

6. Deutscher Reha- Tag am 03.11.2009

**REchtzeitig HAndeln – REHA sichert Zukunft
„Die Zukunft der Rehabilitation: aus Sicht der
Rentenversicherung“**

→ Erster Direktor Hubert Seiter

Ganz aktuell: Die Zukunft von Prävention und Rehabilitation bis 2013

Zur Zukunft der Rehabilitation (Koalitionsvertrag unter III. „Sozialer Fortschritt“ Nr. 9.1 „Gesundheit“):

„Qualifizierte Rehabilitation

Qualifizierte medizinische Rehabilitation ... nimmt im Gesundheitswesen einen immer höheren Stellenwert ein.

Prävention, Rehabilitation und Pflege sind besser aufeinander abzustimmen. Prävention hat Vorrang vor Rehabilitation. Dem bisher nicht ausreichend umgesetzten Grundsatz Rehabilitation vor Pflege muss besser Rechnung getragen werden. Abstimmung- und Schnittstellenprobleme zwischen den Trägern müssen behoben werden“

Ganz aktuell: Die Zukunft von Prävention und Rehabilitation bis 2013

Die Zukunft der Prävention (Koalitionsvertrag unter III. „Sozialer Fortschritt“ Nr. 9.1 „Gesundheit“):

„Prävention zielgerichtet gestalten

Unsere Präventionsstrategie wird Vorhandenes bewerten und aufeinander abstimmen, nationale und internationale Erfahrungen und Erkenntnisse analysieren sowie auf bewährten Programmen und Strukturen aufbauen, diese weiterentwickeln und sie in die Fläche bringen. Dazu bedarf es einer klaren Aufgaben- und Finanzverteilung unter Berücksichtigung und Stärkung der vorhandenen Strukturen.“

Ganz aktuell: Die Zukunft von Prävention und Rehabilitation bis 2013

- Prävention und Rehabilitation werden im Koalitionsvertrag ausdrücklich erwähnt
- Betonung des Grundsatzes: Prävention vor Rehabilitation vor Pflege
- Trägervielfalt bleibt erhalten
- Leistungen sind besser aufeinander abzustimmen und Schnittstellenprobleme müssen behoben werden

Rehabilitation hat Zukunft über 2013 hinaus

- Demographische Entwicklung
- Zunahme chronischer Erkrankungen
- Rente mit 67

Aber:

„Die Zukunft ist auch nicht mehr das, was sie einmal war“ (Karl Valentin)

Dem Zukunfts- und Wachstumsmarkt Rehabilitation sind finanzielle Grenzen gesetzt.

1. Lösungsansatz: Priorisierung/Rationierung

→ unsozial

→ ungerecht

→ unethisch

2. Lösungsansatz: Rationalisierung

→ Ressourcen- und Strukturenoptimierung

→ effektiverer und effizienterer Einsatz der Mittel

Das heißt: Rehabilitation muss flexibler werden

- leichtere Durchgängigkeit (Verzahnung) von Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege
- zwingende Integration der Reha der DRV in die IV- bzw. DM-Programme
- schnellere Reaktion auf die Veränderungen des Arbeitsmarktes
- Individualisierung des Angebotes
 - stationär, ambulant (Vollzeit), ambulant-berufsbegleitend, Kombination medizinischer und beruflicher Reha-Angebote, Intervallmaßnahmen
 - Kurzzeit (1 Woche) über Standard (3 Wochen) zur Langzeittherapie (bei Abhängigkeitskranken)

Das heißt: Rehabilitation muss effizienter werden

→ Kooperationen

- der Reha-Leistungserbringer untereinander
- mit anderen Leistungsanbietern (Krankenhäusern, Betriebsärzten, Nachsorgeeinrichtungen, Selbsthilfe)

→ Optimierung von Struktur- und Prozesskosten durch Überprüfung des Leistungsangebotes auf

- Notwendigkeit
- Wirtschaftlichkeit (Eigenleistung oder Outsourcing)

→ Anreize bei der Vergütung der Leistungen

- Honorierung guter Ergebnisqualität
- Honorierung des Langzeiterfolges

Das heißt: Reha-Zugangswege müssen vereinfacht werden

- Herkömmliches Antrags- und Genehmigungsverfahren „verschlanken“. Ein Reha-Antrag für alle Leistungsarten.
- Ein Reha-Antrag für alle Reha-Träger. Gemeinsame Service-Stelle übernimmt Koordinierung.
- Erleichterung des Reha-Zugangs insbesondere bei ambulanten und Kurzzeitangeboten.

Prävention muss ausgebaut werden

- Frühzeitige betriebliche/präventive Intervention reduziert Reha-Bedarf.
- Prävention erlaubt flexible Angebote (Art, Ort, Dauer, Finanzierung).
- Mutige Kostenträger sind gefordert.
 - Gesetzliche Vorgaben nicht als Einschränkung sehen
 - Neue Kooperationsformen erproben (organisatorisch und finanziell)

Prävention/Rehabilitation muss neu definiert werden

→ Solidarbereich, z. B.

- Anschlussrehabilitation
- Rehabilitation bei Suchterkrankungen

→ Gestufte Eigenvorsorge bzw. -beteiligung bei konventionellen Rehabilitations- und Präventionsmaßnahmen

Vgl. auch (Koalitionsvertrag unter III. „Sozialer Fortschritt“ Nr. 9 „Gesundheit und Pflege“):

„Wir benötigen ... Solidarität und Eigenverantwortung“

Unser „Denkmodell“:

„Prävention/Rehabilitation in finanziell schwierigen Zeiten als Stufenmodell“