

# Prävention vor Reha vor Rente – oder: was das Markusevangelium mit Prävention zu tun hat

Mit „Symposion“ ist der Nachwelt einer von Platons Meisterdialogen überliefert: Ein kunstvoller Bericht über ein Gastmahl, bei dem – leicht bekleidet, auf Diwanen liegend – zum philosophischen Gespräch über die Liebe der eine oder andere Becher Wein gereicht wurden.

Zu einem Symposium hatte am 16. Mai auch die DRV-Rheinland eingeladen, genauer zum „Rheinischen Frühjahrssymposium Rehabilitation“. – Gelang es den Veranstaltern, an die antike Traditionspflege anzuknüpfen? Erfüllte der Titel das, was er versprach?

Der Berichterstatter darf Sie zunächst mit einer orakelhaften Antwort vertrösten: Für einen Altphilologen dürfte sich das Ergebnis anders darstellen als für einen bibelfesten neutestamentarisch geprägten Präventionsapostel. Geduld, Geduld. Wir werden zu gegebener Zeit darauf zurückkommen.

Soviel vorweg: Viele waren der Einladung trotz Mangels an unmittelbar erkennbaren hedonistischen Anreizen gefolgt und der Besuch hat sich auch für diejenigen gelohnt, denen bisher beim Betrachten und Lauschen von Powerpoint-Präsentationen die Erfahrung entrückter, erotischer Ekstase vorenthalten blieb.

Geladen waren Kooperationspartner aus der ambulanten und stationären Versorgung, Betriebsärzte, Firmen, Politik, Forschung und Reha-Wissenschaften. Inhaltlicher Schwerpunkt des Symposiums war, so das Versprechen des Veranstalters, die Intensivierung und Fortentwicklung der Zusammenarbeit zwischen Firmen / Unternehmen, ambulanten und stationären Kooperati-

onspartnern und der Deutschen Rentenversicherung. Berichtet und diskutiert werden sollte über die Perspektiven der Rehabilitation, der ganztägig ambulanten Rehabilitation, der Reha-Forschung, über die Schnittstellen zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation sowie die Projekte „WeB-Reha“ und „Plan Gesundheit“.

**„Gelingt es, den Eintritt in die Rente auf einen um vier Monate späteren Zeitpunkt zu verschieben, hat sich die Reha-Maßnahme bereits gerechnet“**

Reha rechnet sich, damit stimmte der alternierende Vorsitzende der Vertreterversammlung der DRV-Rheinland **Winfried Fockenberg** die Veranstaltung ein. Gelänge es, den Eintritt in die Rente auf einen um vier Monate späteren Zeitpunkt zu verschieben, habe sich die Reha-Maßnahme bereits gerechnet. In den letzten Jahren seien die zur Verfügung stehenden Mittel vollständig ausgeschöpft worden. Die Finanzierung sei gedeckelt und orientiere sich an der Entwicklung der Bruttoarbeitslöhne, aber bedauerlicherweise nicht am realen – steigenden – Bedarf. Der wachsende Bedarf sei unter anderem der kollektiven Alterung der Versicherten, der zu erwartenden längeren Lebensarbeitszeit und den damit steigenden Morbiditätsrisiken geschuldet.

Es sei zwar verdienstvoll, dass das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) ab 2017 mit einer temporären Demografiekomponente den zusätzlichen Bedarf abstützen wolle, nur der



## Autor

Dr. med. Rolf Hess-Gräfenberg  
Vorsitzender des Ausschusses  
Arbeits- und Umweltmedizin  
der Ärztekammer Nordrhein

späte Zeitpunkt der Einführung und das in Aussicht gestellte Volumen könnten nicht zufrieden stellen.

Eine „Stärkung der Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Rentenversicherung“, wie dies im vollen Titel mit dem Altersgrenzenanpassungsgesetz<sup>1</sup> beabsichtigt ist, werde damit wohl nicht erreicht.

**„Wir wollen mit der Reha und nicht an der Reha sparen“**

Wir wollen mit der Reha und nicht an der Reha sparen, so Ministerialdirektorin **Gitta Lampersbach**, Leiterin der Abteilung Prävention und Rehabilitation im BMAS. Im Koalitionsvertrag vom Oktober 2009 komme dem Thema Prävention herausragende Bedeutung zu. Ihre Abteilung führe Prävention und Rehabilitation im Namen. Dies sei mit einem eindeutigen Arbeitsauftrag der Ministerin verbunden. Es gelte, künftige Belastungen der Sozialsysteme

<sup>1</sup> Das Alterungsanpassungsgesetz lautet im vollen Wortlaut leicht monströs: „Gesetz zur Anpassung der Regelaltersgrenze an die demografische Entwicklung und zur Stärkung der Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Rentenversicherung“

zu vermeiden. Wegen psychischer Krisen und Erkrankungen fielen jährlich 30 Millionen Krankheitstage an. Arbeitgeber investieren noch nicht ausreichend in Prävention und Schulung, insbesondere von Führungskräften, die auf ihre Rolle vorzubereiten sind.

