

PERSPEKTIVEN DER REHABILITATION IN DEUTSCHLAND, 2025

Prof. Dr. med.
Jens-Uwe Niehoff



- Grundsätzlich gilt: solidargemeinschaftliche Systeme können nur bei strikter Bedarfsorientierung überleben. Marktwirtschaftliche Systeme stehen immer im Widerspruch zu Bedarfsverpflichtungen..
- Folglich: Sozialkompensatorische Sicherungssysteme sind unter den Bedingungen des Marktwettbewerbs nicht überlebensfähig.
- Das wird auch die Nachfrage und die Angebote der Rehabilitation verändern.
- Zu diesen Problemen gibt es keinen öffentlichen demokratischen Diskurs.



- Belastbare indikationsspezifische stationäre Bedarfsstudien sind nicht zu ermitteln.
- Neben dem demografischen Wandel wird der künftige Bedarf vor allem von politischen Entscheidungen zur Infrastrukturentwicklung der Krankenversorgung, zur Finanzierung und zur Aus- und Weiterbildung des Fachpersonals bestimmt.
- Von besonderer Bedeutung ist die Verbesserung der methodischen Basis der Rehabilitation als eine evidence based rehabilitate rehabilitation.



„Die jährlichen Ausgaben im Bereich der allgemeinen Rentenversicherung und der knappschaftlichen Rentenversicherung für Leistungen zur Teilhabe werden entsprechend der voraussichtlichen Entwicklung der Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer festgesetzt.

“

...

Folglich: Die Mengenentwicklung folgt der Lohn- und Rentenentwicklung, nicht der Bedarfsentwicklung.



Nach §7 SGB IX und § 13 Abs. 1 SGB VI zu den Leistungsvoraussetzung und zum Umfang der Rehabilitation gilt:

- „Der Träger der Rentenversicherung bestimmt im Einzelfall unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung dieser Leistungen sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen.“
- Reha im Rechtsrahmen der DRV: Bedarfsfeststellung und Verantwortung für Leistungsträgerschaft liegen in der Hand des Kostenträgers.



- Das „pflichtgemäße Ermessen“ gibt legalen Entscheidungen Spielräume. Das gilt auch für Entscheidungen zu den Anträgen.
- Eigentümerinteressen, Personalausstattung, Wahlleistungen und Preise sind die entscheidenden Wettbewerbsargumente von Rehaeinrichtungen..
- Die Anbieter konkurrieren künftig über die angebotenen Produkte und jeweils deren vorgegebenen Preise.
- Es gibt keine transparenten Informationen zu den Rehaergebnissen jenseits der Arbeitsfähigkeit.
- Es gelingt nicht ausreichend, die medizinische Rehabilitation in ein inhaltlich koordiniertes Gesamtkonzept des individuellen Fallmanagements einzuordnen.



1. Neues Zulassungsverfahren: Einen Anspruch auf Zulassung haben alle Kliniken, die den Zulassungsanforderungen entsprechen.
2. Neues Vergütungssystem: gleiche Leistungen – gleiche Preise, freie Preise für Zusatzleistungen.
3. Klinikauswahl auf der Grundlage der Daten der Qualitätsbewertungen.
4. Stärkung des kaufkräftigen Wunsch- und Wahlrechts, Schwächung des tradierten Solidarkonzepts und der Bedarfsorientierung.



Zukunft der Reha wird bestimmt von

- den Wettbewerbsinteressen der Akteure
- der Infrastrukturentwicklung der Krankenversorgung und der Pflege
- ab 2026 von den wirksamen Produktdefinitionen und -preisen
- den verfügbaren Honorierungsbudgets
- den Portfolioentscheidungen der Anbieter
- dem Personalmanagement und den Qualifikationsstrukturen
- fortdauernder Konflikt zwischen Bedarfs- und Wettbewerbsorientierung



- Junge, Gesunde und Personen mit gutem Einkommen reagieren positiv auf niedrige Beiträge, Anreize zur Leistungsvermeidung und auf Effizienzversprechen
- Alte, Kranke und Behinderte reagieren positiv auf Leistungsangebote, Effektivitätsversprechen, auf Beratung und Unterstützung
- Folgen für die Solidarbereitschaft?



- Die neuen Regelungen stärken die freien Anbieter und schwächen die DRV-Kliniken, die unter höherem Wettbewerbsdruck stehen.
- Der Wettbewerbsdruck wird sich vor allem auf der Personal- und der Investitionsebene sowie beim Marketing („Public Reporting“) und den Portfolioentscheidungen, darstellen.
- Persönliche Zufriedenheit und Wünsche sowie die individuelle Kaufkraft, nicht der medizinische Bedarf werden wettbewerbsrelevant.
- Abbau ärztlicher Leistungspflichten vor allem in der ambulanten Rehabilitation
- Digitalisierung der Rehabilitation, Einsatz von KI-Techniken
- Häusliche und digitale Rehabilitationsangebote unter Anleitung der Anbieter



Qualität wird künftig durch eine komplexe Kennziffer gemessen werden.

