen Staatsexamen begann er 1990 seine Tätigkeit bei der BfA in Berlin (heute DRV Bund). Bis zum 30. September 2009 leitete er dort die Abteilung Rehabilitation. Seit dem 1. Oktober 2009 ist Thomas Keck Vorsitzender der Geschäftsführung der Deutschen Rentenversicherung Westfalen.