Aufgabe von Politik sei es, die Rahmenbedingungen für gesundes und erfülltes Arbeiten zu schaffen. Dazu gehöre auch mehr Kosten- und Leistungstransparenz, die „Hebung von Effizienzreserven“, so die ebenso schneidige wie unmissverständliche Ansage aus dem Hause von der Leyen.

Im Zeitkorridor von 2006 bis 2011 sei der Anteil der ambulanten Reha um 300 % gestiegen und behaupte sich mittlerweile im bundesweiten Schnitt bei 15 % aller Reha-Maßnahmen mit wachsender Tendenz. In Zukunft liege das Augenmerk mehr auf der Nachsorge, um das Erlernte nicht zu vergessen. Das verlange auch eine längere Kontaktpflege mit den Rehabilitanden nach ihrer Entlassung.

Die UN-Behindertenkonvention umzusetzen und die Idee der Inklusion zu verankern, sei ein ernstes Anliegen der Bundesregierung, das sich auch in einem nationalen Aktionsplan wiederfinde.

Ein wachsendes Fachkräfte-„Angebot“ von jährlich zirka 100.000 in den Jahren 2014 bis 2025 kumuliere auf zirka 1,25 Millionen zusätzliche Beschäftigte. Hiervon sollten auch die Menschen mit Handicap profitieren. Dies entspräche einem Wertschöpfungspotenzial von 450 Mrd. Euro und damit dem jährlichen Bruttosozialprodukt des Bundeslandes Bayern.

**„Die Zusammenarbeit mit der Arbeitsmedizin funktioniert in großen Betrieben hervorragend. Es gilt jetzt, WeB-Reha zu öffnen für Klein- und Mittelbetriebe durch Stärkung regionaler Strukturen“**

Die DRV-Rheinland setzt sich hohe qualitative Standards und ist bemüht, diese ständig zu verbessern, um die zirka 340 Mill. Euro, die ihr jährlich zur

Verfügung stehen, verantwortungsvoll und an den Zielen einer nachhaltigen Wirksamkeit ausgerichtet einzusetzen, betonte **Holger Baumann**, Mitglied der Geschäftsführung der DRV-Rheinland, in seinem Impulsreferat zu Status und Perspektiven der Reha.

Die ganztägige ambulante Reha habe sich mittlerweile etabliert. Mit einem Anteil von 25 % an allen bewilligten Rehamaßnahmen nimmt die DRV-Rheinland eine bundesweite Spitzenstellung ein (Durchschnitt 15 %). Die Philosophie, gegenüber der stationären Reha keine qualitativen Abstriche zuzulassen, habe sich bewährt. Die DRV-Rheinland kooperiert inzwischen mit fast 50 ambulanten Anbietern, die sich den anspruchsvollen Qualitätskriterien verpflichten.

Bewährt und mittlerweile etabliert habe sich auch das **WeB-Reha Verfahren**, die Kooperation und Kommunikation mit den Betriebsärzten. Seit 2008 wurden mehr als 700 Anträge bewilligt und erfolgreich abgeschlossen. Die Zahl der Nutzer und Anträge zeige eine kontinuierlich steigende Tendenz.

Während sich die Zusammenarbeit mit den in Großbetrieben angesiedelten Werksärzten hervorragend darstelle, würden in vielen Klein- und Mittelbetrieben noch nicht die Potenziale erkannt. Es stehe jetzt an, so Baumann, WeB-Reha mithilfe regionaler Strukturen zu öffnen. Prävention und Rehabilitation sollten wohnort- und betriebsnah erfolgen.

Eine weitere Vernetzung von medizinischer und beruflicher Reha sei auch mit dem **Reha-Arbeit-Direkt-Projekt** verbunden, das neben der Einrichtung und Weiterentwicklung eines flächendeckenden Arbeitgeber-Services auf der Agenda stehe.

**„MBOR – Medizinisch-beruflich orientierte Reha wirkt, ist aber kostenintensiver und dauert in der Regel länger“**

**Uwe Egner**, Fachbereichsleiter Zentrale und Grundsatzfragen der DRV-Bund, berichtete, dass bei der Befragung von

Rehabilitanden jeder zweite angab, dass die Erwerbsfähigkeit kein Thema in der Rehamaßnahme gewesen sei.