Diese ist dann die wichtigste Grundlage für die qualitätsorientierte Einrichtungsauswahl.

Je höher der Wert des Parameters Qualität, desto besser ist die Qualität der Fachabteilung. Der theoretisch mögliche Wertebereich reicht von 0 bis 100.

Grundlage sind Indikatoren:

1. Die Einhaltung von Rehatherapiestandards (RTS),
2. Versorgungsqualität (KTL),
3. individuelle Zufriedenheit,
4. subjektiver Rehaerfolg
5. Peer Review.



- <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/12028-20151105.pdf>
- www.rehazukunftspakt.de/forderungen-Bund



- Produktorientierung und Spezialisierung der Anbieter
- flächendeckender Ausbau von mobilen und digitalen Angeboten
- Intervallrehabilitation
- berufsbegleitende Rehabilitation
- Alltagsnähe und die Einbindung von Angehörigen
- Beteiligung des Bundes an den Investitionen
- Ausbildung Pflegeberufe durch Kliniken
- keine Kostendeckung



- Teilhabekonferenzen
- Vernetzung der rehabilitationsmedizinischen Dienstleister (Rehabilitationsanbieter, niedergelassene Haus- und Fachärzte, Pflegestützpunkte, Selbsthilfegruppen, Behinderten- und Betroffenenverbände, hauswirtschaftliche Dienstleister oder Dienstleister der Heil- und Hilfsmittelversorgung bei Erstellung eines Teilhabeplans)
- flächendeckende Einrichtung eines Entlass- und Case Management
- Vernetzung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation



- vorrangige und alleinige Zuständigkeit der Rentenversicherung für die medizinische Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen als Pflichtleistung der Rentenversicherung einschließlich Nachsorge
- familienorientierte Rehabilitation für Kinder mit onkologischen, kardiologischen und nephrologischen Erkrankungen, bei der Eltern und Geschwister in die stationäre Rehabilitationsbehandlung einbezogen werden



- wohnortnahe ambulante und stationäre Rehabilitationsangebote für psychisch Kranke, Suchtkranke, die Psychotherapie/Psychosomatik und psychiatrische Versorgung umfassen soll
- frühzeitige ambulante Interventionen unter Einbeziehung des sozialen Umfelds



- bedarfsgerechter Zugang zu Rehabilitationsleistungen mit denen Pflegebedürftigkeit vermieden oder minimiert werden kann
- Beteiligung der Pflegeversicherung an den Kosten der Rehabilitation
- Zugang zur medizinischen Rehabilitation aus der ambulanten haus- und fachärztlichen Versorgung
- Diagnostik von Rehabilitationsbedarfen durch Krankenhausärzte, Vertragsärzte und sozialmedizinische Gutachter



- Wird es gelingen, die Rehabilitation gegenüber der Akutversorgung zu stärken? (siehe Gutachten des Sachverständigenrats 2001/2002)?
- Wird es gelingen, die Rehabilitation in die DMP-Programme nach § 137 f SGB V zu integrieren?
- Wird es gelingen, die Rehabilitation anschlussfähig zu den Reformabsichten der ambulanten und der stationären Kranken zu verankern?
- Wird es im Falle eines drastische Bettenabbaus in den Krankenhäusern gelingen eine häusliche Reha zu etablieren?



- Verknappung von Arbeitskräften, die zudem älter werden. Das hat Folgen für das Interesse der Arbeitgeber.
- Aber: Wanderarbeiter in Europa – Reha verlangt mehr als die Akutversorgung, bei medizinischem Personal sowie sprachliche und sozialmedizinische Kompetenzen
- Die Rehabilitanden werden älter. Das hat Folgen für die Trägerschaft, die Konzepte und die Ergebnisse der Rehabilitation.
- Die technischen Möglichkeiten zur Rehabilitation werden besser. Das hat Folgen für den Bedarf (Mengen, Struktur, Qualifikationsanforderungen) der Rehateams.
- Datenbasierung und KI werden (auch) die Rehabilitation verändern.
- Das Interesse an der Rehabilitation wird sich weiterhin differenzieren und eine sozial gerechte Durchsetzung des Rechtsanspruchs gefährden.



- Bedarfswandel
- Zunehmende Auseinandersetzungen um regulatorische Anforderungen
- Budgetdruck durch Inflation, Finanzierungsschwäche der Versicherten, demografischen Wandel
- Wettbewerbsverschärfung und Orientierung an Kundenwünschen
- Wachsende Bedeutung der Immobilienverwertung, der Differenzierung und Absenkung der Personalkosten durch neue Qualifikationsstrukturen, Intensivierung, Delegation und Substitution ärztlicher Arbeit, Angebotsoptimierung und -profilierung



- Nicht primär demografischer und Bedarfswandel werden für die Zukunft der Rehabilitation entscheidend sein, sondern maßgeblich die ökonomischen Zwänge und Interessen der Akteure unter Wettbewerbsbedingungen.



- In Folge der wachsenden Möglichkeiten der Medizin sind der Erhalt von Selbständigkeit, Erwerbsfähigkeit auch über die Rentenaltersgrenze hinaus vielfältig neu zu definieren.

Oder:

- Für Prognosen zu den Perspektiven der Rehabilitation sind Wirtschafts- und Sozialprognosen wichtiger als Demografieprognosen.



- Moderne Medizin ist arbeitsteilig und datenbasiert. Das verlangt Kooperation, neue Qualifikationsstrukturen und staatenübergreifende Legalitätsregeln für die Digitalisierung und die Nutzung der KI.

Oder:

- Der wachsende Spezialisierungsdruck führt unvermeidlich zu einem Mengen- und Konzentrationsdruck der Anbieter.



- Wir sind auf die künftigen Aufgaben und Leistungsbedingungen in der Rehabilitation konzeptionell, qualifikatorisch und strukturell nicht vorbereitet.

Oder:

- Die mangelnde Vorbereitung betrifft vor allem die Digitalisierung, die Potenziale der KI und die rechtlichen Regelungen.
- Es muss zudem eine Aufhebung der strukturellen Trennung von Akutversorgung und Rehabilitation, von ambulanter und stationärer Reha sowie von Rehabilitation und Pflege erreicht werden.



- Die Interessen an der Rehabilitation der jeweiligen Rechtsträger werden sich weiter differenzieren und auch die Anbieterstrukturen verändern.
- Entsprechend werden sind auch die Anbieter bezüglich der Leistungen zur Rentenvermeidung, zur Anschlussrehabilitation, zur Rehabilitation nach Unfällen, zu präventiven Rehabilitationsmaßnahmen und zur Rehabilitation von Pflegebedürftigen sowie von Wellnessangeboten differenzieren.
- Im Besonderen präventive und Wellnessangebote können für die Anbieter und die Sozialleistungsträger verstärkt wettbewerbsrelevant werden.



- Der Anteil rehabilitativer Leistungen wird zunehmen. Dabei werden sich die Grenzen zwischen Akutversorgung und Rehabilitation weiter verschieben.
- Die Standardisierung der rehabilitativen Produktklassen und der produktspezifische Profilierungsdruck auf die Anbieter wird durch die Digitalisierung deutlich wachsen.
- Die Stärkung der kaufkräftigen Wahlrechte wird das Anbieterverhalten verändern.
- Rehabilitation wird für die Portfoliointegration von medizinischen Anbieterkonzernen interessanter und diese werden auch zunehmend die leistungsrechtlichen Entwicklungen bestimmen.



- **Multimodale digitale Reha-Nachsorge (analog IRENA):** digitalen Plattform mit Videos zu Therapieübungen. Therapeutenkontakt. Die Nachsorge wird mit den digitalen Anwendungen Caspar Health, EvoCare, Prothera Fit und Flowzone durchgeführt.
- **Unimodale digitale Trainingstherapie (analog T-RENA):** Die Therapieinhalte (Bewegungsübungen und Übungsanweisungen) werden in Form von Video-, Audio-, Bild- und Textdateien dargestellt.
- **Psychosomatische Reha-Nachsorge DE-RENA / DE-RENA 2.0:** Mittels einer (Smartphone-)App werden Patient*innen mit depressiven Störungen bei ihrer individuellen Tagesplanung unterstützt, um die neu erlernten Verhaltensweisen nach einer psychosomatischen Rehabilitation dauerhaft Alltag umzusetzen. Die App ermöglicht eine individuelle Nachsorge im Kontakt zu dem Nachsorgetherapeuten.
- **Psychosomatische digitale Reha-Nachsorge (analog Psy-RENA):** Die psychosomatische Nachsorge unterstützt die Versicherten, die erlernten Verhaltensweisen und Strategien zur Stress- und Konfliktbewältigung einzuüben und im Alltag umzusetzen. Die Nachsorgeleistung wird von Psychotherapeuten in der Gruppe in Gesprächsform mit einem zertifizierten Videodienst oder LiVi-RENA durchgeführt. Das individuelle Aufnahme- und Abschlussgespräch findet ebenfalls in digitaler Form statt.

Die Nachsorgeangebote werden deutschlandweit von zugelassenen Anbietern erbracht, so z.B. von Reha-Einrichtungen und niedergelassenen Psychotherapeuten. Voraussetzung: Die Versicherten sind im Besitz eines PC/Laptop/Tablet/Smartphones und haben Zugang zum Internet.

DIE ARBEITNEHMER DER DIGITALISIERTEN ZUKUNFT?