Unabhängig von der Validität der zitierten Befragung könne nicht verkannt werden, dass ein deutlich gestiegener Bedarf bestehe, besondere berufliche Problemlagen frühzeitig zu erkennen und in den Rehaprozess und seine Ausrichtung einzuspeisen.

Die DRV versuche zurzeit mit wissenschaftlicher Unterstützung ein Prozessmodell zur MBOR zu entwickeln. Als Screening-Hilfe zum Identifizieren beruflicher Anforderungen sei auch eine spezielles Formular G 9590 „Anlage zur beruflichen Situation“ zum Download hinterlegt. Medizinisch-beruflich orientierte Reha wirkt, ist aber kostenintensiver und dauert in der Regel länger.

**„Im Sport ist nur dreimal im Jahr Höchstleistung möglich. Periodisierung von Belastung ist im Arbeitsalltag erforderlich“**

In der Sportmedizin praktiziere man seit über 30 Jahren MBOR, bemerkte **Prof. Dr. Ingo Froböse**, Hochschulprofessor an der Sporthochschule Köln, unter anderem Leiter des Instituts für Rehabilitation der Deutschen Sporthochschule Köln; vielen auch als Nachfolger von Prof. Hollmann sowie durch seine vielseitige Medienpräsenz bekannt.

Allein in der Champions League würden jährlich ca. 100 Millionen Euro in medizinische Reha investiert. Gegenläufig zur Arbeitswelt sei in der Sportmedizin seit langem die Pause in den Mittelpunkt der Trainingsaktivitäten gerückt. Beanspruchung und Erholung verlangen einer physiologische Balance, die Biologie ließe sich nicht überlisten. Sportler würden erst durch Pausen gut. Trainingsinhalt, -frequenz, -dichte und -dauer würden in ihrem Zusammenspiel den Trainingsreiz ergeben, der würde er falsch gesetzt, einen Leistungsabfall heraufbeschwöre.

Das Mantra der Arbeitswelt, jeden Tag 100 % Leistung, wäre entgegen jeder

biologischen Erkenntnis. Mehr als drei Marathonläufe im Jahr seien für einen Sportler nicht auf höchstem Niveau zu leisten. Es sei bedauerlich, dass im beruflichen Alltag die Pausen immer noch mit einem Mangel an Motivation und Leistungsbereitschaft attribuiert würden.

### „Betriebsärzte können Lotsenfunktion wahrnehmen – BGF erreicht zur Zeit nur zirka 3 Mill. von 41 Mill. Beschäftigten“

Zu viel würde er versprechen, wenn er eine klar strukturierte Präventionsstrategie der Koalition darstellen sollte, bekannte **Olaf Liebig**, Leiter des Referates Rechtsfragen der primären Prävention und Gesundheitsförderung im Bundesministerium für Gesundheit. Ein Präventionsgesetz sei aktuell nicht in Sicht. Es sei aber absehbar, dass „unter Berücksichtigung und Stärkung vorhandener Strukturen“ – so der Wortlaut der Koalitionsvereinbarung – die betriebliche Gesundheitsförderung an Bedeutung gewänne. Die mit der demografischen Entwicklung absehbare Überalterung, die zunehmende Krankheitsanfälligkeit sowie steigende Beitragslast für die Renten- und Krankenversicherungen rufen nach präventiven Antworten.

Nach einer Studie der internationalen Vereinigung für soziale Sicherheit ist ein Return on Invest von 1:2,2 zu erwarten. Nach der Datenlage seines Hauses betreiben 27 von 169 Krankenkassen überhaupt keine betriebliche Gesundheitsförderung. Von BGF wurden – nach Auskunft der Krankenkassen – bisher zirka 1 Million Beschäftigte bzw. 6.000 Betriebe (mit potenziell 3 Mill. Ansprechpartnern) erreicht. Das sei bei 41 Millionen Beschäftigten sehr bescheiden.

Betriebsärzte könnten im betrieblichen Setting eine Lotsen- und Impulsfunktion übernehmen. Unter [www.Unternehmen-unternehmen-Gesundheit.de](http://www.Unternehmen-unternehmen-Gesundheit.de) hat das Ministerium eine Internetadresse eingerichtet und 100 gelungene, ermutigende Praxisbeispiele hinterlegt.

### „Ambulante Reha (AR) – Potenziale und Grenzen“

**Prof. Matthias Morfeld** von der Hochschule Magdeburg, Fachbereich Angewandte Humanwissenschaften, System der Rehabilitation, bekräftigte die gewachsene Bedeutung der ambulanten Reha. Während 1997 noch 8.400 ambulante Reha-Maßnahmen durchgeführt wurden, sei 2010 bereits mit 122.000 der sechsstelligen Bereich erreicht worden.

Sein Fazit:

- Ambulante und stationäre Reha sind bei Befolgung einheitlicher Qualitätsstandards gleichwertig
- Die Vorteile der ambulanten Reha werden noch nicht ausgeschöpft
- Ambulante Reha ist billiger als stationäre Reha
- Ambulante Reha eignet sich besonders für Ballungsräume
- Ambulante Reha hat das Potential zur Flexibilisierung der Reha-Zeit
- Ambulante Reha vernachlässigt bestimmte Bevölkerungsgruppen (beispielsweise Frauen und Ältere)
- Die Arbeitsplatznähe bei ambulanter Reha wird (noch) nicht ausreichend genutzt

### „Essen ist das Mekka der ambulanten Reha“

Von den Vorteilen und wachsenden Akzeptanz der ambulanten Reha wusste auch **Jürgen Hinke** zu berichten, Fachbereich Reha-Management der DRV Rheinland. Zur Zeit kooperiere die DRV Rheinland mit 48 ambulanten Einrichtungen, wobei die Orthopädie (27) eine Spitzenposition einnehme, gefolgt von der Kardiologie (15), Neurologie (13) und der Psychosomatik (5). Rund 70 % der Indikationen sind aktuell orthopädischer Natur, mit einigem Abstand folgen Kardiologie (17 %), Neurologie (8 %) und die Psychosomatik (5 %), die aktuell noch ein Nischendasein führt.

Die Fallzahlen haben sich innerhalb von zehn Jahren mehr als versechsfacht

(2001: 1300; 2011: 8400). Die höchste Dichte an ambulanten Einrichtungen könne aktuell Essen vorweisen. Die Präsenz ambulanter Einrichtungen sei allerdings nicht auf Ballungszentren beschränkt.

### „Prävention vor Reha vor Rente“

„Gehe lieber nach Hause und baue ein Netz, als dass du nach Fischen tauchst.“ Mit diesem anschaulichen Bild skizzierte **Ulrich Theißen**, Fachbereichsleiter Rehamanagement bei der DRV-Rheinland, Handlungsfelder, -perspektiven und Erfolgsfaktoren für ein gelingendes Networking.

Bei der Bewältigung komplexer Aufgaben lehre die Erfahrung, dass zunächst eine Bereitschaft zum Verständnis der Situation des Anderen und seiner Motive erforderlich sei. Hiervon ausgehend ließe sich ein erster kleinster gemeinsamer Nenner konsentieren.

Networking erfreue sich einer steigenden Tendenz mit guten Erfahrungen und Entwicklungspotenzial, vor allem im Bereich der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (**MBOR**), der **ambulanten Reha**, der Kooperation mit den Betriebsärzten (**WeB-Reha**) sowie der Prävention (**Plan Gesundheit**).

Bei der MBOR rücke eine kompetente Betreuung von Menschen mit besonderen beruflichen Problemlagen vermehrt in den Fokus. Mit Reha-Arbeit-Direkt würde ein vielversprechender Ansatz in der Kooperation mit Berufsförderungswerken und stationären Reha-Einrichtungen erprobt. Auch der Ausbau eines flächendeckenden Arbeitgeber-Services im Sinne von Kompetenzzentren für Beschäftigungsfähigkeit. Eingliederung und Teilhabe berge noch Effizienzreserven.

Er verrate kein Geheimnis, dass **ambulante Reha** kostengünstiger sei als die stationäre Alternative. Deshalb sei ein Ausbau ambulanter Versorgungsstrukturen auch ein Beitrag, das Reha-Budget bei wachsendem Bedarf zu entlasten.

Bisher sei die Entscheidung für ambulante Leistung ausschließlich bei Wunsch des Rehabilitanden gefallen. Das Potential für ambulante Versorgungsangebote ist deshalb längst nicht ausgeschöpft.

Nicht verkannt werden könne, dass das Angebot an ambulanter, gemeindenahe psychosomatischer Reha noch in den Kinderschuhen stecke und großes Entwicklungspotential besäße.

Es habe sich ausgezahlt, dass man von Anbeginn an auf eine vergleichbare Qualität zur stationären Reha Wert gelegt habe. Das spiegele sich auch in der Beschwerdeshäufigkeit, Unzufriedenheit mit der Reha, wieder, die bei 0,26 % liege.

Nur zirka 30 % der Kosten für eine vergleichbare Reha fallen bei einem **Web-Reha Verfahren** für das Unternehmen an, das habe ein jüngst im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichter Beitrag<sup>2</sup> belegt.

Der Betriebsarzt als Initiator eines Reha-Antrages, als Teilnehmer bei der Erstellung eines Therapieplanes und last but not least als Steuermann der Wiedereingliederung komme sowohl Beschäftigten, Unternehmen als auch dem Reha-Träger zugute. Eine klassische Win-Win-Situation mit dem Makel, dass sich in vielen Klein- und mittelgroßen Betrieben das Unternehmen und der betriebsärztliche Anbieter bei der Vertragsgestaltung auf ein Minimum an gesetzlich Verlangtem begrenzten. Hier wäre das wirtschaftliche Einsparpotenzial noch nicht wahrgenommen worden.

In Zukunft sollen neben den Betriebsärzten auch die ambulanten Reha-Einrichtungen bei der Identifikation von Reha-Bedarf zu Prozess-Beteiligten werden.

Aufbauend auf die Erfahrungen von Web-Reha hat die Deutsche Rentenversicherung Rheinland gemeinsam mit der pronova BKK und dem betriebsärztlichen Dienst der Firma Currenta

2 Knülle, Erich Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit: Reha als wichtiger Baustein Dtsch Arztebl 2012; 109(12):

das Präventionsprojekt „**Plan Gesundheit!**“ entwickelt (ein ausführlicher Bericht erscheint in dieser Ausgabe).

Das Präventionsprojekt wendet sich auf der Grundlage des § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI an Beschäftigte mit hohen Gesundheitsrisiken, hohen Arbeitsunfähigkeitszeiten und negativen Gesundheitsprognosen. Es zielt darauf, langfristige Lebensstiländerungen zu bewirken und das Risiko von Erwerbsminderungsrenten zu minimieren. Durch eine möglichst frühzeitige – über einen Zeitkorridor von zwei Jahren laufende – Intervention solle das Grundprinzip des Vorrangs der Prävention betont und der Eintritt von Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten vermieden werden. Das Projekt beziehe das Wohn- und Arbeitsumfeld der Versicherten mit ein und werde im Hinblick auf seine Wirksamkeit von der Fachhochschule Niederrhein wissenschaftlich begleitet.



Die vorläufigen Ergebnisse des Projektes seien sehr ermutigend: Geringe Abbruchquote, sehr gute Compliance, belastbare Hinweise auf nachhaltige Verhaltens- und Verhältnisprävention. Prävention rechne sich nicht nur für die DRV-Rheinland. Die Wirksamkeit und der Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention sei unter anderem durch den IGA-Report Nr. 3 bzw. 13<sup>3</sup> anschaulich dokumentiert mit

einem Return on Invest zwischen 230 und 1.000 %, so die Auswertung der wissenschaftlichen Datenlage.

Bisher habe Reha vor Rente gegolten, so Theißen. Er schlage eine erweiterte Sichtweise vor: Prävention vor Reha vor Rente. Mit diesem saftigen, zukunftschwangeren Slogan klang dieses lohnende und anregende Symposium aus.

Da bleibt dem Berichtstatter abschließend nur noch der Hinweis, dass nicht nur bei Platon sondern auch im Markusevangelium die Rede von einem „**Symposion**“ ist. Es handelt sich dabei um die **wunderbare Brotvermehrung**, wobei Jesus die 5.000 hungerigen Mäuler in Symposien, Tischgemeinschaften von 100 bis 150 Menschen teilte, bevor die fünf Brote und zwei Fische gerecht und kollektiv sättigend aufgeteilt wurden.

Leider wurde diese Bibelstelle bisher nicht als Metapher für ein gelingendes Präventionsmanagement entdeckt. Auch wenn Jesus hiermit die Messlatte für ein Return on Invest sehr hoch gesetzt hat: Nur Herausforderungen lassen uns wachsen. – In enger Anlehnung an die Biblexegese hätte die Einladung doch noch das gehalten, was sie im Titel trug: Wundersame Brotvermehrung durch Prävention!

Das nächste Symposium wird voraussichtlich in zwei Jahren stattfinden. Wir werden frühzeitig hierüber informieren. □

Dr. med. Rolf Hess-Gräfenberg

3 IGA-Report 13: Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz <http://www.iga-info.de/veroeffentlichungen/iga-reporte/iga-report-13.html>

Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) ist ein Kooperationsprojekt des BKK Bundesverbandes, des AOK-Bundesverbandes, des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) und der Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung bei der Prävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung