Christoph Wehner (Hg.)

Aufbrüche in der Rehabilitation

Geschichte und Gegenwart der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung

sv:dok

Dokumentations- und Forschungsstelle
der Sozialversicherungsträger

Titelbild:
Kinderkur an der Nordsee, 1950er-Jahre
© Deutsche Rentenversicherung Hessen

Aufbrüche in der Rehabilitation
Geschichte und Gegenwart
der Rehabilitation in der gesetzlichen
Rentenversicherung

Herausgeber:
Christoph Wehner

sv:dok
Dokumentations- und Forschungsstelle
der Sozialversicherungsträger
© 2019

Satz und Gestaltung:
Mark Schwindt, Düsseldorf

Druck:
Griebsch & Rochol Druck GmbH,
Oberhausen

ISBN 978-3-9818343-2-1

Alle Rechte vorbehalten

Inhalt

Grußwort **5**
Wilfried Gleitze

Die Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung in Geschichte und Gegenwart: Eine Einführung **7**
Christoph Wehner

Geschichte der Rehabilitation
Christoph Wehner

Von der moralischen Verfehlung zur versicherten Krankheit **24**
Alkoholismus und Suchtrehabilitation in der deutschen Sozialversicherung

Kinder- und Jugendrehabilitation in Deutschland **58**
Historische Entwicklungslinien

Von der „Legitimationsforschung" zur Multidisziplin **75**
Zur Verwissenschaftlichung und Professionalisierung der Rehabilitationsforschung in den 1990er-Jahren

Auf dem Weg zur bedarfsgerechten Therapie **96**
Flexibilisierungsprozesse in der rehabilitativen Versorgung ab den 1990er-Jahren

Von Heilstätten und Rehabilitationszentren **111**
Die rehabilitative Infrastruktur der Rentenversicherung zwischen Kaiserreich und Gegenwart

Berufliche Rehabilitation **142**
Institutioneller und konzeptioneller Wandel zwischen Rentenreform und SGB IX

Gegenwart der Rehabilitation

Flexibilisierung der Rehabilitation **166**
Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation
Matthias Bethge

Aufbruch in der Rehabilitationsforschung **176**
Vor und nach den „Reha-Forschungsverbünden“
Heiner Raspe

Kinderrehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung **186**
Insbesondere zur Neufassung von § 15 a SGB VI
Fabian Walling

Stand und Perspektiven der Qualitätssicherung in der Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung **192**
Uwe Egner/Ulrich Theißen

Autoren **207**

Wilfried Gleitze

Grußwort

Die Rehabilitation bildet neben kurativer Medizin, Prävention und Pflege eine zentrale Säule des sozialstaatlichen Versorgungsgeschehens in Deutschland. In ihren verschiedenen Ausprägungen leistet Rehabilitation einen maßgeblichen Beitrag, die Selbstbestimmung und gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen zu ermöglichen. Diese übergeordnete Aufgabe, deren gesellschaftliche Bedeutung 2001 durch das SGB IX herausgestellt wurde, wird in Deutschland traditionell von mehreren Akteuren des sozialen Sicherungssystems wahrgenommen. Dabei kommt der gesetzlichen Rentenversicherung als führendem Kosten- und Leistungsträger in den Bereichen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation eine herausragende Bedeutung zu. Kennzeichnend für das deutsche Rehabilitationswesen ist gleichwohl eine intensive trägerübergreifende Zusammenarbeit, die als wesentlich für die Qualität, Effizienz und den Erfolg von Rehabilitationsmaßnahmen anzusehen ist. Insgesamt zeichnet sich das deutsche Rehabilitationssystem der Gegenwart durch ein hohes Qualitäts- und Versorgungsniveau aus, das auch international keinen Vergleich zu scheuen braucht.

Dass dem nicht immer so war und es in der jüngeren Vergangenheit vielmehr erheblicher Anstrengungen bedurfte, um dieses Versorgungsniveau zu erzielen und in Zeiten sparpolitischer Herausforderungen nachhaltig zu sichern, zeigt der vorliegende Sammelband. Die Publikation, mit deren Erstellung die Regionalträger DRV Baden-Württemberg, DRV Rheinland, DRV Nord und DRV Westfalen die sv:dok, die Dokumentations- und Forschungsstelle der Sozialversicherungsträger, beauftragt haben, verbindet zeithistorische mit aktuellen Aufsatzdarstellungen und nimmt so einen Brückenschlag zwischen Geschichte und Gegenwart der Rehabilitation vor. Das Spektrum der in den Einzelbeiträgen behandelten Themen umfasst zum einen Kernbereiche der rehabilitativen Versorgung wie die medizinische und berufliche Rehabilitation, die Suchtrehabilitation und die Kinder- und Jugendrehabilitation. Zum anderen werden mit der Flexibilisierung, Verwissenschaftlichung sowie Infrastrukturentwicklung übergeordnete Prozesse des Rehabilitationssektors in ihrer historischen Entwicklung und gegenwärtigen Ausprägung untersucht. Den Fluchtpunkt der historischen Darstellung bilden dabei die umfassenden Strukturreformen, die in den 1990er-Jahren auf Initiative der von der Rentenversicherung 1989 eingesetzten „Reha-Kommission“ vorgenommen wurden und die zu einer tiefgreifenden Modernisierung des Rehabilitationssystems führten.

Zu den besonderen Vorzügen der Publikation zählt aus meiner Sicht, dass sie die Umbrüche im Rehabilitationssystem nicht allein auf rechtliche und institutionelle Vorgänge zurückführt, sondern als Ergebnis sozialpolitischer Interaktion und Kommunikation in den Blick nimmt. Die gesetzliche Rentenversicherung rückt so als sozialpolitischer Akteur und Gestalter von rehabilitativen Versorgungsstrukturen in den Mittelpunkt der Betrachtung. Darüber hinaus verdeutlichen die Beiträge grundsätzlich die Wandlungsfähigkeit des Rehabilitationssystems, das beständig an sich verändernde soziale und gesundheitliche Bedarfslagen angepasst wurde. Viele der hier im historischen Kontext untersuchten Reformprozesse sind insofern keines-

falls als abgeschlossen zu betrachten, sondern besitzen in der gesetzlichen Rentenversicherung nach wie vor eine hohe Dringlichkeit.

Die Autoren des Sammelbandes weisen unterschiedliche wissenschaftliche Prägungen auf und spiegeln damit das dem Rehabilitationswesen eigene hohe Maß an Interdisziplinarität wider. Sie verbindet das Interesse an einer bedarfsgerechten Weiterentwicklung der Rehabilitation im Wege der problemorientierten wissenschaftlichen Analyse. Es ist dem Band, der eine spannende Lektüre bietet und Geschichte und Gegenwart der Rehabilitation der Rentenversicherung um neuartige Perspektiven bereichert, zu wünschen, dass er eine breite Leserschaft findet und sich vielleicht aus der historischen Betrachtung auch der ein oder andere Impuls für die künftige Entwicklung der Rehabilitation ableiten lässt.

Christoph Wehner

Die Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung in Geschichte und Gegenwart: Eine Einführung

In den gegenwärtigen Zeiten der wirtschaftlichen Konjunktur, des Anstiegs der Erwerbstätigkeit, des demographischen Wandels und der Zunahme chronischer Erkrankungen erlangt die Rehabilitation ein wachsendes versorgungspolitisches Gewicht. Sie bildet in ihren unterschiedlichen Ausprägungen neben Akutversorgung, Pflege und Prävention eine zentrale Einrichtung des sozialen Sicherungssystems der Bundesrepublik Deutschland und ist „tragende Säule" in der Versorgung von Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen.[1] Nach einer grundlegenden Definition lässt sich unter „Rehabilitation" der „koordinierte Einsatz von medizinischen, sozialen, schulischen und beruflichen Maßnahmen" verstehen mit dem Ziel, „die aus gesundheitlichen Gründen eingeschränkten Betätigungsmöglichkeiten und damit die funktionelle Leistungsfähigkeit des Betroffenen möglichst weitgehend wiederherzustellen".[2]

Der zunehmenden gesellschaftlichen Relevanz des rehabilitativen Versorgungssektors wurde in der jüngeren Vergangenheit insbesondere durch das Neunte Sozialgesetzbuch (SGB IX) Rechnung getragen, das nach einer umfangreichen Vorbereitungsphase unter Einbindung der Verbände behinderter Menschen am 1. Juli 2001 in Kraft getreten ist. Indem es das Rehabilitationsrecht erstmals einheitlich zusammenfasste, leistet das SGB IX einerseits einen maßgeblichen Beitrag zur Überwindung der auf diesem Rechtsgebiet traditionell ausgeprägten Zersplitterungen und Unübersichtlichkeiten. Andererseits erfuhren die Ziele der Rehabilitation durch das SGB IX eine fundamentale Neuausrichtung: Der Erhalt beziehungsweise die Wiederherstellung der „Selbstbestimmung" und „gleichberechtigten Teilhabe" am Leben in der Gesellschaft bildet seither die stark erweitere Zielsetzung der Rehabilitation. Das Gesetzeswerk gilt entsprechend als „Meilenstein"[3] in der jüngeren Geschichte dieses Versorgungssektors, wenngleich es im Urteil von Rechtsexperten systematische Defizite

1 Vgl. Silke Brüggemann/Rolf Buschmann-Steinhage/Verena Pimmer, Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung – für Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, in: Thomas Schott/Cornelia Hornberg (Hrsg.), Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft, Wiesbaden 2001, S. 401-417, S. 401. Zum Verhältnis der einzelnen Sektoren siehe vertiefend Felix Welti, Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat. Freiheit, Gleichheit und Teilhabe behinderter Menschen, Tübingen 2005, S. 139 ff.

2 Franz Ruland, Art. Rentenversicherung, in: Bernd Baron von Maydell/Franz Ruland (Hrsg.), Sozialrechtshandbuch (SRH), 3. Aufl. Baden-Baden 2003, S. 958-1060, S. 2019, Rn. 168. Eine einheitliche Definition von „Rehabilitation" existiert hingegen nicht. Siehe als Vertiefung die etymologischen, begriffs- und rechtshistorischen Erörterungen bei Welti, Behinderung und Rehabilitation, S. 117 ff.

3 Brüggemann/Buschmann-Steinhage/Pimmer, Rehabilitation, S. 404.

aufweist und der Gesetzgeber am vielfach umstrittenen gegliederten System der Rehabilitation grundlegend festgehalten hat.[4]

Die Einführung des SGB IX markiert das jüngste Kapitel in der wechselvollen und bislang kaum erforschten Geschichte der Rehabilitation, zur deren Historisierung der vorliegende Sammelband einen genuinen Beitrag leisten möchte.[5] Dabei kann es selbstverständlich nicht darum gehen, die über 100jährige Entwicklungsgeschichte dieses Versorgungssystems in extenso zu entfalten. Ein derartiges Unterfangen erscheint nicht nur aufgrund des ausgreifenden Untersuchungszeitraums problematisch, sondern auch aufgrund der diffusen Beschaffenheit des Rehabilitationswesens selbst, das im Schnittfeld einer Vielzahl verschiedener gesellschaftlicher Sektoren, Akteure, Disziplinen, Professionen und institutioneller Interessen liegt. Umgekehrt war es dieser übergreifende gesellschaftliche Bezugsrahmen und Wirkungskreis, der die Rehabilitation im Zuge ihrer historischen Entwicklung immer wieder ins Zentrum sozialpolitischer Diskurse rücken ließ. Zugespitzt formuliert: Mit der Rehabilitation verknüpfen sich elementare Fragen der Verteilung von Gesundheitsressourcen, Berufschancen und gesellschaftlichen Teilhabemöglichkeiten, die im Feld der Sozialpolitik permanent neu ausgehandelt werden. Vor allem dieser Umstand weist die Rehabilitation als ergiebigen Gegenstand einer modernen Zeitgeschichtsschreibung aus, die auf die historische Genese und Transformation gegenwärtiger sozialstaatlicher Problemkonstellationen abzielt. Der Forschungsperspektive einer „Problemgeschichte der Gegenwart“[6] ist auch der vorliegende Band verpflichtet, der mit der Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung einen zentralen sozialstaatlichen Versorgungsbereich in den sozialpolitischen und gesellschaftlichen Spannungsfeldern nach 1945 in den Blick nimmt.

4 Für zentrale Kritikpunkte am SGB IX siehe Felix Welti, Die Rehabilitation im System des Sozialleistungsrechts aus rechtswissenschaftlicher Sicht, in: ders. (Hrsg.), Das Rehabilitationsrecht in der Praxis der Sozialleistungsträger, Berlin 2009, S. 16-32 sowie Volker Neumann, Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Handbuch SGB IX, Baden-Baden 2004.

5 Auf eine Diskussion des Forschungsstandes wird an dieser Stelle aus Darstellungsgründen verzichtet. Grundsätzlich hat das Themenfeld Rehabilitation in der Geschichtswissenschaft bislang wenig Aufmerksamkeit erfahren. Dies gilt insbesondere im Vergleich mit anderen Disziplinen wie der Medizin, den Sozial- und Gesundheits- und Erziehungswissenschaften sowie den Rechts- und Wirtschaftswissenschaften, die sich seit Jahrzehnten intensiv mit der Rehabilitation beschäftigen. Ein Ungleichgewicht besteht auch zur Historiographie zur Geschichte von Rentenversicherung und Rentenversicherungspolitik im 20. Jahrhundert, die in den letzten Jahren gewachsen ist. Die gehaltvollsten Darstellungen zur Zeitgeschichte der Rehabilitation bilden die einschlägigen Aufsätze von Winfried Rudloff, Ferdinand Schliehe und Pia Zollmann in der vom BMAS herausgegebenen elfbändigen Reihe „Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945“, in denen auch die Kernliteratur erfasst ist. Darüber hat der Gegenstand in Aufsätzen und Monographien zur Sozial- und Gesundheitspolitik Aufmerksamkeit gefunden, was im Besonderen für jüngere Arbeiten aus dem Feld der „Disability History“ gilt. Siehe etwa Elsbeth Bösl, Politiken der Normalisierung. Zur Geschichte der Behindertenpolitik in der Bundesrepublik Deutschland, Bielefeld 2009. Für weitere Titel sei auf die in den Einzelbeiträgen aufgeführte Literatur verwiesen.

6 Vgl. Hans Günter Hockerts, Zeitgeschichte in Deutschland. Begriffe, Methoden, Themenfelder, in: Historisches Jahrbuch 113 (1993), S. 98-127.

Die gesetzliche Rentenversicherung zählt seit ihrer Gründung im ausgehenden 19. Jahrhundert zu den wichtigsten Akteuren im Feld der rehabilitativen Versorgung. Im Jahre 2016 wendeten die Rentenversicherungsträger in der Gesamtheit rund 6,4 Mrd. Euro für Rehabilitationsmaßnahmen auf, wovon ca. 4,7 Mrd. Euro auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, 1,3 Mrd. Euro auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und rund 0,4 Mrd. Euro auf Sozialversicherungsbeiträge entfielen. In Trägerschaft der Rentenversicherung wurden im selben Jahr unter Aufwendung dieser Mittel mehr als 1 Mio. medizinische Rehabilitationsmaßnahmen und rund 156.000 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durchgeführt.[7] Rehabilitation stellt in Deutschland traditionell eine Gemeinschaftsaufgabe dar, an der nahezu alle Sozialleistungsträger beteiligt waren und sind. Ein spezifisches Merkmal des deutschen Rehabilitationssystems besteht geradezu in seiner korporatistischen Struktur mit gegliederten Zuständigkeiten, die sich analog zum gesamten Sozialversicherungssystem in einem historischen Prozess ausgebildet haben.[8] Gegenwärtig existieren in Deutschland neben der gesetzlichen Rentenversicherung sechs weitere Rehabilitationsträger, darunter die Bundesagentur für Arbeit, die gesetzliche Krankenversicherung, die gesetzliche Unfallversicherung sowie die Träger der Jugend- und Sozialhilfe. In den wichtigen Bereichen der medizinischen und der beruflichen Rehabilitation kommt der Rentenversicherung als Kosten- und Leistungsträger gleichwohl eine herausragende Bedeutung zu.

Der Begriff des „Leistungsträgers“ deutet bereits an, dass die historische Rolle der Rentenversicherung in der Rehabilitation nicht auf Aufgaben der Verwaltung und der Kostenübernahme beschränkt war. Vielmehr haben die Rentenversicherungsträger die strukturelle Ausformung und konzeptionelle Weiterentwicklung des Rehabilitationssystems als Akteure begleitet und maßgeblich mitgestaltet. Die institutionellen Grundzüge des heutigen Rehabilitationssystems entstanden im Rahmen der Bismarckschen Sozialgesetzgebung des späten 19. Jahrhunderts, die zur Errichtung der sozialen Sicherungssysteme der Kranken- (1884), Unfall- (1885) sowie der Invaliditäts- und Altersversicherung (1891) führte. Als bedeutsam für die Institutionalisierung der Rehabilitation als sozialstaatliche Aufgabe erwies sich insbesondere die Gründung der Rentenversicherung. Deren Träger, die neu errichteten Landesversicherungsanstalten (LVAen), deren Zahl bis 1918 bereits auf 31 angestiegen war, waren von Anfang an dazu berechtigt, erkrankten Versicherten Heilverfahren zu finanzieren. Die Voraussetzung war, dass „als Folge der Krankheit Erwerbsunfähigkeit zu besorgen

7 Siehe für diese und weitere Zahlen Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik (Reha-Bericht 2018), Berlin 2018, S. 6 f., URL: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/6_Wir_ueber_uns/03_fakten_und_zahlen/03_statistiken/02_statistikpublikationen/02_rehabericht_2018.pdf?__blob=publicationFile&v=2 [letzter Abruf am: 25.03.2019].

8 Vgl. auch Axel Reimann, Die Rehabilitation in der Rentenversicherung, in: Eberhard Eichenhofer/Herbert Rische/Winfried Schmähl (Hrsg.), Handbuch der gesetzlichen Rentenversicherung SGB VI, Köln 2001, S.473-496, S. 473.

ist, welche einen Anspruch auf reichsgesetzliche Invalidenrente begründet", wie es im Rentenversicherungsgesetz von 1889 hieß.[9]

Das Interesse an der Vermeidung von Rentenzahlungen avancierte zur treibenden Kraft des rehabilitativen Engagements der LVAen im Kaiserreich, die in steigender Zahl Heilverfahren durchführten und Investitionen in den Auf und Ausbau der Heilstätteninfrastruktur tätigten.[10] Natürlich lässt sich mit Blick auf die kurmedizinischen Behandlungssettings und -methoden jener Zeit noch nicht von „Rehabilitation" im modernen Sinne sprechen (zumal der Begriff erst Anfang der 1960er-Jahre überhaupt in die deutsche Gesetzessprache überführt wurde).[11] Darüber hinaus war das „Rehabilitationssystem" der Vorkriegszeit in Größe und Wirkungskreis begrenzt: Es war zum einen stark auf die Bekämpfung der Tuberkulose ausgerichtet, die bis in die 1960er-Jahre in Deutschland die vorherrschende Volkskrankheit darstellte. Zum anderen waren seinem Ausbau, der insbesondere in der Weimarer Republik angestrengt worden war, aufgrund der politischen Instabilitäten, wirtschaftlichen Krisen und Systembrüche der ersten Jahrhunderthälfte alles in allem enge Grenzen gesetzt. Gleichwohl ist festzustellen: Um 1900 waren bereits das grundlegende Ziel (Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit) und finanzielle Anreizfaktoren (Minderung des Risikos von Rentenzahlungen) entstanden, welche die Rehabilitation der Rentenversicherung über weite Strecken ihrer historischen Entwicklung prägen sollten.

In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts, auf die der Fokus des vorliegenden Bandes gerichtet ist, nahm das Rehabilitationswesen eine expansive Entwicklung.[12] Dies gilt im Besonderen für das Versorgungssystem der gesetzlichen Rentenversicherung, die in der Nachkriegszeit mit erweiterten Kompetenzen und Verantwortlichkeiten in der Rehabilitation ausgestattet wurde. Den Bezugsrahmen hierfür bildete die Rentenreform von 1957, die jenseits der epochemachenden Einführung der „dynamischen Rente" auch für die Rehabilitation zukunftsweisende Neuregelungen vorsah. Dazu zählte an vorderster Stelle die Einführung des im Kern bis in die Gegenwart geltenden Leitprinzips „Rehabilitation vor Rente", demzufolge die Auszahlung einer Rente der Durchführung rehabilitativer Maßnah-

9 Das Reichsgesetz, betreffend die Invaliditäts- und Altersversicherung, 22. Juni 1889, erläutert von Richard Bosse und Erich von Woedtke, 2. Aufl., Leipzig 1891, S. 243, zit. n. Marc von Miquel/Anne Schmidt, 125 Jahre Rentenversicherung in Westfalen. Sicherheit für Generationen 1890 bis 2015, Münster 2015, S. 31.

10 Nach der Jahrhundertwende kam es zu einem regelrechten Heilstättenboom, der bis 1914 andauerte. In diesem Jahr verfügte die Rentenversicherung bereits über 41 eigene Lungenheilanstalten bei einer Gesamtzahl von 158. Vgl. Sylvelyn Hähner-Rombach, Sozialgeschichte der Tuberkulose. Vom Kaiserreich bis zum Ende des Zweiten Weltkriegs unter besonderer Berücksichtigung Württembergs, Stuttgart 2000, S. 164. Siehe vertiefend den Beitrag zur Infrastrukturentwicklung in der Rehabilitation in diesem Band.

11 Erstmals war der Begriff im Gesetz zur Änderung des Schwerbehindertengesetzes von 1961 aufgeführt (Welti, Behinderung und Rehabilitation, S. 122).

12 Siehe als Überblick die von Wilfried Rudloff, Ferdinand Schliehe und Pia Zollmann verfassten Beiträge zu „Rehabilitation und Hilfen für Behinderte" in der vom BMAS und Bundesarchiv gemeinsam herausgegebenen Reihe „Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945".

men gesetzlich nachgeordnet ist.[13] Damit verbunden war zweitens die Institutionalisierung der Rehabilitation als Regelleistung der Rentenversicherung, während die Gewährung von Heilverfahren zuvor im weitgehenden Ermessen der Selbstverwaltung der Versicherungsträger gelegen hatte.[14] Drittens wurde der Rentenversicherung 1957 die berufliche Rehabilitation als neue Leistungsform übertragen,[15] wobei soziale Aspekte des beruflichen (Wieder-) Eingliederungsprozesses konzeptionell bereits ansatzweise berücksichtigt waren.[16] Hinzu kommt viertens, dass die Rentenversicherungsträger fortan bereits bei drohender, und nicht erst bei vorliegender Erwerbsunfähigkeit medizinische Rehabilitationsmaßnahmen einleiten konnten, was dem zeitgenössischen Vordringen des Präventionsgedankens entsprach.[17] In Anbetracht dieser zukunftsweisenden Neuerungen lässt sich der Rentenreform auch für die Rehabilitation ein Zäsurcharakter zumessen: Seither umfasste der Kompetenzbereich der Rentenversicherung die medizinische und die berufliche Rehabilitation und damit zwei bis heute zentrale Leistungszweige der Erwachsenenrehabilitation. Zudem zeichneten sich hier avant la lettre die Konturen eines modernen Rehabilitationsbegriffs ab, der medizinische, berufsfördernde und soziale Leistungsformen zielorientiert integriert, wobei er gegenüber dem heutigen Teilhabeverständnis enger gefasst war und auf das Ziel der Erwerbsbefähigung bezogen blieb.[18]

Waren die 1950er- und 1960er-Jahre eine Periode sozialrechtlicher Weichenstellungen, so werden die 1970er-Jahre in der Rehabilitationsgeschichte als eine Zeit vielfältiger Aufbrüche wahrgenommen. Diese Sichtweise entspricht zum einen gängigen Periodisierungen der deutschen Zeitgeschichtsforschung, die ihren Fokus in den letzten Jahren auf die Zeit „nach dem Boom“ und jene „Umbrüche in die Gegenwart“ verlagert hat, die in den politischen, rechtlichen, ökonomischen und soziokulturellen Wandlungsprozessen ab den 1970er-Jah-

13 Vgl. Miquel/Schmidt, 125 Jahre, S. 169. Die Neuerungen für die Rehabilitation wurden von der historischen Forschung zur Rentenreform insgesamt kaum rezipiert. Zur Entstehung der Reform siehe Hans Günter Hockerts, Die Rentenreform 1957, in: Franz Ruland (Hrsg.), Handbuch der gesetzlichen Rentenversicherung. Festschrift aus Anlaß des 100jährigen Bestehens der gesetzlichen Rentenversicherung, Neuwied und Frankfurt/Main 1990, S. 93-104; Cornelius Torp, Gerechtigkeit im Wohlfahrtsstaat. Alter und Alterssicherung in Deutschland und Großbritannien von 1945 bis heute, Göttingen 2015, S. 79 ff.

14 Eberhard Schaub, Rehabilitation in der Rentenversicherung, in: Franz Ruland (Hrsg.), Handbuch der gesetzlichen Rentenversicherung. Festschrift aus Anlaß des 100jährigen Bestehens der gesetzlichen Rentenversicherung, Neuwied und Frankfurt/Main 1990, S. 608.

15 Vgl. Neumann, Handbuch SGB IX, S. 8.

16 Neu aufgenommen in den Leistungskatalog wurden „Berufsförderung“ sowie eine „soziale Betreuung“ in Form eines Übergangsgeldes. Siehe hierzu auch den Beitrag zur Geschichte der beruflichen Rehabilitation in diesem Band.

17 Vgl. Bösl, Normalisierung, S. 343.

18 Vgl. Wilfried Rudloff, Rehabilitation und Hilfen für Behinderte, in: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.), Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945, Bd. 3: Bundesrepublik Deutschland 1949-1957: Bewältigung der Kriegsfolgen, Rückkehr zur sozialpolitischen Normalität (hrsg. v. Günther Schulz), Baden-Baden 2005, S. 517-557, 517 f., zum zeitgenössischen Ausbau der Rehabilitation in der Rentenversicherung S. 546-549.

ren verortet werden.[19] Zum anderen wurden die 1970er-Jahre bereits von Zeitgenossen als „Dekade der Rehabilitation" umschrieben, womit auf die vielschichtigen rehabilitationspolitischen Impulse und Initiativen Bezug genommen wurde, die sich vor allem in der ersten Hälfte des Jahrzehnts verdichteten.[20]

Die seit 1969 die Regierung stellende sozialliberale Koalition proklamierte im Einklang mit internationalen Tendenzen eine aktive Sozialpolitik, die insbesondere auf eine verbesserte gesellschaftliche Integration von Menschen mit Behinderungen abzielte.[21] 1970 entstand unter der Regie des Bundesarbeitsministers Walter Arendt ein „Aktionsprogramm zur Förderung der Rehabilitation der Behinderten", das überhaupt erstmals Eckpfeiler der zukünftigen Rehabilitationspolitik bestimmte. Schon in dieser Zeit galt eine wesentliche Anstrengung des Gesetzgebers der Vereinheitlichung des rehabilitativen Leistungsrechts, dessen Unübersichtlichkeit und Zersplitterung in sozialpolitischen Expertenzirkeln zuvor vermehrt problematisiert worden war.[22]

1974 erging zu diesem Zweck das sogenannte Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation (kurz: Reha-Angleichungsgesetz), das darauf abzielte, „körperlich, geistig oder seelisch Behinderte möglichst auf Dauer in Arbeit, Beruf und Gesellschaft einzugliedern". Diesen Anspruch konnte das Gesetz im Ergebnis nicht erfüllen. Zwar bewirkte es, dass sich die leistungsrechtlichen Grundlagen der einzelnen Zweige anglichen und die Rehabilitationsträger, in deren Kreis mit dem Gesetz auch die Krankenversicherung rückte, auf der Grundlage von Rahmenkonzepten stärker als zuvor miteinander koordinierten. Am Beispiel der Suchtrehabilitation, die in diesem Band vertiefend untersucht wird, aber auch anderer Versorgungsbereiche ist gleichwohl zu ersehen, dass Kooperationsprobleme und Zuständigkeitskonflikte zwischen den Rehabilitationsträgern weiter fortbestanden und durch das Gesetz mitunter sogar verschärft worden waren.[23] Dabei ist zu berücksichtigen, dass das Gesetz „nicht als einheitliches Rehabilitationsgesetz angelegt" war, sondern „sich auf die Normierung allgemeingültiger Verfahrensvorschriften sowie die Schaffung eines

19 Anselm Doering-Manteuffel/Lutz Raphael, Nach dem Boom. Perspektiven aus die Zeitgeschichte seit 1970, Göttingen 2010; Frank Bösch, Umbrüche in die Gegenwart. Globale Ereignisse und Krisenreaktionen um 1979, in: Zeithistorische Forschungen 9 (2011), H. 1, S. 8-32.

20 Zit. n. Wilfried Rudloff, Rehabilitation und Hilfen für Behinderte, in: Bundesministerium für Arbeit und Soziales und Bundesarchiv (Hrsg.), Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland, Bd. 5: Eine Zeit vielfältigen Aufbruchs. Bundesrepublik Deutschland 1966-1974 (hrsg. v. Hans Günter Hockerts), Baden-Baden 2006, S. 559-591, S. 572.

21 Ebd. So wurde im Anschluss an den EG-Gipfel in Paris von 1972 ein sozialpolitisches Aktionsprogramm aufgelegt, das Menschen mit Behinderungen berücksichtigte. Die 1970er-Jahre gelten insgesamt als Formierungsphase der europäischen Behindertenpolitik. Siehe dazu auch Michael Maschke, Behindertenpolitik der Europäischen Union. Lebenssituation behinderter Menschen und nationale Behindertenpolitik in 15 Mitgliedsstaaten, Wiesbaden 2008, S. 199.

22 Rudloff, Rehabilitation und Hilfen für Behinderte, in: Hockerts (Hrsg.), Zeit, S. 572 f.

23 Vgl. den Beitrag des Verfassers zur Suchtrehabilitation in diesem Band. Auf die Probleme rechtlicher Steuerung der trägerübergreifenden Zusammenarbeit im Zusammenhang mit dem Reha-Angleichungsgesetz verweist etwa auch Welti, Behinderung und Rehabilitation, S. 247.

einheitlichen Leistungsrahmens“ beschränkte.[24] Indem es das gegliederte System der Rehabilitation unangetastet ließ, war es hinter den Erwartungen von Experten zurückgeblieben und erfuhr in der Folgezeit eine überwiegend kritische Rezeption.[25] Von der zeitgenössisch einsetzenden Kritik lässt sich wiederum ein Bogen zum SGB IX schlagen, das wesentliche Defizite des Reha-Angleichungsgesetzes beseitigt hat.

Die Geschichte des Reha-Angleichungsgesetzes steht symptomatisch für die Ambivalenz der Rehabilitationspolitik der 1970er-Jahre, die einerseits eine hochgestimmte Semantik des Aufbruchs, der Modernisierung und des Fortschritts kennzeichnete,[26] die erzeugten Erwartungen andererseits aber kaum erfüllen konnte. In dem Zusammenhang ist vor allem der Umschwung der ökonomischen Rahmenbedingungen einzubeziehen, die sich nach dem Ölpreisschock von 1973 in der Bundesrepublik und den meisten westlichen Industrienationen rapide verschlechterten. Im sozialpolitischen Feld dominierten infolge des massiven Konjunktureinbruchs Ernüchterung, Unsicherheit und Krisenwahrnehmungen, die im zeitgenössisch einsetzenden Diskurs über die „Grenzen des Sozialstaats“ prägnant zum Ausdruck kamen.[27] In den sozioökonomischen Wandlungsprozessen der 1970er-Jahre liegen auch die Anfänge einer Sozialpolitik zweiter Ordnung, die im Unterschied zur klassischen Sozialpolitik weniger auf die Lösung neuer sozialer Probleme abzielt, sondern mit der Bewältigung der Nebenfolgen sozialpolitischer Interventionen und der Konsolidierung der bestehenden sozialstaatlichen Infrastruktur befasst ist.[28] Der Sozialstaat als solcher hat sich – um eine bekannte Interpretationsfigur des Historikers Hans Günter Hockerts aufzugreifen – ab Mitte der 1970er-Jahre vom „Problemlöser“ zum „Problemerzeuger“ gewandelt.[29]

Die Folgen des gesellschaftlichen Strukturwandels traten auf dem Sektor der rehabilitativen Versorgung besonders deutlich zutage: Zum einen bewirkten die hohe Arbeitslosigkeit und die insgesamt angespannte Arbeitsmarktsituation einen deutlichen Rückgang der Antragszahlen in der medizinischen Rehabilitation. Zum anderen kam es in der Re-

24 Reimann, Rehabilitation, S. 474.

25 Vgl. Bernard Braun, Die Rehabilitation im System des Sozialleistungsrechts aus sozialpolitischer Sicht unter besonderer Berücksichtigung der Probleme trägerübergreifender Kooperation und Koordination, in: Felix Welti (Hrsg.), Das Rehabilitationsrecht in der Praxis der Sozialleistungsträger, Berlin 2009, S. 33-45, S. 35 f.

26 Bösl, Normalisierung, S. 342.

27 Siehe dazu etwa Thomas Olk/Barbara Riedmüller, Grenzen des Sozialversicherungsstaates oder grenzenloser Sozialversicherungsstaat? Eine Einführung, in: Barbara Riedmüller/Thomas Olk (Hrsg.), Grenzen des Sozialversicherungsstaates, Opladen 1994, S. 9-36.

28 Der Begriff geht auf den Soziologen Franz-Xaver Kaufmann zurück. Vgl. Franz-Xaver Kaufmann, Der Sozialstaat als Prozess. Für eine Sozialpolitik zweiter Ordnung, in: Franz Ruland u. a. (Hrsg.), Verfassung, Theorie und Praxis des Sozialstaats. Festschrift für Hans F. Zacher zum 70. Geburtstag, Heidelberg 1998, S. 307-322. Für eine Einordnung in die Umbrüche der 1970er-Jahre vgl. Winfried Süß, Soziale Sicherheit und soziale Lagen in wohlfahrtsstaatlich formierten Gesellschaften, in: Frank Bösch (Hrsg.), Geteilte Geschichte. Ost- und Westdeutschland 1970-2000, Göttingen 2015, S. 153-194, S. 170 f.

29 Hans Günter Hockerts, Vom Problemlöser zum Problemerzeuger? Der Sozialstaat im 20. Jahrhundert, in: Archiv für Sozialgeschichte 47 (2007), S. 3-29.

habilitationspolitik an der Wende zu den 1980er-Jahren vor dem Hintergrund der prekären Haushaltslage zu Budgeteinschnitten sowie Verschärfungen, die im Besonderen die Voraussetzungen betrafen, nach denen Rehabilitationsmaßnahmen durch die Träger bewilligt wurden.[30] Tiefgreifende Veränderungen vollzogen sich in dieser Zeit auch im Bereich der rehabilitativen Infrastruktur: Während sich die Einrichtungslandschaft der medizinischen Rehabilitation durch die Zurückdrängung der Tuberkulose und die Zunahme chronischer Erkrankungen bereits ab den 1960er-Jahren im Umbruch befand, wurden die Kapazitäten für die berufliche Rehabilitation durch die Neuerrichtung von 21 Berufsförderungswerken im Zuge der 1970er-Jahre stark erweitert. Die Kapazitätserweiterung stand ganz im Zeichen der sozialpolitischen Gestaltungsinitiativen um 1970, stellt sich im Rückblick gleichwohl als zäher und finanziell vielfach unsicherer Prozess dar, dessen Abschluss in den späten 1970er-Jahren zudem mit einer umfassend veränderten Wirtschaftslage, Arbeitsmarktsituation und Bedarfskonstellation zusammenfiel.[31] In beiden zentralen Rehabilitationszweigen der Rentenversicherung, vor allem aber in der medizinischen Rehabilitation, waren ab Mitte der siebziger Jahre starke Rückgänge bei den Maßnahmen-Fallzahlen und den Aufwendungen zu verzeichnen, was den übergreifenden Einfluss der zeitgenössischen Wirtschaftskrise auf das Gesamtfeld der Rehabilitation eindrücklich dokumentiert.[32]

Insgesamt spiegelte die Rehabilitationspolitik der 1970er-Jahre die generelle Janusgesichtigkeit dieses Jahrzehnts wider, das einerseits für zukunftsweisende sozialpolitische Handlungsimpulse steht, andererseits das Ende der sozialstaatlichen Boom- und Expansionsphase der Nachkriegszeit markiert. In dem Zusammenhang ist grundsätzlich zu sehen, dass zentrale rehabilitationspolitische und -rechtliche Prozesse wie die Institutionalisierung der Rehabilitation als Aufgabe der Sozialleistungsträger nicht erst in den 1970er-Jahren einsetzten, sondern bereits ab den 1950er-Jahren schrittweise vollzogen worden waren. Auch wenn man diese Kontinuitäten in Rechnung stellt, wirkt die Deutung der 1970er-Jahre als „Dekade der Rehabilitation“ unzureichend.[33]

Im Hinblick auf die Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung ist diese Einordnung einmal mehr zu hinterfragen. In den Fokus rücken hier vielmehr die 1990er-Jahre als zentrale Reformperiode, in der sich Prozesse der Flexibilisierung, Qualifizierung, Verwissenschaftlichung und Professionalisierung zu einer Modernisierung des Rehabilitationssystems der Rentenversicherung verdichteten. Den Hintergrund zu diesen wegweisenden Strukturreformen bildete eine kritische Grundsatzdebatte über die medizinische Rehabilitation, die in der sozialpolitischen Fachöffentlichkeit ab Mitte der achtziger Jahre entstanden war. Experten und Sachverständige unterschiedlicher Disziplinen und Professionen,

30 Miquel/Schmidt, 125 Jahre, S. 240.

31 Siehe hierzu vertiefend die Beiträge zur historischen Entwicklung der rehabilitativen Infrastruktur und der beruflichen Rehabilitation in diesem Band.

32 Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), Rentenversicherung in Zeitreihen 2004, Frankfurt/Main 2004, S. 192, Tab.: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation; S. 213, Tab.: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

33 Vgl. Bösl, Normalisierung, S. 342 f.

vor allem aber aus den medizinischen Wissenschaften, übten harsche Kritik am Rehabilitationssystem, das aus ihrer Sicht mit erheblichen Defiziten behaftet war. Ein zentraler Kritikpunkt betraf die Starrheit des zeitgenössischen Rehabilitationssystems, das in seiner Zergliederung stark an den Verwaltungsstrukturen der Träger ausgerichtet schien. Es war gekennzeichnet durch Schnittstellenprobleme zwischen den unterschiedlichen Maßnahmen, ein Übergewicht der stationären Behandlung und hohe Transaktionskosten zwischen den Trägern – allesamt Faktoren, die dem Idealziel einer bedarfsorientierten und nahtlos ineinandergreifenden rehabilitativen Behandlungskette aus zeitgenössischer Expertensicht entgegenstanden.[34] „Flexibilisierung" lautete entsprechend ein zentrales Schlagwort der Reformdiskussion, die in den 1990er-Jahren in entsprechende Veränderungen mündete: Im Hinblick auf die Rentenversicherung sind hier vor allem der forcierte Ausbau nicht-stationärer Angebote wie der ambulanten Versorgung[35] sowie die Entwicklung neuer „hybrider" Leistungsformen wie der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) hervorzuheben.[36]

Ein zweiter zentraler Vorwurf von Expertenseite, der ohne Zweifel schwer wog, galt dem unzureichenden wissenschaftlichen Fundament der medizinischen Rehabilitation. Er bezog sich zum einen auf die kaum gegebene Verankerung der Rehabilitationsforschung im Wissenschaftssystem, und betraf zum anderen die Forschungsdesiderate zur Qualität und Effizienz der Praxis der medizinischen Rehabilitation. Die Debatte legte mithin fundamentale Akzeptanzprobleme der Rehabilitationsforschung offen, die als „Legitimationsforschung" und „Erfahrungsmedizin" abqualifiziert wurde,[37] aber auch der Rehabilitationspraxis selbst, deren wissenschaftliche Fundierung fragwürdig schien. Die politischen und wissenschaftlichen Anwürfe gegen die Rehabilitation wurden in den Entscheidungszirkeln der Rentenversicherung aufmerksam registriert, zumal sie mit Plänen des Gesetzesgebers zusammenfielen, die Durchführung der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Krankenversicherung zu übertragen. Dies veranlasste den VDR an der Wende zu den 1990er-Jahren, eine Expertenkommission einzuberufen, deren zentrale Aufgabe darin bestand, das Rehabilitationssystem einer umfassenden Prüfung zu unterziehen und Vorschläge zu dessen Weiterentwicklung zu erarbeiten. Die „Kommission zur Weiterentwicklung der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung" (kurz: Reha-Kommission) entfaltete eine hohe Wirksamkeit: Sie avancierte zur Triebfeder eines Modernisierungspro-

34 Siehe auch Uwe Koch/Rolf Buschmann-Steinhage, Zum Verständnis und zu den Voraussetzungen der Rehabilitationswissenschaften in Deutschland, URL: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/208270/publicationFile/2299/literatur_koch_buschmann_steinhage_pdf.pdf [letzter Abruf am 24.01.2018].

35 Siehe dazu vertiefend den historischen Beitrag zur Flexibilisierung in diesem Band.

36 Siehe hierzu den vertiefenden Aufsatz von Matthias Bethge in diesem Band.

37 Nikolaus Gerdes, Von der „Legitimationsforschung" zur systematischen Verbesserung der Reha-Praxis. Neue Aufgaben für die Forschung im Bereich der Rehabilitation bei chronischen Krankheiten, in: Mitteilungen der LVA Württemberg 3/1988, S. 67-75.

zesses, dessen Effekte bis in die Gegenwart reichen und die institutionelle Legitimation der Rehabilitation im Ergebnis deutlich erhöht haben.[38]

Ein Schlüssel zur Überwindung der zeitgenössischen Legitimationskrise bestand in dem integrativen Problemlösungsansatz der Kommission. Sie schuf eine Plattform für den unmittelbaren Austausch zwischen den beteiligten Akteuren aus Wissenschaft, Politik, Verwaltung und Praxis und legte die im Rehabilitationswesen festgestellten Forschungs-, Infrastruktur- und Versorgungsdefizite in umfangreichen Berichten erstmals umfassend offen. Innerhalb der Rentenversicherung wurde mit der Strukturreform die Erwartung verbunden, neben generellen Legitimationsgewinnen vor allem die Effizienz des Rehabilitationssystems zu erhöhen. Hierfür war nicht zuletzt der Umstand zunehmend verknappter Ressourcen ausschlaggebend, die eine zielgenauere Mittelsteuerung geboten.[39] Aus Basis dieser Interessenkonstellation formierte sich mit der Entstehung der Reha-Kommission erstmals ein übergreifender Reformdiskurs, der das zuvor vorherrschende Debattenmuster aus externer Kritik und institutioneller Kritikabwehr durchbrach und darauf abzielte, die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der medizinischen Rehabilitation zu verbessern.

Die Empfehlungen der Kommission waren umfassend angelegt und zielten auf die Evaluation der konzeptionellen und methodischen Grundlagen der Rehabilitation, die systematische Förderung der Rehabilitationsforschung sowie den Aufbau einer vernetzten Forschungsinfrastruktur. Als eine zentrale Konsequenz dieser Empfehlungen wurde 1998 der Förderschwerpunkt Rehabilitationswissenschaften eingerichtet, der von der gesetzlichen Rentenversicherung und dem Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie paritätisch finanziert wurde. Ihm lag ein Verbundförderprinzip zugrunde, das zur Entstehung von insgesamt acht regionalen Forschungseinheiten führte, in denen interdisziplinäre und multiprofessionelle Forschergruppen übergeordnete Schwerpunktbereiche aus dem Rehabilitationswesen bearbeiteten. Das dezentrale Verbundmodell ermöglichte den regionalen Austausch zwischen Wissenschaft und Praxis und stärkte im Ergebnis die Infrastruktur, methodischen Standards und Interdisziplinarität der Rehabilitationsforschung.[40] Bereits 1994 hatte die Rentenversicherung entsprechend der Kommissionsempfehlungen ein Qualitätssicherungsprogramm eingeführt, das unter Rückgriff auf rehawissenschaftliche Expertise seither der Überprüfung, Anpassung und Weiterentwicklung der rehabilitativen Versorgungsstandards dient.[41] Die vielschichtigen Reformprozesse, die an dieser Stelle nur skizziert werden können, mündeten in einer umfassenden Modernisierung

38 Siehe hierzu auch den Überblick von Uwe Koch/Jürgen Bengel, Definition und Selbstverständnis der Rehabilitationswissenschaften, in: Jürgen Bengel/Uwe Koch (Hrsg.), Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung, Berlin u. a. 2000, S. 3-18.

39 Koch/Buschmann-Steinhage, Verständnis und Voraussetzungen, S. 3.

40 Siehe hierzu vertiefend den Beitrag von Heiner Raspe in diesem Band.

41 Vgl. Koch/Buschmann-Steinhage, Verständnis und Voraussetzungen, S. 9 f. Siehe vertiefend den Beitrag von Uwe Egner und Ulrich Theißen in diesem Band.

des Rehabilitationssystems der Rentenversicherung, das in der Folge wichtige Legitimations- und Akzeptanzgewinne verbuchen konnte. [42]

Hierfür spricht nicht zuletzt, dass der Gesetzgeber seit 2001 von gravierenden Eingriffen in die Budgets und das Leistungsrecht der medizinischen Rehabilitation abgesehen hat.[43] Nur wenige Jahre zuvor war es im Zuge der Spargesetze von 1996 allerdings zu massiven Einschnitten in das Rehabillitationsbudget der Rentenversicherung gekommen, was der Gesetzgeber mit den in der medizinischen Rehabilitation zu verzeichnenden Ausgabensteigerungen nach der Wiedervereinigung begründete. Die drastischen Budgetkürzungen – ab 1997 standen der Rentenversicherung 600 Mio. weniger Mittel für Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation als noch 1993 zur Verfügung – gerieten einerseits zu einer schweren Belastungsprobe für das Rehabilitationssystem, beschleunigten andererseits aber auch einzelne Reformprozesse wie den Ausbau der als kostengünstiger geltenden ambulanten Rehabilitation und die Flexibilisierung des Versorgungsangebotes.

Dies macht abschließend deutlich, dass das Rehabilitationssystem bei allen Binnendynamiken in erheblichem Maße von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und externen politischen Strukturentscheidungen geprägt wird. Aus dem Umstand, dass die Rehabilitation ihre Legitimation im politischen Raum immer wieder aufs Neue unter Beweis stellen muss, ist zu ersehen, dass der Handlungsansatz der „Reha-Kommission“, deren Reformarbeit nicht zuletzt auf Akzeptanzgewinne für diesen Versorgungsbereich abzielte, unverändert aktuell ist. Zugespitzt formuliert: Die in den 1990er-Jahren einsetzenden Prozesse sind nicht abgeschlossen, sondern ragen im Sinne einer permanenten Reformdynamik in Gegenwart und Zukunft hinein.

Der vorliegende Band trägt diesen Überlegungen Rechnung und schlägt eine Brücke zwischen Geschichte und Gegenwart der Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung. Er gliedert sich in zwei Hauptteile: In einem ersten historischen Teil werden einzelne Versorgungsbereiche (Suchtrehabilitation, berufliche Rehabilitation, Kinder- und Jugendrehabilitation) und zentrale Entwicklungsprozesse (Flexibilisierung, Verwissenschaftlichung, Infrastrukturentwicklung) der jüngeren Rehabilitationsgeschichte in Einzelbeiträgen empirisch vertiefend untersucht und dargestellt. Hieran schließt ein zweiter Gegenwartsteil an, in dem die zuvor im historischen Kontext untersuchten Schwerpunktthemen in Einzelaufsätzen bis in die neueste Zeit weiterverfolgt werden. Während der erste Buchteil von dem Herausgeber verfasst wurde, konnten für die Beiträge des zweiten Buchteils Experten aus den unterschiedlichen Bereichen des Rehabilitationswesens gewonnen werden.

42 Siehe vertiefend den historischen Aufsatz zum Wandel der Rehabilitationsforschung in diesem Band. Die Rehabilitationsexperten Koch und Buschmann-Steinhage bewerten das Rehabilitationssystem in Deutschland „im internationalen Vergleich als ein sowohl unter quantitativen als auch unter qualitativen Gesichtspunkten sehr gut entwickeltes Versorgungssystem“. Vgl. Koch/Buschmann-Steinhage, Verständnis und Voraussetzungen der Rehabilitationswissenschaften, S. 2.

43 Vgl. Rolf Rosenbrock/Thomas Gerlinger, Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, 3. vollständig überarbeitete Auflage, Bern 2014, S. 303 f.

Der Beitrag des Rehabilitationspädagogen Matthias Bethge fokussiert auf Flexibilisierungsprozesse in der Rehabilitation und die damit verbundene Ausdifferenzierung bedarfsorientierter Versorgungsstrukturen zur Ermöglichung der Teilhabe am Arbeitsleben. Dies erfolgt am Beispiel der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation, die als „bedarfsdifferenzierte Weiterentwicklung rehabilitativer Versorgung" verstanden und in ihren Voraussetzungen, Abläufen, Instrumenten, Methoden und Zielen genauer dargestellt wird. Vertieft wird insbesondere auch die Frage der Wirksamkeit der MBOR, wobei der Beitrag unterschiedliche Studien vorstellt und den Transfer wissenschaftlichen Wissens in die Versorgungsrealität einbezieht. Insgesamt wird deutlich, dass die Entstehung eines bedarfsorientierten Leistungsangebots eine Verbesserung der Rehabilitationsergebnisse bewirkt, wobei der Vernetzung und Kooperation der beteiligten Akteure eine Schlüsselrolle zukommt.

Der Internist und Sozialmediziner Heiner Raspe nimmt in seinem Beitrag Wandlungsprozesse in der Reha-Forschung der letzten dreißig Jahre in den Blick. Er entfaltet dies schwerpunktmäßig am Beispiel des Norddeutschen Forschungsverbundes, dessen Sprecher Raspe war. Der Beitrag beleuchtet die Entstehung des Verbundes, stellt zentrale Personen, Akteure und Entwicklungen heraus und widmet sich den Aspekten der interdisziplinären Zusammenarbeit. Darüber hinaus vertieft der Aufsatz Probleme und Chancen im Zusammenhang mit der Evidenzbasierung der medizinischen Rehabilitation, die ein Schwerpunktthema des Verbundes darstellte.

Der Jurist Fabian Walling untersucht in seinem Beitrag die jüngere Rechtsentwicklung in Bezug auf die Kinderrehabilitation, wobei das Flexirentengesetz von 2015 und die damit für diesen Bereich verbundenen Neuregelungen vertiefend dargestellt werden. Deutlich wird, dass die Kinderrehabilitation im Schnittfeld verschiedener Zuständigkeiten und Träger liegt. Der Beitrag schlüsselt das Leistungsspektrum und die rehabilitativen Zielsetzungen für die einzelnen Trägerbereiche differenziert auf und geht in diesem Zusammenhang auch auf virulente Probleme der Zuständigkeitsabgrenzung ein.

Uwe Egner von der Deutschen Rentenversicherung Bund und Ulrich Theißen von der Deutschen Rentenversicherung Rheinland stellen in ihrem gemeinsamen Beitrag Stand und Perspektiven der Qualitätssicherung in der Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung vor. Ausgehend von der Einführung des 5-Punkte-Programms in den Jahren 1993/94 zeichnen die beiden Autoren die Weiterentwicklung von Strukturen der Qualitätssicherung bis in die Gegenwart nach, wobei sie das breite Spektrum an Feldern, Themen und Akteuren in diesem Prozess aufzeigen. Ein Fokus liegt auf den Methoden und Konzepten des Qualitätssicherungsmanagements, auf Fragen von Datensicherheit und Transparenz sowie den Kooperationen zwischen den unterschiedlichen Akteuren der Qualitätssicherung.

Die Publikation spiegelt damit nicht zuletzt das hohe Maß an Interdisziplinarität und -sektoralität wider, das diesen Versorgungsbereich bis heute kennzeichnet.

Der Konzeption des Sammelbandes liegt die Auffassung zugrunde, dass das Zusammenwirken von historischer Forschung und gegenwartsorientierten Disziplinen in wechselseitige Erkenntnisgewinne münden kann. Davon ist bei diesem Untersuchungsgegenstand schon deshalb auszugehen, da man es in der Rehabilitation überwiegend mit intermediären Prozessen zu tun hat, die jüngere Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft gleichsam

überspannen und sich erst durch die Bündelung disziplinärer Expertisen und Kompetenzen angemessen untersuchen lassen. Die Publikation versteht sich insofern als Plädoyer, die künstliche Trennung von „Geschichte“ und „Gegenwart“ der Rehabilitation zugunsten einer verschränkten und multidiziplinären Untersuchungsperspektive aufzubrechen.

Die Publikation entstand bei der sv:dok, der Dokumentations- und Forschungsstelle der Sozialversicherungsträger, die seit 2009 als „historisches Gedächtnis“ der Sozialversicherung fungiert und Tätigkeiten in den Bereichen Archiv, Forschung und politischer Bildung wahrnimmt. Ihre Erstellung wurde ermöglicht durch die finanzielle Förderung der DRV Baden-Württemberg, DRV Rheinland, DRV Nord und DRV Westfalen, denen an dieser Stelle für die Unterstützung umfassend gedankt sei. Der Dank schließt im Besonderen die unterschiedlichen Ansprechpartner bei den Trägern ein, die das Projekt durch inhaltliche Anregungen, die Bereitstellung von Material und die Vermittlung von Kontakten erheblich unterstützt haben. Zu großem Dank ist der Herausgeber den Beitragsautoren Matthias Bethge, Uwe Egner, Heiner Raspe, Ulrich Theißen und Fabian Walling verpflichtet, die den Sammelband mit ihrer Expertise stark bereichert und wesentlich zu seinem Gelingen beigetragen haben. Abschließend sei Marc von Miquel, der das Publikationsprojekt als Geschäftsführer der sv:dok von Anfang an intensiv begleitet hat, sowie den Archivmitarbeiterinnen der sv:dok für ihre Unterstützung der Forschungsarbeit gedankt.

Literatur

Bösch, Frank: Umbrüche in die Gegenwart. Globale Ereignisse und Krisenreaktionen um 1979, in: Zeithistorische Forschungen 9 (2011), H. 1, S. 8-32.

Bösl, Elsbeth: Politiken der Normalisierung. Zur Geschichte der Behindertenpolitik in der Bundesrepublik Deutschland, Bielefeld 2009.

Braun, Bernard: Die Rehabilitation im System des Sozialleistungsrechts aus sozialpolitischer Sicht unter besonderer Berücksichtigung der Probleme trägerübergreifender Kooperation und Koordination, in: Felix Welti (Hrsg.): Das Rehabilitationsrecht in der Praxis der Sozialleistungsträger, Berlin 2009, S. 33-45.

Brüggemann, Silke/Buschmann-Steinhage, Rolf/Pimmer, Verena: Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung – für Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, in: Thomas Schott/Cornelia Hornberg (Hrsg.): Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft, Wiesbaden 2001, S. 401-417.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik (Reha-Bericht 2018), Berlin 2018, URL: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/6_Wir_ueber_uns/03_fakten_und_zahlen/03_statistiken/02_statistikpublikationen/02_rehabericht_2018.pdf?__blob=publicationFile&v=2 [letzter Abruf am: 25.03.2019].

Doering-Manteuffel, Anselm/Raphael, Lutz: Nach dem Boom. Perspektiven aus die Zeitgeschichte seit 1970, Göttingen 2010.

Gerdes, Nikolaus: Von der „Legitimationsforschung“ zur systematischen Verbesserung der Reha-Praxis. Neue Aufgaben für die Forschung im Bereich der Rehabilitation bei chronischen Krankheiten, in: Mitteilungen der LVA Württemberg 3/1988, S. 67-75.

Hähner-Rombach, Sylvelyn: Sozialgeschichte der Tuberkulose. Vom Kaiserreich bis zum Ende des Zweiten Weltkriegs unter besonderer Berücksichtigung Württembergs, Stuttgart 2000.

Hockerts, Hans Günter: Vom Problemlöser zum Problemerzeuger? Der Sozialstaat im 20. Jahrhundert, in: Archiv für Sozialgeschichte 47 (2007), S. 3-29.

Hockerts, Hans Günter: Zeitgeschichte in Deutschland. Begriffe, Methoden, Themenfelder, in: Historisches Jahrbuch 113 (1993), S. 98-127.

Hockerts, Hans Günter: Die Rentenreform 1957, in: Franz Ruland (Hrsg.): Handbuch der gesetzlichen Rentenversicherung. Festschrift aus Anlaß des 100jährigen Bestehens der gesetzlichen Rentenversicherung, Neuwied und Frankfurt/Main 1990, S. 93-104.

Kaufmann, Franz-Xaver: Der Sozialstaat als Prozess. Für eine Sozialpolitik zweiter Ordnung, in: Franz Ruland u. a. (Hrsg.): Verfassung, Theorie und Praxis des Sozialstaats. Festschrift für Hans F. Zacher zum 70. Geburtstag, Heidelberg 1998, S. 307-322.

Koch, Uwe/Buschmann-Steinhage, Rolf: Zum Verständnis und zu den Voraussetzungen der Rehabilitationswissenschaften in Deutschland, URL: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/208270/publicationFile/2299/literatur_koch_buschmann_steinhage_pdf.pdf [letzter Abruf am 24.01.2018].

Koch, Uwe/Bengel, Jürgen: Definition und Selbstverständnis der Rehabilitationswissenschaften, in: Jürgen Bengel/Uwe Koch (Hrsg.): Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung, Berlin u. a. 2000, S. 3-18.

Maschke, Michael: Behindertenpolitik der Europäischen Union. Lebenssituation behinderter Menschen und nationale Behindertenpolitik in 15 Mitgliedsstaaten, Wiesbaden 2008.

Miquel, Marc von/Schmidt, Anne: 125 Jahre Rentenversicherung in Westfalen. Sicherheit für Generationen 1890 bis 2015, Münster 2015.

Neumann, Volker: Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Handbuch SGB IX, Baden-Baden 2004.

Olk, Thomas/Riedmüller, Barbara: Grenzen des Sozialversicherungsstaates oder grenzenloser Sozialversicherungsstaat? Eine Einführung, in: dies. (Hrsg.): Grenzen des Sozialversicherungsstaates, Opladen 1994, S. 9-36.

Reimann, Axel: Die Rehabilitation in der Rentenversicherung, in: Eberhard Eichenhofer/Herbert Rische/Winfried Schmähl (Hrsg.): Handbuch der gesetzlichen Rentenversicherung SGB VI, Köln 2001, S.473-496.

Rosenbrock, Rolf/Gerlinger, Thomas: Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, 3. vollständig überarbeitete Auflage, Bern 2014.

Rudloff, Wilfried: Rehabilitation und Hilfen für Behinderte, in: Bundesministerium für Arbeit und Soziales und Bundesarchiv (Hrsg.): Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland, Bd. 5: Eine Zeit vielfältigen Aufbruchs. Bundesrepublik Deutschland 1966-1974 (hrsg. v. Hans Günter Hockerts), Baden-Baden 2006, S. 559-591.

Rudloff, Wilfried: Rehabilitation und Hilfen für Behinderte, in: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.): Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945, Bd. 3: Bundesrepublik Deutschland 1949-1957: Bewältigung der Kriegsfolgen, Rückkehr zur sozialpolitischen Normalität (hrsg. v. Günther Schulz), Baden-Baden 2005, S. 517-557.

Ruland, Franz: Art. Rentenversicherung, in: Bernd Baron von Maydell/Franz Ruland (Hrsg.): Sozialrechtshandbuch (SRH), 3. Aufl. Baden-Baden 2003, S. 958-1060.

Schaub, Eberhard: Rehabilitation in der Rentenversicherung, in: Franz Ruland (Hrsg.): Handbuch der gesetzlichen Rentenversicherung. Festschrift aus Anlaß des 100jährigen Bestehens der gesetzlichen Rentenversicherung, Neuwied und Frankfurt/Main 1990.

Süß, Winfried: Soziale Sicherheit und soziale Lagen in wohlfahrtsstaatlich formierten Gesellschaften, in: Frank Bösch (Hrsg.): Geteilte Geschichte. Ost- und Westdeutschland 1970-2000, Göttingen 2015, S. 153-194.

Torp, Cornelius: Gerechtigkeit im Wohlfahrtsstaat. Alter und Alterssicherung in Deutschland und Großbritannien von 1945 bis heute, Göttingen 2015.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): Rentenversicherung in Zeitreihen 2004, Frankfurt/Main 2004.

Welti, Felix: Die Rehabilitation im System des Sozialleistungsrechts aus rechtswissenschaftlicher Sicht, in: ders. (Hrsg.): Das Rehabilitationsrecht in der Praxis der Sozialleistungsträger, Berlin 2009, S. 16-32.

Welti, Felix: Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat. Freiheit, Gleichheit und Teilhabe behinderter Menschen, Tübingen 2005.

Geschichte der Rehabilitation

Christoph Wehner

Von der moralischen Verfehlung zur versicherten Krankheit

„Alkoholismus“ und Suchtrehabilitation in der deutschen Sozialversicherung

Einleitung

Der Rechtsstreit, an dessen Ende eine „bahnbrechende Entscheidung“[1] in der jüngeren Geschichte der bundesdeutschen Sozialgerichtsbarkeit stehen sollte, begann mit einem konventionellen Vorgang.[2] Im Oktober 1963 wurde Wilma G. wegen „Alkoholismus“[3] auf Verfügung des Amtsgerichts Duisburg für die Dauer von sechs Wochen in eine Entzugsklinik eingewiesen. Dem Gutachten des behandelnden Nervenarztes Dr. E. zufolge habe Wilma G. „seit Monaten übermäßig Alkohol getrunken und sowohl ihr Kind als auch ihren Haushalt vernachlässigt“. Die zunächst verordnete „Exhorran-Kur“ – ein damals gängiges Medikament, das in Verbindung mit Alkoholkonsum starke vegetative Störungen hervorruft und im Effekt Ekelreflexe gegenüber der Substanz erzeugen sollte – habe bei der Patientin keine Wirkung gezeigt.

So wurde Wilma G. auf Grundlage des „Gesetzes über die Unterbringung geisteskranker, geistesschwacher und suchtkranker Personen“ des Landes Nordrhein-Westfalen von 1956 in das Rheinische Landeskrankenhaus in Süchteln bei Viersen eingeliefert, um sich einer stationären Entzugsbehandlung zu unterziehen. Nach drei Wochen verfasste der zuständige Landesmedizinalrat Dr. L. für das Amtsgericht ein Zwischengutachten, demzufolge der „Alkoholabusus“ vom Wilma G. „bereits zu einer deutlich fassbaren Leberschädigung geführt“ habe. Da sie zudem „in psychischer Hinsicht [...] noch in keiner Weise gefestigt“ sei, würde sie nach der Entlassung aus der Klinik „alsbald wieder rückfällig werden“, lautete die negative Prognose. Im „Interesse der Kranken, ihrer Familie und der öffentlichen Sicherheit und Ordnung“ empfahl der Mediziner eine Verlängerung des stationären Aufenthaltes, die wenig später amtsgerichtlich angeordnet wurde. Wilma G. kehrte nach einer „Beurlaubung“ gleichwohl nicht mehr

1 Hans-Jürgen Gaber, An der Spitze aller Provinzen und Länder. Trinkerfürsorge und Suchtkrankenhilfe in Westfalen 1820 bis 1995, Bonn 2002, S. 122.

2 Für die Schilderung des Falls und die nachfolgenden Zitate: Bundessozialgericht, Urteil v. 18.06.1968, 3 RK 63/66, in: BSGE, Bd. 28, Köln/Berlin 1968, S. 114-117; JurionRS 1968, 10785. Das Urteil, seine Entstehungskontexte und Wirkungsfolgen haben in der historischen Forschung bislang kaum Aufmerksamkeit erfahren. In übergreifenden Werken und Reihen, etwa dem zeitlich einschlägigen Band 5 der Reihe „Geschichte der Sozialpolitik“, werden weder das Urteil noch das Thema „Alkoholabhängigkeit“ vertiefend behandelt. Erwähnungen finden sich gleichwohl in der sozial-, medizin- und drogenhistorischen Spezialliteratur.

3 Vgl. zur Begriffs- und Konzeptgeschichte Hasso Spode, Alkoholismus, in: Aus Politik und Zeitgeschichte 28 (2008), S. 3-9.

in die Klinik zurück und brach die Behandlung aus nicht überlieferten Gründen ab, wogegen Dr. L. und der verantwortliche Amtsarzt der Stadt Duisburg keine Einwände erhoben.

Die Krankenhauspflegekosten für Wilma G. beliefen sich zu diesem Zeitpunkt auf 770 DM und waren zunächst vom kommunalen Landschaftsverband übernommen worden. Als dieser in der Folge den für Wilma G. zuständigen Krankenversicherungsträger anschrieb, um sich die Kosten erstatten zu lassen, lehnte die BKK mit dem Argument ab, es habe sich „hierbei um einen Suchtfall und nicht um eine Krankheit im Sinne der Reichsversicherungsordnung" gehandelt – woraufhin der Landschaftsverband rechtliche Schritte einleitete. Das Sozialgericht wies die Verbandsklage zunächst ab, das Landessozialgericht (LSG) urteilte hingegen in nächster Instanz, die Kasse habe die Behandlungs- und Pflegekosten zu tragen. In der Begründung führte das LSG aus, dass die „einfache Trunksucht" zwar „für sich allein noch keine Krankheit" im Sinne der Reichsversicherungsordnung darstelle. Sie habe jedoch dann als Krankheit zu gelten, „wenn sie so weit fortgeschritten sei, dass sie durch krankhafte Veränderungen innerer Organe und eine Schwächung des Nervensystems oder durch eine krankhafte Willensschwäche gegenüber der Neigung zum Alkoholgenuß, durch krankhafte Reizbarkeit oder sonstigen Erscheinungen von Nervenschwäche gekennzeichnet sei".

Gegen dieses Urteil ging nun wiederum die BKK in Revision, womit der Rechtsstreit zur Angelegenheit des Bundessozialgerichtes (BSG) wurde. Die Kasse argumentierte, das LSG habe verkannt, „dass nicht die Trunksucht als solche, selbst wenn sie krankhafte Veränderungen im Gefolge habe, sondern ausschließlich die Folge- oder Begleiterkrankungen der Trunksucht einen Leistungsanspruch" begründen könnten. Die Ausführungen der Kasse standen im Einklang mit der damaligen Rechts- und Anerkennungspraxis bezüglich „Alkoholismus", der erst im stark fortgeschrittenen Stadium als Krankheit und damit als behandlungsbedürftig galt. Gleichwohl bestätigte das BSG die Entscheidung des LSG, wies die Revisionsklage ab und verpflichtete die BKK zur Übernahme der Kosten.

Ihre Begründung zu dem richtungsweisenden Urteil ließen die Kasseler Richter mit einer grundlegenden Erörterung des Begriffs „Krankheit" einsetzen, worunter „im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung der regelwidrige Körper- oder Geisteszustand zu verstehen [sei], der von der Norm abweicht und der durch eine Heilbehandlung behoben, gelindert oder zumindest vor einer drohenden Verschlimmerung bewahrt werden kann". Daraus folgerten sie, dass „auch Trunksucht in der vorliegenden Form" eine Krankheit darstelle, wobei das BSG auf „die lang andauernde, zwanghafte Abhängigkeit von dem Suchtmittel" abstellte: Das „Nichtaufhörenkönnen" und den „Verlust der Selbstkontrolle" definierten die Richter als „zentrales Merkmal dieser körperlich-seelischen Komplexerkrankung", die unabhängig vom Vorliegen organischer Folgeschäden als solche anzuerkennen sei. Im konkreten Fall von Wilma G. bedeutete das: Nicht ihre „Lebererkrankung", sondern der Umstand, dass diese sie nicht veranlasst hatte, „das hemmungslose Trinken aufzugeben", begründete die Leistungspflicht der Krankenkasse.[4]

4 1969 folgte der „Amtliche Leitsatz" zur sozialrechtlichen Behandlung von „Trunksucht", in dem das BSG seine Rechtsauffassung konkretisierte. Demnach handele es sich bei einer „Trunksucht,

Das Grundsatzurteil und die Folgeentscheidungen des BSG der Jahre 1968/69 leiteten einen Paradigmenwechsel im sozialrechtlichen und sozialpolitischen Umgang mit Abhängigkeitserkrankungen in der Bundesrepublik ein. So bildete die Anerkennung des Krankheitsmodells eine konstitutive Voraussetzung für die Entstehung eines professionellen Hilfe- und Unterstützungssystems, indem die Hürden für die Therapiegewährung abgesenkt, eine relative Kosten- und Planungssicherheit geschaffen und auf dieser Grundlage ein frühes Intervenieren in die Suchtentwicklung ermöglicht wurden.[5] Darüber hinaus erhöhte das BSG-Urteil die gesellschaftliche Akzeptanz für das Verständnis von Sucht als multikonditionaler Komplexerkrankung. Insofern leisteten die Bundesrichter einer professionellen Wahrnehmung auf das Suchtphänomen und seine Entstehung Vorschub. Bis dahin wurde die Ausbildung von Süchten überwiegend in moralisch abwertender Weise der Willensschwäche bzw. der psychopathologischen Persönlichkeit der Konsumenten angelastet.[6]

Das Urteil markierte die Geburtsstunde der Suchtrehabilitation in der Sozialversicherung, deren Entwicklung von den Anfängen in den 1970er-Jahren bis in die jüngere Vergangenheit in diesem Beitrag überblicksartig skizziert wird. Neben der Darstellung der rechtlichen, politischen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen des suchtrehabilitativen Sektors nimmt der Beitrag auch das Handeln der Kostenträger in den Blick, wobei quantitative Entwicklungen und qualitative Veränderungen im suchtrehabilitativen System gleichermaßen aufgezeigt werden. Dabei wird insgesamt deutlich, dass sich die Historie der Suchtrehabilitation nicht in formellen Prozessen der Verrechtlichung und Institutionalisierung erschöpft, sondern im Kern eine Geschichte gesellschaftlichen Wandels und sozialpolitischer Interaktion darstellt. Erst in dieser erweiterten Perspektive wird verständlich, warum „Sucht“ in der Bundesrepublik ab den 1970er-Jahren das Stigma einer moralischen Verfehlung verlor und ein „umfassendes und differenziertes Versorgungssystem“ entstehen konnte, das sich „im internationalen Vergleich durch ein hohes Qualitätsniveau“ auszeichnet.[7]

die sich im Verlust der Selbstkontrolle und in der zwanghaften Abhängigkeit vom Alkohol (im ‚Nichtmehraufhörenkönnen') äußert, [um] eine Krankheit im versicherungsrechtlichen Sinne, wenn sie ohne ärztliche Behandlung nicht mit Aussicht auf Erfolg geheilt, gebessert oder auch nur vor Verschlimmerung bewahrt werden kann. Zu organischen Schäden braucht die Sucht noch nicht geführt zu haben“. Die Leistungspflicht der Krankenkassen sei ferner auch dann gegeben, „wenn der Versicherte aus polizeilichen Gründen (wegen Gefährdung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung) zwangsweise in einem Krankenhaus untergebracht wird“, wie das BSG klarstellte. Bundessozialgericht, Urteil v. 17.10.1969, 3 RK 82/66, JurionRS 1969, 10725.

5 Vgl. Gaber, Trinkerfürsorge, S. 122.

6 Vgl. Karl Beine, Von der „Entwöhnungskur“ zur medizinischen Rehabilitation, in: 25 Jahre Westfälische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation Suchtkranker (WAG) 1973-1998, Münster 1998, S. 31-34, S. 32 f.

7 Werner Müller-Fahrnow u. a., Suchtkrankenhilfe im Wandel. Zentrale Impulse und Aufgaben für die Zukunft, in: Fachverband Sucht e. V. (Hrsg.), Die Zukunft der Suchtbehandlung. Trends und Prognosen, Geesthacht 2002, S. 35-50, S. 36.

1. Zwischen Laster und Krankheit
Suchtwissen und Suchtkrankenhilfe in der Sozialversicherung nach 1945

Die Institutionalisierungs- und Professionalisierungsschübe, die das System der Suchtrehabilitation ab den 1970er-Jahren erfuhr, waren in der frühen Bundesrepublik kaum absehbar gewesen. Vielmehr war der gesellschaftliche Umgang mit dem Suchtphänomen bis weit in die 1960er-Jahre gekennzeichnet von Wissensdefiziten sowie erheblichen moralischen Vorurteilen, die oftmals mit einer Diskriminierung der Betroffenen als „willensschwache" oder psychopathische Personen einhergingen. Der damals in der Bundesrepublik vorherrschenden Perspektive auf Sucht als im Kern selbstverschuldetes Laster war es wesentlich zuzuschreiben, dass die sozialrechtliche Anerkennung des Krankheitsmodells vergleichsweise spät erfolgte, zieht man die internationale wissenschaftliche Entwicklung der Zeit heran.

So konstatierten auch die Kasseler Richter mit Blick auf die einschlägige ältere Rechtsprechung, diese sei inzwischen „durch die Fortschritte der medizinischen Erkenntnis überholt", wobei sie sich vorwiegend auf die Umbrüche in der internationalen Alkohol- und Suchtforschung bezogen.[8] Als eine wesentliche Referenz galt den Kasseler Richtern die Expertise der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die „Alkoholismus" bereits 1954 als eigenständige Krankheit – mit dem entscheidenden Merkmal des Kontrollverlustes über das eigene Trinkverhalten – definiert hatte. Die WHO hatte sich dabei wiederum auf die wirkmächtigen Untersuchungen des US-amerikanischen Physiologen und Alkoholforschers Elvin Morton Jellinek bezogen, dem Spiritus Rector des modernen Krankheitsmodells der Sucht.[9] Mittels der Deutungs- und Definitionsmacht der WHO vollzog sich in den fünfziger Jahren der internationale Durchbruch des Krankheitsparadigmas, wobei die Aufnahme des „Alkoholismus" in die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD) bereits 1952 erfolgt war.[10]

In der Bundesrepublik blieb diese Sichtweise indes umstritten. Dies hatte einerseits mit den blinden Flecken des Jellinekschen Modells selbst zu tun, das ungeachtet seiner Popularität in Wissenschaft und Öffentlichkeit im Grunde lediglich ein „deskriptives Klassifikationsmodell" war, „das Betroffenen und Helfern Orientierungswissen in die Hand geben sollte", wie der Sozialhistoriker Hasso Spode kritisch anmerkte. Wie Sucht entsteht, mithin die Ätiologie süchtigen Verhaltens, vermochte Jellinek indes nicht zu erklären und er nutzte

8 Vgl. Bundessozialgericht, Urteil v. 18.06.1968, 3 RK 63/66.

9 Jellinek hatte historische Ansätze zur Pathologie des Trinkens aufgegriffen und mit empirischen Studien an Probanden der Anonymen Alkoholiker verknüpft. In seiner bis heute gebräuchlichen Typologie des Alkoholkonsums unterschied Jellinek fünf Trinkertypen; drei dieser Typen – die sogenannten Gamma-, Delta- und Epsilon-Trinker – galten gemäß dem Jellinekschen Modell als alkoholkrank. Vgl. Claudia Wiesemann, Die heimliche Krankheit. Eine Geschichte des Suchtbegriffs, Stuttgart-Bad Cannstatt 2000, S. 49 ff. Kritisch zur Rolle und Bedeutung Jellineks etwa Hasso Spode, Sucht aus historisch-soziologischer Sicht, in: Bernhard Badura u. a. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2013: Verdammt zum Erfolg – die süchtige Arbeitsgesellschaft?, Berlin/Heidelberg 2013, S. 11-20, S. 15.

10 Spode, Alkoholismus, S. 5. Zur Historie des Suchtmodells siehe Spode, Sucht.

hierfür den Begriff „X-Faktor“.[11] Diese Unschärfe markiert bis in die Gegenwart die Achillesferse des Krankheitsmodells, das für prinzipielle Einwände und Kritik anfällig blieb.[12]

Dass sich das Krankheitsmodell in der frühen Bundesrepublik nicht durchsetzen konnte, hatte allerdings noch eine weitere Ursache. Jellineks Ansatz unterstellte ein Prozessverständnis der Entstehung von Abhängigkeiten, indem es drei Phasen einer klassischen „Trinkerkarriere“ unterschied.[13] Es vertrug sich nur schwer mit dem biologistischen Deutungsmodell von Sucht, das in westdeutschen Expertenzirkeln bis in die sechziger Jahre vorherrschend blieb.[14]

Der Prozess der „Biologisierung der Sucht“ hatte bereits im frühen 20. Jahrhundert unter den Vorzeichen der Eugenik eingesetzt. Einflussreich wurde vor allem die auf den Schweizer Psychiater Auguste Forel zurückgehende „Degenerationstheorie“, der zufolge der dauerhafte übermäßige Konsum von Alkohol zu einer Schädigung des Erbguts führen und die Nachkommen von Trinkern zu Geisteskranken, Kriminellen und Säufern „entarten“ würden. Das eugenische Paradigma fand in der Zwischenkriegszeit internationale Verbreitung: Es begründete die Alkoholprohibition in den USA und leistete in zahlreichen europäischen Ländern dem Erlass von Sterilisationsgesetzen Vorschub, unter anderem in Deutschland. Im „Dritten Reich“ waren Trinker und Drogenabhängige schweren Diskriminierungen und Repressalien ausgesetzt. Im rassehygienischen Deutungsparadigma der NS-Zeit galt Alkoholismus nicht nur als Ursache, sondern auch als Ausdruck von erbbiologischer „Minderwertigkeit“. Die nationalsozialistische Gesundheitspolitik erachtete Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen als „kriminelle Geisteskranke“ und „Asoziale“, von denen Gefahren für die öffentliche Ordnung sowie wirtschaftliche Belastungen für die „Volksgemeinschaft“ ausgingen. Vor diesem Hintergrund waren als Trunk- und Rauschgiftsüchtige etikettierte Personen im NS-Staat von Heiratsverboten, Zwangssterilisierungen und Konzentrationsla-

11 Spode, Sucht, S. 15 f.; ders., Alkoholische Getränke, in: Thomas Hengartner/Christoph Maria Merki (Hrsg.), Genussmittel. Ein kulturgeschichtliches Handbuch, Frankfurt/Main 1999, S. 25-80, S. 32.

12 So ist es bis in die Gegenwart nicht gelungen, einen einheitlichen Krankheitsbegriff der Sucht zu definieren. An dieser Unschärfe setzte in den 1960er Jahren beispielsweise der soziologische Ansatz der „Medikalisierung“ an, demzufolge Sucht eine Erfindung der Gesundheitswissenschaften sei, mit dem Ziel, gesellschaftlich unerwünschtes Verhalten zu pathologisieren und der institutionellen Kontrolle zu unterwerfen. Die WHO ersetzte den Suchtbegriff 1964 durch den Begriff der Abhängigkeit, der seither offiziell etabliert ist. Gleichwohl ist der Suchtbegriff in der medizinischen und der Alltagssprache noch immer weit verbreitet. Siehe dazu Wiesemann, Sucht, S. 45 ff.

13 Spode, Sucht, S. 15. Vgl. auch Klaus Wanke, Sucht im Wandel? Realität und Realitäten, in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), Suchtkrankenhilfe in Deutschland. Geschichte – Strukturen - Perspektiven, Freiburg im Breisgau 1997, S. 75-86, S. 76.

14 Siehe dazu ausführlich Tilmann Holzer, Die Geburt der Drogenpolitik aus dem Geist der Rassenhygiene. Deutsche Drogenpolitik von 1933 bis 1972, Norderstedt 2007, S. 320 ff.

gerhaft betroffen. Eine nicht genauer bekannte Anzahl fiel den „Euthanasie"-Morden des Regimes zum Opfer.[15]

Aufgrund der starken personellen und weltanschaulichen Kontinuitäten in der westdeutschen Psychiatrie blieb das einschlägige Bild des „Süchtigen" als potenziell gefährlichem Gemeinschaftsschädling mit psychopathologischen Defiziten nach 1945 weitgehend unverändert.[16] So hatte etwa die biologistische These von der „Suchtpersönlichkeit", die im „Dritten Reich" insbesondere von dem österreichischen Psychiater Ernst Gabriel postuliert worden war,[17] nach 1945 keinesfalls ausgedient.[18] Das Dogma von der Sucht als vorgezeichnetem „Erbschicksal" verweist auf die „Beständigkeit rassehygienischer Ideen und der zugehörigen Praktiken" in der zeitgenössischen westdeutschen Suchtforschung, wobei die biologistische Ausprägung insbesondere in Psychiatriekreisen vorherrschend blieb, wie der Zeit- und Drogenhistoriker Tilman Holzer feststellte.[19]

Mit dieser Perspektive verband sich auf diffuse Weise eine abschätzige moralische Haltung gegenüber Personen mit Abhängigkeitsproblemen, bei denen es sich nach zeitgenössischer Auffassung nicht um wirkliche Kranke, sondern „vielfach um nervöse, hysterische, psychopathische, namentlich willensschwache Menschen" handeln würde, wie noch 1971 in einem einschlägigen Lehrbuch zu lesen stand.[20] Die Sichtweise der Experten schlug sich auch im gesellschaftlichen Umgang mit suchtkranken Menschen nieder, der von einer Mentalität der Diskriminierung, Stigmatisierung und sozialen Exklusion gekennzeichnet war.[21] „Wissenschaft und Moral" waren auf dem Feld der Sucht eine „hochbrisante Liaison"

15 Vgl. Spode, Alkoholismus, S. 3; Dirk Blasius, Sucht und Suchthilfe in der deutschen Geschichte, in: Geschichte in Wissenschaft und Unterricht 51 (2000), S. 464-472, S. 467-470; Holzer, Drogenpolitik, S. 258-274.

16 Exemplarisch H[ermann] Stutte, Jugendpsychiatrische Aspekte zur Suchtgefährdung, in: Suchtgefahren 13 (1967), H. 1, S. 8-20, S. 15: „Es ist außer Zweifel, dass neben frühen Umweltschäden meist auch prädisponierende konstitutionelle, charakterogene Faktoren an der Entstehung von Süchtigkeitszuständen [...] beteiligt sind. Diese Aussage ist wissenschaftlich gut belegt: Nach den Feststellungen [...] sind nur 20% der Alkoholiker ihrer prämorbiden, d. h. ihrer ursprünglichen Persönlichkeit nach, als normal anzusehen." Die überwiegende Mehrzahl erwachsener Süchtiger sei „schwachsinnig", leide an Psychosen und weise eine „Charakter-Abartigkeit" auf.

17 Vgl. Holzer, Drogenpolitik, S. 323 f.

18 So konnte Gabriel noch 1971 an einschlägiger Stelle eine „anlagemäßige Süchtigkeit, ohne die kein Mensch suchtkrank wird" postulieren. Vgl. Ernst Gabriel, Gedanken zum modernern Drogenmissbrauch, in: Suchtgefahren 17 (1971), H. 2, S. 1-7, S. 4. Gleichwohl bewegten sich die Erklärungsmuster zu dieser Zeit bereits nicht mehr ausschließlich im biologistischen Paradigma, sondern in dem bis heute angelegten Faktorendreieck „Persönlichkeit/Individuum – Droge – Umwelt".

19 Holzer, Drogenpolitik, S. 351.

20 Zit. n. ebd., S. 328.

21 Gaber, Suchtkrankenhilfe, S. 113. Der Zeithistoriker Tobias Freimüller attestierte der deutschen Psychiatrie der frühen 1970er-Jahre Zustände, „die sich von denen des Dritten Reiches nur dadurch unterschieden, dass die Patienten nicht mehr ermordet wurden". Tobias Freimüller, Mediziner: Operation Volkskörper, in: Norbert Frei (Hrsg.), Karrieren im Zwielicht. Hitlers Eliten nach 1945, Frankfurt/Main 2001, S. 13-69, S. 61 (zit. n. Holzer, Drogenpolitik, S. 328).

eingegangen, formulierte Spode prägnant: „Schuldlos schuldig wurde der Trinker zum Ziel von Zwangsmaßnahmen, die auf unabweisbaren wissenschaftlichen Erkenntnissen basierten".[22]

Die spekulative Vielfalt an Theorien zur Entstehung und Ausprägung von „Sucht" in den 1950er- und 1960er-Jahren zeigt an, dass es in diesem Bereich an gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen erheblich mangelte. Eine Folge dieses Defizits war, dass dem Alkoholismus (und später auch anderen Abhängigkeitsformen) der Makel einer „unanständigen", da im Kern selbstverschuldeten Krankheit anhaftete.[23] Insofern kann es nicht überraschen, dass die Bewilligungspraxis der Kostenträger im Suchtbereich in Einklang mit der damaligen Rechtsprechung restriktiv angelegt war. Behandlungskosten wurden bis 1968 lediglich in schweren Fällen mit bereits vorliegenden organischen Folgeschäden übernommen. In der Praxis weigerten sich die Krankenkassen, die gemäß der älteren Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes für „Trunksucht im fortgeschrittenen Stadium" zuständig waren, jedoch regelmäßig, ihre Leistungspflicht anzuerkennen. Sie stellten sich auf die Position, bei „Trunksucht" würde es nicht um eine Krankheit gemäß der Versicherungsordnung handeln.[24]

Sogenannte Alkoholentziehungskuren waren seit der Jahrhundertwende auch im Regelleistungsspektrum der Rentenversicherung vorgesehen, allerdings ebenfalls nur bei bereits eingetretenen organischen Schäden. Sie wurden in der Regel in sogenannten Trinkerheilstätten unter ärztlicher Aufsicht und seelsorgerischer Betreuung durchgeführt. Im Kern zielten die mindestens 8-9 Monate dauernden „Kuren" darauf ab, die Patienten wieder in ein geregeltes Leben zu überführen, was mittels Isolierung aus dem sozialen Umfeld, einfachen Arbeits- und Beschäftigungstherapien sowie Seelsorge erreicht werden sollte. Das Therapieziel bestand in einer moralischen Umerziehung zur Abstinenz und fußte auf dem vorbelasteten Bild des Trinkers als willensschwachem Menschen, der die Fesseln seiner Sucht nach zeittypischer Auffassung nur in den seltensten Fällen abstreifen konnte.[25]

Die Gesamtzahl der nach 1945 in der Rentenversicherung durchgeführten Alkoholentziehungskuren lässt sich nicht ermitteln, da hierzu keine verlässlichen Daten vorliegen. Sie ist jedoch gering zu veranschlagen, da der Pro-Kopf-Konsum in der Nachkriegszeit aufgrund der Alkoholknappheit niedrig lag[26] und in der Rentenversicherung darüber hinaus prinzipielle

22 Spode, Sucht, S. 15.

23 Vgl. Günter Hennies, Sucht in der Sozialgesetzgebung, in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), Sucht und Gesellschaft. Ursachen, Folgen, Zusammenhänge, Hamm 1984, S. 305-311, S. 305 f.

24 Rolf-Bernd Lappe, Die Rehabilitation von Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigen durch die Landesversicherungsanstalt Westfalen, in: 25 Jahre Westfälische Arbeitsgemeinschaft, S. 7-17, S. 7 f.

25 Beine, „Entwöhnungskur", S. 31 f.; Ursula Mootz, Entwicklung und Veränderung der Verweildauer aus der Sucht der BfA, in: 25 Jahre Westfälische Arbeitsgemeinschaft, S. 61-63; Engelbert Fuchtmann, Ambulante Suchttherapie, Freiburg im Breisgau 1994, S. 11 f.

26 Gaber, Suchtkrankenhilfe, S. 114; Reinhold Aßfalg, Entwicklung und Perspektiven der stationären Suchtkrankenhilfe, in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), Suchtkrankenhilfe in Deutschland, S. 162-173, S. 166.

Vorbehalte hinsichtlich der Rehabilitierbarkeit von alkoholkranken Menschen bestanden. In einem insofern typischen Schreiben der Landesversicherungsanstalt (LVA) Westfalen aus dem Jahr 1955 hieß es, „daß die Durchführung von Entziehungskuren bei Trinkern nur selten zu einem dauernden Erfolg führt". Die LVA habe „verschiedene Fälle verfolgt und dabei festgestellt, dass alle [...] vor Ablauf eines halben Jahres wieder rückfällig geworden waren. Aus all diesen Gründen sieht die Landesversicherungsanstalt die Voraussetzung zur Gewährung von Kuren nach § 1310 RVO bei Trinkern nicht als gegeben an".[27] Dass die Erfolgsaussichten aufgrund der den Trinkern attestierten Willensschwäche anders zu beurteilen waren als bei sonstigen Heilverfahren, galt in der damaligen Sicht der Rentenversicherung als Gemeinplatz.[28] Darin zeigte sich eine problematische Auswirkung des psychiatrischen Dogmas von der labilen „Suchtpersönlichkeit", das die Therapierbarkeit und damit auch die Rehabilitierbarkeit von Abhängigkeitskranken quasi per definitionem in Abrede stellte.[29]

Im Ergebnis kennzeichnete die Landschaft der Sozialversicherungsträger bis weit in die sechziger Jahre eine restriktive Abwehrhaltung gegenüber medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen bei Suchterkrankungen, deren Krankheitswert gesellschaftlich umstritten und zudem rechtlich nicht geklärt war. Davon zeugen die permanenten Zuständigkeitskonflikte zwischen den Trägern des gegliederten Systems, die schließlich durch die eingangs dargestellte Grundsatzentscheidung des BSG geklärt werden sollten. Ein professionelles Hilfe- und Unterstützungssystem für Menschen mit Suchtproblemen war unter den dargestellten Voraussetzungen nicht zu realisieren.[30]

2. Im Wirrwarr der Zuständigkeiten
Die schwierigen Anfänge der Suchtrehabilitation in den 1970er-Jahren

Mit dem zunehmenden Vordringen einer professionalisierten Sichtweise auf die Krankheit „Sucht" in den sechziger Jahren erfuhr auch die Leistungspraxis der Rentenversicherungsträger einige Aufweichungen. Um die Gewährung von Alkoholentziehungskuren, die im weitgehenden Ermessen der jeweiligen Landesversicherungsanstalt lag, auf verbindliche Grundlagen zu stellen, entstanden bei diversen Regionalträgern entsprechende Richtlinien. Die Richtlinien der LVA Rheinprovinz von Dezember 1963 etwa sahen (bei Vorliegen der gesetzlich festgelegten Erfolgsaussichten) die Bewilligung von Alkoholentziehungskuren mit einer Regeldauer von bis zu sechs Monaten vor. Die Behandlung von Drogen- und Medika-

27 Zit. n. Gaber, Suchtkrankenhilfe, S. 121.

28 Vgl. Lappe, Rehabilitation, S. 7.

29 In dem 1936 erschienenen „Standardwerk" von Ernst Gabriel und Ernst Kratzmann „Die Süchtigkeit", das bis 1962 in der unveränderten NS-Ausgabe genutzt wurde, hieß es etwa: „Die Süchtigkeit ist daher keine ‚Krankheit' im gewöhnlichen Sinn des Wortes, sie ist konstitutionell bedingt und kann nicht ‚geheilt' werden." Ernst Gabriel/Ernst Kratzmann, Die Süchtigkeit. Eine Seelenkunde, Berlin 1936, S. 264 (zit. n. Holzer, Drogenpolitik, S. 138 f.).

30 Lappe, Rehabilitation, S. 7.

mentenabhängigkeit wurde indes noch nicht miterfasst und spielte dementsprechend auch in der Praxis keine Rolle.[31] Im Austausch mit medizinischen Einrichtungen und regionalen Akteuren des Suchthilfesektors entstanden zur selben Zeit auch im benachbarten Westfalen Überlegungen, die Kostenübernahme bei Entziehungskuren zu vereinfachen. Zu diesem Zweck verständigte sich die LVA Westfalen mit der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren und dem Verband deutscher Trinkerheilstätten 1961 auf Richtlinien, die wenig später vom Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) aufgegriffen wurden.[32]

Die Richtlinien markierten für sich genommen einen Fortschritt, indem sie die Bewilligungspraxis konkret und transparent machten. Gleichwohl blieben die Hürden für die Gewährung einer Entziehungskur relativ hoch angesetzt: So musste der leitende Arzt der Einrichtung nach einer Mindestbehandlungsdauer von sechs Wochen erstens ein positives Gutachten bezüglich der Erhaltung, Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit stellen. Zweitens musste eine „solide Nachsorge" gesichert sein, wobei die Kostenübernahme für die (später zumeist) ambulant durchgeführten Nachsorgemaßnahmen damals noch nicht geregelt war. Drittens mussten der oder die Versicherte erklären, die Behandlung nicht vorzeitig abzubrechen und viertens eine Bescheinigung der Krankenkasse vorliegen, in der diese ihre Leistungspflicht begründet abgelehnt hat.[33] Insbesondere dieses Kriterium sorgte für fortwährenden Dissens zwischen den gesetzlichen Krankenkassen, die sich für Fälle von „Trunksucht" regelmäßig nicht zuständig erklärten, und den LVAen, die dies wiederum regelmäßig nicht anerkannten. Versuche, hier verbindliche Regelungen herbeizuführen, scheiterten wiederholt an den unterschiedlichen Auffassungen.[34]

Erst durch das BSG-Urteil von 1968, das die Krankenversicherung zum erstrangigen Kostenträger für Suchtbehandlungen erklärt hatte, kam Bewegung in das Versorgungssystem. In Anlehnung an die 1969 geschaffene Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation schlossen sich die Träger der Kranken- und Rentenversicherung mit den Landesverbänden sowie den Verbänden der freien Wohlfahrtspflege auf regionaler Ebene zu Arbeitsgemeinschaften zusammen, denen fortan die Koordination und Durchführung von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen bei Abhängigkeitserkrankungen oblag.[35] Bereits 1971 entstand die „Rheinische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation" mit Sitz bei der LVA Rheinprovinz in Düsseldorf, in Hessen gründete sich „Arbeitsgemeinschaft zur Rehabilitation Suchtkranker im Lande Hessen".[36]

31 Vgl. M. Bletscher, Rehabilitationsmaßnahmen für Suchtkranke, in: Rehabilitation durch die Rentenversicherung H. 41 (1977), S. 49-57, S. 53.
32 Lappe, Rehabilitation, S. 7 f.
33 Ebd.
34 Wilfried Gleitze, 25 Jahre Westfälische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 1973-1998, in: 25 Jahre Westfälische Arbeitsgemeinschaft, S. 5 f., S. 5.
35 Zur Bundesarbeitsgemeinschaft vgl. Axel Reimann, Die Rehabilitation in der Rentenversicherung, in: Eberhard Eichenhofer/Herbert Rische/Winfried Schmähl (Hrsg.), Handbuch der gesetzlichen Rentenversicherung SGB VI, Köln 2011, S. 473-496, S. 474.
36 Vgl. Lappe, Rehabilitation, S. 8; Felix Welti, Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat. Freiheit, Gleichheit und Teilhabe behinderter Menschen, Tübingen 2005, S. 367.

In Westfalen wurde 1973 die „Westfälische Arbeitsgemeinschaft für die Rehabilitation Suchtkranker“ errichtet, der neben der LVA Westfalen ferner der AOK Landesverband Westfalen-Lippe, die Landesverbände der Betriebs-, Innungs-, Angestellten- und Arbeiter-Krankenkassen, die Westfälische landwirtschaftliche Krankenkasse und die Westfälische sowie Lippische landwirtschaftliche Alterskasse angehörten. Infolge der Vernetzung nahmen die Zuständigkeitskonflikte zwischen den Trägern auf regionaler Ebene stark ab: Es spielte sich eine routinierte Praxis ein, die vorwiegend zu Lasten der Krankenversicherung ging, da die LVAen nach dem BSG-Urteil konsequenterweise dazu übergegangen waren, die Gewährung von Alkoholentziehungskuren erheblich einzuschränken.[37] Gleichwohl unterschieden sich die Leistungen und Regelungen von Region zu Region mitunter beträchtlich.[38]

Uneinheitliche Rahmenbedingungen und ein zerklüftetes Leistungsspektrum kennzeichneten nicht nur den speziellen Suchtbereich, sondern das Gesamtfeld der Rehabilitation. Abhilfe schaffen sollte das im Jahr 1974 ergangene „Gesetz über die Angleichungen der Leistungen zur Rehabilitation“, das darauf abzielte, „die zuvor den verschiedenen Sozialleistungsträgern in unterschiedlicher Höhe und im unterschiedlichen Umfang erbrachten Leitungen zur Eingliederung behinderter Menschen zu vereinheitlichen und die Rechtsgrundlagen anzugleichen“.[39] Paradoxerweise drohte eben dieses der Harmonisierung dienende Gesetz die sich bei den Arbeitsgemeinschaften einspielende Praxis wieder auszuhebeln. Grund dafür war der neu in die Versicherungsordnung eingeführte Paragraph 184a, der die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung in den Kreis der Rehabilitationsträger einbezog.[40] Dem Passus zufolge konnte die Krankenkasse eine „Behandlung mit Verpflegung in Kur- und Spezialeinrichtungen gewähren, wenn diese erforderlich ist, um eine Krankheit zu heilen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten, und wenn nach den für andere Träger der Sozialversicherung geltenden Vorschriften [...] solche Leistungen nicht gewährt werden können“.[41]

Die Ausführungen ließen Spielraum für Interpretationen: Die Vertreter der Krankenkassen nahmen sie zum Anlass, ihre vorrangige Kostenträgerschaft bei der Rehabilitation Suchtkranker wieder zu hinterfragen. Sie legten die Bestimmung dahingehend aus, dass es sich bei suchtrehabilitativen Maßnahmen stets um Behandlungen in „Kur- und Spezialeinrichtungen“ handeln würde, bei denen die Zuständigkeit der Krankenkassen nur subsidiär gegeben sei. Die Vertreter der Rentenversicherung beharrten unter Rückgriff auf die jün-

37 Siehe für Zahlen am Beispiel der WAG Lappe, Rehabilitation, S. 16 f.; für die LVA Rheinprovinz vgl. Bletscher, Rehabilitationsmaßnahmen, S. 53.

38 Vgl. Suchtvereinbarung vom 20.11.1978. Druck: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), Richtlinien, Empfehlungen und Vereinbarungen zur Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung (= DRV-Schriften, Bd. 17 v. Oktober 1999), Frankfurt/Main 1999, S. 137-141.

39 Reimann, Rehabilitation, S. 474.

40 G[ünter] Tiedt, Zusammenarbeit der Rentenversicherungsträger und der Krankenversicherungsträger bei der Rehabilitation Abhängigkeitskranker – Suchtvereinbarung vom 20. November 1978, in: Rehabilitation durch die Rentenversicherung H. 54 (1980), S. 37-61, S. 38.

41 Zit. n. Suchtvereinbarung v. 20.11.1978.

gere Rechtsprechung des Bundessozialgerichts indes auf dem Standpunkt, dass sich an der primären Leistungspflicht der Krankenkassen durch die neue Vorschrift nichts geändert hätte.[42] Im Ergebnis hatte das „Reha-Angleichungsgesetz" den unbefriedigenden „Schwebezustand" in der Suchtrehabilitation nicht beseitigt, sondern „die bestehende Rechtsunsicherheit vielmehr verstärkt und die Diskussion zwischen der Krankenversicherung und der Rentenversicherung erneut entfacht", wie ein zeitgenössischer Experte treffend beobachtete.[43]

Zur Klärung der wieder aufgeworfenen Zuständigkeitsfragen wurde 1975 in Goslar eine Grundsatzaussprache zwischen Vertretern der Spitzenverbände der Krankenversicherung und des VDR angesetzt. Dort kam man grundsätzlich überein, dass Sucht- und Geisteskrankheiten als Krankheiten im Sinne des damaligen § 1236 RVO zu werten seien, in dem die „Maßnahmen zur Erhaltung, Besserung und Wiederherstellung der Erwerbstätigkeit" geregelt waren. Die Rentenversicherungsträger erkannten somit an, dass Abhängigkeitserkrankungen ursächlich für eine Gefährdung oder Minderung der Erwerbstätigkeit sein können, sodass fortan verpflichtend zu prüfen war, inwiefern eine Rehabilitationsmaßnahme der Rentenversicherung diese wiederherstellen kann. Dies bedeutete eine gewichtige Veränderung gegenüber dem bisherigen Standpunkt der Rentenversicherung, demzufolge Suchtbehandlungen im versicherungsrechtlichen Sinne immer eine Krankenhauspflege darstellen und in die Zuständigkeit der Krankenversicherung fallen würden. Erleichtert wurde den Rentenvertretern das Einlenken durch die weithin geteilte Erwartung, dass die Anzahl der Fälle, bei denen die gesetzlichen Voraussetzungen für eine Rehabilitationsmaßnahme gegeben sind, gering sein würde. Die konkrete Abgrenzung der Kostenträgerschaft blieb gleichwohl ein drängendes wie offenes Problemfeld: Über die drei zeitgenössisch diskutierten Abgrenzungsmodelle – erstens nach der Art der Einrichtung, zweitens nach der Indikation, drittens nach der Art der Maßnahme – konnte zwischen den Spitzenvertretern einstweilen keine Einigung erzielt werden.[44]

Die unterschiedlichen Auffassungen machten eine Klärung der Zuständigkeitsfrage durch das Bundessozialgericht erforderlich, die 1978 anhand von drei Musterprozessen erfolgte. Die erhoffte Klarheit brachte die höchstrichterliche Rechtsprechung allerdings nicht, denn die Bundesrichter unterstrichen einmal mehr, dass die „Maßnahmen zur Bekämpfung einer krankhaften Trunksucht sich weder ausschließlich dem Bereich der Krankenversicherung noch ausschließlich dem der Rentenversicherung zuordnen lassen". Zur Differenzierung gab das BSG den Trägern gleichwohl als Empfehlung an die Hand, dass bei Maßnahmen, die „regelmäßig darauf gerichtet [sind], die Krankheit zu bekämpfen und entweder ausschließlich oder doch zumindest in erheblichem Maße den körperlichen Zustand des Patienten zu verbessern", die ärztliche Behandlung die pflegerische Tätigkeit überwiege, weshalb sie als „Krankenhauspflege" zu erachten und dem Zuständigkeitsbereich der Kran-

42 Vgl. ebd. Siehe zur zeitgenössischen Diskussion auch A. Schmitz, Abgrenzung der Leistungen der Rentenversicherung und der Krankenversicherung, in: Rehabilitation durch die Rentenversicherung H. 23 (1974), S. 59-69, bes. S. 63-65.

43 Bletscher, Rehabilitationsmaßnahmen, S. 51.

44 Vgl. Tiedt, Zusammenarbeit, S. 38 ff.

kenversicherung zuzurechnen seien. In das Leistungsspektrum der Rentenversicherung fielen demgegenüber Maßnahmen, „die vorwiegend darauf gerichtet [sind], den Zustand des Patienten durch seelische und geistige Einwirkung und durch Anwendung von Heilmitteln zu beeinflussen, ihm Hilfestellung zur Entwicklung eigener Abwehrkräfte zu geben", Maßnahmen also, bei denen „die Veränderung des körperlichen Zustands des Patienten eine [...] mehr begleitende Bedeutung" habe und „die pflegerische Betreuung der ärztlichen Behandlung eher nebengeordnet" sei.[45]

Es bedarf keiner langen Ausführungen, dass diese Abgrenzungskriterien für die Praxis nur begrenzt brauchbar waren. Dessen waren sich offenkundig auch die Richter bewusst, die den Trägern beider Versicherungszweige nahelegten, untereinander auf der Selbstverwaltungsebene bundesweit einheitliche vertragliche Vereinbarungen über die Kostenregelung zu treffen.[46] Der Vorschlag erwies sich als Königsweg aus dem nun schon knapp ein Jahrzehnt schwelenden Zuständigkeitskonflikt, an dessen Beilegung beiden Seiten zugunsten einer reibungslosen Rehabilitationspraxis gelegen war. Er mündete in der sogenannten Sucht-Vereinbarung, die am 20. November 1978 von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und dem VDR geschlossen wurde.

3. Professionalisierung und Ausbau
Die „Sucht-Vereinbarung" von 1978 als Wendepunkt

Die Sucht- bzw. „Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger bei der Rehabilitation Abhängigkeitskranker", wie ihr vollständiger Name lautete, stellte die Zusammenarbeit der Träger des gegliederten Systems und die Suchtrehabilitation als Ganzes auf verbindliche Grundlagen. In Anlehnung an die Empfehlungen des BSG differenzierte die Vereinbarung zwischen zwei Behandlungsformen – Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen –, die jeweils stationär unter ärztlicher Leitung durchzuführen waren.[47] Die Spitzenverbände beider Seiten kamen überein, dass in der Regel bei akuten Entzugsbehandlungen die Krankenversicherung, bei Entwöhnungsbehandlungen die Rentenversicherung als zuständiger Kostenträger anzusehen sei. Entzugsbehandlungen waren der Vereinbarung zufolge bei „toxisch bedingten Versagenszuständen im somatischen und/oder psychischem Bereich" angezeigt, wobei die körperliche Entgiftung und Wiederherstellung des Patienten im Mittelpunkt stand. Im Idealfall

45 Bundessozialgericht, Urteil v. 15.02.1978, Az: 3 RK 29177, Druck: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), Suchtkrankenhilfe in Deutschland. Geschichte – Strukturen – Perspektiven, Freiburg 1997, S. 247-251, hier S. 250 f.

46 Ebd., S. 251.

47 Ambulante Behandlungsformen und Therapiekonzepte traten erst später hinzu. Siehe dazu Kap. 4 unten. Vgl. auch Ernst Otto Krasney, Sozialversicherungsrechtliche Entwicklungen bei der Betreuung Suchtkranker, in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), Suchtkrankenhilfe in Deutschland, S. 221-227, S. 224.

sollte an den Entzug nahtlos eine Entwöhnungsbehandlung anschließen. Ob diese von der Rentenversicherung gewährt wurde, war im Wesentlichen abhängig von der Sozialprognose hinsichtlich der Wiedereingliederungschancen des jeweiligen Rehabilitanden. Großes Gewicht wurde daher der Motivation des Abhängigkeitskranken zur Mitwirkung an der Maßnahme beigemessen. Ferner musste ein Nachweis vorliegen, dass eine Entzugsbehandlung bereits durchgeführt worden war oder aber nicht erforderlich ist, ambulante Therapiemöglichkeiten schließlich von medizinischer Seite ausgeschlossen worden sein.[48] Die Nachweise waren im Wege eines ärztlichen Gutachtens und eines Sozialberichts zu erbringen, der in der Regel von der jeweiligen Beratungsstelle angefertigt wurde. Die Entscheidung über die Anträge und die Einleitung von Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen lag fortan im weitgehenden Ermessen des jeweiligen Rentenversicherungsträgers.[49]

Die Vereinbarung markierte einen Wendepunkt in der Geschichte der Suchtrehabilitation. Über die abschließende Klärung der Finanzierungsaspekte und der Kostenträgerschaft hinaus setzte sie erstmals verbindliche Standards bezüglich der Ausstattung und Therapiekonzepte der Behandlungseinrichtungen, der Personalstruktur sowie des Qualifikationsprofils der in diesem Bereich tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. So war etwa vorgeschrieben, dass in den stationären Behandlungseinrichtungen, bei denen es sich vorwiegend um Landeskrankenhäuser handelte, ein Psychiater oder ein entsprechend qualifizierter Arzt die Aufsicht führen musste.[50] In personeller Hinsicht sollte jede Einrichtung neben Ärzten Diplom-Psychologen, Sozialarbeiter sowie Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten beschäftigen. Auch auf der Leitungsebene sollte psychologische und sozialwissenschaftliche Expertise vertreten sein, was zeigt, dass sich die Vereinbarung auf der Höhe der sozialpsychiatrischen Reformansätze der Zeit bewegte.[51] Darüber hinaus ging mit der Ver-

48 Vgl. Suchtvereinbarung v. 20.11.1978, insbes. § 1-3.

49 Vgl. Gerhard Möllhoff, Begutachtung und Rehabilitation bei Alkoholismus und anderen Rauschsüchten – Krankheitsbegriff und grundsätzliche Aspekte, in: Rehabilitation durch die Rentenversicherung H. 54 (1980), S. 1-36, S. 31.

50 Vgl. Gaber, Trinkerfürsorge, S. 122 f. Als eine weitere Folge der Suchtvereinbarung wird dort auch auf die Gründung neuer Heilstätten verwiesen, die sich wiederum zu Fachkliniken für Suchtkranke weiterentwickelt haben. Hinzu kam die Etablierung von privatwirtschaftlich betriebenen Kliniken, die das Spektrum der frei-gemeinnützigen und der öffentlich-rechtlichen Leistungsträger fortan ergänzten (vgl. Rolf Hüllinghorst, Hilfe für Suchtkranke als gesellschaftliche Aufgabe, in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), Suchtkrankenhilfe in Deutschland, S. 285-306, S. 289). Indes erfuhren dutzende ehemalige Heilstätten und -anstalten in den 1950er- und 1960er-Jahren Umbenennungen, die auf den diskreditierten Anstaltsbegriff zurückgingen, aber nicht zu einer Öffnung der Krankenhäuser führten. Die „abgelegenen, nach außen und im Innern abgeschlossenen Landeskrankenhäuser blieben der dominierende Versorgungstyp“. Vgl. Cornelia Brink, Grenzen der Anstalt. Psychiatrie und Gesellschaft in Deutschland 1860-1980, Göttingen 2010, S. 420 ff., hier S. 421 f.

51 Siehe dazu ebd., S. 424 ff.

einbarung die Entstehung einer standardisierten Therapie- und Behandlungskette einher, die grob nach dem Schema Entzug, Entwöhnung und Nachsorge gegliedert war.[52]

Ein zentrales Element der Vereinbarung bestand darüber hinaus in dem Einbezug von Drogenabhängigen, die von dem Leistungsspektrum der Rehabilitation bis dahin weitgehend abgekoppelt geblieben waren. Noch 1977 resümierte ein Experte der LVA Rheinprovinz, „Entziehungskuren für Drogensüchtige und Medikamentenabhängige waren in unseren Richtlinien nicht vorgesehen und wurden von uns bisher in keinem einzigen Fall durchgeführt", was auch für die übrigen Regionalträger gegolten haben dürfte.[53] Dies verwundert zunächst eingedenk der Tatsache, dass der Gebrauch von psychotropen Substanzen wie Cannabis, Amphetaminen und LSD in der westdeutschen Gesellschaft der 1970er-Jahre stark expandiert war, was unter wissenschaftlichen Experten und Gesundheitspolitikern panische Befürchtungen vor einer „Drogenwelle" hervorgerufen hatte.[54]

Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich die neue Klientel von der älteren Gruppe der Alkohol- und Medikamentenabhängigen in sozialstruktureller Hinsicht unterschied, da in den Anfangsjahren um 1970 Schüler und Studenten in der Drogensubkultur dominierten. Die Mehrheit der Konsumenten war mithin noch nicht versicherungspflichtig und hatte dementsprechend auch keinen Anspruch auf Rehabilitationsleistungen, weshalb sich die ökonomischen Belastungen für die Sozialversicherungsträger vorerst in Grenzen hielten.[55] Mit der Herausbildung einer „harten" Drogenszene ab Mitte der siebziger Jahre veränderte sich jedoch auch die Altersstruktur der Konsumentengruppe, in der sich zunehmend auch Angestellte, Arbeiter und Lehrlinge fanden. Überdies gewannen „harte" Drogen wie Heroin in der Szene die Oberhand, womit eine massive soziale Verelendung einherging, die mit dem 1978 publizierten Buch „Wir Kinder vom Bahnhof Zoo" schockierende öffentliche Konturen erhalten hatte.[56]

Der soziale Problemdruck veranlasste den Gesetzgeber Ende der 1970er-Jahre zu einer Überprüfung seiner Drogenpolitik, die zu dem Ergebnis führte, dass der zweigleisige Ansatz aus Prohibition und Sanktion unzureichend war. 1981 wurde unter dem vorangestellten Motto „Therapie statt Strafe" eine Novelle des Betäubungsmittelgesetzes auf den Weg gebracht, die einerseits die bestehenden Strafvorschriften für Drogenkriminalität, insbesondere für Einfuhr und Handel, weiter verschärfte, andererseits mit Blick auf die Gruppe der

52 Harry Glaeske/Hans Grösbrink, Die Westfälische Lösung, in: 25 Jahre Westfälische Arbeitsgemeinschaft, S. 27-30, S. 28. Das Ablaufschema ist dargestellt unter § 5 Suchtvereinbarung v. 20.11.1978, sowie näher umschrieben bei Tiedt, Zusammenarbeit.

53 Bletscher, Rehabilitationsmaßnahmen, S. 53.

54 Siehe etwa Detlef Briesen, Die Drogenwelle in der Bundesrepublik Deutschland in den frühen 70er Jahren. Beispiele, Verallgemeinerungen und ein Blick auf die Post-68er Generation, in: ders./Klaus Weinhauer (Hrsg.), Jugend, Delinquenz und gesellschaftlicher Wandel. Bundesrepublik Deutschland und USA nach dem Zweiten Weltkrieg, Essen 2007, S. 43-69.

55 Vgl. Möllhoff, Begutachtung, S. 4 u.11.

56 Siehe dazu Klaus Weinhauer, The End of Certainties: Drug Consumption and Youth Delinquency in West Germany, in: Axel Schildt/Detlef Siegfried (Hrsg.), Between Marx and Coca-Cola. Youth Cultures in Changing European Societies, 1960-1980, Köln 2006, S. 376-398.

Drogenabhängigen den Rehabilitationsgedanken stärkte. So sah der neu in das Betäubungsmittelrecht eingeführte Paragraph 35 etwa vor, dass bei straffällig gewordenen Drogenabhängigen die Strafvollstreckung zugunsten einer stationären Behandlung bei Therapiewilligkeit und erwartbarer Resozialisierbarkeit zurückgestellt werden konnte.[57] Maßgeblich für den Einbezug aller Drogenabhängigen wurde indes eine Entscheidung des Bundessozialgerichts von März 1981, der zufolge eine Langzeitbehandlung wegen Drogenabhängigkeit als eine Maßnahme medizinischer Rehabilitation anzusehen sei.[58] Vor dem Hintergrund dieser vielschichtigen Entwicklungen sind die Umbrüche im suchtrehabilitativen System einzuordnen, die im Effekt zu einer gleichwertigen Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen führten.

Ihren Niederschlag fand die neue Sichtweise in der sogenannten „Drogenvorleistungsvereinbarung“ vom 22.10.1981, die das Procedere verbindlich regelte.[59] Ihr kam insbesondere der Zweck zu, die Bewilligung zu vereinfachen und zu beschleunigen, um die bei fortschreitenden Abhängigkeitserkrankungen für den Rehabilitationserfolg wesentlichen Frühinterventionsmöglichkeiten zu verbessern: Fortan konnten von den Arbeitsgemeinschaften oder einzelnen Trägern vorläufige Leistungszusagen ausgestellt werden, auch wenn der rechtlich zuständige Leistungsträger noch nicht ermittelt worden war. Dies führte insgesamt zu einer Beschleunigung der Einleitung von Drogenentwöhnungsbehandlungen, die seither routinemäßig als Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation bewilligt und den Alkoholentwöhnungsmaßnahmen gleichgestellt wurden, wenngleich sich die Therapien in konzeptioneller Hinsicht unterschieden und Behandlungen wegen Alkoholismus im gesamten Untersuchungszeitraum konstant stark überwogen.[60]

Mit den beiden Vereinbarungen waren die wesentlichen zeitgenössischen Regelungswerke der Suchtrehabilitation geschaffen worden. Sie mündeten in dem integrativen „Gesamtkonzept zur Rehabilitation von Abhängigkeitskranken“, das von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und dem VDR am 15. Mai 1985 verabschiedet wurde. Dieses steckte bis

57 Vgl. Johannes Hellebrand, Drogen und Justiz. Überlegungen zur Einbindung der Justiz in eine fortschrittliche Drogenpolitik, Bonn 1990, S. 15 ff. Siehe vertiefend auch den 2013 vorgelegten Abschlussbericht zur Studie „Medizinische Rehabilitation Drogenkranker gemäß § 35 BtmG („Therapie statt Strafe“): Wirksamkeit und Trends“, die im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit an der Universität Hamburg erstellt wurde. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Abschlussbericht/Abschlussbericht_Forschungsstudie____35_BtMG.pdf [letzter Abruf am 17.03.2018].

58 Bundessozialgericht, Urteil v. 19.03.1981, Az: 4 RJ 111/77, JurionRS 1981, 10840.

59 Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit und das Verfahren bei der Gewährung vorläufiger Leistungen für stationäre Entwöhnungsbehandlungen Drogenabhängiger v. 22.10.1981. Druck: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), Richtlinien, Empfehlungen und Vereinbarungen zur Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung (= DRV-Schriften, Bd. 17 v. Oktober 1999), Frankfurt/Main 1999, S. 154-157.

60 Vgl. Lappe, Rehabilitation, S. 13. So wurde etwa für die Rehabilitation von Drogenabhängigen eine wesentlich längere stationäre Behandlungsdauer von 12 bis 18 Monaten veranschlagt. Vgl. Heinz Beyer, Stationäre Rehabilitation, in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), Jahrbuch Sucht 1997, S. 162-168, S. 165.

2001, als es durch eine neue Empfehlungsvereinbarung ersetzt wurde, die Rahmenbedingungen der Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen ab.[61]

Richtet man den Blick auf die Zahlen, so wird deutlich, dass die Lösung der Zuständigkeitsproblematik zu einem erheblichen Anstieg der Maßnahmen führte. So hat sich die Zahl der abgeschlossenen stationären Behandlungen wegen Sucht zwischen 1977 (9.931) und 1981 (19.729) nahezu verdoppelt. Hervorzuheben ist zudem, dass die Fallzahlentwicklung der suchtrehabilitativen Maßnahmen trotz unbeständiger wirtschaftlicher Rahmenbedingungen in den Folgejahren konstant verlief: So lag der Anteil der Entwöhnungsbehandlungen an den gesamten Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung bis Mitte der neunziger Jahre relativ stabil bei 3,3 bis 3,8 Prozent. Dieser Verlauf ist mit der – aufgrund der zu veranschlagenden hohen Dunkelziffer lediglich schätzbaren – Verbreitung von Abhängigkeitserkrankungen in der Bundesrepublik zu kontrastieren, die beständig zunahm und 1997 bei etwa 4 Mio. lag (ca. 2,5 Mio. Alkohol-, 1,4 Mio. Medikamenten- und 120.000 Drogenabhängige). Die knapp 35.000 Suchtbehandlungen im selben Jahr zeigen insofern auch, dass nur ein Bruchteil der Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen von der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung erfasst wurde.[62]

61 Gesamtkonzept zur Rehabilitation von Abhängigkeitskranken (Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängige) v. 15.5.1985. Druck: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), Richtlinien, Empfehlungen und Vereinbarungen zur Rehabilitation, S. 158-171. Vgl. auch Aßfalg, Entwicklung und Perspektiven, S. 168.

62 Volker Weissinger, Suchttherapie unter Kostendruck – Entwicklungen im stationären Bereich, in: Jahrbuch Sucht 1998, S. 167-182, S. 168. Eine Studie von 1992 bezifferte den Anteil der Abhängigkeitskranken, die von den Institutionen der Suchkrankenhilfe erreicht werden, auf lediglich 5 Prozent. Vgl. Hüllinghorst, Hilfe für Suchtkranke, S. 291.

Tabelle 1: Quantitative Entwicklung der Suchtrehabilitationsmaßnahmen[63]

Jahr	Abgeschlossene stationäre Heilbehandlungen GRV (Alkoholabhängigkeit/ ICD-9 303)	Abgeschlossene stationäre Heilbehandlungen GRV (Medikamenten-/ Drogenabhängigkeit/ ICD-9 304)	Abgeschlossene stationäre Heilbehandlungen GRV (Sucht gesamt)	Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen GRV gesamt
1972	2.850	243	3.093	764.596
1973	4.347	301	4.648	813.275
1974	6.314	153	6.467	854.519
1975	5.866	132	5.998	840.856
1976	7.213	282	7.495	706.659
1977	9.532	399	9.931	683.584
1978	13.334	385	13.719	666.783
1979	12.888	288	13.176	726.242
1980	12.763	901	13.664	798.848
1981	18.364	1.365	19.729	838.900
1982	16.368	1.558	17.926	771.625
1983	17.263	2.082	19.345	521.224
1984	20.109	2.711	22.820	589.446
1985	20.598	3.038	23.636	696.743
1986	20.353	2.817	23.170	694.366
1987	21.209	3.246	24.455	726.716
1988	21.382	3.543	24.925	769.324
1989	21.106	3.957	25.063	774.186
1990	21.382	3.992	25.374	728.319
1991	22.608	4.506	27.114	791.168
1992	24.191	5.015	29.206	854.883
1993	25.166	5.528	30.694	863.344
1994	24.766	6.488	31.254	847.828
1995	25.514	7.062	32.576	839.015
1996	26.475	7.498	33.973	847.831
1997	26.223	8.597	34.820	500.431
1998	26.740	9.099	35.839	508.865
1999	26.245	8.779	35.024	569.996
2001	28.966	9.937	38.903	715.727

63 Quellen: Spalte 1 und 2: VDR-Statistik Rehabilitation 1975-2001, ICD-9 303 und 304; ergänzend für die Zahlen 1972-1975: Möllhoff, Begutachtung, S. 10, Tabellen „Rehabilitation – Alkoholismus“ und „Rehabilitation – Drogenkrankheit“; ergänzend für die Zahlen ab 1990: Werner Müller-Fahrnow u. a., Sucht-Rehabilitation in Deutschland: Bestandsaufnahme und Perspektiven. Eine Expertise des Lehrstuhls Versorgungssystemforschung – Humboldt-Universität zu Berlin (DRV-Schriften Bd. 32), Bad Homburg 2002, S. 60, Abb. 3.23; Spalte 3: eigene Berechnungen; Spalte 4: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), Rentenversicherung in Zeitreihen 2004 (DRV-Schriften Bd. 22), Frankfurt/Main 2004, S. 192, Tabelle: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Hinweis: Die Anzahl der abgeschlossenen stationären Heilbehandlungen wegen Sucht sind nach 1. Diagnose aufgeschlüsselt. Sie entsprechen insofern nicht zwingend der Anzahl der durchgeführten Entwöhnungsbehandlungen. Vgl. dazu die methodischen Anmerkungen bei ebd., S. 34.

Die kontinuierlich ansteigende Entwicklung bei den Fallzahlen sollte nicht überblenden, dass sich den Rentenversicherungsträgern durch die Suchtvereinbarung ein neuartiges Handlungs- und Kompetenzfeld aufgetan hatte, das anfänglich mit erheblichen Unsicherheiten und Wissensdefiziten behaftet war. „Die Besonderheit dieser Vereinbarung liegt darin, dass mit der generellen Übernahme der Suchtbehandlungen zumindest in der Rentenversicherung Neuland betreten wird", konstatierte ein Rehabilitationsexperte der LVA Westfalen entsprechend.[64]

Die Erschließung dieses Neulands stellte die Institutionen vor erhebliche Schwierigkeiten, zumal sich die wissenschaftliche Forschungslandschaft unverändert lückenhaft und widersprüchlich darstellte: „Gerade im Bereich der Suchtkrankenhilfe fehlt es in weiten Bereichen an allgemeinen anerkannten Ergebnissen wissenschaftlicher Forschung", war eine zutreffende wie regelmäßig formulierte Klage im zeitgenössischen Binnendiskurs der Rentenversicherung.[65] Der Mangel an Praxiserfahrungen und statistischem Wissen kam erschwerend hinzu, sodass sich über die Effizienz suchtrehabilitativer Maßnahmen in den Anfangsjahren lediglich spekulieren ließ. Es sei grundsätzlich „schwierig, im Zeitpunkt der Entscheidung [...] festzustellen, ob die Erwerbstätigkeit durch diese Maßnahme voraussichtlich wiederhergestellt werden kann", brachte ein Vertreter des VDR das Beurteilungsproblem der Rentenversicherungsträger 1979 auf den Punkt.[66] Bei der Ermittlung der Erfolgschancen waren die Institutionen wiederum auf theoretisches Orientierungswissen sowie praktische Beobachtungen angewiesen. Allgemein galt die Einschätzung, dass die „Mißerfolgsquoten [...], wie etwa Beobachtungen bei Alkoholikern und auch in der Drogenscene zeigen, ganz erheblich über denen aller anderen ‚Heilmaßnahmen'" liegen würden.[67] Im Falle von „Alkoholismus" lautete in den 1970er-Jahren die Faustregel, dass nur ein Drittel der stationär behandelten Versicherten dauerhaft abstinent bleiben würde.[68]

Auch vor dem Hintergrund dieses Wissens ist es zu sehen, dass bei den Versicherungsträgern nach der Empfehlungsvereinbarung eine „erhebliche Reserve" bezüglich der dia-

64 Tiedt, Zusammenarbeit, S. 44.

65 Heinz Beyer, Die medizinische und berufliche Rehabilitation von Suchtkranken, in: Rehabilitation durch die Rentenversicherung H. 49 (1979), S. 17-24, S. 21.

66 Tiedt, Zusammenarbeit, S. 44.

67 Möllhoff, Begutachtung, S. 8. Vgl. auch die skeptischen Ausführungen zur Rehabilitierbarkeit von Alkoholkranken im damaligen Standardwerk von Wilhelm Feuerlein, Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit. Eine Einführung für Ärzte, Psychologen und Sozialpädagogen, 2. überarb. und erw. Aufl., Stuttgart 1979 (1975), S. 168: „Die Rehabilitation von Alkoholikern hat ihre Besonderheiten. Alkoholiker bleiben zeitlebens gefährdet. Ein entscheidendes Merkmal des Alkoholismus ist seine Progredienz. Weitere wesentliche Besonderheiten des Alkoholismus sind seine Häufung in bestimmten Berufen, die Einflüsse des sozialen Umfeldes [...], die Krankheitsuneinsichtigkeit und Ambivalenz der Alkoholiker gegenüber der Therapie und auch der Rehabilitation und die sozialen Konsequenzen des Alkoholismus, die in nicht seltenen Fällen zu schwerem, deviantem Verhalten führen."

68 F. W. Kaufmann, Auswahl der Behandlungsstätten für Suchtkranke, in: Rehabilitation durch die Rentenversicherung H. 54 (1980), S. 63-70, S. 65.

gnostischen Kategorien „Alkoholismus“ und „Drogenkrankheit“ bestehen blieb, wie ein Experte für Begutachtungsfragen feststellte.[69] Dies galt im Übrigen auch für die Sozialgerichte, die ungeachtet des Grundsatzurteils des BSG von 1968 mit moralischen Vorbehalten gegenüber Alkoholikern und Drogensüchtigen behaftet blieben. Günter Hennies, Vizepräsident des Landessozialgerichts Berlin, monierte 1984 über die Rechtsprechung zum Thema, dass „Süchtigkeit noch immer weitverbreitet nicht als Krankheit anerkannt, vielmehr als Laster empfunden [wird], und wenn nicht als Laster, doch zumindest als ‚unanständige Krankheit‘. Vorurteile sind längst nicht ausgemerzt.“[70] Diese dürften ein ebenso stiller wie wichtiger Faktor gewesen sein, warum nur ein Bruchteil der Abhängigkeitskranken in der Bundesrepublik von Rehabilitations- und Verrentungsmaßnahmen der Leistungsträger erfasst wurden.[71]

In dem Zusammenhang ist ferner auf die zeitgenössische Bewilligungspraxis und deren Kriterien einzugehen, zumal die Rentenversicherungsträger weitgehend autonom über Gewährung und Ablehnung der Anträge entscheiden konnten. So galt die dauerhafte Abstinenz nicht nur als Primärziel der medizinischen Rehabilitation, sondern spielte als Voraussetzung auch in die Sozialprognose hinein, die wiederum maßgeblich über die Bewilligung und Ablehnung von Behandlungsmaßnahmen entschied. Die entsprechenden Richtlinien des VDR vom 26. Juni 1985 führten etwa die folgenden „Patientenmerkmale“ auf, die dem übergeordneten Abstinenzziel abträglich waren und beim Zutreffen von sieben Kriterien eine negative Prognose sowie die Ablehnung des Antrages begründen konnten: Erstens: Arbeitslosigkeit; zweitens: Verlust des Arbeitsplatzes wegen Alkoholmissbrauch; drittens: Wechsel der Arbeitsstelle in den letzten zwei Jahren; viertens: alleinstehend; fünftens Suizidversuch; sechstens: in einem Wohnort von mehr als 100.000 Einwohnern lebend; siebtens: kein eigenes Haus bzw. keine Eigentumswohnung, achtens: obdachlos oder in einem Wohnheim lebend; neuntens: bereits eine stationäre Entwöhnungsbehandlung durchlaufen.[72]

Nicht zu Unrecht war angesichts solcher Zuschreibungen schon zeitgenössisch von einer „gezielten Politik der sozialen Selektion“ die Rede, leisteten die Kriterien offenkundig dem

69 Möllhoff, Begutachtung, S. 11.

70 Hennies, Sucht in der Sozialgesetzgebung, S. 305; ähnlich Otto Ernst Krasney, Sozialrechtliche Reaktionen der Gesellschaft auf süchtiges Verhalten, in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), Sucht und Gesellschaft, S. 115-124, S. 121 f. Der Psychiater und Versicherungsgutachter Gerhard Möllhoff hatte sich schon 1970 gegenüber den Gerichten und Versicherungsträgern zu der Klarstellung genötigt gesehen, „daß im Bereich des Sozialrechts ein ‚Mitverschulden‘ des Versicherten sich nur dann rentenfeindlich auswirkt, wenn er sich mit direktem Vorsatz berufs- und erwerbsunfähig gemacht hat“. Gerhard Möllhoff, Einige sozialmedizinische Aspekte von Suchterkrankungen, in: Das öffentliche Gesundheitswesen 32 (1970), S. 450-458, S. 454.

71 Möllhoff, Begutachtung, S. 11, geht in seinem Beitrag [1980] von 1,5 Millionen Alkoholikern aus, denen eine jährliche Berentungsziffer von 2.500 Fällen gegenüberstand.

72 Zit. n. Dieter Henkel, Arbeitslosigkeit, Alkoholismus, Rehabilitation, in: Jahrbuch für kritische Medizin, Bd. 13: Pflege und Krankenhaus, Krankenhaus und Politik, Politik und Gesundheit (hrsg. v. Heinz-Harald Abholz), Berlin 1988, S. 100-116, S. 109 f.

Ausschluss von sozial schwachen Gruppen aus dem Versorgungssystem Vorschub, bei denen im Zuge der Massenarbeitslosigkeit der 1970er-Jahre ein zunehmender Rehabilitationsbedarf entstanden war. Dafür spielten ökonomische Kalküle ebenso eine Rolle wie Vorbehalte in den Verwaltungen gegenüber der Rehabilitierbarkeit und beruflichen Wiedereingliederung von beruflich instabilen oder arbeitslosen Alkoholikern.[73] Natürlich ist hierbei aber auch der vielfach problematische Erwerbs- und Bildungsstatus alkohol- und drogenkranker Personen zu berücksichtigen: Nach einer Aufstellung für das Jahr 1999 waren 34% der alkoholkranken Frauen und 39% der Männer arbeitslos, 24% der Frauen und 17% der Männer hatten überdies keine abgeschlossene Berufsausbildung. Schließlich waren 48% der Frauen und 54% der Männer Hauptschulabsolventen – allesamt Faktoren, die eine berufliche (Wieder-)Eingliederung erheblich erschwerten.[74]

Die Verzahnung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation war über weite Strecken die schwierigste Herausforderung der Suchtkrankenhilfe, was nicht zuletzt mit der einseitigen Ausrichtung auf das medizinische Abstinenzziel zusammenhing. „Noch vor 10-15 Jahren spielten Fragen der beruflichen Wiedereingliederung in den Überlegungen der Rentenversicherungsträger und auch in den therapeutischen Programmen der behandelnden Institutionen nur eine rudimentäre Rolle“, stellte ein Leiter einer Therapieeinrichtung 2005 rückblickend fest. „Suchtkrankenbehandlung war überwiegend Psychotherapie mit dem Ziel der Krankheitseinsicht, der Abstinenzmotivierung und der Absicherung einer lebenslangen zufriedenen Abstinenz.“ Erst Mitte der 1990er-Jahre kam es im Zuge übergeordneter Reformüberlegungen zu einer sukzessiven Verschiebung der Therapieziele in der medizinischen Rehabilitation, die fortan stärker am Erreichen der Erwerbsfähigkeit ausgerichtet waren, wobei die grundlegende Abstinenzorientierung erhalten blieb.[75] Indes stellte sich die Gesamtsituation in der beruflichen Rehabilitation von Abhängigkeitskranken am Ende des Jahrzehnts noch immer „ernüchternd“ dar: Bei 42.680 Entwöhnungsbehandlungen, die im Jahr 1998 in der Rentenversicherung abgeschlossen wurden, empfahlen die Leistungsträger in 1.533 Fällen die Prüfung einer anschließenden berufsfördernden Maßnahme und in lediglich 174 Fällen wurde eine berufliche Wiedereingliederung vorgeschlagen.[76]

73 Vgl. ebd., S. 106 u. 109 ff., für das Zitat S. 100. Ähnlich Hüllinghorst, Hilfe für Suchtkranke, S. 289 f.: „Die Empfehlungsvereinbarung hatte aber auch zur Folge, dass lediglich die Patientinnen und Patienten mit einer guten Prognose, die die Wiederherstellung der Erwerbstätigkeit erwarten ließ, Zugang in das qualitativ hochwertige Behandlungssystem erhielten.“

74 Werner Müller-Fahrnow u. a., Sucht-Rehabilitation in Deutschland: Bestandsaufnahme und Perspektiven (DRV-Schriften Bd. 32), Bad Homburg 2002, S. 24.

75 Rainer Verstege, Berufliche Eingliederung im Rahmen medizinischer Rehabilitation, in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), Alkohol – Konsum und Missbrauch, Alkoholismus – Therapie und Hilfe, Freiburg im Breisgau 1996, S. 327-336, hier S. 328.

76 Vgl. Ingrid Künzler, Möglichkeiten und Grenzen der Finanzierung rehabilitativer Maßnahmen für Alkoholabhängige aus der Sicht des Kosten- und Leistungsträgers, in: Rüdiger Meyenberg/Knut Tielking (Hrsg.), Neue Wege in der Rehabilitation Alkoholabhängiger. Theoretische und praktische Ansatzpunkte zur Optimierung von Alkoholentwöhnungstherapien, Oldenburg 1999, S. 49-55, S. 50. Vgl. auch Herbert Schillinger, Die Zukunft der Rehabilitation und der Suchtbe-

4. Reformierung im Zeichen der Sparpolitik
Vom stationären Dogma zum flexiblen Versorgungssystem

Die Defizite, die bei der beruflichen Wiedereingliederung von Abhängigkeitskranken bestanden, waren nicht unwesentlich auf das „Dogma vom Primat der stationären Therapie" zurückführen, das in der Suchtrehabilitation bis in die 1990er-Jahre vorherrschend war.[77] Zwar hatten Gesundheitsexperten die Verzahnung von stationären Behandlungs- und ambulanten Nachsorgeangeboten schon frühzeitig als einen wesentlichen Sicherungsfaktor des Rehabilitationserfolges ausgewiesen – jedoch fand sich für die Kostenübernahme von ambulanten Maßnahmen über weite Strecken kein Träger.[78] Der Vorrang des stationären Behandlungssettings ergab sich im Wesentlichen aus der langen Tradition der Anstalts- und Krankenhausbehandlung in Deutschland.[79] Hinzu kam im speziellen Fall der Suchtrehabilitation das Bestreben der Rehabilitationsträger, die damals umstrittene Effizienz der Entwöhnungsbehandlungen einer wissenschaftlichen Kontrolle und Evaluation zu unterwerfen.[80] So hatte die Empfehlungsvereinbarung in sachlicher, personeller und räumlicher

handlung: Trends und Prognosen aus Sicht der Rentenversicherung, in: Fachverband Sucht e. V. (Hrsg.), Die Zukunft der Suchtbehandlung. Trends und Prognosen, Geesthacht 2002, S. 75-92, S. 86 f. Kritisch dazu Hüllinghorst, Hilfe für Suchtkranke, S. 289: „Das Ziel der Rehabilitation ist die Verbesserung bzw. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit (SGB VI). Diese Zuständigkeit reicht bis zur beruflichen Wiedereingliederung, wie noch einmal durch ein BSG-Urteil von 1994 bestätigt wurde, welches die Leistungsträger jedoch konsequent ignorieren."

77 Friedrich Bschor, Konkurrierende Behandlungssysteme für Suchtpatienten, in: Michael Staak (Hrsg.), Betäubungsmittelmissbrauch, Berlin u. a. 1988, S. 85-99, S. 97.

78 Vgl. Beyer, Die medizinische und berufliche Rehabilitation von Suchtkranken, S. 17 f. u. 23 f. Beispielsweise wurde wiederholt um die Frage gerungen, inwieweit die Kosten für die Unterbringung von Abhängigkeitskranken in sogenannten Übergangseinrichtungen unter die Leistungspflicht der Versicherungsträger fielen. Das BSG hat in den Jahren 1992/93 indes in mehreren Urteilen entschieden, dass die Behandlung in diesen heute als Adaptionseinrichtungen bekannten Institutionen zu den Leistungen der medizinischen Rehabilitation zählt. Vgl. Lappe, Rehabilitation, S. 12.

79 Siehe dazu umfassend Brink, Grenzen.

80 Ein Experte des VDR äußerte sich zu den Hintergründen 1979 wie folgt: „Es gibt zahlreiche Erfahrungen mit verschiedenen therapeutischen Ansätzen und zahlreichen Einzelstudien, die jedoch wegen uneinheitlicher Ausgangskriterien schwer vergleichbar sind. Es gibt derzeit aber noch keine hinreichend wissenschaftlich abgesicherten Ergebnisse, die eindeutige Entscheidungen für oder gegen bestimmte Therapieformen rechtfertigen würden. Grundsätzlich sind aber nach den vorliegenden, wenn auch sehr unterschiedlich ermittelten Untersuchungsergebnissen und vielfältigen Erfahrungen Erfolgschancen durch Entwöhnungsbehandlungen gegeben. [...] Es fehlen aber noch eindeutig gesicherte Prädiktoren für die Erfolgsaussichten und geeignete Behandlungsformen im Einzelfall, außer den Annahmen, die sich aus allgemeinen Überlegungen und Beobachtungen ergeben, wie etwa günstige Erfolgschancen bei kurzer Krankheitsanamnese, intaktem Umfeld, gesicherter Existenz usw. Es ist aber gerade auch Aufgabe und Chance der Vereinbarungen, durch geeignete Regelungen und Qualitätssteigerung der Therapieangebote die Voraussetzungen für weitere Effektivitätsverbesserungen zu schaffen. Dabei können vergleichbare Ausgangskriterien auch die wissenschaftliche Auswertung der weiteren Erfahrungen erleichtern." Kaufmann, Auswahl der Behandlungsstätten, S. 65.

Hinsicht differenzierte Kriterien für die Einrichtungen aufgestellt, die in den ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen der Zeit zumeist nicht erfüllt waren.[81] Hierbei ist auch zu berücksichtigen, dass sich die ambulante Infrastruktur für Suchtbehandlungen in den 1970er- und 1980er-Jahren erst im Aufbau befand: Ein Rahmenplan, der Mindestkriterien für die ambulanten Einrichtungen vorschrieb, wurde erst 1979 von der von der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren ausgearbeitet und vorgelegt.[82]

Die Folgen des stationären Dogmas waren ambivalent. Zum einen ermöglichten und sicherten die Qualitätsstandards eine hochwertige medizinische Rehabilitationspraxis, die in Hinsicht auf das vorrangig definierte Abstinenzziel positive Ergebnisse erbrachte. So bezifferten diverse Untersuchungen in den neunziger Jahren die Abstinenzrate bei Alkohol- und Medikamentenabhängigen nach einer stationären Maßnahme auf ca. 50, bei Drogenabhängigen auf ca. 33 Prozent.[83] Mit diesen Quoten übertraf das stationäre Behandlungssystem die in es gesetzten Erwartungen wesentlich. Der Erfolg des stationären Modells ist in der folgenden Tabelle dokumentiert, die auf der Auswertung der medizinischen Entlassungsurteile beruht.[84]

81 So musste der Einrichtungsträger entweder Mitglied in einem Freien Wohlfahrtsverband bzw. eine Person des öffentlichen Rechts sein oder über eine Gewerbekonzession verfügen. Zudem hatte jede Einrichtung ein „wissenschaftlich begründetes Therapiekonzept“ vorzulegen, das „unter anderem Aussagen zur Anfangsdiagnostik, zum Behandlungsplan und zur Epikrise enthält und damit die Effektivität der Gesamtbehandlung überprüfbar macht“. Darüber hinaus musste sich die Einrichtung zur Teilnahme an Effektivitätskontrollen bereiterklären. Wichtige Kriterien waren zudem die Auflage einer ärztlichen Leitung und das Erfordernis, „ein ständig funktionsfähiges, nach den anerkannten Regeln der inneren und äußeren Qualitätskontrolle arbeitendes, medizinisch-technisches Laboratorium zur Durchführung aller in Betracht kommenden klinisch-chemischen und hämatologischen Untersuchungen“ zu besitzen. Vgl. Suchtvereinbarung v. 20.11.1978, Anl. 1: Voraussetzungen für die Auswahl von Einrichtungen zur stationären Entwöhnungsbehandlung von Abhängigkeitskranken“, S. 142 f. Vgl. auch Beyer, Stationäre Rehabilitation, S.164 f.

82 Vgl. Fuchtmann, Ambulante Suchttherapie, S. 9.

83 Vgl. Weissinger, Suchttherapie, S. 169.

84 Siehe für methodische Einwände gegen diese damals übliche Praxis der Erfolgsbeurteilung Alfred Schmidt, Die Rehabilitation in der Rentenversicherung – Gedanken zur Weiterentwicklung, in: Deutsche Rentenversicherung 1988, H. 9, S. 519-563, S. 537 f.

Tabelle 2: Entlassungsurteile in der Suchtrehabilitation[85]

Jahr	Gesamtzahl Entlassungs-urteile	Unverändert	Gebessert	Wesentlich gebessert	Verschlech-tert	Gestorben
1975	5.998	527	5.195	242	20	14
1977	9.931	6.414	3.075	414	18	10
1979	13.342	4.768	7.461	1.057	46	10
1981	19.729	6.015	11.221	2.427	54	12
1983	19.437	4.670	14.689	*	60	18
1985	23.665	6.562	16.995	*	79	29
1987	23.861	6.192	17.559	*	84	26
1989	24.731	6.664	17.975	*	76	16
1991	26.961	6.955	19.895	*	88	23

Die stationäre Behandlung stand daher in dem Ruf, bei vergleichsweise niedrigen Kosten überaus leistungsfähig zu sein.[86] Nicht zuletzt verweisen die guten Quoten auf die innere Modernisierungsfähigkeit des stationären Behandlungssystems, in das Therapiekonzepte wie Gruppen- und Verhaltenstherapien auf psychotherapeutischer Grundlage frühzeitig integriert werden konnten. So ging mit der Verankerung des stationären Modells insgesamt ein Qualitätssprung der Suchtbehandlung einher.[87] Der Professionalisierungsschub eröffnete zudem eine neue Verständnisebene für das vielschichtige Phänomen der Suchterkrankung und stellte insofern einen Schlüsselfaktor für die Überwindung des moralischen Deutungsmodells der Sucht und der damit oftmals verbundenen Diskriminierung von Abhängigkeitskranken dar.[88]

Auf der anderen Seite leistete das stationäre Dogma einer Gleichförmigkeit der Suchtbehandlung Vorschub, die der individuellen Lebens- und Bedarfsituation des Rehabilitanden nur unzureichend Rechnung trug. Darauf weist etwa die starre Länge der Entwöhnungsbehandlungen hin, die bei Alkoholabhängigen bei sechs Monaten, bei Drogenabhängigen

85 Quelle: VDR-Statistik Rehabilitation 1975-1991, Tabellen 18-3 A - 18-5 A (ICD-9 303/304); ab 1986 Tabelle 55 M RV. Begründung des Zeitraums: Bis 1991 nur stationäre Maßnahmen. Hinweise: Kategorie „wesentlich gebessert“ ab 1982 entfallen; bis 1981: Bezug des medizinischen Entlassungsurteils auf alle Maßnahmen wegen Sucht; ab 1982 nur auf Entwöhnungsbehandlungen; 1991: Zahlen für alte und neue Bundesländer.

86 Siehe etwa für die Perspektive der Rentenversicherung: Hubert Seiter, Süchtig nach Billigangeboten? Kostenträger im Dilemma zwischen Anspruch und leeren Kassen, in: Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.), Entscheidungen und Notwendigkeiten, Geesthacht 1999, S. 36-42; Axel Reimann, Perspektiven für die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker aus der Sicht der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, in: ebd., S. 97-106.

87 Hüllinghorst, Hilfe für Suchtkranke, S. 289 f.

88 Vgl. Aßfalg, Entwicklung und Perspektiven, S. 167.

bei mindestens zwölf Monaten lag.[89] Der verengte medizinische Fokus auf das Abstinenzziel war ebenfalls eine unmittelbare Konsequenz des Primats der stationären Behandlung und führte zu den oben skizzierten Defiziten in der beruflichen und sozialen Wiedereingliederung von Abhängigkeitskranken. Schließlich mangelte es aufgrund der einseitigen Ausrichtung der Suchtbehandlung als stationäre Krankenhausbehandlung an niedrigschwelligen Beratungs- und Therapieangeboten, was die Kontaktaufnahme und die rehabilitative Erfassung von Abhängigkeitskranken erheblich erschwerte.[90]

Insgesamt besaß das stationäre Modell also Glanz- und Schattenseiten, die im Expertendiskurs zwischen den Kostenträgern und den diversen Akteuren der Suchtkrankenhilfe ab den späten 1980er-Jahren auch verstärkt problematisiert wurden.[91] Gleichwohl rückten die Versicherungen erst in den 1990er-Jahren von dem Prinzip der „Einheitstherapien" ab, womit die Tür zu einem differenzierten und integrativen Versorgungsangebot mit stationären, teilstationären und ambulanten Behandlungsformen aufgestoßen wurde, das wesentlich stärker an den individuellen Problemlagen der Rehabilitanden orientiert war.

Einen wichtigen Etappenschritt hierzu bildete die „Empfehlungsvereinbarung Ambulante Rehabilitation Sucht" vom 29. Januar 1991, mit der die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und der VDR die rechtlichen Grundlagen für den Ausbau der ambulanten Suchtbehandlung schufen. Ambulante Maßnahmen waren der stationären Krankenhausbehandlung im Leistungsspektrum der Rentenversicherung fortan gleichgestellt und konnten von den Rehabilitationsträgern für eine Dauer von bis zu 18 Monaten gewährt werden. Das neue Versorgungsangebot richtete sich insbesondere an jene Abhängigkeitskranke, „für die angesichts des bisherigen Krankheitsverlaufes und aufgrund ihrer sozialen Situation eine stationäre Leistung zur Rehabilitation derzeit nicht indiziert ist" sowie an die „Teilnehmer einer stationären Leistung zur Rehabilitation, wenn die Entwöhnung noch nicht abgeschlossen, aber so weit fortgeschritten ist, daß sie nicht mehr stationär erfolgen muss".[92]

Die Stärkung der ambulanten Therapieformen erfolgte zum einen aus wirtschaftlichen Gesichtspunkten, da die Leistungsträger anstrebten, mittels der Flexibilisierung eine Verkürzung der Regeldauer der Suchtbehandlungen zu erzielen und das ambulante Therapiesetting insgesamt weniger kostenintensiv erschien. Zum anderen spiegelte die Flexibilisierung der Suchtbehandlung den zeitgenössischen Wissensstand über die multidimensionale Entstehung und den Verlauf von Abhängigkeitserkrankungen, die individuelle Bedarfsstruktur suchtkranker Menschen und die Defizite stationärer Hospitalisierung wieder: Es komme – wie ein Experte treffend anmerkte – schlichtweg darauf an, „welche Maßnahme

89 Krasney, Sozialversicherungsrechtliche Entwicklungen, S. 224; Mootz, Verweildauer.

90 Hüllinghorst, Hilfe für Suchtkranke, S. 290.

91 Vgl. etwa die problemorientierten Überlegungen zur Weiterentwicklung des Behandlungsmodells bei Krasney, Sozialrechtliche Reaktionen, bes. S. 116 ff.

92 Empfehlungsvereinbarung über die ambulanten medizinischen Leistungen zur Rehabilitation Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängiger v. 29.1.1991, für das Zitat § 4, Abs. 1. Druck: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), Richtlinien, Empfehlungen und Vereinbarungen zur Rehabilitation, S. 145-153.

für den einzelnen Betroffenen notwendig“ ist, um das Ziel der beruflichen Wiedereingliederung zu erreichen.[93]

In den Folgejahren waren ambulante Leistungen, worunter sowohl ambulante Rehabilitationsleistungen wie auch Nachsorgemaßnahmen gefasst wurden, im Bereich der Suchterkrankungen auf dem Vormarsch.[94] Bei der WAG etwa stieg die Zahl der bewilligten ambulanten Therapien von 126 (1993) auf 397 (1997) an.[95] In den alten Bundesländern betrug die Zuwachsrate von ambulanten Leistungen für den Zeitraum von 1990 bis 1999 über 765 Prozent.[96] Hierbei lässt sich wiederum nach Abhängigkeitsformen differenzieren, denn der Anstieg von ambulanten Maßnahmen war in der Rehabilitation von Alkoholabhängigen deutlich stärker ausgeprägt als in jener von Drogenabhängigen. Ungeachtet dieser Unterschiede blieb die stationäre Behandlung gleichwohl bei allen Abhängigkeitsformen das vorherrschende Prinzip.[97]

Eine weitere Folge der „Empfehlungsvereinbarung Ambulante Rehabilitation Sucht“ bestand darin, dass sich die Behandlungszeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung erheblich verkürzten. Dies galt wiederum vor allem für die durchschnittliche Behandlungsdauer bei Alkoholismus, die 1990 noch bei 119 Tagen lag und bis 1999 auf 87 Tage sank.[98] Schwächer fiel der Effekt bei den insgesamt als komplizierter geltenden Drogenentwöhnungstherapien aus, deren durchschnittliche Dauer 1997 bei 160 Tagen lag und 1999 noch immer 141 Tage betrug.[99]

Der ansteigende Trend bei den Aufwendungen für suchtrehabilitative Maßnahmen ließ sich durch die Stärkung ambulanter Therapieformen entgegen ursprünglicher Erwartungen indes nicht aufhalten: Vielmehr erhöhten sich die Ausgaben für sowohl stationäre als auch ambulante Maßnahmen in der Gesetzlichen Rentenversicherung von 1990 bis 1994 um 45%.[100] Von 1987, als sie in der VDR-Statistik erstmals gesondert ausgewiesen wurden, bis 1996 kletterten die finanziellen Aufwendungen im Suchtbereich von 413 auf 758 Mio. DM.[101] Die Ausgabenentwicklung mag zunächst verwundern in Anbetracht des politischen Spardrucks, der infolge der wirtschaftlichen Krisenentwicklung ab den 1980er-Jahren be-

93 Vgl. Krasney, Sozialversicherungspflichtige Entwicklungen, S. 224 f., für das Zitat S. 225.
94 Müller-Fahrnow u. a., Suchtkrankenhilfe im Wandel, S. 56, Fn. 6, weisen darauf hin, dass sich diese beiden Leistungsformen aus datentechnischen Gründen nicht weiter differenzieren lassen, sie nach einer Analyse der damaligen BfA von 1997 aber jeweils ca. 50% ausmachen würden.
95 Vgl. Bernhard Himmelskötter, Ambulante medizinische Leistungen zur Rehabilitation für Abhängigkeitskranke aus der Sicht der WAG, in: 25 Jahre Westfälische Arbeitsgemeinschaft, S. 65-72, für die Zahlen das Diagramm auf S. 70.
96 Vgl. Müller-Fahrnow u. a., Suchtkrankenhilfe im Wandel, S. 41, Abb. 4.
97 So stieg die Zahl der stationären Maßnahmen bei Medikamenten- und Drogenabhängigkeit von 3.992 (1990) auf 8.779 (1999) an. Vgl. ebd., S. 39, Abb. 2.
98 Vgl. ebd., S. 43, Abb. 5.
99 Schillinger, Zukunft, S. 82, Abb. 10.
100 Müller-Fahrnow u. a., Sucht-Rehabilitation in Deutschland, S. 37, Abb. 3.9.
101 Vgl. für die Zahlen die Jg. 1987, 1996 und 1997 der VDR-Statistik Rehabilitation. Vgl. auch Künzler, Möglichkeiten und Grenzen, S. 51.

ständig auf dem Rehabilitationssystem lastete. Sie ist allerdings vor dem Hintergrund der expansiven Dynamik bei den Gesamtausgaben der Rehabilitation im Gefolge der Wiedervereinigung zu sehen, wobei allein zwischen 1990 und 1995 ein Zuwachs von knapp 80% zu verzeichnen war.[102]

Die Kostenentwicklung im Rehabilitationsbereich hatte schon vor der Wiedervereinigung vielfältigen Anlass zu Kritik geboten. Im Zuge der Steigerungen nach 1990 gerieten die Rehabilitationsausgaben auf die politische Agenda. In der Folge sah sich die Rentenversicherung mit dem starken Vorwurf des Gesetzgebers konfrontiert, bei den Ausgaben nicht „bedarfsgerecht" verfahren zu sein, was die Rentenversicherer wiederum mit dem Argument der Aufgabensteigerung (nicht zuletzt infolge der „Deutschen Einheit") erwiderten.[103] Die Bundesregierung, durch Fehlsteuerungen in der Krankenversicherung selbst unter Druck geraten, erließ im September 1996 das sogenannte Gesetz zur Umsetzung des Programms für mehr Wachstum und Beschäftigung, das am 1. Januar 1997 in Kraft trat. Das Gesetz begründete im Rehabilitationsbereich Einsparungen von 25 Prozent gegenüber den Vorjahresmitteln.[104]

Die „Reha-Krise", von der bald die Rede war, lösten unter den Akteuren des Rehabilitations- und Suchthilfesektors allgemeine Bestürzung aus.[105] Unter dem Titel „Suchtherapie unter Kostendruck" zeichnete etwa der damalige Vorsitzende des Fachverbandes Sucht e. V., Volker Weissinger, ob der Finanzierungseinbrüche ein pessimistisches Szenario für die Suchtrehabilitation: „In den vergangenen Jahrzehnten wurde in Deutschland im gemeinsamen Bemühen von Leistungs- und Einrichtungsträgern ein effektives und hochwertiges Beratungs- und Behandlungssystem für suchtkranke Menschen entwickelt. Angesichts struktureller Veränderungen des Arbeitsmarktes und einer hohen Arbeitslosigkeit [...] wird die Finanzierung gesundheitlicher und sozialer Leistungen zunehmend schwieriger. Auch das Beratungs- und Behandlungsangebot für suchtkranke Menschen ist in eine existentielle Krise geraten."[106] Der Appell gegen eine nachhaltige Schädigung der Suchtrehabilitation galt nicht nur der Politik, sondern auch der Rentenversicherung, aus deren Reihen mitunter offensiv verlautbart wurde, dass „die Budgetierung der Rehabilitationsausgaben [...] Einfluss hat auf die Bewilligungspraxis der Rentenversicherungsträger und somit auf die Frage der medizinischen Notwendigkeit der Rehabilitationsleistungen".[107]

102 Vgl. Klaus Peter Albrecht/Torsten Fritz, Berufsförderung von Alkoholabhängigen. Bedeutung und Verbreitung beruflicher Förder- und Reintegrationsmaßnahmen während der medizinischen Rehabilitation Alkoholabhängiger in stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe, Marburg 2000, S. 34.

103 Ebd., S. 34 f.

104 Siehe für Details Künzler, Möglichkeiten und Grenzen, S. 51.

105 Siehe stellvertretend die Beiträge in Fachverband Sucht e. V. (Hrsg.), Suchtbehandlung, sowie in den zeitlich einschlägigen Bänden 1996 und 1997 des Jahrbuchs Sucht.

106 Weissinger, Suchttherapie, S. 167 u. 181.

107 Reimann, Perspektiven, S. 97.

Es verdeutlicht nicht zuletzt den Stellenwert, den die Suchtrehabilitation erlangt hat, dass es trotz der Sparzwänge gelang, das Ausgabenniveau weitgehend zu sichern. Gegenüber den 758 Mio. DM, die 1996 für Suchtbehandlungen zur Verfügung gestellt worden sind, betrugen die Gesamtaufwendungen 1997 noch immer 679 Mio. DM.[108] Die Zahl der Suchtbehandlungen nahm im Zuge der „Reha-Krise" indes nicht ab, sondern weiter zu, wie der folgende Tabellenausschnitt zeigt.

Tabelle 3: Suchtrehabilitation im Zuge der „Reha-Krise"[109]

Jahr	Abgeschlossene Heilbehandlungen GRV (Alkoholabhängigkeit/ ICD-9 303)	Abgeschlossene Heilbehandlungen GRV (Medikamenten-/ Drogenabhängigkeit/ ICD-9 304)	Abgeschlossene Heilbehandlungen GRV (Sucht gesamt)	Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen GRV gesamt
1996	26.475	7.498	33.973	847.831
1997	26.223	8.597	34.820	500.431
1998	26.740	9.099	35.839	508.865
1999	26.245	8.779	35.024	569.996
2001	28.966	9.937	38.903	715.727

Die Kontinuität wurde im Wesentlichen durch strukturelle und qualitative Anpassungen im suchtrehabilitativen System erzielt. Dazu zählte neben der Reduktion der stationären Behandlungszeiten auch die verschärfte Prüfung der sozialmedizinischen Voraussetzungen und damit der Erfolgsaussichten. Ferner verlegten sich die Spitzenverbände der Kranken- und Rentenversicherungsträger im Rahmen einer gemeinsamen Erklärung darauf, dass die „Ermittlung des individuellen Rehabilitationsbedarfs" in Zukunft „unter verstärkter Berücksichtigung ambulanter sowie teilstationärer Rehabilitationsleistungen sowie von Kurzzeittherapien" zu erfolgen habe.[110] Infolge der selektiven Behandlungssteuerung konnten beträchtliche Einspareffekte erzielt und die Zahl der Maßnahmen auf einem konstanten Niveau gehalten werden.[111]

Im Hinblick auf die Suchtrehabilitation sind die Auswirkungen der zeitgenössischen „Reha-Krise" daher abschließend differenziert zu beurteilen: So ist nicht nur festzustellen, dass die zeitgenössischen Sparzwänge hier im Unterschied zu anderen Rehabilitationsfeldern stark abgemildert werden konnten. Darüber hinaus gingen von den finanziellen Engpässen in diesem Bereich sektorale Reformimpulse aus, die den Gedanken der Flexibilisie-

108 Künzler, Möglichkeiten und Grenzen, S. 51.
109 Quellen wie bei Tab. 1 oben.
110 Vgl. dazu Reimann, Perspektiven, bes. S. 99 f.
111 Siehe dazu Müller-Fahrnow u. a., Sucht-Rehabilitation, S. 159 f. sowie 166 f.

rung und Individualisierung in der Suchtbehandlung stärkten und im Ergebnis zu einer Überwindung des stationären Dogmas beitrugen. An der Wende zu den 2000er-Jahren hatte sich in der Bundesrepublik ein integriertes Versorgungssystem bei Abhängigkeitserkrankungen etabliert, das sich durch ein differenziertes Angebot von stationären, teilstationären und ambulanten Leistungen, eine hohe Behandlungsqualität sowie ökonomische Effizienz auszeichnete.

5. Schluss

In einem der raren Überblicke zur historischen Entwicklung der Suchtkrankenhilfe in Deutschland formulierte der renommierte Essener Sozialhistoriker Dirk Blasius im Jahr 2000 eine These, die noch heute Gültigkeit besitzt: „Wird die Frage nach der Dimension des Suchtproblems in unserer Gesellschaft gestellt, ist eine Verständigung darüber, was unsere Gesellschaft ist, unabdingbar." Damit ist gemeint, dass Sucht im Prinzip ein „grenzenloses" Phänomen darstellt, das in allen Zeiten der Geschichte präsent war und sozioökonomische, generationelle und Geschlechtergrenzen übersteigt. Der Umgang mit Abhängigkeitskranken als sozialer Randgruppe stellt für Blasius insofern einen wichtigen Indikator für den „Grad gesellschaftlicher Verantwortung" in der deutschen Geschichte dar.[112]

Folgt man dieser Auffassung, dann ist die medizinische und berufliche Rehabilitation von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen als eine vornehmliche Aufgabe moderner demokratischer, sozialstaatlich verfasster Gesellschaften anzusehen. Wenngleich die Anfänge der medizinischen Heilbehandlung von Suchtkranken historisch wesentlich weiter zurückreichen, so erscheint es plausibel, dass sich ein professionelles suchtrehabilitatives Versorgungssystem in Deutschland erst vor dem Hintergrund der demokratischen Nachkriegsentwicklung und konkret im Zuge der gesellschaftlichen Liberalisierungsprozesse der 1960er- und 1970er-Jahre herausbilden konnte.[113]

Wie auf anderen Wissenschaftsfeldern auch markierte das Jahr 1945 für die deutsche Psychiatrie und Suchtforschung keineswegs eine „Stunde Null". Vielmehr sind gerade mit Blick auf dieses Forschungsgebiet neben personellen auch starke weltanschauliche Kontinuitäten zu verzeichnen, sodass einschlägige eugenische Deutungsmuster in der Nachkriegszeit persistent blieben. Dabei erwies sich vor allem das zeitgenössisch weithin geteilte biologistische Postulat von der willensschwachen „Suchtpersönlichkeit" als ein fortwährendes Hemmnis für die Anerkennung von Sucht als Krankheit und den Aufbau eines entsprechenden Behandlungssystems, da es die Therapierbarkeit von Abhängigen grundsätzlich in Abrede stellte. Darüber hinaus bestand in den ersten Nachkriegsjahren aufgrund der Alkoholknappheit noch kein ausgeprägter sozialmedizinischer Problemdruck, sodass die

112 Blasius, Sucht, S. 464.

113 Siehe dazu etwa die Beiträge in: Ulrich Herbert (Hrsg.), Wandlungsprozesse in Westdeutschland. Belastung, Integration, Liberalisierung 1945-1980, Göttingen 2002.

älteren Strukturen der Heilbehandlung für Alkoholiker nach 1945 zunächst unverändert fortbestanden.

Dem BSG-Urteil von 1968 kam insofern eine konstitutive Bedeutung für die Entstehung und Ausbau des suchtrehabilitativen Versorgungssystems zu, indem es die Grundlagen für die nachfolgenden Rechts- und Institutionalisierungsprozesse geschaffen hatte. Gleichwohl griffe es zu kurz, das Urteil an den Anfang der Geschichte der Suchtrehabilitation in der Bundesrepublik zu stellen. Es dokumentiert vielmehr den generellen zeitgenössischen Wahrnehmungswandel des Suchtphänomens vom moralischen Laster zur Krankheit, der sich unter dem Eindruck internationaler wissenschaftlicher Erkenntnisfortschritte bereits ab den 1950er-Jahren abzuzeichnen begann. Daran anschließend stärkten die Bundesrichter mit ihrem wegweisenden Urteil das Krankheitsmodell und leisteten mittels ihrer Definitions- und Deutungsmacht einen zentralen Beitrag zum Paradigmenwechsel im zeitgenössischen gesellschaftlichen Suchtverständnis.

Nachdem das Krankheitsmodell anerkannt und die Voraussetzungen für den Aufbau eines modernen suchtrehabilitativen Systems entstanden waren, sollte es noch ein Jahrzehnt dauern, bis der zentrale Konflikt über die Kostenträgerschaft zwischen der Kranken- und der Rentenversicherung mit der Empfehlungsvereinbarung von 1978 einvernehmlich gelöst werden konnte. Mit dieser Vereinbarung, die bis 2001 die Flanken der Suchtrehabilitation absteckte, übernahmen die Versicherungsträger sozialpolitische Verantwortung für die Rehabilitation von Alkohol-, Medikamenten und erstmals auch von Drogenabhängigen. Dies gilt insbesondere für die gesetzliche Rentenversicherung, die als erstrangig zuständiger Kostenträger von Entwöhnungsbehandlungen seither als einer der wichtigsten institutionelle Akteure im Feld der Suchtrehabilitation anzusehen ist.

Wenngleich auf Seiten der Kostenträger anfänglich noch starke Vorbehalte hinsichtlich der Rehabilitierbarkeit von Abhängigkeitskranken bestanden, die überdies durch wissenschaftliche Prognosen gestützt worden waren, gelang es in relativ kurzer Zeit, ein qualitativ hochwertiges stationäres Behandlungssystem zu errichten, das mit Blick auf das zeitgenössisch vorrangige Abstinenzziel offenbar effizient funktionierte. Als ein wichtiger Erfolgsfaktor erwies sich dabei die zuvor in mehreren Bundesländern erfolgte Vernetzung der Sozialleistungsträger zu Arbeitsgemeinschaften, die die Behandlungseinleitung und den möglichst reibungslosen Übergang von Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen mittels kooperativer regionaler Strukturen koordinierten. Zudem weisen die guten Ergebnisse in der medizinischen Rehabilitation auf die Modernisierungsfähigkeit des stationären Behandlungssystems hin, das sich zeitgemäßer psychotherapeutischer Behandlungskonzepte bediente.

Im Zuge der weiteren Entwicklung zeigten sich jedoch auch Schattenseiten des Behandlungssystems. Dabei ist insbesondere die Uniformität der Behandlung zu nennen, die sich aus dem damaligen Primat der stationären „Einheitstherapie“ ergab. In der Folge war einer differenzierten Behandlung gemäß den psychosozialen Voraussetzungen und dem individuellen Bedarf des jeweiligen Rehabilitanden über weite Strecken ein Riegel vorgeschoben. Das Fehlen von niedrigschwelligen und ambulanten Behandlungsangeboten war eine weitere Konsequenz des stationären Modells, das jedoch einer fortwährenden Anpassung und

Weiterentwicklung unterlag und sich in dieser Hinsicht später flexibilisierte. Schließlich stand der hohen medizinischen Behandlungsqualität innerhalb des suchtrehabilitativen Systems eine stark begrenzte Reichweite desselben gegenüber, da durchweg nur ein geringer Anteil der Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen von den Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation erfasst wurde. Dies hatte unterschiedliche, nicht zuletzt systemische Gründe, war aber auch den dargestellten Auswahlkriterien und der darauf basierenden Bewilligungspraxis der Kostenträger geschuldet.

Die Stärken und Defizite des suchtrehabilitativen Systems waren ab den 1980er-Jahren beständige Topoi im übergreifenden Fachdiskurs, doch kam es erst im Zuge der Spargesetzgebung der 1990er-Jahre neue Bewegung in die Organisationsstruktur. Hervorzuheben ist die Auffächerung des Leistungsspektrums in stationäre, teilstationäre und ambulante Behandlungsformen im Rahmen regionaler Verbundmodelle, wofür inhaltliche Einwände gegen die stationäre „Einheitstherapie" einerseits und wirtschaftliche Einsparungskalküle andererseits gleichermaßen den Ausschlag gegeben haben. Im Ergebnis gelang es im Suchtbereich besser als in anderen Teilsystemen des Rehabilitationssektors, die finanziellen Engpässe mit qualitativen Reformen zu verbinden und die Behandlungszahl in der Folge auf einem konstant steigenden Niveau zu sichern. Für den Erhalt der Suchtbehandlung im Zeichen der Sparpolitik war nicht zuletzt die inzwischen gewandelte Einschätzung der Kostenträger ausschlaggebend, welche die ökonomische, sozialpolitische und gesellschaftliche Relevanz der Suchtrehabilitation gegenüber dem Gesetzgeber wiederholt heraushoben. So stellten die Kostenträger mit dem Übergang zu einem differenzierten Behandlungsangebot in den 1990er-Jahren auch die Weichen für eine Verbesserung der beruflichen Wiedereingliederung von Abhängigkeitskranken, die über weite Strecken allerdings nachrangig behandelt wurde. Im Ergebnis bilden diese Reformen, die 2001 in eine weitere Empfehlungsvereinbarung einmündeten, die Grundlagen für das ausdifferenzierte Versorgungssystem der Gegenwart, das sich durch eine individuelle Problem- und Bedarfsorientierung auszeichnet und eine hohe medizinische Behandlungsqualität gewährleistet.[114]

Blickt man auf die jüngeren Fallzahlen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei Suchterkrankungen, wird gleichwohl deutlich, dass in Hinsicht auf die berufliche Wiedereingliederung von Menschen mit Abhängigkeitsproblemen noch Nachholbedarf besteht. Im Jahr 2005 etwa betrug der Anteil der berufsfördernden Leistungen an der Gesamtzahl der durchgeführten Suchtbehandlungen 2,1 Prozent. Bei Berücksichtigung aller Indikationen lag er indes bei 12, 1 Prozent, was auf die Ausbaufähigkeit der beruflichen Rehabilitation im Suchtbereich hinweist.[115] Dabei sind allerdings nicht nur die Sozialversicherungsträger als sozialpolitische Akteure adressiert, sondern vor allem Politik und Gesellschaft. Denn

114 Siehe hierzu auch Anja Neupert-Schreiner, Zum aktuellen Stand und zu Weiterentwicklungsmöglichkeiten der Rehabilitation Abhängigkeitskranker, in: Deutsche Rentenversicherung 10/11 (2005), S. 577-598.

115 Rolf Buschmann-Steinhage, Berufliche Integration von Suchtkranken (Vortrag auf der buss-Jahrestagung in Berlin am 22.3.2007), S. 6, Folie 12, URL: https://www.suchthilfe.de/veranstaltung/jt/2007/07_buschmann_folien.pdf [letzter Abruf am 11.04.2017].

jenseits wirtschaftlich enggeführter Kosten-Nutzen-Debatten ist die Frage nach dem Sinn und Zweck der Suchtrehabilitation historisch wie gegenwärtig von dem eingangs zitierten „Grad der Verantwortung" abhängig, den eine Gesellschaft bereit ist, für ihre sozialen Rand- und Problemgruppen zu übernehmen. In dieser Hinsicht findet man heute ungleich bessere Rahmenbedingungen vor als in der Entstehungsphase des suchtrehabilitativen Systems, da das damalige Stereotyp des willensschwachen, lasterhaften und potenziell gefährlichen „Süchtigen" in der Bundesrepublik inzwischen einem weitgehend entideologisierten Krankheitsverständnis der Sucht gewichen ist. Im Rückblick zeigt sich, dass dies eine zentrale Voraussetzung für eine verbesserte gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitsproblemen darstellt.

Literatur

Albrecht, Klaus Peter/Fritz, Torsten: Berufsförderung von Alkoholabhängigen. Bedeutung und Verbreitung beruflicher Förder- und Reintegrationsmaßnahmen während der medizinischen Rehabilitation Alkoholabhängiger in stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe, Marburg 2000.

Aßfalg, Reinhold: Entwicklung und Perspektiven der stationären Suchtkrankenhilfe, in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Suchtkrankenhilfe in Deutschland. Geschichte – Strukturen – Perspektiven, Freiburg im Breisgau 1997, S. 162-173.

Beine, Karl: Von der „Entwöhnungskur" zur medizinischen Rehabilitation, in: 25 Jahre Westfälische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation Suchtkranker (WAG) 1973-1998, Münster 1998, S. 31-34.

Beyer, Heinz: Stationäre Rehabilitation, in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 1997, S. 162-168.

Beyer, Heinz: Die medizinische und berufliche Rehabilitation von Suchtkranken, in: Rehabilitation durch die Rentenversicherung H. 49 (1979), S. 17-24.

Blasius, Dirk: Sucht und Suchthilfe in der deutschen Geschichte, in: Geschichte in Wissenschaft und Unterricht 51 (2000), S. 464-472.

Bletscher, M.: Rehabilitationsmaßnahmen für Suchtkranke, in: Rehabilitation durch die Rentenversicherung H. 41 (1977), S. 49-57.

Briesen, Detlef: Die Drogenwelle in der Bundesrepublik Deutschland in den frühen 70er Jahren. Beispiele, Verallgemeinerungen und ein Blick auf die Post-68er Generation, in: Ders./Klaus Weinhauer (Hrsg.): Jugend, Delinquenz und gesellschaftlicher Wandel. Bundesrepublik Deutschland und USA nach dem Zweiten Weltkrieg, Essen 2007, S. 43-69.

Brink, Cornelia: Grenzen der Anstalt. Psychiatrie und Gesellschaft in Deutschland 1860-1980, Göttingen 2010.

Bschor, Friedrich: Konkurrierende Behandlungssysteme für Suchtpatienten, in: Michael Staak (Hrsg.): Betäubungsmittelmissbrauch, Berlin u. a. 1988, S. 85-99.

Bundessozialgericht: Urteil v. 19.03.1981, Az: 4 RJ 111/77, JurionRS 1981, 10840.

Bundessozialgericht: Urteil v. 15.02.1978, Az: 3 RK 29177, Druck: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Suchtkrankenhilfe in Deutschland, S. 247-251.

Bundessozialgericht: Urteil v. 17.10.1969, 3 RK 82/66, JurionRS 1969, 10725.

Bundessozialgericht: Urteil v. 18.06.1968, 3 RK 63/66, in: BSGE, Bd. 28, Köln/Berlin 1968, S. 114-117; JurionRS 1968, 10785.

Buschmann-Steinhage, Rolf: Berufliche Integration von Suchtkranken (Vortrag auf der buss-Jahrestagung in Berlin am 22.3.2007), S. 6, Folie 12, URL: https://www.suchthilfe.de/veranstaltung/jt/2007/07_buschmann_folien.pdf [letzter Abruf am 11.04.2017].

Feuerlein, Wilhelm: Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit. Eine Einführung für Ärzte, Psychologen und Sozialpädagogen, 2. überarb. und erw. Aufl., Stuttgart 1979 (1975).

Freimüller, Tobias: Mediziner: Operation Volkskörper, in: Norbert Frei (Hrsg.): Karrieren im Zwielicht. Hitlers Eliten nach 1945, Frankfurt/Main 2001, S. 13-69.

Fuchtmann, Engelbert: Ambulante Suchttherapie, Freiburg im Breisgau 1994.

Gaber, Hans-Jürgen: An der Spitze aller Provinzen und Länder. Trinkerfürsorge und Suchtkrankenhilfe in Westfalen 1820 bis 1995, Bonn 2002.

Gabriel, Ernst: Gedanken zum modernern Drogenmissbrauch, in: Suchtgefahren 17 (1971), H. 2, S. 1-7.

Glaeske, Harry/Grösbrink, Hans: Die Westfälische Lösung, in: 25 Jahre Westfälische Arbeitsgemeinschaft, S. 27-30.

Gleitze, Wilfried: 25 Jahre Westfälische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 1973-1998, in: 25 Jahre Westfälische Arbeitsgemeinschaft, S. 5 f.

Hellebrand, Johannes: Drogen und Justiz. Überlegungen zur Einbindung der Justiz in eine fortschrittliche Drogenpolitik, Bonn 1990.

Henkel, Dieter: Arbeitslosigkeit, Alkoholismus, Rehabilitation, in: Jahrbuch für kritische Medizin, Bd. 13: Pflege und Krankenhaus, Krankenhaus und Politik, Politik und Gesundheit (hrsg. v. Heinz-Harald Abholz), Berlin 1988, S. 100-116.

Hennies, Günter: Sucht in der Sozialgesetzgebung, in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Sucht und Gesellschaft. Ursachen, Folgen, Zusammenhänge, Hamm 1984, S. 305-311.

Herbert, Ulrich (Hrsg.): Wandlungsprozesse in Westdeutschland. Belastung, Integration, Liberalisierung 1945-1980, Göttingen 2002.

Himmelskötter, Bernhard: Ambulante medizinische Leistungen zur Rehabilitation für Abhängigkeitskranke aus der Sicht der WAG, in: 25 Jahre Westfälische Arbeitsgemeinschaft, S. 65-72.

Holzer, Tilmann: Die Geburt der Drogenpolitik aus dem Geist der Rassenhygiene. Deutsche Drogenpolitik von 1933 bis 1972, Norderstedt 2007.

Hüllinghorst, Rolf: Hilfe für Suchtkranke als gesellschaftliche Aufgabe, in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Suchtkrankenhilfe in Deutschland, S. 285-306.

Kaufmann, F. W.: Auswahl der Behandlungsstätten für Suchtkranke, in: Rehabilitation durch die Rentenversicherung H. 54 (1980), S. 63-70.

Krasney, Ernst Otto: Sozialversicherungsrechtliche Entwicklungen bei der Betreuung Suchtkranker, in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Suchtkrankenhilfe in Deutschland, S. 221-227.

Krasney, Otto Ernst Krasney: Sozialrechtliche Reaktionen der Gesellschaft auf süchtiges Verhalten, in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Sucht und Gesellschaft, S. 115-124.

Künzler, Ingrid: Möglichkeiten und Grenzen der Finanzierung rehabilitativer Maßnahmen für Alkoholabhängige aus der Sicht des Kosten- und Leistungsträgers, in: Rüdiger Meyenberg/Knut Tielking (Hrsg.): Neue Wege in der Rehabilitation Alkoholabhängiger. Theoretische und praktische Ansatzpunkte zur Optimierung von Alkoholentwöhnungstherapien, Oldenburg 1999, S. 49-55.

Lappe, Rolf-Bernd: Die Rehabilitation von Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigen durch die Landesversicherungsanstalt Westfalen, in: 25 Jahre Westfälische Arbeitsgemeinschaft, S. 7-17.

Mootz, Ursula: Entwicklung und Veränderung der Verweildauer aus der Sucht der BfA, in: 25 Jahre Westfälische Arbeitsgemeinschaft, S. 61-63.

Müller-Fahrnow, Werner u. a.: Sucht-Rehabilitation in Deutschland: Bestandsaufnahme und Perspektiven. Eine Expertise des Lehrstuhls Versorgungssystemforschung – Humboldt-Universität zu Berlin (= DRV-Schriften Bd. 32, Sonderausgabe), Bad Homburg 2002.

Müller-Fahrnow, Werner u. a.: Suchtkrankenhilfe im Wandel. Zentrale Impulse und Aufgaben für die Zukunft, in: Fachverband Sucht e. V. (Hrsg.): Die Zukunft der Suchtbehandlung. Trends und Prognosen, Geesthacht 2002, S. 35-50.

Möllhoff, Gerhard: Begutachtung und Rehabilitation bei Alkoholismus und anderen Rauschsüchten – Krankheitsbegriff und grundsätzliche Aspekte, in: Rehabilitation durch die Rentenversicherung H. 54 (1980), S. 1-36.

Möllhoff, Gerhard: Einige sozialmedizinische Aspekte von Suchterkrankungen, in: Das öffentliche Gesundheitswesen 32 (1970), S. 450-458.

Neupert-Schreiner, Anja: Zum aktuellen Stand und zu Weiterentwicklungsmöglichkeiten der Rehabilitation Abhängigkeitskranker, in: Deutsche Rentenversicherung 10/11 (2005), S. 577-598.

Reimann, Axel: Die Rehabilitation in der Rentenversicherung, in: Eberhard Eichenhofer/Herbert Rische/Winfried Schmähl (Hrsg.): Handbuch der gesetzlichen Rentenversicherung SGB VI, Köln 2011, S. 473-496.

Reimann, Axel: Perspektiven für die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker aus der Sicht der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, in: Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.): Entscheidungen und Notwendigkeiten, Geesthacht 1999, S. 97-106.

Schillinger, Herbert: Die Zukunft der Rehabilitation und der Suchtbehandlung: Trends und Prognosen aus Sicht der Rentenversicherung, in: Fachverband Sucht e. V. (Hrsg.): Die Zukunft der Suchtbehandlung. Trends und Prognosen, Geesthacht 2002, S. 75-92.

Schmidt, Alfred: Die Rehabilitation in der Rentenversicherung – Gedanken zur Weiterentwicklung, in: Deutsche Rentenversicherung 1988, H. 9, S. 519-563.

Schmitz, A.: Abgrenzung der Leistungen der Rentenversicherung und der Krankenversicherung, in: Rehabilitation durch die Rentenversicherung H. 23 (1974), S. 59-69.

Seiter, Hubert: Süchtig nach Billigangeboten? Kostenträger im Dilemma zwischen Anspruch und leeren Kassen, in: Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.): Entscheidungen und Notwendigkeiten, Geesthacht 1999, S. 36-42.

Spode, Hasso: Sucht aus historisch-soziologischer Sicht, in: Bernhard Badura u. a. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2013: Verdammt zum Erfolg – die süchtige Arbeitsgesellschaft?, Berlin/Heidelberg 2013, S. 11-20.

Spode, Hasso: Alkoholismus, in: Aus Politik und Zeitgeschichte 28 (2008), S. 3-9.

Spode, Hasso: Alkoholische Getränke, in: Thomas Hengartner/Christoph Maria Merki (Hrsg.): Genussmittel. Ein kulturgeschichtliches Handbuch, Frankfurt/Main 1999, S. 25-80.

Stutte, Hermann: Jugendpsychiatrische Aspekte zur Suchtgefährdung, in: Suchtgefahren 13 (1967), H. 1, S. 8-20.

Tiedt, G[ünter]: Zusammenarbeit der Rentenversicherungsträger und der Krankenversicherungsträger bei der Rehabilitation Abhängigkeitskranker – Suchtvereinbarung vom 20. November 1978, in: Rehabilitation durch die Rentenversicherung H. 54 (1980), S. 37-61.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): Rentenversicherung in Zeitreihen 2004 (DRV-Schriften Bd. 22), Frankfurt/Main 2004.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): Richtlinien, Empfehlungen und Vereinbarungen zur Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung (= DRV-Schriften, Bd. 17), Frankfurt/Main 1999.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): Statistik Rehabilitation 1975-2001, Frankfurt/Main.

Verstege, Rainer: Berufliche Eingliederung im Rahmen medizinischer Rehabilitation, in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Alkohol – Konsum und Missbrauch, Alkoholismus – Therapie und Hilfe, Freiburg im Breisgau 1996, S. 327-336.

Wanke, Klaus: Sucht im Wandel? Realität und Realitäten, in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Suchtkrankenhilfe in Deutschland. Geschichte – Strukturen - Perspektiven, Freiburg im Breisgau 1997, S. 75-86.

Weinhauer, Klaus: The End of Certainties: Drug Consumption and Youth Delinquency in West Germany, in: Axel Schildt/Detlef Siegfried (Hrsg.): Between Marx and Coca-Cola. Youth Cultures in Changing European Societies, 1960-1980, Köln 2006, S. 376-398.

Weissinger, Volker: Suchttherapie unter Kostendruck – Entwicklungen im stationären Bereich, in: Jahrbuch Sucht 1998, S. 167-182.

Welti, Felix: Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat. Freiheit, Gleichheit und Teilhabe behinderter Menschen, Tübingen 2005.

Wiesemann, Claudia: Die heimliche Krankheit. Eine Geschichte des Suchtbegriffs, Stuttgart-Bad Cannstatt 2000.

Zurhold, Heike u. a.: Medizinische Rehabilitation Drogenkranker gemäß § 35 BtmG („Therapie statt Strafe"): Wirksamkeit und Trends". Abschlussbericht August 2013, URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Abschlussbericht/Abschlussbericht_Forschungsstudie____35_BtMG.pdf [letzter Abruf am 17.03.2018].

Christoph Wehner

Kinder- und Jugendrehabilitation in Deutschland

Historische Entwicklungslinien

Einleitung

„Weshalb bezahlt die Rentenversicherung [...] Kindern und Jugendlichen eine Reha, obwohl sie doch eigentlich keine Beiträge eingezahlt haben?“ Mit dieser Frage hat Gerd Markowetz, Pressesprecher der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg, eine zentrale Irritation angesprochen, die einen bei dem Thema „Kinder- und Jugendrehabilitation durch die Rentenversicherung“ intuitiv konfrontiert. Tatsächlich erscheint es im Unterschied zur Erwachsenenrehabilitation nicht unmittelbar eingängig, „was die Rentenversicherung mit – beispielsweise – Dreijährigen zu tun hat, die an Neurodermitis leiden“. Oder aber „mit Kindern, die im Kindergarten oder in der Schule psychosomatische Auffälligkeiten zeigen“.[1]

Mit Blick auf das Anfang 2017 in Kraft getretene „Flexirentengesetz“ steht indes zu erwarten, dass derartige Fragen in Zukunft zunehmend hinfällig werden. Denn in Verbindung mit dem Paragraphen 15a SGB VI transformiert das Gesetz die bislang weitgehend auf Ermessensbasis erbrachte Kinder- und Jugendrehabilitation in eine Pflicht-Leistung der Rentenversicherung. Nunmehr haben Kinder von Versicherten, von Rentenempfängern sowie Kinder mit Waisenrente Anspruch auf Leistungen der medizinischen Rehabilitation, wenn dadurch „voraussichtlich eine erhebliche Gefährdung der Gesundheit beseitigt oder die insbesondere durch chronische Erkrankungen beeinträchtigte Gesundheit wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann und dies Einfluss auf die spätere Erwerbsfähigkeit haben kann“. Das Leistungsspektrum kennzeichnen zudem erweiterte Angebote im Nachsorgebereich, eine verbesserte Bedarfsorientierung mit Wahloptionen zwischen stationärer und ambulanter Therapie sowie die Möglichkeit, eine Begleitperson oder Familienangehörige in den Rehabilitationsprozess mit einzubeziehen.[2]

Damit hat der Gesetzgeber entscheidende Weichen für die Kinder- und Jugendrehabilitation gestellt, die gleichwohl weiterhin als gemeinsame Aufgabe von Renten- und Krankenversicherung wahrgenommen wird. Infolge des erweiterten Leistungsangebots werde die Rentenversicherung „zukünftig viel besser in der Lage sein, den Kindern passgenaue Hilfen zu geben, die das familiäre und soziale Umfeld und insbesondere auch die Wünsche von Eltern schulpflichtiger Kinder berücksichtigen“, wie Bettina Ceavenger, für die Rehabilitation zuständige Referatsleiterin im Bundesministerium für Arbeit und Soziales, jüngst

1 Gerd Markowetz, „Wenn Hänschen nicht gesund wird...“, in: Spektrum 1/2017, S. 32 ff., S. 33.
2 Für Details siehe http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbvi/15a.html [letzter Abruf am 31. Juli 2017].

mit Blick auf das Gesetz anmerkte.[3] Die Bedeutung, die diesem Versorgungszweig von der Politik gegenwärtig beigemessen wird, verdeutlicht auch der Umstand, dass von der DRV Bund im Vernehmen mit dem BMAS zeitnah aktualisierte Richtlinien für die Kinder- und Jugendrehabilitation erarbeitet worden sind. Die Dinge sind insgesamt noch im Fluss. Schon jetzt lässt sich allerdings feststellen, dass das „Flexirentengesetz" die Aufmerksamkeit für diesen wichtigen Rehabilitationsbereich erheblich gesteigert hat, der in den Jahren zuvor vergessen schien und einen starken Antragsrückgang verzeichnete.[4]

Wenn das Jahr 2017 insofern bedeutsame Neuerungen für die Kinder- und Jugendrehabilitation brachte, gilt es sich zugleich ins Gedächtnis zu rufen, dass dieser rehabilitative Versorgungszweig bereits sechzig Jahre zuvor mit der Rentenreform in der Rentenversicherung institutionalisiert worden ist. Die Geschichte der Heilbehandlungen und medizinischen Hilfen für körperbehinderte Kinder, die als Vorläufer der heutigen Kinder- und Jugendrehabilitation anzusehen sind, nahm ihren Ausgang gar im späten Kaiserreich. Der Beitrag will überblicksartig ergründen und darstellen, wie die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen an der Wende zum 20. Jahrhundert im Kontext der damaligen „Krüppelfürsorge" entstand und sich in den nachfolgenden Dekaden zu einem modernen Hilfssystem wandelte.

1. Kinderheilbehandlung zwischen Kaiserreich und früher Bundesrepublik

Obwohl es zumeist eher institutionelle Akteure und Strukturen als Einzelpersonen waren, die im System der sozialen Sicherung Entwicklungsschübe auslösten, so ist die Geschichte der Kinder- und Jugendrehabilitation nicht darzustellen ohne Verweis auf den Berliner Orthopäden Konrad Biesalski (1868-1930), den Begründer der modernen Behindertenfürsorge. Im Unterschied zur Mehrzahl seiner Kollegen, die sich auf eine erwachsene bürgerliche Patientenschicht spezialisiert hatten, galt Biesalskis vorrangiges Interesse körperbehinderten Kindern und Jugendlichen, wodurch er der Orthopädie um die Jahrhundertwende ein neues Handlungsfeld im Rahmen der entstehenden Sozialfürsorge erschloss. Sein zentrales Anliegen bestand darin, „Kinder und Jugendliche mit Behinderung durch möglichst frühzeitige medizinische Versorgung, Erziehung und Berufsausbildung zu befähigen, für ihren Lebensunterhalt selbst aufzukommen", so der Historiker Sebastian Weinert.

3 Bettina Claevenger, Die neuen gesetzlichen Regelungen zur Kinder- und Jugendrehabilitation im Flexirentengesetz, Vortrag auf dem 26. Reha-Kolloquium der Deutschen Rentenversicherung am 22. März 2017 in Frankfurt/Main, URL: http://www.kinder-und-jugendreha-im-netz.de/fileadmin/pdf/RehaKolloquium2017/RehaKolloquium_2017_Diskussionsforum_Cleavenger.pdf [letzter Abruf am 31.07.2017].

4 Siehe dazu etwa Ulrike Bredehöft/Bettina Hesse, Medizinische Rehabilitation für Kinder und Jugendliche. Eine in Vergessenheit geratene Leistung?, in: Westfälisches Ärzteblatt 02/2016, S. 16 f.; Patrick Obenauer, Rehabilitation für Kinder und Jugendliche: Eine zunehmend ungenutzte Chance?, in: Ärzteblatt Rheinland-Pfalz 10/2016, S. 17 f.

Wenngleich die zeitgenössische „Krüppelfürsorge“ ihre Entstehung eher wirtschaftlichen als sozialethischen Erwägungen verdankte, Menschen mit geistigen Behinderungen abwertete und einem aus heutiger Sicht diskriminierenden Behindertenbild verhaftet war, markierte sie im Ergebnis einen erheblichen Fortschritt zugunsten der Gesundheitsbelange körperbehinderter Kinder und Jugendlicher.[5] So formierten sich im späten Kaiserreich nicht nur einschlägige Interessenverbände, zuvorderst die Deutsche Vereinigung für Krüppelfürsorge (1909) und der preußische Landesverband für Krüppelfürsorge (1913). Darüber hinaus entstanden im frühen 20. Jahrhundert eine Vielzahl orthopädischer Kliniken und „Krüppelheime“, in denen neben Erwachsenen auch Körperbehinderte unter achtzehn Jahren eine medizinische Behandlung und schulische sowie berufliche Ausbildung erfuhren. Da für die Gruppe der (nichtversicherten) Kinder und Jugendlichen nach damaligem Recht allerdings kein verbindlicher Rehabilitationsanspruch bestand, war die Versorgung unsicher und von der freiwilligen Leistungsbereitschaft von Gemeinden und Provinzen, Kirchen und privaten Akteuren abhängig. Eine 1913 vom preußischen Landesverband angeregte Gesetzesinitiative, die den Schwebezustand zu beseitigen suchte, war im Zuge des Ausbruchs des Ersten Weltkrieges zum Erliegen gekommen.[6]

Unter dem Eindruck der zwischenzeitlich etablierten Kriegsbeschädigtenfürsorge wurde das Gesetzesvorhaben gegen Ende des Krieges wieder aufgegriffen, wodurch in der Kinder- und Jugendfürsorge eine bedeutsame Rechtsentwicklung eingeleitet wurde. Den Anfang machte dabei das Preußische Abgeordnetenhaus, das sich im März 1918 auf Initiative von Biesalski erstmals intensiv mit dem Thema beschäftigte und sich in der Folge für eine gesetzliche Regelung aussprach. Nachdem die Regierung von den Abgeordneten beauftragt worden war, ein entsprechendes Gesetz vorzulegen, wurde am 6. Mai 1920 das „Gesetz betreffend die öffentliche Krüppelfürsorge“ erlassen. In einer Zeit wirtschaftlichen und sozialen Notstands garantierte das „Preußische Krüppelfürsorgegesetz“ körperbehinderten Menschen unter achtzehn Jahren erstmals Ansprüche auf eine unentgeltliche stationäre Behandlung sowie auf eine schulische und berufliche Ausbildung.[7] Dabei stellte insbesondere der Fokus auf die „Erwerbsbefähigung“ ein fortschrittliches und zukunftsweisendes Gesetzeselement dar, bedenkt man, dass berufsfördernde Maßnahmen in der Unfallversicherung erst 1925, in der Rentenversicherung sogar erst 1957 gesetzlich eingeführt wur-

5 Sebastian Weinert, Der Körper im Blick. Gesundheitsausstellungen vom späten Kaiserreich bis zum Nationalsozialismus, Berlin/Boston 2017, S. 263 f.

6 Vgl. Klaus-Dieter Thomann, Die medizinische und soziale Fürsorge für die Kriegsversehrten in der ersten Phase des Krieges 1914/15, in: Wolfgang U. Eckart (Hrsg.), Die Medizin und der Erste Weltkrieg, Pfaffenweiler 1996, S. 183-196, S. 183 f.

7 Vgl. ebd., S. 196. Auf das „Krüppelfürsorgegesetz“ folgte in der Entstehungsphase des demokratischen Sozialstaats zeitnah eine ganze Reihe von Gesetzen, welche die öffentlich-rechtlichen Fürsorgeaufgaben im Bereich der Körperbehindertenversorgung weiter regelten. Siehe dazu Rudolf Lotze, Von der „Krüppelfürsorge“ zur Rehabilitation von Menschen mit Behinderungen. 90 Jahre Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e. V., S. 9, URL: http://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/100_Jahre_DVfR/Publikat_90_Jahre_DVfR_reformat.pdf [letzter Abruf am 03.08.2017].

den.[8] Wenngleich die Kinder- und Jugendfürsorge damit in die Zuständigkeit des Staates übergegangen war, bestand weiterhin kein individueller Rechtsanspruch auf Unterstützung durch die öffentliche Fürsorge. Dies betraf vor allem Kinder und Jugendliche, die weder in der Sozialversicherung noch in der Kriegsopferversorgung Leistungsansprüche besaßen.[9]

Dies bedeutete indes nicht, dass die Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in der zeitgenössischen Rentenversicherung keine Rolle gespielt hätte. Das Gegenteil war der Fall: Die Reichsversicherungsordnung von 1911 hatte die Landesversicherungsanstalten als Träger der regulären Heilbehandlung sogar dezidiert ermächtigt, „Mittel über die gesetzlichen Leistungen hinaus zum wirtschaftlichen Nutzen der Rentenberechtigten, der Versicherten und ihrer Angehörigen“ einzusetzen. Darüber hinaus konnte „die Versicherungsanstalt mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde Mittel aufwenden, um allgemeine Maßnahmen zur Verhütung des Eintritts vorzeitiger Invalidität unter den Versicherten oder zur Hebung der gesundheitlichen Verhältnisse der versicherten Bevölkerung zu fördern oder durchzuführen“.[10] Die Rechtsgrundlagen schufen Ermessensspielräume für die Gewährung von Kinderheilbehandlungen, von denen die LVAen im Rahmen der damaligen Gesundheitsfürsorge vielfach Gebrauch machten. Getreu dem präventiven Credo, Schäden besser frühzeitig zu verhüten als später zu vergüten, legten die LVAen in der Kinder- und Jugendfürsorge schon vor, verstärkt aber im Zuge des Ersten Weltkrieges ein hohes Engagement an den Tag.

Ein erster Indikator dafür ist, dass die LVAen im frühen 20. Jahrhundert eine Vielzahl von speziellen Kindereinrichtungen gründeten. Bereits 1903 hatte die LVA der Hansestädte als erster Sozialversicherungsträger überhaupt auf Sylt eine eigene Kinderklinik errichtet, das sogenannte „Kinderkurheim Westerland“.[11] Dies markierte den Auftakt zu einer Phase der Institutionalisierung von Kindereinrichtungen und entsprechenden Abteilungen, die erst mit der Weltwirtschaftkrise von 1929 endete. Die in den Einrichtungen praktizierten

8 Wolfgang Blumenthal/Kurt-Alphons Jochheim, Entstehen und Entwicklung der Rehabilitation in Deutschland, in: Wolfgang Blumenthal/Ferdinand Schliehe (Hrsg.), Teilhabe als Ziel der Rehabilitation. 100 Jahre Zusammenwirken in der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation e. V., Heidelberg 2009, S. 11-30, S. 19 f.

9 Elsbeth Bösl, Politiken der Normalisierung. Zur Geschichte der Behindertenpolitik in der Bundesrepublik Deutschland, Bielefeld 2009, S. 158; Petra Fuchs, „Sei doch dich selbst“. Krankenakten als historische Quellen von Subjektivität im Kontext der Disability History, in: Elsbeth Bösl/Anne Klein/Anne Waldschmidt (Hrsg.), Disability History. Konstruktionen von Behinderung in der Geschichte, Bielefeld 2006, S. 105-123, S. 114 f.

10 § 1252 RVO, zit. n. Handausgabe der Reichsversicherungsordnung nebst Durchführungs- und Ausführungsbestimmungen (bearb. V. M. Hollmann), Stuttgart/Berlin 1942. Vgl. auch Harry Fuchs, Prävention und medizinische Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen durch die Träger der Renten- und Krankenversicherung, Aachen 2004, S. 22.

11 Die Nachfolgeinstitutionen der 1946 aufgelösten LVA der Hansestädte führten diese Tradition in den nachfolgenden Dekaden fort. Von den insgesamt 16 Kinderkurheimen der Rentenversicherung im Jahr 1962 befanden sich allein fünf im Besitz der norddeutschen LVAen Freie und Hansestadt Hamburg sowie Schleswig-Holstein. Vgl. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), Rehabilitation durch die Rentenversicherung, 4. erweiterte Aufl., Frankfurt/Main 1962, S. 217.

„Kinderkuren" folgten gleichwohl noch keinem modernen wissenschaftlichen Versorgungskonzept. Die Therapiepläne sahen vielmehr eine „reichliche Ernährung, See- oder Solebäder, Soletrinkkuren sowie Liegekuren abwechselnd mit Spielen im Freien" vor.[12] Neben Lupus und Geschlechtskrankheiten bildete vor allem die Bekämpfung der Tuberkulose einen Schwerpunkt der allgemeinen Gesundheits- wie der speziellen Kinder- und Jugendfürsorge. Auch in diesem Feld nahmen die LVAen eine zentrale gesundheitspolitische Verantwortung wahr, indem sie spezielle Einrichtungen sowie Abteilungen schufen und regelmäßig Heilverfahren für tuberkulöse Kinder und Jugendliche durchführen ließen.[13] Einen Wendepunkt stellte in diesem Zusammenhang das Jahr 1915 dar, in dem die LVAen zu einer systematischen Finanzierung von Kinderheilverfahren übergingen und fortan für gewöhnlich 2/3 der Gesamtkosten übernahmen.[14]

Für das verstärkte Engagement der Versicherungsträger in der Kinder- und Jugendheilfürsorge spielten die sozialen Verwerfungen des Krieges eine zentrale Rolle. Zu ihren Motiven führte beispielsweise die LVA Rheinprovinz 1917 in einem bemerkenswerten Rundschreiben aus: „Je länger der Krieg dauert, und je tiefer seine Wirkungen sich geltend machen, je schwerer es weiten Kreisen der Bevölkerung wird, den Kindern, besonders den kranken, ausreichende Ernährung und gute Pflege zuteil werden zu lassen, umso dringender wird die Aufgabe, [...] Vorsorge zu treffen, daß die Jugend ohne wesentlichen Schaden für Gesundheit und Gedeihen den Krieg überdauert. An dieser bedeutungsvollen Aufgabe will die LVAnstalt Rheinprovinz in Anbetracht ihres wesentlichen Interesses an einer gedeihlichen gesundheitlichen Entwicklung der versicherungspflichtigen Bevölkerung auch im kommenden Jahre zu ihrem Teile mitarbeiten."[15] Vor diesem Hintergrund stieg die Zahl

12 Fuchs, Prävention, S. 11 ff., für das Zitat S. 12.

13 Ein Beispiel war das sogenannte „Theklahaus", das an die Lungenheilstätte Edmundsthal-Siemerswalde der LVA der Hansestädte in Geesthacht angeschlossen war und über 104 Behandlungsplätze für tuberkulöse Kinder verfügte. Andreas Jüttemann, Die preußischen Lungenheilstätten 1863-1934 (unter besonderer Berücksichtigung der Regionen Brandenburg, Harz und Riesengebirge), Diss. Berlin 2015, S. 201, URL: http://www.diss.fu-berlin.de/diss/servlets/MCRFileNodeServlet/FUDISS_derivate_000000017693/diss_a.juettemann.pdf [letzter Abruf am 16.08.2017].

14 Fuchs, Prävention, S. 22. So beteiligte sich etwa die LVA Rheinprovinz intensiv an der Durchführung von Tuberkuloseheilverfahren bei Kindern unter sechs Jahren. Ludwig Teleky, Die Bekämpfung der Tuberkulose, in: Adolf Gottstein/Arthur Schlossmann/Ludwig Teleky (Hrsg.), Wohlfahrtspflege, Tuberkulose, Alkohol, Geschlechtskrankheiten, Berlin/Heidelberg 1926, S. 338.

15 Rundschreiben der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz, betreffend die Kinderfürsorge v. 30.1.1917, Abdruck in: Adolf Gottstein/Gustav Tugendreich (Hrsg.), Sozialärztliches Praktikum. Ein Leitfaden für Verwaltungsmediziner, Kreiskommunalärzte, Schulärzte, Säuglingsärzte, Armen- und Kassenärzte, Berlin/Heidelberg 1918, S. 222 f. Darüber hinaus lag insbesondere die Behandlung tuberkulöser Familienangehöriger im „Eigeninteresse der Rentenversicherung, denn das Heilverfahren bietet die einzige Möglichkeit, die infolge des Zwangscharakters der Sozialversicherung fehlende Auslesemöglichkeit und Ablehnung sogenannter schlechter Risiken wenn auch nicht zu ersetzen, so doch in mancher Hinsicht auszugleichen", wie es ein Vertreter der LVA Württemberg formulierte. Vgl. Max Gruhler, 60 Jahre Heilverfahren der Landesversicherungsanstalt Württemberg, in: Verwaltungsbericht der LVA Württemberg 1890-1951, S. 98-105, S. 98.

der von der LVA mitfinanzierten Kinderheilverfahren allein zwischen 1915 und 1923 von 215 auf 6.015 an. Im Jahr 1921 haben sich die deutschen LVAen an insgesamt 23.804 Kinderheilverfahren beteiligt und die Behandlung von 2.678 Waisenkindern finanziert.[16] Dies zeigt, dass die Kinderheilbehandlung in den 1920er-Jahren trotz fehlenden gesetzlichen Anspruchs bei den Rentenversicherungsträgern institutionalisiert war.[17]

Es mangelte indes schon in der Weimarer Republik nicht an Versuchen, die Kinderrehabilitation auf verbindliche Rechtsgrundlagen zu stellen. Allerdings boten die schwierigen wirtschaftlichen Verhältnisse insgesamt keinen Rahmen für eine derartige Ausweitung des Leistungsspektrums. Mit den „Godesberger Richtlinien" von 1927 verständigten sich die Versicherungsträger in der kurzen Entspannungsphase zwischen Inflation und Wirtschaftskrise gleichwohl auf eine enge Zusammenarbeit in der Gesundheitsfürsorge und einen generellen Ausbau der Heilbehandlungen.[18] Bezüglich der Kinderheilverfahren legten die Richtlinien einen Schwerpunkt auf Maßnahmen, die auf die Verhütung oder Beseitigung von Gebrechlichkeit abzielten. Die Mehrzahl der zeitgenössischen Heilverfahren betrafen daher Tuberkulose, Rachitis und Geschlechtskrankheiten, wohingegen reine Erholungskuren fortan ausgeschlossen waren.[19]

Bedingt durch die wirtschaftliche Rezession, wurden Kinderheilverfahren von der Rentenversicherung ab den späten 1920er-Jahren faktisch ausschließlich bei Tuberkulose und – in begrenztem Maße – bei Geschlechtskrankheiten durchgeführt. Diese Entwicklung setzte sich auch in der nationalsozialistischen Diktatur fort und fand ihren formalen Niederschlag in den „Saarbrücker Richtlinien" von 1938, durch die Kinder und Jugendliche erstmals in den Kreis der rechtlich Anspruchsberechtigten auf eine Tuberkulose-Behandlung einbezogen wurden.[20] Mit den Richtlinien verfolgte der federführende Reichsverband der Landesversicherungsanstalten in erster Linie das machtpolitische Ziel, den Einfluss der Nationalsozialistischen Volkswohlfahrt zurückzudrängen, die seit 1934 als „Ausfallbürge" in der Tuberkulosebekämpfung fungiert hatte. Zu diesem Zweck wurde die Zuständigkeit der Rentenversicherungsträger klarer und lückenlos geregelt, die in der Folge wieder 85% aller Tuberkulosebehandlungen durchführten.[21]

Nach den Saarbrücker Richtlinien hatten die LVAen „die vollen Kosten für die Heilverfahren und Heilmaßnahmen für Versicherte sowie nichtversicherte Ehegatten, Witwen und Witwer von Versicherten, für nichtversicherte tuberkulöse Kinder von Versicherten, für Waisen und für sonstige nichtversicherte, im Haushalt eines Versicherten lebende

16 Vgl. Teleky, Tuberkulose, S. 338.
17 Vgl. auch Fuchs, Prävention, S. 13.
18 Gruhler, Heilverfahren, S. 100.
19 Fuchs, Prävention, S. 23.
20 Fuchs, Prävention, S. 23 f.
21 Vgl. Christoph Sachße/Florian Tennstedt, Der Wohlfahrtstaat im Nationalsozialismus, Stuttgart u. a. 1992, S. 171; Dagmar Ellerbrock, „Healing Democracy" – Demokratie als Heilmittel. Gesundheit, Krankheit und Politik in der amerikanischen Besatzungszone 1945-1949, Bonn 2004, S. 337.

tuberkulöse Familienangehörige“ zu übernehmen.[22] Darüber hinaus entwickelte sich die Kinder- und Jugendfürsorge im „Dritten Reich“ gemäß der rasse-, gesundheits- und bevölkerungspolitischen Ideologeme und Ziele des NS-Regimes. Dies betraf beispielsweise das Auswahlverfahren für die im NS-Staat intensiv praktizierte Kinderlandverschickung, das zunehmend erbbiologischen Gesichtspunkten gehorchte, wodurch umgekehrt Kindern aus „erbminderwertigen“ Familien die Unterstützung versagt blieb.[23] Grundlegend ist im Hinblick auf den „Völkischen Wohlfahrtsstaat“ des Nationalsozialismus zu konstatieren, dass von der Gesundheitsversorgung vorrangig die als „erbgesund“ und arbeitsfähig geltenden „Volksgenossen“ profitierten, während Juden, Sinti, Menschen mit geistiger Behinderung und andere Verfolgtengruppen, die gemäß der Rassenideologie der Nationalsozialisten nicht zur „Volksgemeinschaft“ zählten, gezielt aus dem Leistungsspektrum der Sozialversicherung ausgeschlossen wurden.[24]

Das Ende des NS-Staates stürzte die LVAen, die ab 1938 weisungsgemäß die Hälfte ihres jeweiligen Vermögens in nunmehr wertlose Staatsanleihen angelegt hatten, in eine erhebliche finanzielle Krise, die weitreichende Auswirkungen auf die Rehabilitation entfaltete. Die nachfolgenden Einschränkungen im Leistungsspektrum betrafen auch die Heilbehandlung von Familienangehörigen, die 1950 wieder aus der Zuständigkeit der Rentenversicherung herausgelöst und der öffentlichen Fürsorge übertragen wurde. Gleichwohl boten die LVAen für Kinder von Versicherten in der Nachkriegszeit weiterhin diverse Unterstützungsleistungen an. Dazu zählten beispielsweise Zuschüsse zu Erholungskuren oder zur Anschaffung von medizinischen Hilfsmitteln.[25]

2. Kinder- und Jugendrehabilitation zwischen Rentenreform und Gegenwart

Die sozialen Nöte und wirtschaftlichen Entbehrungen der Nachkriegszeit sollten in Westdeutschland bekanntlich bald einem beispiellosen ökonomischen Aufschwung weichen. Das sogenannte Wirtschaftswunder, das die Bundesrepublik in den 1950er-Jahren erfasste, bildete zugleich den sozioökonomischen Hintergrund für die große Rentenreform von 1957, die den Charakter der Rentenversicherung eminent verändert hat. Indem sie das Umlageverfahren einführte und die Entwicklung der Renten dynamisch an die Lohnentwicklung koppelte, avancierte die Rente von einem Notbehelf zu einer Leistung, die fortan im Sinne eines Lohnersatzes den Lebensstandard im Alter sichern sollte. Die Rentenreform wird von

22 Gruhler, Heilverfahren, S. 100. Diese Änderungen wurden 1943 in die Richtlinien des sogenannten „Tuberkulosehilfswerks“ der Rentenversicherungsträger übernommen.

23 Vgl. am Beispiel der Fürsorgepraxis in Hamburg Uwe Lohalm, Völkische Wohlfahrtsdiktatur. Öffentliche Wohlfahrtspolitik im nationalsozialistischen Hamburg, München/Hamburg 2010, S. 234 f.

24 Dies kann hier nicht vertieft werden. Siehe dazu Sachße/Tennstedt, Wohlfahrtsstaat sowie Winfried Süß, Der „Volkskörper“ im Krieg. Gesundheitspolitik, Gesundheitsverhältnisse und Krankenmord im nationalsozialistischen Deutschland 1939-1945, München 2003.

25 Gruhler, Heilverfahren, S. 100 f.

der zeithistorischen Forschung daher zu den epochemachenden Gesetzeswerken des 20. Jahrhunderts gezählt.[26]

Weniger bekannt ist, dass das Rentenreformgesetz auch in der Rehabilitation eine neue Entwicklungsphase einleitete, indem es den Grundsatz „Rehabilitation vor Rente" überhaupt erstmals kodifizierte.[27] Fortan galt die medizinische und berufliche Rehabilitation als „vorrangige Aufgabe und fester Bestandteil" der Rentenversicherung.[28] Die Rentenreform illustriert insofern auch die generelle Aufwertung des Rehabilitationsgedankens in der westdeutschen Gesellschaft der 1950er-Jahre, die wesentlich auf den Erfahrungsraum des Krieges und das Erfordernis, tausende kriegsbeschädigte Soldaten zu versorgen, zurückzuführen war. Vor diesem Hintergrund wurde auch die Kinder- und Jugendrehabilitation wieder zu einer Aufgabe der Rentenversicherung. Die Rechtsgrundlage dafür bildete der Paragraph 1305 RVO, der im Zuge des Arbeiterrentenversicherungs-Neuregelungsgesetzes vom Februar 1957 aktualisiert worden war und es der Rentenversicherung gestattete, Rehabilitationsmaßnahmen „zur Erhaltung oder zur Erlangung der Erwerbsfähigkeit der Versicherten und ihrer Angehörigen oder zur Hebung der gesundheitlichen Verhältnisse der versicherten Bevölkerung" durchzuführen.[29]

Es lag fortan also wieder im Ermessen der Versicherungsträger, Rehabilitationsleistungen für Kinder und Jugendliche unter achtzehn Jahren zu erbringen. Eine Besonderheit dieses Rehabilitationszweiges bestand überdies darin, dass die LVAen auch dann Heilverfahren gewähren konnten, wenn die üblichen gesetzlichen Vorgaben für Regelleistungen nicht erfüllt waren. So spielte etwa das Kriterium der Erwerbsbefähigung in der Bewilligungspraxis der Kinder- und Jugendrehabilitation eine eher untergeordnete Rolle. Maßgeblich für die Entscheidung der Versicherungsträger waren der Versorgungsbedarf des Kindes sowie die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen.[30] Diese liberale Praxis entsprach nicht zuletzt

26 Siehe dazu etwa Marc von Miquel/Anne Schmidt, 125 Jahre Rentenversicherung in Westfalen. Sicherheit für Generationen 1890-2015, Münster 2015, S. 160 ff.; Werner Abelshauser, Deutsche Wirtschaftsgeschichte seit 1945, Bonn 2005, S. 194-200.

27 Dies stellte wiederum einen Etappenschritt zu seiner Verankerung im Rehabilitationsrecht dar, die im Zuge des Reha-Angleichungsgesetzes von 1974 erfolgte. Vgl. Felix Welti, Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat. Freiheit, Gleichheit und Teilhabe behinderter Menschen, Tübingen 2005, S. 171.

28 Eberhard Schaub, Rehabilitation in der Rentenversicherung, in: Franz Ruland (Hrsg.), Handbuch der gesetzlichen Rentenversicherung, Neuwied u. Frankfurt/Main 1990, S. 601-643, S. 608.

29 „Der Träger der Rentenversicherung kann Mittel der Versicherung aufwenden, um allgemeine Maßnahmen oder Einzelmaßnahmen zur Erhaltung oder zur Erlangung der Erwerbsfähigkeit der Versicherten und ihrer Angehörigen oder zur Hebung der gesundheitlichen Verhältnisse der versicherten Bevölkerung zu fördern oder durchzuführen." Gesetz zur Neuregelung des Rechts der Rentenversicherung der Arbeiter v. 23. Februar 1957, Druck: BGBL 4/1957, Teil 1 v. 26. Februar 1957, S. 63.

30 Joachim Försterling, Die Familienleistungen, in: Eberhard Eichenhofer/Herbert Rische/Winfried Schmähl (Hrsg.), Handbuch der gesetzlichen Rentenversicherung SGB VI, Köln 2011, S. 712 f. Zu dem erweiterten Personenkreis zählten neben Kindern von Versicherten, Rentnern und Waisenrentenbeziehern auch Stief- und Pflegekinder sowie Enkel und Geschwister. Medizinische Richtlinien für die Kinderrehabilitation wurden erstmals 1982 im Zuge des SGB X definiert (ebd.).

dem historisch gewachsenen „gesundheitsbezogenen Versorgungsauftrag“ der Rentenversicherung, der traditionell Leistungen für Personengruppen vorsah, die nicht zum engeren Kreis der Anspruchsberechtigten zählten.[31]

Ausgehend von der Rentenreform erlebte die Kinder- und Jugendrehabilitation in den nachfolgenden Jahren einen kontinuierlichen Aufschwung, der bis in die frühen 1970er-Jahre anhielt, ehe die Zahl der Maßnahmen ab den 1980er-Jahren zurückging und sich bei ca. 15.000 Behandlungen pro Jahr einpendelte. Die Gesamtentwicklung dieses Rehabilitationszweiges ist in der folgenden Tabelle dokumentiert.

Tabelle 1: Historische Entwicklung der Kinderrehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung[32]

Jahr	Gesamtleistungen medizinische Rehabilitation	Leistungen Kinderrehabilitation (Westdeutschland)	Leistungen Kinderrehabilitation (gesamtes Bundesgebiet)
1960	548.916	x	x
1965	693.195	15.308	x
1970	700.806	23.541	x
1972	764.596	23.205	x
1974	854.519	20.587	x
1976	706.659	17.314	x
1978	666.783	18.336	x
1980	798.848	17.307	x
1982	771.625	14.560	x
1984	589.446	14.407	x
1986	694.366	15.217	x
1988	769.324	14.852	x
1990	728.319	12.757	x
1992	918.705	13.341	24.176
1994	963.901	13.793	23.607
1996	1.021.570	13.824	24.392
1998	629.752	13.778	23.740
2000	835.878	18.309	29.908

31 Hartmut Weber-Falkensammer, Rentenversicherung und Gesundheitswesen, in: Ruland (Hrsg.), Handbuch, S. 389-410, S. 402.

32 Einschl. Tb- und Auftragsheilbehandlungen für die GKV; für Tb-Heilbehandlungen ist seit 1.1.1986 die GKV zuständig; Zahlen für Gesamtleistungen bis 1990 nur Westdeutschland, ab 1992 gesamtes Bundesgebiet. Quellen: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), Rentenversicherung in Zeitreihen 2004, 2013 u. 2016.

2002	894.347	23.837	36.682
2004	803.159	25.615	37.276
2006	818.433	26.145	36.443
2008	942.622	27.159	37.568
2010	996.154	24.788	34.223
2012	1.004.617	23.672	32.103
2014	1.014.763	22.308	31.384
2015	1.027.833	22.340	31.354

Dabei haben sich die inhaltlichen Schwerpunkte der Rehabilitationsleistungen für Kinder und Jugendliche im Laufe der Zeit entlang gesellschaftlicher, sozioökonomischer und gesundheitlicher Entwicklungstrends verschoben. In der Nachkriegszeit machten zunächst Zuschüsse zu Erholungskuren einen gewichtigen Teil der Rehabilitationsleistungen für Kinder und Jugendliche aus, da ein privater Urlaub für viele Eltern in dieser Zeit schlichtweg nicht finanzierbar war. Mit der Wohlstandsentwicklung und der Verbesserung von Lebensstandards traten diese Leistungen ab den frühen 1960er-Jahren wieder zurück und wurden zielgerichtet für Kinder aus sozial schwachen Familien eingesetzt.[33]

Die Tuberkulose, die in der Nachkriegszeit weiterhin die größte Gesundheitsgefahr dargestellt hatte, konnte bis in die 1960er-Jahre durch Hygienemaßnahmen, eine verbesserte Ernährungssituation sowie medizinische Fortschritte stark zurückgedrängt werden.[34] Dies war auch bei anderen Infektionskrankheiten der Fall, die im zeitgenössischen Krankheitspanorama zunehmend von chronischen Erkrankungen verdrängt wurden. Auch in der Kinder- und Jugendrehabilitation schoben sich in den folgenden Dekaden andere Gesundheitsrisiken in den Vordergrund, wobei in der statistischen Gesamtbetrachtung insbesondere ein Vordringen psychischer Erkrankungen festzustellen ist. Greift man etwa das Jahr 1979 heraus, so ergibt sich bei den Indikationen folgendes Bild: Von den insgesamt 17.736 Kinderheilbehandlungen dieses Jahres entfielen der Großteil auf Atemwegserkrankungen wie Bronchitis und Lungenephyseme (5.213) sowie Bronchialasthma (1.754). 1.569 Maßnahmen betrafen Gelenkerkrankungen, 774 psychische Erkrankungen (wobei hier Sucht-Entwöhnungsbehandlungen nicht mitberücksichtigt sind), und 334 körperlich-psychogene Störungen. Die übrigen Maßnahmen verteilten sich auf die Behandlung von Bluthochdruck, Kreislauferkrankungen, Herzkrankheiten, Geschwüren sowie Lebererkrankungen.[35]

Der Wandel der Krankheitsbilder wurde begleitet von einem Wandel der rechtlichen Rahmenbedingungen und dadurch bedingten Anpassungsprozessen im Rehabilitationssystem.

33 Harry Fuchs, Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen mit Ihren Eltern, Vortrag zur Einweihung der Rehaklinik Kandertal am 9.6.2005 (Manuskript), S. 1; ders., Prävention, S. 15.

34 Siehe dazu Miquel/Schmidt, 125 Jahre, S. 166-173.

35 Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), Statistik Rehabilitation 1979, S. 17, Tab. 3 A: Die Zahl der abgeschlossenen stationären Heilbehandlungen wegen allgemeiner Krankheiten nach Diagnosen und Altersgruppen Kinder.

Einen markanten Einschnitt stellte insbesondere das sogenannte Reha-Angleichungsgesetz von 1974 dar, das die Krankenkassen in den Kreis der Rehabilitationsträger einbezogen hat. Seither wurde in wiederkehrenden Zyklen intensiv über die Frage der Zuständigkeit in der Kinderrehabilitation diskutiert. Die Gretchenfrage war, ob diese Leistung in Zukunft vollständig von den Krankenkassen erbracht werden sollte, wobei darauf abgestellt wurde, dass die Rentenversicherung nur für Rehabilitationsmaßnahmen mit einem Bezug zur Erwerbsbefähigung zuständig und der Zieleffekt der Rentenvermeidung in der Kinderrehabilitation nicht evident sei. Zu einer Veränderung des rechtlichen Status quo führte diese enggeführte Argumentation zwar nicht, allerdings offenbarte sie die Problematik, welche übergeordneten Ziele mit der Kinder- und Jugendrehabilitation eigentlich verbunden waren. Die durch das Reha-Angleichungsgesetz erzeugte Unsicherheit bei der Zuständigkeit wirkte sich ferner auf die Zahl der Maßnahmen in der Kinder- und Jugendrehabilitation aus, die in der Bundesrepublik ab Mitte der siebziger Jahre erstmals rückläufig war.

Einen neuen Schub erhielt die Zuständigkeitsdiskussion 1982 durch eine Neufassung des die Kinderrehabilitation begründenden Paragraphen 1305 RVO, die den Rehabilitationsfokus stärker auf die medizinische Gesundung des Kindes verlagerte. Nunmehr konnten die Rentenversicherungsträger Kinderheilbehandlungen durchführen, „wenn hierdurch eine erhebliche Gefährdung der Gesundheit beseitigt oder eine beeinträchtigte Gesundheit wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann".[36] Allerdings blieb parallel auch die Erwerbsbefähigung als Anknüpfungspunkt für Rehabilitationsleistungen gesetzlich bestehen, was in der Verwaltungspraxis der Versicherungsträger zu unterschiedlichen Auslegungen führte: So forderte etwa die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte in ihren Richtlinien von 1984 einen klaren Bezug zur Erwerbsbefähigung als Voraussetzung für die Gewährung von Kinderheilbehandlungen ein, während die überwiegende Mehrzahl der Arbeiterrentenversicherungsträger darauf verzichtete. Die ebenso zentrale wie umstrittene Frage, ob die Erwerbsbefähigung in der Kinder- und Jugendrehabilitation als zwingendes Kriterium anzusehen ist, beschäftigte die Sozialgerichte bis in die jüngere Vergangenheit.[37]

Mit der Einführung des Sechsten Buches des Sozialgesetzbuches im Jahr 1992 entfielen die zusätzlichen Leistungen nach Paragraph 1305, zu denen auch die Kinderrehabilitation zählte. Dies bedeutete allerdings nicht das Aus für die stationäre Heilbehandlung für Kinder und Jugendliche, die von der Rentenversicherung fortan als „sonstige Leistung zur Teilhabe" auf Grundlage des neuen Paragraphen 31 SGB VI erbracht wurde.[38] Die Entstehungsphase des SGB VI fiel zusammen mit einer breiten Reformdebatte über die Rehabilitation,

36 Art. II § 3 Abs. Nr. 15 des Gesetzes v. 4.11.1982, BGBl. 41/1982, S. 1457.

37 Vgl. Diana Ramm/Manuela Willig/Felix Welti, Gesetzliche Rentenversicherung – Kinderrehabilitation. Anmerkungen zu SG Fulda, Gerichtsbescheid v. 21.02.2011, Diskussionspapier v. 20.11.2012, URL: http://www.reha-recht.de/fileadmin/download/foren/a/2012/A26-2012_Gesetzliche_RV_Kinderrehabilitation.pdf [letzter Abruf am 11.08.2017]. Siehe auch Fuchs, Prävention, S. 36 ff.

38 Vgl. Andreas Hänlein, Rechtsquellen im Sozialversicherungsrecht. System und Legitimation untergesetzlicher Rechtsquellen des deutschen Sozialversicherungsrechts, Berlin u. a. 2001, S. 195; Ramm/Willig/Welti, Kinderrehabilitation, S. 3.

die in den 1990er-Jahren zu einer Professionalisierung und Modernisierung des gesamten Versorgungssystems führte.[39] In diesem Zusammenhang ist auch das gemeinsame Bestreben der Rentenversicherungsträger um verbindliche Standards in der Kinder- und Jugendrehabilitation zu sehen, das 1991 in den sogenannten „KiHB-Richtlinien" mündete. Danach konnten die LVAen Kinderheilbehandlungen erbringen, „wenn hierdurch voraussichtlich eine erhebliche Gefährdung der Gesundheit beseitigt oder eine beeinträchtigte Gesundheit wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann und dies Einfluß auf die spätere Erwerbsfähigkeit haben kann" – eine offene Formulierung, die einmal mehr die Unschlüssigkeit demonstriert, welches übergeordnete Rehabilitationsziel an Kinderheilverfahren anzulegen war.[40]

Die KiHB-Richtlinien deckten ein breites Indikationsspektrum ab, das Krankheiten der Atemwege, Allergische Krankheiten, Hautkrankheiten, Herz- und Kreislaufkrankheiten, Leber-, Magen- und Darmkrankheiten, Nieren- und Harnwegskrankheiten, Stoffwechselkrankheiten, Krankheiten des Bewegungsapparates, neurologische Erkrankungen sowie schließlich Übergewicht umfasste. Ferner spiegelten die Richtlinien auch die erweiterte psychosoziale Problemdimension wider, indem psychosomatische und -motorische sowie Verhaltensstörungen dezidiert in das Indikationsspektrum einbezogen wurden. Eine Behandlung bei akuten sowie infektiösen Krankheiten wie Scharlach war gemäß der übergeordneten Zuständigkeitstrennung von kurativer Behandlung (Krankenversicherung) und Rehabilitation (Rentenversicherung) in den Richtlinien ausgeschlossen, während für die onkologische Nachsorge bei Geschwulst- und Systemerkrankungen gesonderte Richtlinien vorlagen. Eine Besonderheit bestand darin, dass die in der Regel vierwöchigen Kinderheilbehandlungen unter gewissen Voraussetzungen verlängert sowie bis zum 27. Lebensjahr erbracht werden konnten. Das Leistungsspektrum umfasste neben der ärztlichen Therapie ferner Pflege, Medikamentenversorgung, Unterkunft und Verpflegung in speziellen Rehabilitationseinrichtungen sowie die Übernahme von Reise- und anderen notwendigen Nebenkosten. Dabei lag es im Ermessen des jeweiligen Rentenversicherungsträgers, „im Einzelfall Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen sowie die Rehabilitationseinrichtung" zu bestimmen. Ablehnungsgründe waren gegeben, wenn das Kind aus medizinischen Gründen nicht rehabilitationsfähig war, Probleme bei der Integration des Kindes in die Gemeinschaft mit anderen Kindern zu erwarten standen oder eine frühere Heilbehandlung „ohne triftigen Grund" abgebrochen worden war.[41]

39 Siehe dazu den Aufsatz des Verfassers zur Entwicklung der Rehabilitationswissenschaften in diesem Band.

40 Eine Erklärung liegt wohl darin, dass der Faktor „Erwerbsbefähigung" die kinderrehabilitativen Leistungen der Rentenversicherung von jenen der Krankenversicherung abgrenzte, die seit dem Reha-Angleichungsgesetz von 1974 ebenfalls medizinische Rehabilitationsleistungen für Kinder und Jugendliche erbrachte. Vgl. Fuchs, Prävention, S. 26.

41 Gemeinsame Richtlinien der Träger der Rentenversicherung nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB VI für Kinderheilbehandlungen (KiHB-Richtlinien) vom 5. September 1991 in der Fassung vom 26. Februar 1997, Druck: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), Richtlinien,

Im Zuge des SGB VI entstanden auf Seiten des Gesetzgebers erneut Überlegungen, die gesamte Kinderrehabilitation in den Zuständigkeitsbereich der Krankenkassen zu verlagern. Dieses Vorhaben geht aus einer Passage hervor, in der ein entsprechendes „Gesetz zur Zuständigkeitsverlagerung der bisher von der Rentenversicherung erbrachten Leistung ‚Stationäre Heilbehandlung für Kinder' in die gesetzliche Krankenversicherung" angekündigt wurde.[42] In der Folge wurde ein weiteres Mal kontrovers um die Frage gerungen, inwiefern die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen überhaupt einen Bezug zum Leistungsspektrum der Rentenversicherung aufweist. Dass dies nach wie vor umstritten war, zeigt das vielfach angeführte Argument, „dass die Kinderrehabilitation keine originäre Aufgabe der Rentenversicherung sei, da es bei Kindern nicht um die Vermeidung von Rentenzahlungen gehe". Indes hat schon Harry Fuchs, ein anerkannter Experte für die Kinder- und Jugendrehabilitation, darauf verwiesen, dass dieser Einwand die zeitgenössische Expertise von medizinischen Sachverständigen ignoriert, nach der die Kindheit eine „optimale Entwicklungs- und Lernphase für Krankheitsbewältigungsstrategien und gesundheitsförderndes Verhalten" darstellt. Die Argumentation stünde überdies „in krassem Gegensatz zu den über 100jährigen Erfahrungen der Rentenversicherungsträger", die den Zusammenhang zwischen frühzeitigen Rehabilitationsmaßnahmen und der späteren Vermeidung von Rentenzahlungen umfassend belegten.[43]

Insofern verwundert es nicht, dass sich die Rentenversicherungsträger im Verbund mit den Rehabilitationseinrichtungen energisch gegen die Zuständigkeitsverlagerung wandten und die Bedeutung von kinderrehabilitativen Maßnahmen für die spätere Leistungsfähigkeit im Beruf dabei nachdrücklich unterstrichen.[44] Diese Auffassung behielten die Rentenversicherungsträger auch in der sogenannten „Reha-Krise" von 1996/97 bei, als die Auslagerung der Kinderrehabilitation im Kontext der zeitgenössischen Sparpolitik erneut zur Disposition gestellt wurde.[45] Die Rentenversicherung wandte sich indes gegen diesen Plan und legte 1998 erstmals ein „Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen" vor, das als klares Bekenntnis zu dieser Leistungsform zu sehen ist.[46] Nicht zuletzt aufgrund des hartnäckigen Widerstandes blieb das angekündigte Gesetz Makulatur. Allerdings wurde die einschlägige Passage auch nicht gestrichen, sodass die Option der Zuständigkeitsverlagerung weiterhin gegeben war. Die „lange Phase der Instabi-

Empfehlungen und Vereinbarungen zur Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung (Reha-Richtlinien) v. Oktober 1999, Frankfurt/Main 1999, S. 298-303.

42 Vgl. Ramm/Willig/Welti, Kinderrehabilitation, S. 5, Fn. 21.

43 Fuchs, Rehabilitation von Kindern, S. 4.

44 Vgl. Ramm/Willig/Welti, Kinderrehabilitation, S. 5.

45 Vgl. Fuchs, Prävention, S. 39.

46 Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), Rahmenkonzept und indikationsspezifische Konzepte zur medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen in der gesetzlichen Rentenversicherung. Empfehlungen des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger v. Februar 1998, Frankfurt/Main 1998.

lität“ (Harry Fuchs) in der Zuständigkeitsverantwortung für die Kinder- und Jugendrehabilitation erstreckte sich damit bis ins 21. Jahrhundert.[47]

Umgekehrt zeigt das Verhalten der Akteure aus der Rentenversicherung, dass der Kinder- und Jugendrehabilitation dort inzwischen eine erhebliche Bedeutung beigemessen wurde. Die Akzeptanz dieses Rehabilitationssektors atmete bereits den Geist des SGB IX, das die – durch das Vordringen chronischer Erkrankungen weitgehend obsolete – Unterscheidung zwischen der Rehabilitation von Erwachsenen und Kindern aufhob.[48] Seit 2001 haben unabhängig vom Alter alle behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen einen Anspruch auf medizinische Rehabilitation und die neu eingeführten „Leistungen zur Teilhabe“, mit denen die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft gefördert werden.[49] Die Teilhabeleistungen des SGB IX erstreckten sich vorrangig auf Jugendliche, die bereits in einem Versicherungsverhältnis standen und entsprechende Ansprüche anmelden konnten. In Hinsicht auf die Rehabilitation nichtversicherter Kinder und Jugendlicher galten allerdings weiterhin die Vorschriften des SGB VI bzw. die KiHB-Richtlinien, wenngleich schon zeitgenössisch erwogen wurde, auch diese Personengruppe in den Kreis der Anspruchsberechtigten einzubeziehen.[50]

3. Schluss

Mit dem SGB IX setzte in der Kinder- und Jugendrehabilitation eine neue Entwicklungsphase ein, die bis in die Gegenwart und dem eingangs diskutierten Flexirentengesetz reicht, das die Kinderrehabilitation in eine Pflichtaufgabe der Rentenversicherung überführt hat. Durch diese Regelung setzt das Gesetz zugleich einen starken Akzent in der Zuständigkeitsdebatte, die diesen Versorgungssektor ab den 1970er-Jahren permanent begleitet und geprägt hat. Die rechtliche Aufwertung der Kinderrehabilitation wäre indes kaum denkbar gewesen ohne die wegweisenden Umbrüche des SGB IX, das stärker als jedes andere Gesetzeswerk im Feld der sozialen Sicherung zuvor die Bedeutung einer präventiven, schon im Kinder- und Jugendalter ansetzenden Gesundheitsvorsorge proklamierte. Dabei trug es neueren Erkenntnissen der Rehabilitations- und Gesundheitswissenschaften Rechnung, nach denen die Kindheit eine zentrale Interventionsphase darstellt, um die Chronifizierung von Krankheiten abzuwenden oder den Umgang mit unheilbaren chronischen Erkrankungen und den damit verbundenen Einschränkungen zu erlernen. Wie zwei Rehabilitationsexper-

47 Fuchs, Rehabilitation von Kindern, S. 5.

48 Dies betraf lediglich die formalrechtliche Ebene, während sich die Konzepte, Rahmenbedingungen, Aufgabenfelder, Indikationen, Inhalte und Ziele der Kinderrehabilitation von denen der Erwachsenenrehabilitation unterschieden. Vgl. dazu Monika Bullinger/Ulrike Ravens-Sieberer, Indikatoren des Rehabilitationsergebnisses, in: Jürgen Bengel/Uwe Koch (Hrsg.), Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften, Berlin/Heidelberg 2000, S. 305-322, S. 311 ff.

49 Fuchs, Rehabilitation von Kindern, S. 2.

50 Vgl. dazu Fuchs, Prävention, S. 70 f.

ten anmerkten, müsse Rehabilitation in diesem Bereich „vor allem präventiv wirken, um einer Minderung der Erwerbsfähigkeit vorzubeugen“.[51]

Eben dieses erweiterte Verständnis von Prävention und Vorsorge war in der Geschichte der Kinder- und Jugendrehabilitation bis in die jüngste Vergangenheit stark umstritten. Davon zeugen die wiederkehrenden politischen Debatten über die Frage, inwiefern dieser Leistungsform in der Rentenversicherung überhaupt eine Legitimität zukommt, weist sie doch auf den ersten Blick keinen unmittelbaren Bezug zu den Aufgaben und dem Leistungsspektrum dieses Akteurs auf. In historischer Perspektive wird allerdings erkennbar, dass Gesundheitsleistungen der Rentenversicherung traditionell nicht auf den engeren Kreis der Versichertengemeinschaft beschränkt waren, sondern weit darüber hinausgingen. Die lange Tradition der Kinder- und Jugendrehabilitation steht insofern sinnbildlich für den speziellen präventiven Denkstil der Rentenversicherung, die im Unterschied zu anderen gesellschaftlichen Akteuren die schon früh eine Einsicht in die medizinischen, sozialen und ökonomischen Risiken kennzeichnete, die aus unbehandelten Erkrankungen im Kinder- und Jugendalter resultieren konnten.

Die skizzierte jüngere Rechtsentwicklung und inzwischen wieder steigende Zahlen in diesem Rehabilitationsbereich weisen darauf hin, dass dieser Denkstil inzwischen eine breitere gesellschaftliche Fundierung gefunden hat. Dies ist einerseits das Resultat neuerer gesundheitswissenschaftlicher Forschungen, die für die Spätfolgenproblematik bei chronischen Erkrankungen sensibilisiert haben. Sie lässt sich aber auch als Ergebnis des Beharrens der Rentenversicherung deuten, die ihre Zuständigkeit für diese Leistungsform ab den 1970er-Jahren gegenüber diversen politischen Auslagerungsversuchen verteidigt hat. Die Kinder- und Jugendrehabilitation ist damit zugleich ein markantes Beispiel für die historisch gewachsene Rolle der Rentenversicherung als aktiver Mitgestalter der sozialen und gesundheitlichen Verhältnisse in der deutschen Zeitgeschichte.

Literatur

Abelshauser, Werner: Deutsche Wirtschaftsgeschichte seit 1945, Bonn 2005.

Blumenthal, Wolfgang/Jochheim, Kurt-Alphons: Entstehen und Entwicklung der Rehabilitation in Deutschland, in: Wolfgang Blumenthal/Ferdinand Schliehe (Hrsg.): Teilhabe als Ziel der Rehabilitation. 100 Jahre Zusammenwirken in der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation e. V., Heidelberg 2009, S. 11-30.

Bösl, Elsbeth: Politiken der Normalisierung. Zur Geschichte der Behindertenpolitik in der Bundesrepublik Deutschland, Bielefeld 2009.

Bredehöft, Ulrike/Hesse, Bettina: Medizinische Rehabilitation für Kinder und Jugendliche. Eine in Vergessenheit geratene Leistung?, in: Westfälisches Ärzteblatt 02/2016, S. 16 f.

51 Bullinger/Ravens-Sieberer, Indikatoren des Rehabilitationsergebnisses, S. 312.

Bullinger, Monika/Ravens-Sieberer, Ulrike: Indikatoren des Rehabilitationsergebnisses, in: Jürgen Bengel/Uwe Koch (Hrsg.): Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften, Berlin/Heidelberg 2000, S. 305-322.

Claevenger, Bettina: Die neuen gesetzlichen Regelungen zur Kinder- und Jugendrehabilitation im Flexirentengesetz, Vortrag auf dem 26. Reha-Kolloquium der Deutschen Rentenversicherung am 22. März 2017 in Frankfurt/Main, URL: http://www.kinder-und-jugendreha-im-netz.de/fileadmin/pdf/RehaKolloquium2017/RehaKolloquium_2017_Diskussionsforum_Cleavenger.pdf [letzter Abruf am 31.07.2017].

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Rentenversicherung in Zeitreihen 2004, 2013, 2016.

Ellerbrock, Dagmar: „Healing Democracy" – Demokratie als Heilmittel. Gesundheit, Krankheit und Politik in der amerikanischen Besatzungszone 1945-1949, Bonn 2004.

Försterling, Joachim: Die Familienleistungen, in: Eberhard Eichenhofer/Herbert Rische/Winfried Schmähl (Hrsg.): Handbuch der gesetzlichen Rentenversicherung SGB VI, Köln 2011, S. 693-724.

Fuchs, Harry: Prävention und medizinische Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen durch die Träger der Renten- und Krankenversicherung, Aachen 2004.

Fuchs, Harry: Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen mit Ihren Eltern, Vortrag zur Einweihung der Rehaklinik Kandertal am 9.6.2005 (Manuskript).

Fuchs, Petra: „Sei doch dich selbst". Krankenakten als historische Quellen von Subjektivität im Kontext der Disability History, in: Elsbeth Bösl/Anne Klein/Anne Waldschmidt (Hrsg.): Disability History. Konstruktionen von Behinderung in der Geschichte, Bielefeld 2006, S. 105-123.

Gemeinsame Richtlinien der Träger der Rentenversicherung nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB VI für Kinderheilbehandlungen (KiHB-Richtlinien) vom 5. September 1991 in der Fassung vom 26. Februar 1997, Druck: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): Richtlinien, Empfehlungen und Vereinbarungen zur Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung (Reha-Richtlinien) v. Oktober 1999, Frankfurt/Main 1999, S. 298-303.

Gruhler, Max: 60 Jahre Heilverfahren der Landesversicherungsanstalt Württemberg, in: Verwaltungsbericht der LVA Württemberg 1890-1951, S. 98-105.

Hänlein, Andreas: Rechtsquellen im Sozialversicherungsrecht. System und Legitimation untergesetzlicher Rechtsquellen des deutschen Sozialversicherungsrechts, Berlin u. a. 2001.

Jüttemann, Andreas: Die preußischen Lungenheilstätten 1863-1934 (unter besonderer Berücksichtigung der Regionen Brandenburg, Harz und Riesengebirge), Diss. Berlin 2015, URL: http://www.diss.fu-berlin.de/diss/servlets/MCRFileNodeServlet/FUDISS_derivate_000000017693/diss_a.juettemann.pdf [letzter Abruf am 03.08.2017]..

Lohalm, Uwe: Völkische Wohlfahrtsdiktatur. Öffentliche Wohlfahrtspolitik im nationalsozialistischen Hamburg, München/Hamburg 2010.

Lotze, Rudolf: Von der „Krüppelfürsorge" zur Rehabilitation von Menschen mit Behinderungen. 90 Jahre Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e. V., URL: http://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/100_Jahre_DVfR/Publikat_90_Jahre_DVfR_reformat.pdf [letzter Abruf am 03.08.2017].

Markowetz, Gerd: „Wenn Hänschen nicht gesund wird…", in: Spektrum 1/2017, S. 32 ff.

Miquel, Marc von/Schmidt, Anne: 125 Jahre Rentenversicherung in Westfalen. Sicherheit für Generationen 1890-2015, Münster 2015.

Obenauer, Patrick: Rehabilitation für Kinder und Jugendliche: Eine zunehmend ungenutzte Chance?, in: Ärzteblatt Rheinland-Pfalz 10/2016, S. 17 f.

Ramm, Diana/Willig, Manuela/Welti, Felix: Gesetzliche Rentenversicherung – Kinderrehabilitation. Anmerkungen zu SG Fulda, Gerichtsbescheid v. 21.02.2011, Diskussionspapier v. 20.11.2012, URL: http://www.reha-recht.de/fileadmin/download/foren/a/2012/A26-2012_Gesetzliche_RV_Kinderrehabilitation.pdf [letzter Abruf am 03.08.2017].

Reichsversicherungsordnung nebst Durchführungs- und Ausführungsbestimmungen, Handausgabe (bearb. V. M. Hollmann), Stuttgart/Berlin 1942.

Rundschreiben der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz, betreffend die Kinderfürsorge v. 30.1.1917, Abdruck in: Adolf Gottstein/Gustav Tugendreich (Hrsg.): Sozialärztliches Praktikum. Ein Leitfaden für Verwaltungsmediziner, Kreiskommunalärzte, Schulärzte, Säuglingsärzte, Armen- und Kassenärzte, Berlin/Heidelberg 1918, S. 222 f.

Sachße, Christoph/Tennstedt, Florian: Der Wohlfahrtstaat im Nationalsozialismus, Stuttgart u. a. 1992.

Schaub, Eberhard: Rehabilitation in der Rentenversicherung, in: Franz Ruland (Hrsg.): Handbuch der gesetzlichen Rentenversicherung, Neuwied u. Frankfurt/Main 1990, S. 601-643.

Süß, Winfried: Der „Volkskörper" im Krieg. Gesundheitspolitik, Gesundheitsverhältnisse und Krankenmord im nationalsozialistischen Deutschland 1939-1945, München 2003.

Teleky, Ludwig: Die Bekämpfung der Tuberkulose, in: Adolf Gottstein/Arthur Schlossmann/Ludwig Teleky (Hrsg.): Wohlfahrtspflege, Tuberkulose, Alkohol, Geschlechtskrankheiten, Berlin/Heidelberg 1926, S. 338.

Thomann, Klaus-Dieter: Die medizinische und soziale Fürsorge für die Kriegsversehrten in der ersten Phase des Krieges 1914/15, in: Wolfgang U. Eckart (Hrsg.): Die Medizin und der Erste Weltkrieg, Pfaffenweiler 1996, S. 183-196.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): Rahmenkonzept und indikationsspezifische Konzepte zur medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen in der gesetzlichen Rentenversicherung. Empfehlungen des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger v. Februar 1998, Frankfurt/Main 1998.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): Statistik Rehabilitation 1979.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): Rehabilitation durch die Rentenversicherung, 4. erweiterte Aufl., Frankfurt/Main 1962.

Weber-Falkensammer, Hartmut: Rentenversicherung und Gesundheitswesen, in: Franz Ruland (Hrsg.): Handbuch der gesetzlichen Rentenversicherung, Neuwied u. Frankfurt/Main 1990, S. 389-410.

Weinert, Sebastian: Der Körper im Blick. Gesundheitsausstellungen vom späten Kaiserreich bis zum Nationalsozialismus, Berlin/Boston 2017.

Welti, Felix: Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat. Freiheit, Gleichheit und Teilhabe behinderter Menschen, Tübingen 2005.

Christoph Wehner

Von der „Legitimationsforschung“ zur Multidisziplin

Zur Verwissenschaftlichung und Professionalisierung der Rehabilitationsforschung in den 1990er-Jahren

Einleitung

1988 erschien in den Mitteilungen der ehemaligen LVA Württemberg ein kurzer Beitrag, der mit „Von der ‚Legitimationsforschung’ zur systematischen Verbesserung der Reha-Praxis“ betitelt war. Darin nahm der Soziologe Nikolaus Gerdes eine prüfende Standortbestimmung der zeitgenössischen Rehabilitationswissenschaft vor, der er ein weitgehend negatives Zeugnis ausstellte. „Das, was über die Akutmedizin hinaus in der Rehabilitation gemacht“ werde, sei „faktisch auf dem Stand einer ‚Erfahrungsmedizin’ und deshalb als eigenständiger medizinischer Bereich wissenschaftlich nicht ausreichend fundiert“, lautete der nüchterne Befund des Experten. Die Rehabilitation werde „von der vorherrschenden medizinisch-wissenschaftlichen Rationalität als diffus und irgendwie ‚unprofessionell’ empfunden“, was Gerdes zu seiner zentralen Hypothese führte: „Hier – und nicht im fehlenden wissenschaftlichen Nachweis der Effektivität und Effizienz – liegt unseres Erachtens der Ursprung für die verbreiteten skeptischen Vorbehalte gegenüber der bestehenden Reha-Praxis.“[1]

Was hier prägnant zur Sprache gebracht wurde, waren grundlegende Defizite der zeitgenössischen Rehabilitationswissenschaften, die vornehmlich der Bestätigung der bestehenden Reha-Praxis dienten, allerdings nicht über das methodisch-konzeptionelle Instrumentarium zur ihrer Weiterentwicklung verfügten. Mit der massiven politischen und gesellschaftlichen Kritik am damaligen Rehabilitationswesen benannte Gerdes auch den zentralen Faktor für die Ausrichtung der Rehabilitationsforschung als „Legitimationsforschung“, die vor allem der Affirmation und Verteidigung des Rehabilitationswesens galt.[2]

Im Rückblick lässt sich Gerdes’ Aufsatz einer intensiven Reformdiskussion über die Rehabilitation zuordnen, die ab den 1980er-Jahren in und außerhalb der Rentenversicherung geführt wurde. Von dieser gingen wiederum zentrale Impulse zur Weiterentwicklung des westdeutschen Rehabilitationswesens aus, dessen wissenschaftliche Fundierung und Konzepte sich seither ebenso gewandelt haben wie die strukturellen Rahmenbedingungen der Rehabilitationsforschung. Die Grundzüge dieser Entwicklung, die das Rehabilitationswesen tiefgreifend veränderte, werden im Folgenden schlaglichtartig dargestellt. Dabei wird es insbesondere um die Darstellung von regionalen Prozessen gehen, die vor dem Hintergrund

1 Nikolaus Gerdes, Von der „Legitimationsforschung“ zur systematischen Verbesserung der Reha-Praxis. Neue Aufgaben für die Forschung im Bereich der Rehabilitation bei chronischen Krankheiten, in: Mitteilungen der LVA Württemberg 3/1988, S. 67-75, S. 73.

2 Ebd.

gewandelter Rahmenbedingungen und neuer wissenschaftlicher Konzeptualisierungen analysiert werden. Konkret soll die Etablierung einer dezentralen Forschungsinfrastruktur aufgezeigt werden, die wiederum in Verbindung mit der Ausdifferenzierung der Landschaft in regionale Rehabilitationsverbünde infolge der Empfehlungen der Reha-Kommission von 1992 zu sehen sind.

1. Zur zeitgenössischen Kritik am Rehabilitationswesen

Die bedenkliche Entwicklung der Reha-Forschung zur Legitimationswissenschaft war hauptsächlich dem gesellschaftlichen Problemdruck geschuldet, der ab den 1980er-Jahren verstärkt auf dem Rehabilitationssektor lastete. Im Hinblick auf die damalige gesellschaftliche Wahrnehmung der Rehabilitation ist zunächst eine eigentümliche Ambivalenz zu benennen: Einerseits galt das in der Bundesrepublik ab den 1950er-Jahren aufgebaute Rehabilitationssystem selbst seinen Kritikern als hochentwickelt und „weltweit ohne Parallele“. Andererseits zieht sich durch die zeitgenössische Debatte beständig der Vorwurf, die medizinische Rehabilitation weise in puncto Behandlungsqualität und wirtschaftlicher Effizienz enorme Defizite auf und sei deshalb grundlegend reformbedürftig.[3]

Symptomatisch für die zwiespältige Sichtweise auf das Rehabilitationswesen war etwa ein einschlägiger Presseartikel von 1981, in dem es in einer Mischung aus Anerkennung und Anwurf hieß: „Beim Krankenstand halten sich die Bundesbürger seit langem in der Spitze der Industrieländer, bei den Kuren sind sie unerreicht, denn Heil-, Rehabilitations- und Vorbeugekuren wie hier gibt es in diesem Umfang nirgendwo sonst.“[4] Überspitzt gesprochen haftete dem Rehabilitations- bzw. dem „Kurwesen“ – so der mitunter in abschätziger Intention gebrauchte Begriff – in der Zeit der Makel eines unter medizinischen wie ökonomischen Gesichtspunkten fragwürdigen Freizeitvergnügens auf Kosten der Steuerzahler an. Dieses Bild wurde nicht nur von politischer Seite befeuert, zumal Kürzungen im Rehabilitationssektor im Unterschied zum Rentenbereich nicht als unpopulär galten, sondern auch von den Printmedien: In den 1990er-Jahren richtete etwa der Spiegel an seine Leserschaft die Suggestivfrage: „Sind die Kuren öffentlich finanzierter Urlaub?“, um sie dann in einem lakonischen Artikel über den Therapiealltag in diversen Rehabilitationseinrichtungen selbst zu bejahen: Denn das „frische Luft der verletzten Bandscheibe“ und „eine schöne Landschaft der Wanderniere“ für sich genommen nicht helfen, dürfte auch dem medizinischen Laienpublikum unmittelbar eingeleuchtet haben.[5] Vor dem Hintergrund dieser Pauschalkritik, die sich bisweilen mit qualitativ begründeten Vorbehalten gegenüber dem „Kurwesen“ paarte, ist es zu sehen, dass die Rehabilitationsforschung der Zeit ein verengtes Forschungsprofil

3 Ebd., S. 68.
4 Anonym, Boom im Bad, Der Spiegel,13.07.1981, S. 63 f., S. 64.
5 Anonym, „Erst Fango, dann Tango!“, Der Spiegel, 24.06.1996, S. 106-110.

entwickelte, das vornehmlich auf den Effektivitäts- und Effizienznachweis der bestehenden Reha-Praxis ausgerichtet war.[6]

Kritik an der Rehabilitation war alles in allem nicht neu. Dies schon deshalb nicht, weil die Frage nach der Reichweite und Zielsetzung von rehabilitativen Maßnahmen, ja letztlich sogar die Frage, ob Rehabilitation überhaupt sinnvoll und wünschenswert ist, einem gesellschaftlichen Verständigungsprozess unterliegt und insofern permanent neu ausgehandelt werden muss. Entsprechend wies auch die Reha-Kommission auf die sich stets wandelnde „gesellschaftliche Bedeutung“ der Rehabilitation hin.[7] Gleichwohl wird sich kein Zeitintervall finden, in dem die Rehabilitation ähnlich stark in den Fokus der sozialpolitischen Diskussion gerückt war wie in den 1980er- und 1990er-Jahren.[8] Was waren die zentralen Gründe dafür?

Auf den ersten Blick ließe sich die innere Alterungslogik des Rehabilitationssystems anführen und argumentieren, dass dieses unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten schlichtweg nicht mehr „up to date“ war und deshalb grundlegender Reformen bedurfte. Wenngleich es zutrifft, dass die Rehabilitationsforschung in der zeitgenössischen Wissenschaftslandschaft ein randständiges Dasein führte, greift dieser Erklärungsansatz zu kurz. Die Gründe für die Reformdebatte waren vielschichtiger und verweisen auf die erheblichen sozial- und gesundheitspolitischen Umbrüche der Zeit. Ein erster wichtiger Faktor waren die damaligen Strukturreformen in der Kranken- und (perspektivisch) der Rentenversicherung, wobei auch eine Überprüfung des Rehabilitationswesens angezeigt schien.[9] Darüber hinaus ist die Debatte über die Qualität der rehabilitativen Versorgung durch die Rentenversicherung nicht zu trennen von der übergeordneten Kritik am gegliederten System, das in den Augen seiner zumeist aus medizinischen Berufen stammenden Skeptiker nicht geeignet schien, einen kontinuierlichen Rehabilitationsverlauf von der Kontaktaufnahme bis zur Nachsorge sicherzustellen. Das regional und institutionell zerklüftete Leistungsspektrum, verwaltungstechnisch bedingte Zuständigkeitsregelungen auf der Seite der Kosten- und Leistungsträger und die unzureichende Verzahnung zwischen kurativer und rehabilitativer Versorgung so-

6 Gerdes, Legitimationsforschung, S. 68; siehe auch Alfred Schmidt, Die Rehabilitation in der Rentenversicherung. Gedanken zur Weiterentwicklung, in: Deutsche Rentenversicherung 9/1988, S. 519-563, S. 530 ff.

7 Die Reha-Kommission konstatierte entsprechend: „Die gesellschaftliche Bedeutung der Rehabilitation hat sich in der historischen Entwicklung erheblich gewandelt. Erst allmählich wurden Ausgliederung und Aufbewahrung behinderter und kranker Menschen durch das gesellschaftliche Ziel der sozialen Integration abgelöst. Dieser Wandel war sowohl von philosophischen und religiösen Traditionen begleitet als auch von der Entwicklung der Gesundheits- und Sozialberufe sowie der beteiligten Wissenschaften – insbesondere der Medizin – bestimmt.“ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), Bericht der Reha-Kommission des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger. Empfehlungen zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung (Reha-Kommission), Frankfurt/Main 1992, S. 245.

8 Schmidt, Rehabilitation, S. 519.

9 Ebd., S. 519 f.

wie zwischen den unterschiedlichen Rehabilitationsformen dienten dabei als Beleg für die strukturellen Defizite des gegliederten Systems und mündeten in Forderungen nach einem einheitlichen Rehabilitationsträger. „Wie ein roter Faden zieht sich praktisch bei sämtlichen Krankheitsarten die Kritik an künstlich geschaffenen Abgrenzungskriterien der Sozialleistungsträger, die quer zu den Erfordernissen von sinnvollen Therapieschritten bzw. den Bedürfnissen der Betroffenen liegen“, vermerkte 1988 auch Alfred Schmidt, der seit 1984 dem Vorstand des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) angehörte und zu den profilierten Kennern des deutschen Rehabilitationswesens zählte.[10] Die Strukturdefizite des Rehabilitationswesens und ihre praktischen Auswirkungen waren auch Gegenstand einiger empirischer Untersuchungen; sie wurden etwa in der vielbeachteten „Badura-Studie“ zur Rehabilitationspraxis bei Herzinfarktpatienten von 1987 umfänglich aufgezeigt.[11]

Dass die wissenschaftliche Kritik an der Rehabilitation zunehmend auch in die allgemeine sozialpolitische Debatte einging, ist schließlich vor dem Hintergrund gewandelter wirtschaftlicher und sozialstaatlicher Rahmenbedingungen zu sehen. In langfristiger struktureller Hinsicht wirkte sich die Rezession ab den 1970er-Jahren gravierend auf das Rehabilitationswesen und seine Budgets aus, die im Zuge der Unterfinanzierung sozialstaatlicher Leistungen erheblichen Schwankungen unterlagen. Hinzu kam die ab den 1980er-Jahren in der Politik geführte Debatte über die steigenden Gesundheitsausgaben, die einen polemischen Einschlag entwickelte, der auch in der Öffentlichkeit verfing, und die das Rehabilitationswesen insgesamt in ein verzerrtes Licht rückte.[12]

Seine unzureichende wissenschaftliche Basis, die im Unterschied zu dem pauschalen Verschwendungsvorwurf ein Faktum war, trug ihr Übriges zur zeitgenössischen Legitimationskrise des Rehabilitationswesens bei. Medizinische Experten, die sich vermehrt kritisch Gehör verschafften, beklagten eine „erhebliche Diskrepanz zwischen den hohen Aufwendungen für rehabilitative Maßnahmen einerseits und den vergleichsweise geringen Bemühungen um eine wissenschaftliche Fundierung der rehabilitativen Praxis andererseits“.[13] In der Infragestellung von Wissenschaftlichkeit trafen die Kritiker ohne Zweifel einen neuralgischen Punkt: So haben Experten schon damals auf das „prinzipiell unlösbare Methodenproblem“ der Rehabilitationsforschung verwiesen. Demnach sei es schlichtweg nicht möglich, den „Nachweis eines kausalen Einflusses der Reha-Maßnahmen auf die Erfolgskriterien“ stringent zu führen, da andere nicht-rehabilitative Einflussfaktoren in diesem Wirkungszusammenhang niemals vollends ausgeschlossen werden könnten. „Ein überzeugender, wissenschaftlicher Nachweis dafür, dass die gegenwärtig durchgeführten Re-

10 Ebd., S. 527.

11 Bernard Badura u. a., Leben mit dem Herzinfarkt. Eine sozialepidemiologische Studie, Berlin u. a. 1987. Siehe dazu und für weitere Kritik auch Schmidt, Rehabilitation, S. 522 ff.

12 Marc von Miquel/Anne Schmidt, 125 Jahre Rentenversicherung in Westfalen. Sicherheit für Generationen 1890 bis 2015, Münster 2015, S. 245.

13 Jürgen Bengel/Uwe Koch, Definition und Selbstverständnis der Rehabilitationswissenschaften, in: dies. (Hrsg.), Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung, Berlin/Heidelberg 2000, S. 3-39, S. 4.

ha-Maßnahmen insgesamt erfolgreich sind und den Aufwand lohnen, liegt bisher nicht vor, und es wird ihn auch in Zukunft nicht geben“, vermerkte Gerdes dazu.[14] In dieser Hinsicht befanden sich die zeitgenössischen Verteidiger des Rehabilitationswesens permanent in der Defensive. Es bedurfte nicht zuletzt deshalb eines Ausbaus der systematischen Grundlagen und einer konzeptionellen Neuausrichtung der Rehabilitationsforschung, um das Wechselspiel von bloßer Legitimierung sowie kritischer Delegitimierung in der Debatte über die Rehabilitation zu überwinden.

Zum anderen bezogen sich die Stimmen, die der Rehabilitationsforschung die Wissenschaftlichkeit absprachen, auf die institutionellen Rahmenbedingungen für die Forschung. Tatsächlich ist in der Bundesrepublik bis in die 1990er-Jahre eine problematische Infrastruktur für die Rehabilitationsforschung festzustellen. Zwar wurden schon in den 1980er-Jahren einige Forschungseinrichtungen gegründet und empirische Projekte zur Rehabilitation durchgeführt, wobei neben der schon genannten „Badura-Studie“ etwa die Arbeiten von Michael Schuntermann und Ferdinand Schliehe beim Verband Deutscher Rentenversicherungsträger oder aber die Arbeitsgruppe um den Arzt Werner Müller-Fahrnow bei der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte hervorzuheben sind, die erstmals systematisch statistische Daten der BfA auswerten konnte. Darüber hinaus waren auch auf regionaler Ebene bereits Veränderungen zu verzeichnen: Einige Regionalträger griffen die Kritik an der Wissenschaftsferne der Rehabilitation unumwunden auf, so etwa die LVA Westfalen, die bereits 1988 ein Institut für Rehabilitationsforschung errichtete.[15]

Insgesamt kann die Rehabilitationswissenschaft der Zeit gleichwohl nicht als institutionalisiert gelten – ein Umstand, der wesentlich zu ihren Akzeptanzproblemen in der Wissenschaftslandschaft beitrug. Rehabilitative Forschungsthemen wurden in den medizinischen Fachbereichen und Fakultäten der Universitäten zwar „an einigen sozialmedizinischen Abteilungen und Abteilungen für Physikalische Medizin mitbearbeitet“, wie ein Überblicksaufsatz rückblickend feststellt. Doch „Spezialabteilungen, die die Voraussetzungen zur längerfristigen wissenschaftlichen Befassung mit rehabilitationswissenschaftlichen Fragen aufwiesen“, gab es bis auf wenige Ausnahmen nicht.[16] Indem sie diese und andere Schwachstellen zutage beförderte, geriet die zeitgenössische Reformdebatte zum Impulsgeber für die konzeptionelle und strukturelle Weiterentwicklung des Rehabilitationswesens, die in den 1990er-Jahren erfolgen sollte.

14 Gerdes, Legitimationsforschung, S. 71. Die in den offiziellen Statistiken des VDR ausgewiesenen Erfolgsquoten waren für Gerdes nicht evident. Er wies darauf hin, dass sich ein solcher Nachweis lediglich im Wege eines randomisierten Kontrollgruppenvergleichs führen ließe, der aus ethischen und juristischen Gründen gleichwohl ausscheide. Vgl. ebd., S. 70-72.

15 Vgl. Miquel/Schmidt, 125 Jahre, S. 241.

16 Bengel/Koch, Rehabilitationswissenschaften, S. 4.

2. Professionalisierung durch Expertise: Die Reha-Kommission

Ein zentraler Adressat der Kritik am Rehabilitationswesen war die Rentenversicherung als federführender Kostenträger von rehabilitativen Maßnahmen. Sie war es, die sich an erster Stelle gegenüber den polemischen Anwürfen auf die Rehabilitation und die starke Unterstellung einer sorglos praktizierten Ressourcenverschwendung verteidigen musste. Die politische Debatte über die steigenden Gesundheitskosten, die sich ab den 1980er-Jahren vor dem Hintergrund sozialstaatlicher Ressourcenprobleme entfaltete, erstreckte sich in zunehmendem Maße auf das Rehabilitationswesen. Sie erreichte in den frühen 1990er-Jahren ihren Höhepunkt, als die Gesamtaufwendungen für rehabilitative Leistungen innerhalb weniger Jahre erheblich gestiegen waren, was die Rentenversicherung mit dem gewachsenen Aufgabenumfang infolge der Wiedervereinigung begründete.[17] Dieser Sacheinwand blieb aufseiten der Politik jedoch weitgehend ungehört: Der Gesetzgeber verordnete dem Rehabilitationswesen ab Mitte der 1990er-Jahre vielmehr eine rigide Sparpolitik und deckelte erstmals die Budgets, um dem vermeintlichen Verschwendungsgebaren Einhalt zu gebieten.[18]

Was bei dieser pauschalen Unterstellung übersehen (oder aber bewusst beiseite geschoben) wurde, war das vorrangige Interesse der Kostenträger an einem ausgewogenen Verhältnis von Wirtschaftlichkeit und medizinischer Qualität in der rehabilitativen Versorgung. Denn mit der Behandlungsqualität erhöhen sich die Erfolgschancen der Rehabilitation, was Kostensteigerungen durch die Auszahlung erhöhter Erwerbsminderungsrenten verhindert. Diesem übergeordneten Ziel waren beispielsweise die kritischen Interventionen von Alfred Schmidt verpflichtet, zugleich einer der wesentlichen Initiatoren der Reha-Kommission. Schmidts in den späten achtziger Jahren in mehreren Aufsätzen entwickelten „Problemanalysen zum bestehenden Rehabilitationssystem“ waren ebenso informierte wie ungeschönte Bestandsaufnahmen, deren Befunde unmittelbar in die Arbeit der Enquete-Kommission „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“ sowie der Reha-Kommission einflossen.[19] Mehr noch als die externe Kritik prägte insofern die fachöffentliche Debatte über die wissenschaftlichen Defizite des Rehabilitationswesens dessen zukünftige Weiterentwicklung.

Aufgrund des gewachsenen gesellschaftlichen Legitimationsdrucks, aber auch in Hinsicht auf neuere gesundheits- und versorgungswissenschaftliche Konzepte der aufkommenden Public Health-Forschung, sah sich die Rentenversicherung an der Wende zu den

17 Vgl. Rolf Rosenbrock/Thomas Gerlinger, Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, 3., vollst. überarb. Aufl., Bern 2014, S. 308, Tab. 8-10: Aufwendungen für Leistungen zur Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung 1991-2011; zur zeitgenössischen Argumentation der Rentenversicherung siehe etwa Eberhard Schaub, Rehabilitation in der Rentenversicherung im Zeichen der Spargesetze. Umbruch und Perspektiven, in: Deutsche Rentenversicherung 5/6 1997, S. 265-276, bes. S. 267.

18 Siehe dazu ausführlich Schaub, Rehabilitation.

19 Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), Bericht der Reha-Kommission, S. 45. Schmidt war beim VDR gemeinsam mit seinem alternierenden Vorstandsvorsitzenden Werner Doetsch einer der wesentlichen Initiatoren der Reha-Kommission.

1990er-Jahren zu einer grundlegenden „Strukturuntersuchung“ des Rehabilitationssystems veranlasst.[20] Im Frühjahr 1989 sprach sich die Selbstverwaltung des VDR dafür aus, eine „Kommission zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung“ einzusetzen. Bei der Reha-Kommission, die sich am 17. März 1989 konstituierte, handelte es sich um ein Experten- und Sachverständigengremium, in dem die zentralen Akteure des westdeutschen Rehabilitationswesens repräsentiert waren. Sie bestand aus 30 Mitgliedern, darunter zwölf Mitglieder aus der Selbstverwaltung, wobei sechs eine ausschließliche Beratungsfunktion wahrnahmen, sieben Geschäftsführer von einzelnen Regionalträgern, drei Ärzte der Rentenversicherung, drei Wissenschaftler sowie fünf Fachärzte. Hinzu kamen weitere Mitarbeitende, zumeist Juristen, Verwaltungsfachleute, Ökonomen, Sozialwissenschaftler und Mediziner, in den insgesamt sechs Arbeitsbereichen „Recht und Struktur“, „Sozialmedizinische Grundlagen“, „Rehabilitationskonzepte“, „Epidemiologie/EDV-Verfahren“, „Verwaltung“ sowie „Wissenschaft und Lehre“.[21]

Die Reha-Kommission hatte die übergeordnete „Aufgabe, eine problemorientierte Bestandsaufnahme der medizinischen Rehabilitation in der Rentenversicherung durchzuführen und auf dieser Grundlage gezielte Vorschläge für deren Weiterentwicklung vorzulegen“. Die Bestandsaufnahme war umfassend angelegt und galt den „rechtlichen und institutionellen Rahmenbedingungen“, der „administrativen Planung und Organisation“, den „sozial- und epidemiologischen Grundlagen“, der „Angebots- und Versorgungsstruktur“ sowie dem „Inanspruchnahme- und Mitwirkungsverhalten der Versicherten“. Die Vorschläge zur Weiterentwicklung wiederum waren vornehmlich auf das engere rehabilitative Handlungsfeld der Rentenversicherung, also vor allem die medizinische Rehabilitation, zu beziehen, wenngleich „Interdependenzen zu anderen Entscheidungsbereichen und übergreifende Entwicklungsperspektiven“ von der Kommission ebenfalls aufgezeigt werden sollten.[22] Für die Durchführung der Untersuchung wurde ein Zeitrahmen von zwei Jahren veranschlagt. Mit Erscheinen des Abschlussberichts, der die einschlägigen Empfehlungen zur Weiterentwick-

20 Siehe für zeitgenössische Perspektiven Friedrich Wilhelm Schwarz u. a. (Hrsg.), Public health. Texte zu Stand und Perspektiven der Forschung, Berlin u. a. 1991, bes. den Aufsatz von Bernard Badura/Harald Lehmann, Sozialpolitische Rahmenbedingungen, Ziele und Wirkungen von Rehabilitation (S. 557-570). Badura gehörte als Experte der Reha-Kommission an. Siehe für neuere Perspektiven Thomas Schott/Claudia Hornberg (Hrsg.), Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft, Wiesbaden 2011.

21 Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), Kommission zur Weiterentwicklung der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung, Bd. 1: Rahmenkonzept für die Arbeit der Reha-Kommission. Aufgaben, Ziele, Arbeitsprogramm, Darmstadt 1989, S. 7 ff. Die Zusammensetzung erfuhr in den Folgejahren einige personelle Veränderungen. Im Laufe ihres Bestehens wirkten insgesamt 120 Personen an der Reha-Kommission mit. Vgl. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), Bericht der Reha-Kommission, S. III-IV, sowie Herbert Rische, Rehabilitation durch die gesetzliche Rentenversicherung – Ergebnisse einer Reformdiskussion und ihrer Umsetzung, in: Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (Hrsg.), Rehabilitation 1992. Vorträge zum Rehabilitations-Forum der BfA vom 30. bis 31. März 1992 in Berlin, Berlin 1992, S. 9-24, S. 9.

22 Vgl. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), Kommission zur Weiterentwicklung der Rehabilitation, Bd. 1: Rahmenkonzept, S. 5 f.

lung des Rehabilitationswesens enthält, war die Arbeit der Reha-Kommission im Dezember 1991 abgeschlossen.

Im Hinblick auf die konzeptionelle Ausrichtung und institutionelle Verankerung der Rehabilitationsforschung markierten die Empfehlungen der Expertenkommission zweifellos einen Wendepunkt. Zugespitzt formuliert erlangte die Rehabilitationswissenschaft erst infolge der Kommissionsarbeit die Konturen einer Fachdisziplin, die an der Wende zu den 2000er-Jahren bereits eine deutlich engere Anbindung an Universitäten und Forschungsinstitutionen aufwies und interdisziplinär, multiperspektivisch und praxisnah ausgerichtet war.

Diese Entwicklung ist nicht zu verstehen ohne zwei Kernimpulse, die von der Reha-Kommission ausgingen. Erstens unterstrichen die Experten die „gesundheits- und sozialpolitische Bedeutung der Rehabilitation“, die nach Einschätzung der Kommission aufgrund der Zunahme von chronischen Krankheiten, des demographischen Wandels und dessen Auswirkungen auf die Lebensarbeitszeit sowie der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen künftig noch zunehmen werde.[23] Das grundlegende Bekenntnis zur gesellschaftlichen Relevanz des Rehabilitationswesens, das in Anbetracht der kritischen Tendenzen der Zeit keinesfalls selbstverständlich war, bildete die zentrale Voraussetzung für die nachfolgenden Verwissenschaftlichungs- und Professionalisierungsprozesse.

Ein zweiter Kernimpuls bestand in dem veränderten Umgang der Kommission mit der wissenschaftlichen Kritik am Rehabilitationswesen, die nicht mehr abgewehrt, sondern selbstkritisch aufgegriffen und in die Reformüberlegungen integriert wurde. Diesem neuen Ansatz entsprach die personelle Zusammensetzung der Kommission, in der sich unter anderem Kritiker des Rehabilitationswesens aus Wissenschaft und Praxis fanden.[24] Konnten Skeptiker zuvor mit viel Recht darauf verweisen, dass die bisherige Strategie der Rehabilitationsforschung wissenschaftlichen Ansprüchen nicht genügt, so analysierte die Kommission die bestehenden Probleme nunmehr offen und scharf: „Die Entwicklungen des Rehabilitationssystems auf der rechtlichen, beruflichen und institutionellen Ebene haben in Wissenschaft und Forschung keinen vergleichbaren Niederschlag gefunden“, lautete der nüchterne Befund der Experten, die weiter ausführten: „Die fehlende Verankerung der Rehabilitation im Wissenschaftssystem hat zur Folge, dass Rehabilitationsforschung und die

23 Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), Bericht der Reha-Kommission, S. 247.

24 Dem einschlägigen Kommissions-Bereich „Wissenschaft und Praxis“ gehörten an: Prof. Dr. Bernard Badura, Soziologe und Gesundheitswissenschaftler; Dr. med. Rainer Buchwalsky; 1973 bis 1999 Chefarzt und Ärztlicher Direktor der Schüchtermann Klinik in Bad Rothenfelde; Prof. Dr. med. Hermann Delbrück, 1986 bis 2004 Chefarzt der Klinik Bergisch Land Wuppertal, Schwerpunkte: Tumornachsorge und Rehabilitation; Dr. med Wolfgang Eissenhauer; Dr. med. Günther F. Finkbeiner, 1986 bis 2005 Chefarzt der Rehaklinik Blieskastel/Saar; Prof. Dr. med. Jürgen Fischer, ab 1983 Leiter der Klinik Norderney; Prof. Dr. med. Max Fliedner; Dr. med. Helmut Hollstein, Projektgruppenleiter Fachklinik Eußerthal, Schwerpunkt: Sucht; Prof. Dr. med Klaus Jork, Direktor des Instituts für Arbeitsmedizin an der Universitätsklinik Frankfurt; Dr. med. Wolfgang König, Internist und Kardiologe, ab 1986 Arzt für Innere Medizin an der medizinischen Klinik der Universität Ulm; Dr. med. Djurdjica Migeod-Pesut; Dr. med. Dietz von Stetten; Dr. med. Gabriele Wille, Leitende Ärztin der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA).

wissenschaftliche Kommunikation auf diesem Fachgebiet nur unsystematisch und unzusammenhängend erfolgt. Dementsprechend ist auch der Transfer von wissenschaftlichen Ergebnissen in die Praxis unzureichend [...].“[25]

Unter Anerkennung dieser Defizite plädierte die Reha-Kommission zugunsten einer verbesserten institutionellen und konzeptionellen Einbettung der Rehabilitationsforschung in das interdisziplinäre Wissenschaftssystem. Die Professionalisierung der Rehabilitationsforschung entsprach auch den Interessen der Rentenversicherung, die unter dem Druck begrenzter Ressourcen stand und deshalb veranlasst war, die vorhandenen Mittel zielgenau und effektiv einzusetzen.[26] Hierfür war „eine verbesserte Steuerung der Inanspruchnahme wie auch eine Überprüfung und Sicherung der Durchführungs- und Ergebnisqualität einzelner Angebote bzw. Angebotsformen“ eine zentrale Voraussetzung, wie die Rehabilitationswissenschaftler Koch und Bengel zutreffend argumentierten. Vor diesem Hintergrund gewann die Rehabilitationsforschung in der Rentenversicherung mehr und mehr an Akzeptanz: „Forschung wird hier inzwischen nicht mehr als Störfaktor bürokratischer Routine und als Element der Verunsicherung erlebt, sondern als ein Instrument aufgefasst, das Beiträge zu Fragen der Effektivität und Effizienz der Angebote, der Rehabilitationsbedürftigkeit und Bedarfsplanung, der Qualitätsentwicklung und -kontrolle sowie der Entwicklung krankheitsspezifischer Konzepte leisten kann.“[27] Kurzum: In zunehmendem Maße wurden in der Rentenversicherung die vielseitigen Nutzungsmöglichkeiten und Anwendungspotenziale einer verwissenschaftlichten Rehabilitationsforschung erkannt – ein Umdenkprozess, der sich bereits ab den 1980er-Jahren abgezeichnet hatte und durch die Arbeit der Reha-Kommission einen nachhaltigen Schub erhielt.

Bereits in der Debatte über die Flexibilisierung der rehabilitativen Versorgung in den 1980er-Jahren hatte sich unter Bezugnahme auf gesundheits- und sozialwissenschaftliche Expertise eine ganzheitliche Betrachtungsweise durchgesetzt, wonach rehabilitative Maßnahmen vorrangig an dem individuellen physischen, psychischen und sozialen Bedarf des Patienten auszurichten seien.[28] Damit wurde dem Paradigmenwechsel vom biomedizinischen zum biopsychosozialen Modell von Krankheit und Gesundheit Rechnung getragen,

25 Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), Bericht der Reha-Kommission, S. 246.

26 Dieses Spannungsfeld beschäftigt die Rehabilitationsexperten bis in die Gegenwart. Vgl. Axel Reimann, Die Rehabilitation in der Rentenversicherung, in: Eberhard Eichenhöfer/Herbert Rische/Winfried Schmähl (Hrsg.), Handbuch der gesetzlichen Rentenversicherung SGB VI, Köln 2011, S. 473-496, S. 495: „Der steigende Bedarf und die erhöhten Anforderungen an die Rehabilitation müssen mit den begrenzten finanziellen Möglichkeiten so in Übereinstimmung gebracht werden, dass die erreichte Qualität und Effektivität der Rehabilitation möglichst noch weiter erhöht wird.“

27 Vgl. Koch/Bengel, Rehabilitationswissenschaften, S. 7 f.

28 Silke Brüggemann/Rolf Buschmann-Steinhage/Verena Pimmer, Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung – für Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, in: Schott/Hornberg (Hrsg.), Public Health, S. 401-417, S. 401 u. 406 f.

der bei der Weltgesundheitsorganisation erfolgt war.[29] Der ganzheitliche Ansatz prägte einen erweiterten Rehabilitationsbegriff, der – wie Koch und Bengel ausführten – „primär auf die individuellen und sozialen Auswirkungen von (chronischer) Krankheit, Unfall und angeborenem Leiden oder des Alterns“ fokussiere. Unter Rehabilitation seien insofern sämtliche „Bemühungen zu verstehen, die Funktionsstörung nicht zu einer dauerhaften Einschränkung bzw. Beeinträchtigung der persönlichen, sozialen und beruflichen Lebensumstände werden zu lassen oder zumindest die Auswirkungen auf die genannten Lebensbereiche auf ein Minimum zu reduzieren“.[30]

Die Reha-Kommission erkannte „den ganzheitlichen und interdisziplinären Ansatz“ vollumfänglich an und empfahl, ihn „konsequent weiterzuentwickeln“. Im Mittelpunkt der Rehabilitation müsse „der aktiv mitwirkende und mitverantwortliche Patient“ mit seinem individuellen Rehabilitationsbedarf stehen. Dem ambitionierten theoretischen Ansatz stand jedoch eine unzulängliche Praxis gegenüber, die von starren Behandlungsroutinen, einem monotonen stationären Behandlungssetting, komplizierten verwaltungstechnischen Zuständigkeitsstrukturen sowie fehlenden Übergängen zwischen kurativer Behandlung, Rehabilitation und Nachsorge gekennzeichnet war.[31] Insofern erachtete die Kommission strukturelle wie konzeptionelle Veränderungen im rehabilitativen und rehabilitationswissenschaftlichen Feld für dringend erforderlich. Dazu führten die Experten aus: „Um eine umfassende und kontinuierliche Versorgung in der Rehabilitation uneingeschränkt zu verwirklichen, ist ein Zusammenwirken aller beteiligten Einrichtungen und Gesundheitsberufe erforderlich. Dieses Zusammenwirken setzt eine enge Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger aller beteiligten Trägerbereiche voraus, die deshalb auf allen Ebenen weiter ausgebaut werden sollte.“[32] Darin enthalten war zugleich eine unmissverständliche Absage

29 Vgl. Koch/Bengel, Rehabilitationswissenschaften, S. 9. Zur historischen Genese des Modells, das aus unterschiedlichen Ansätzen wie der Risikofaktorenforschung, der Systemtheorie sowie der Stressforschung hervorging, siehe Helmut Pauls, Das biopsychosoziale Modell – Herkunft und Aktualität, in: Resonanzen. E-Journal für Biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung, 1/1993, S. 15-31.

30 Koch/Bengel, Rehabilitationswissenschaften, S. 9.

31 Dazu pointiert Alfred Schmidt, Kontinuität und Qualität in der Therapie und Rehabilitation chronisch Kranker, in: Die Betriebskrankenkasse 10/1988, S. 286-300, S. 287: „Betrachtet man – sozusagen aus der Vogelperspektive – die Kritik, dann läuft sie kurz gesagt auf eine zu starke Zentralisierung und Institutionalisierung der Rehabilitation, auf das Fehlen adäquater ambulanter rehabilitativer Maßnahmen sowie auf Defizite in der psycho-sozialen Rehabilitation hinaus. Abgesehen davon, dass sie häufig zu spät kommt, heißt es, dass der weg von der Prävention über die kurative Medizin zur Rehabilitation und Nachsorge nicht nahtlos genug ist und die Zuständigkeiten der einzelnen Sozialversicherungszweige häufig den sinnvollen Ablauf von Therapie und Rehabilitation stören. Während die Theorie sich durch eine ganzheitliche Betrachtungsweise auszeichnet, folgt die Praxis zerstückelten Zuständigkeiten und verwaltungstechnisch zustande gekommenen Finanzierungsströmen.“ Siehe ferner ders., Die Behandlung chronisch Kranker – Gibt es ein Konzept der Sozialversicherung, in: Die Betriebskrankenkasse 7-8/1989, S. 402-411; ders., Rehabilitation.

32 Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), Bericht der Reha-Kommission, S. 11.

an die wiederholt aufgestellte Forderung nach einem einheitlichen Rehabilitationsträger, da eine derartige Organisationsstruktur „die Vorteile der einheitlichen Risikozuordnung, der Arbeitsteilung und Spezialisierung nicht zum Tragen“ bringen würde.[33]

In organisatorischer Hinsicht zielten die Empfehlungen der Reha-Kommission vielmehr auf eine Dezentralisierung der Rehabilitation und die dafür erforderliche Intensivierung regionaler Kooperationen ab. Dazu zählte erstens die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den Rehabilitationsträgern, wobei sich die Kommission gegen das starre Konzept eines ordnenden Gesamtplans und für das Instrument von zwischen den Trägern zu schließenden Vereinbarungen aussprach, was dem erhöhten Abstimmungsbedarf in den Regionen nach Auffassung der Kommission besser entsprach.[34] Die Federführung über die regionalen Verbünde wie auch die gesamte Strukturverantwortung in der medizinischen Rehabilitation reklamierte die Kommission für die Rentenversicherung, wobei auf das Prinzip der einheitlichen Risikozuordnung verwiesen wurde. Zudem verfüge die Rentenversicherung „aufgrund jahrzentelanger Erfahrungen über ein umfassendes Know-how und über spezifische fachliche und institutionelle Ressourcen, um die Rehabilitation optimal zu gestalten“.[35]

Zugleich war sich die Kommission darüber im Klaren, dass die avisierten Strukturreformen der Flankierung durch eine zeitgemäße Rehabilitationsforschung bedurften. So erachteten die Experten „die angemessene Verankerung der Rehabilitationswissenschaften in den relevanten Fachbereichen (insbesondere Medizin, Psychologie, Pädagogik, Soziologie, Volkswirtschaft, Betriebswirtschaft) an Universitäten und Hochschulen“ und „deren Einführung als eigenständiges, interdisziplinäres Forschungs- und Lehrgebiet innerhalb des Wissenschaftssystems“ als zentrale Voraussetzung, „um für die Rehabilitation eine systematische wissenschaftliche Grundlage zu schaffen und die Praxis der Rehabilitation weiterzuentwickeln“. Diesem Plädoyer folgend, unterbreitete die Kommission für den Bereich „Wissenschaft und Forschung“ mehrere „Zielperspektiven“. Im Hinblick auf die gewünschte multidisziplinäre Ausrichtung prägte sie zunächst einen erweiterten Gegenstand der Rehabilitationswissenschaften, der darin bestünde, „die nachteiligen Auswirkungen von Krankheiten und Behinderungen aufzudecken und Konzepte aufzuzeigen, diesen vorzubeugen und entgegenzuwirken“. Grundlage dafür seien „insbesondere Erkenntnisse zu Bedingungen, Entstehungszusammenhängen und Verläufen von funktionellen Erkrankungen und sozialen bzw. beruflichen Beeinträchtigungen“. Hieraus resultierte wiederum eine zweifache Ausrichtung der Rehabilitationswissenschaft, die zum einen als universitäre Grundlagenforschung, zum anderen als anwendungsorientierte Forschung zu betreiben sei, wobei die Kommission die enge Anbindung an die Praxis für beide Bereiche ausdrücklich empfahl.[36]

Forschungsbedarf erblickten die Experten in unterschiedlichen Bereichen des rehabilitationswissenschaftlichen Feldes. An vorderster Stelle stand die Empfehlung zur Weiterent-

33 Ebd., S. 13.
34 Ebd., S. 19.
35 Ebd., S. 13 f. u. 20, für das Zitat S. 13.
36 Vgl. auch für die Zitate ebd., S. 39.

wicklung des funktions- bzw. leistungsdiagnostischen Instrumentariums, auf dessen methodische Mängel ein Gutteil der Fachkritik bezogen war. Von präzisen wissenschaftlichen Untersuchungen hierzu versprach man sich, „die Vorhersage von Krankheitsverläufen und Krankheitsfolgen insbesondere im Hinblick auf die erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit zu verbessern“.[37] In praktischer Hinsicht zielte die Fortentwicklung der Krankheitsfolgenprognostik auf eine passgenaue Frühintervention sowie auf die engere Verzahnung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation ab, die als ein wesentliches Problemfeld des zeitgenössischen Rehabilitationswesens galt. Darüber hinaus sprach sich die Kommission für einen Ausbau des regionalen Beratungsangebotes durch die Fachberatungsdienste aus, der ebenfalls unter wissenschaftlicher Begleitung erfolgen sollte. Weiteren Forschungsbedarf verortete die Reha-Kommission bei der sozialmedizinischen Begutachtung, den Fragen von Krankheitsbewältigung und Lebensstilanpassung sowie den bestehenden rehabilitativen Versorgungsstrukturen.[38]

Dass die Experten der Reha-Kommission drängenden Handlungsbedarf sahen, illustrieren die nachfolgenden Vorschläge zum Ausbau der finanziellen Förderung der Rehabilitationswissenschaften durch die Rentenversicherung. Erstens und grundlegend empfahlen Experten, das Fördervolumen für die Forschung „stufenweise“ auf bis zu 1% der Gesamtaufwendungen für rehabilitative Maßnahmen anzuheben. Darüber hinaus sollten die Träger der Rentenversicherung die Verankerung der Disziplin an wissenschaftlichen Einrichtungen unterstützen und zu diesem Zweck etwa vermehrt Stiftungslehrstühle an Hochschulen einrichten. Um die Kommunikation zwischen den Akteuren aus Wissenschaft und Praxis zu vereinfachen, regte die Kommission die Gründung einer rehabilitationswissenschaftlichen Gesellschaft sowie die Herausgabe einer Fachzeitschrift an. Die Errichtung einer eigenen rehabilitationswissenschaftlichen Abteilung bei der Rentenversicherung wiederum befürwortete die Kommission zwar grundsätzlich, verlegte sich jedoch auf die Empfehlung, dies zunächst genauer zu sondieren. Indes sollten gemäß den Vorstellungen der Kommission in ausgewählten Rehabilitationseinrichtungen wissenschaftliche Abteilungen mit universitärer Anbindung eingerichtet werden und sich vorrangig mit der Krankheitsfolgen- und Therapieforschung befassen. Den einzelnen Rentenversicherungsträgern wurde zudem nahegelegt, „wissenschaftliche Einheiten zur Unterstützung der Infrastruktur“ einzurichten.[39]

37 Ebd., S. 40.
38 Ebd., S. 40 f.
39 Ebd., S. 41.

3. Vernetzung, Verwissenschaftlichung und Professionalisierung in der Region

Die Geschichte der Bundesrepublik kennt eine Vielzahl an Expertenkommissionen, seit sich dieses politische Steuerungsinstrument im Zuge der Verwissenschaftlichung von Politik ab den 1960er-Jahren vermehrt durchgesetzt hat.[40] Dabei lassen sich Kommissionen mit hohem gesellschaftlichem Wirkungsgrad – etwa die Deutsche Atomkommission der 1950er- oder aber die Hartz-Kommission der 2000er-Jahre – von solchen mit niedrigem unterscheiden. Es gibt – wie es der Historiker Wilfried Rudloff prägnant formulierte – „günstige wie ungünstige Wirksamkeitsbedingungen und effektive wie uneffektive Fälle von Politikberatung“.[41] Um den Einfluss der Reha-Kommission auf die Rehabilitationswissenschaft beurteilen zu können, ist daher abschließend ein flüchtiger Blick auf deren institutionelle und konzeptionelle Weiterentwicklung in den 1990er-Jahren zu werfen, wobei sich Prozesse der Regionalisierung, der Verwissenschaftlichung und der Professionalisierung miteinander verbanden. Dabei ist insbesondere auf die Rentenversicherung als federführender Akteur des Rehabilitationsgeschehens einzugehen, die nicht nur Kostenträger war, sondern die Reformen der 1990er-Jahre inhaltlich aktiv mitgestaltete und vielschichtige Maßnahmen zur Umsetzung der Kommissionsempfehlungen unternahm.[42]

Bereits 1993 führte die Rentenversicherung ein Qualitätssicherungsprogramm für die medizinische Rehabilitation ein. Durch die fortlaufende Überprüfung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der dort eingebundenen Reha-Einrichtungen – 2011 waren es bereits über 950 – konnten veraltete, dem Kurwesen verhaftete Behandlungsroutinen zurückgedrängt und die Transparenz des Leistungsgeschehens insgesamt stark erhöht werden.[43] Eine zweite unmittelbare Folge der Kommission war die Etablierung eines wissenschaftsbasierten Rahmenkonzepts für die medizinische Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung, das 1992 erstmals veröffentlicht und entsprechend des Wandels wissenschaftlichen Wissens seither mehrfach angepasst wurde. Es gründete auf dem bereits erwähnten biopsychosozialen Modell der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und führte dazu, dass neben den personenbezogenen Faktoren den Umwelt- und Kontextfaktoren wesentlich stärkere Bedeutung für den Rehabilitationserfolg beigemessen wurde. Durch die Einbeziehung interdisziplinärer wissenschaftlicher Expertise brach die einseitige biomedizinische Ausrichtung zunehmend auf und wurde durch einen ganzheitlichen Ansatz ersetzt, der in der Praxis wiederum zu neuartigen Konzepten führte. Zu denken ist hier etwa an die Etablierung von Nachsorgemaßnahmen und Patientenschulungen, die bei den Risikofaktoren des einzelnen Rehabilitanden ansetzen und diesen – durchaus im präventiven Sinne – bei der Anpassung seines Verhaltens und Lebensstils an die chronische Erkrankung unterstützen sollen.[44]

40 Siehe dazu grundlegend Stefan Fisch/Wilfried Rudloff (Hrsg.), Experten und Politik. Wissenschaftliche Politikberatung in geschichtlicher Perspektive, Berlin 2004.
41 Wilfried Rudloff, Einleitung: Politikberatung als Gegenstand historischer Betrachtung. Forschungsstand, neue Befunde, übergreifende Fragestellungen, in: ebd., S. 13-57, S. 17.
42 Brüggemann/Buschmann-Steinhage/Pimmer, Rehabilitation, S. 404.
43 Ebd.
44 Ebd., S. 405 u. 409.

Darüber hinaus erfuhr die Infrastruktur für die rehabilitationsbezogene Forschung durch die Impulse der Reha-Kommission einen erheblichen Ausbau. Im Zuge der 1990er-Jahre wurden unter finanzieller Förderung der Rentenversicherungsträger an mehreren Universitäten Stiftungsprofessuren für die rehabilitationswissenschaftliche Forschung eingerichtet, etwa an den Standorten Berlin, Freiburg, Lübeck und Witten-Herdecke. Ferner wurden die rehabilitationswissenschaftlichen Schwerpunkte, die an einigen wenigen Forschungseinrichtungen bereits existierten, im Anschluss an die Reha-Kommission ausgebaut, wofür die erhöhte Drittmittelförderung durch die Rentenversicherung eine entscheidende Voraussetzung darstellte. Eine spezielle Entwicklung war an der Berliner Humboldt-Universität zu verzeichnen: Dort wurde Anfang der 1990er-Jahre ein eigenständiges Institut für Rehabilitationswissenschaften gegründet, dem aufgrund seiner Größe und Ausstattung eine Pfadfinderrolle für die interdisziplinäre rehabilitationswissenschaftliche Forschung zukam. Es bestand anfänglich aus sieben Professuren für das Feld der schulisch-pädagogischen Rehabilitation sowie weiteren sieben Professuren, die sich mit der medizinischen Rehabilitation befassten. Die Schwerpunkte der einzelnen Professuren lagen in den Bereichen methodische Grundlagen der Rehabilitation, Rehabilitationspsychologie, allgemeine Rehabilitationspädagogik, Rehabilitationssoziologie, Evaluationsforschung sowie Rehabilitationstechnik. Für die Qualitätssicherung und Systemforschung wurde wiederum eine Stiftungsprofessur eingerichtet, womit weite Teile des rehabilitationswissenschaftlichen Themenspektrums abgedeckt waren.[45]

Während an den Stiftungslehrstühlen und Fachbereichen zumeist lediglich über einen limitierten Zeitraum anwendungsorientiert zu einer speziellen Fragestellung oder Teilaspekten geforscht wurde, ermöglichte die Infrastruktur des Berliner Instituts auch die Durchführung von aufwendigen interdisziplinären Forschungsprojekten. Dies führte insgesamt zu einer erheblichen Erweiterung von rehabezogenem Wissen, insbesondere in Hinsicht auf die Abschätzbarkeit von Verlaufsprozessen bei chronischen Krankheiten. Damit fand eine der wesentlichen Empfehlungen der Reha-Kommission, die sich für eine Verbesserung der Krankheitsfolgenprognostik ausgesprochen hatte, ihren Niederschlag.[46]

Die Förderungsaktivitäten, die die Rentenversicherung in den 1990er-Jahren zugunsten der Rehabilitationsforschung entfaltete, erstreckten sich neben der Hochschullandschaft auch auf das außeruniversitäre Feld und die Kosten- und Leistungsträger selbst: So errichteten die beiden großen damaligen Dachverbände, die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) und der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR), jeweils eigene rehabilitationswissenschaftliche Abteilungen. Ähnliche Entwicklungen waren auch auf der regionalen Ebene zu verzeichnen. Unter dem Eindruck der Befunde der Reha-Kommission

45 Die Lehrstühle waren mit ausgewiesenen Experten besetzt. Beispielhaft sei nur der Inhaber der Stiftungsprofessur hervorgehoben, der 2008 verstorbene Arzt und Psychologe Werner Müller-Fahrnow, der in einem Nachruf als „Motor einer wissensbasierten Weiterentwicklung vor allem der medizinischen Rehabilitation“ gewürdigt wurde. Vgl. Uwe Koch, Zum Tode von Werner Müller-Fahrnow, in: Rehabilitation 47 (2008), H. 5, S. 264.

46 Vgl. Koch/Bengel, Rehabilitationswissenschaften, S. 4 f.

trieben einige Rentenversicherungsträger die Gründung von eigenen Forschungsinstituten sowie von regionalen Fördervereinen voran.[47]

Einen massiven Entwicklungsschub erfuhr die rehabilitationswissenschaftliche Forschung in Deutschland Mitte der 1990er-Jahre. Auf die gemeinsame Initiative von Rentenversicherung und Bundesforschungsministerium hin wurde im Rahmen des damaligen Gesundheitsforschungsprogramms des Bundes der Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“ eingerichtet. Dabei handelte es sich um ein neuartiges Modell der gemeinsamen Forschungsförderung durch einen großen Sozialleistungsträger und ein Bundesministerium, das sich strukturell bewährte und in der Folge zur Blaupause für weitere Kooperationen geriet.[48] Der Förderschwerpunkt war umfassend angelegt und zielte darauf ab, „Qualität und Umfang der Reha-Forschung zu steigern“ sowie neue Forschungseinrichtungen im inner- wie außeruniversitären Bereich zu schaffen. Dafür stand ein Gesamtvolumen von 80 Mio. DM zur Verfügung, das paritätisch von Rentenversicherung und Ministerium getragen wurde. Vorrangig sollte im Rahmen des Förderschwerpunktes über einen Zeitraum von sechs Jahren die Gründung von mehreren regionalen Forschungsverbünden erfolgen. 1996 erfolgte die öffentliche Ausschreibung des Förderschwerpunktes, wobei die eingereichten Verbundvorschläge von einem unabhängigen und international besetzten Gutachtergremium evaluiert wurden. Ab 1998 wurden in einer ersten Phase 85 Projekte gefördert, wobei nach drei Jahren eine erste Zwischenevaluation mit positiver Option auf eine dreijährige Verlängerung vorgesehen war.[49]

Bis 2007, als der Schwerpunkt auslief, waren insgesamt acht regionale Forschungsverbünde sowie rund 160 Forschungsprojekte gefördert worden.[50] Dabei wurde auf eine breite geographische Verteilung der Verbünde ebenso geachtet wie auf die Vielseitigkeit der übergeordneten Forschungsfelder und -themen. Die geförderten Verbünde waren (1) der Rehabilitationswissenschaftliche Forschungsverbund Bayern mit dem Rahmenthema „Patienten in der Rehabilitation: Störungsspezifische und übergreifende Ansätze zu Fragen der Motivation, Krankheitsbewältigung, Intervention und Evaluation“, (2) der Reha-Forschungsverbund Berlin-Brandenburg-Sachsen („Theoretische und praktische Grundlagen der Reha-Organisation und -Ökonomie“), (3) der Rehabilitationswissenschaftliche Forschungsverbund Freiburg/Bad Säckingen („Zielorientierung in Diagnostik, Therapie und Ergebnismessung“), (4) der Rehabilitationswissenschaftliche Forschungsverbund Niedersachsen/Bremen („Reha-Ergebnisse: Prädiktion, Verfahrensoptimierung, Kosten“), (5) der Norddeutsche Ver-

47 Ebd., S. 6.

48 So für den 2007 vom Forschungsministerium, Rentenversicherung und Krankenversicherung eingerichteten Förderschwerpunkt „Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“. Vgl. Bundesministerium für Bildung und Forschung/Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), Gemeinsamer Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung und der Deutschen Rentenversicherung, Berlin 2009, S. 52.

49 Vgl. Hans Günther Haaf/Ferdinand Schliehe, Zur Situation in der Rehabilitationsforschung. Stand und Bedarf, in: ebd., S. 19-39, S. 20 f.

50 Vgl. BMBF/DRV Bund (Hrsg.), Gemeinsamer Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“, S. 7.

bund für Rehabilitationsforschung („Optimierung der Rehabilitation: Bedarfsermittlung, Effektivitätssicherung und Organisationsentwicklung“), (6) der Nordrhein-Westfälische Forschungsverbund Rehabilitationswissenschaften („Zukunftsstrategien für die Rehabilitation – Wirksamkeit und Qualitätsmanagement“), (7) der Forschungsverbund Rehabilitationswissenschaften Sachsen-Anhalt/Mecklenburg-Vorpommern („Schnittstellenprobleme in der medizinischen und beruflichen Rehabilitation: Entwicklung und Erprobung praxisorientierter Lösungsansätze“) sowie (8) der Rehabilitationswissenschaftliche Forschungsverbund Ulm („Bausteine der Reha“).[51]

Von den Forschungsprojekten beschäftigte sich die Mehrzahl (49) im weiten Sinne mit den strukturellen Gegebenheiten des Reha-Systems, insbesondere unter der Leitfrage nach bestehenden Flexibilisierungsmöglichkeiten. Weitere 39 Projekte galten der Evaluation und Weiterentwicklung der Reha-Leistungen, 29 den wirtschaftlichen Aspekten der Rehabilitation, 26 dem Rehabilitationsbedarf und der Krankheitsfolgenbewältigung durch die Patienten, weitere 26 der Prognostizierung von Krankheitsverläufen, 24 der Reha-Diagnostik, 14 den Aspekten der beruflichen Rehabilitation, zwölf der Gestaltung der Nachsorge, acht den geschlechtsspezifischen Aspekten der Rehabilitation sowie sieben der Epidemiologie von reha-relevanten Erkrankungen.[52]

Der Förderschwerpunkt erbrachte nicht nur den grundlegenden Nachweis, dass sich Rehabilitation unter medizinischen wie ökonomischen Gesichtspunkten „lohnt“, sondern entfaltete überdies nachhaltige Struktureffekte. Als der Schwerpunkt im Jahr 2007 auslief, war ein rehabilitationswissenschaftliches Netzwerk entstanden, das relativ gefestigte Finanz- und Kommunikationsstrukturen aufwies und mittels Fachzeitschriften, Veranstaltungen und Fachgesellschaften seither eine aktive Außendarstellung der Multidisziplin betreibt.[53] Die Vernetzung innerhalb und zwischen den Forschungsverbünden ermöglichte dabei einen permanenten Austausch zwischen den verschiedenen Akteuren des Reha-Systems, etwa zwischen den Kosten- und Leistungsträgern sowie zwischen Wissenschaftlern und Praktikern. Mit Blick auf die Zielsetzung, einen lebendigen rehabilitationswissenschaftlichen Diskurs entstehen zu lassen, hat sich das regionale Verbundfördersystem insofern als förderlich und nachhaltig erwiesen.

Von übergeordneter Bedeutung war, dass die Akzeptanz der Rehabilitationsforschung in der deutschen Wissenschaftslandschaft durch den Förderschwerpunkt erheblich gesteigert werden konnte. Dabei stellten die im Zuge der Förderung eingerichteten Stiftungsprofessuren, aber auch die kontinuierliche Implementierung rehabilitativer Schwerpunktthemen in Medizinstudiengängen und bei der Nachwuchsförderung, wichtige Bindeglieder für die Verankerung von Reha-Expertise im Wissenschafts- und Hochschulsystem dar. Schließlich trug die inhaltliche Originalität und Vielfalt der bei den einzelnen Forschungsverbünden

51 Vgl. ebd., S. 8, Tab. 1: Verbünde und Verbundthemen.
52 Vgl. ebd., S. 9, Tab. 2: Projekte des Förderschwerpunkts nach Themenschwerpunkten (mit Mehrfachnennungen).
53 Ebd., S. 49.

bearbeiteten Projekte gemeinsam mit ihren empirischen Befunden wesentlich zur Verbesserung der rehabilitationswissenschaftlichen Methodik bei.[54]

In wenigen Jahren durchlief die Rehabilitationsforschung also einen verschränkten Verwissenschaftlichungs- und Professionalisierungsprozess, wodurch sie ihre Reputation in der wissenschaftlichen Community steigern konnte. Dies lässt sich etwa am Beispiel der Deutschen Forschungsgemeinschaft aufzeigen, die ihre Vorbehalte gegenüber den Rehabilitationswissenschaften im Zuge der Reformperiode nach Einschätzung maßgeblicher Experten zunehmend abgelegt hat.[55] Davon profitierte insbesondere die angewandte und praxisnahe Rehabilitationsforschung, während die Grundlagenforschung weitaus seltener gefördert wurde.[56] Die Gründung der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften im Jahr 2000 und die Einführung des SGB IX mit seinen erweiterten Inklusionszielen im Jahr 2001 stehen zugleich für den vorläufigen Abschluss der Reformperiode, die der Rehabilitation unter den Leitbegriffen „Wissenschaftsbasierung und Teilhabe“ zu gesellschaftlicher Akzeptanz und fachöffentlicher Anerkennung verholfen hat.[57]

4. Schluss

Mit Blick auf das gegenwärtige System der rehabilitativen Versorgung erscheint die Grundsatzdebatte, die in Deutschland in den achtziger und neunziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts über die Rehabilitation geführt wurde, wie aus einer fernen Zeit. Jedenfalls dürfte heute kaum mehr jemand auf die Idee verfallen, der Rehabilitation grundsätzlich die wissenschaftliche Fundierung abzusprechen oder ihren medizinischen, wirtschaftlichen, sozialen und – im Effekt – gesamtgesellschaftlichen Nutzen infrage zu stellen. Offenkundig hat sich die gesellschaftliche Wahrnehmung der Rehabilitation innerhalb weniger Jahrzehnte erheblich verändert: Dominierte anfänglich noch das (weithin berechtigte) Bild einer wissenschaftlich-systematisch unterprofilierten und vorrangig auf tradierten Erfahrungskonzepten beruhenden „Kurmedizin“, so genießt die Rehabilitation heute in Gesellschaft und Fachöffentlichkeit größere Anerkennung. Dieser Wahrnehmungswandel ist zum einen

54 Siehe für einzelne Zwischenergebnisse am Beispiel der Themenfelder Patientenschulung, Rehabilitationsbedarf und Geschlechterdifferenzen Rolf Buschmann-Steinhage/Christian Zwingmann, Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“ – Ergebnisse und Umsetzung, in: Deutsche Rentenversicherung 6-7/2003, S. 405-423, S. 409-413.

55 So die Einschätzung des Rehabilitationswissenschaftlers Uwe Koch. Vgl. BMBF/DRV Bund (Hrsg.), Gemeinsamer Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“, S. 51 f.

56 Vgl. Rolf Buschmann-Steinhage, Forschung im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung, in: Laurenz Mühlheims u. a. (Hrsg.), Handbuch Sozialversicherungswissenschaft, Wiesbaden 2015, S. 295-308, S. 300.

57 Brüggemann/Buschmann-Steinhage/Pimmer, Rehabilitation, S. 404 f. Dafür spricht auch, dass der Gesetzgeber ab 2001 von gravierenden Einschnitten in das Leistungsrecht der Rehabilitation abgesehen hat, die wiederum ein Kennzeichen der Reformperiode waren. Vgl. Rosenbrock/Gerlinger, Gesundheitspolitik, S. 303 f.

übergeordneten Entwicklungen wie der Zunahme von chronischen Krankheiten und der demographisch bedingten Verlängerung der Lebensarbeitszeit zuzuschreiben, die den gesellschaftlichen Stellenwert der Rehabilitation unweigerlich erhöhten. Dass die Legitimationskrise überwunden werden konnte, hatte zum anderen mit den verschränkten Prozessen der Verwissenschaftlichung, Professionalisierung, Institutionalisierung und Vernetzung in der Reformperiode zu tun, durch die das Rehabilitationswesen eine tiefgreifende Modernisierung erfuhr.

Dieser Modernisierungsvorgang gehorchte weniger der abrupten Logik von Paradigmenwechseln, sondern stellt sich als ein steter Wandlungsprozess dar, der sich unter dem prägenden Einfluss von zahlreichen Akteuren und Interessen bis in die Gegenwart erstreckt. Hervorgerufen wurde er in den späten achtziger Jahren durch ernüchternde Befunde der Fachöffentlichkeit, welche die Defizite in der Infrastruktur und Methodik der rehabilitationswissenschaftlichen Forschung unverblümt aufzeigten. Weitere Impulse zur Verwissenschaftlichung des Rehabilitationssystems ergaben sich aus den verengten finanziellen Spielräumen und den zeitgenössischen Eingriffen des Gesetzgebers in das Leistungsrecht, die aus der Sicht der Kostenträger eine zielscharfe und wissensbasierte Steuerungspolitik in der Rehabilitation erforderlich machten. Im Ergebnis stand die Rehabilitation in den 1980er-Jahren unter einem beträchtlichen finanziellen wie legitimatorischen Druck, der gerade auch die Rentenversicherung erfasste – zum Beispiel in Gestalt von Überlegungen, die Gesamtverantwortung für die Rehabilitation einem eigens zu errichtenden zentralen Rehabilitationsträger zu übertragen.[58]

Die unter Rechtfertigungsdruck stehenden Verbände und Träger der Rentenversicherung erkannten die Zeichen der Zeit und öffneten sich in zunehmendem Maße der fachöffentlichen Kritik an der Wissenschaftsferne des Rehabilitationswesens. Einen Wendepunkt stellte in diesem Zusammenhang die Einberufung der Reha-Kommission dar, die aufgrund ihrer heterogenen personellen Besetzung einen Rahmen für den unmittelbaren Austausch zwischen Wissenschaft, Politik, Verwaltung und Praxis schuf. Sie ist insgesamt als maßgeblicher Initiator der nachfolgenden Reformen im Rehabilitationswesen anzusehen. Abseits der einzelnen Empfehlungen speiste sich die Wirkungsmacht der Reha-Kommission aus ihrem integrativen Problemlösungsansatz, der das offene Eingeständnis von Forschungs-, Infrastruktur- und Versorgungsdefiziten im damaligen Rehabilitationswesen implizierte. An die Stelle der bisherigen Rechtfertigungsstrategie trat aufseiten der Sozialleistungsträger eine neue Bereitschaft, sich mit der fachöffentlichen Kritik auseinanderzusetzen, die wiederum eine zwingende Voraussetzung für die nachfolgenden Verwissenschaftlichungs- und Professionalisierungsschübe im Rehabilitationswesen darstellte. Mit der Reha-Kommission entstand erstmals ein übergreifender Modernisierungsdiskurs, der die unfruchtbare Debatte über Effizienz- und Effektivitätsmängel in der Rehabilitation aufbrach, in gemeinsame Reformbestrebungen mündete und im Ergebnis die Weichen stellte, dass die Rehabilitationswissenschaft ihr vorbelastetes Image als „Legitimationsforschung“ abschütteln konnte.

58 Koch/Bengel, Rehabilitationswissenschaften, S. 7.

Die von der Kommission zur Weiterentwicklung der Rehabilitationsforschung unterbreiteten Empfehlungen zielten vornehmlich darauf ab, die konzeptionellen und methodischen Grundlagen zu evaluieren, die rehabilitationswissenschaftliche Infrastruktur auszubauen sowie Struktureffekte zur nachhaltigen Sicherung von Forschungsmöglichkeiten zu entfalten. Die Vorschläge und die anschließende Diskussion führten 1998 zur Einrichtung des Förderschwerpunkts „Rehabilitationswissenschaften“, der vom BMBF und der Rentenversicherung in einem neuartigen Kooperationsmodell paritätisch finanziert wurde.[59] Dabei wurde ein Verbundförderungsprinzip zugrunde gelegt, das sich im Hinblick auf die Kommissionsempfehlungen umfassend bewährt hat. Die Verbünde forschten jeweils zu übergeordneten Schwerpunktthemen, wodurch nicht nur ein breites Spektrum an Fragestellungen und Themen in den Blick geriet, sondern in der Folge Expertise und Spezialkompetenzen in den Regionen entstanden. Darüber hinaus ermöglichten die Verbünde eine intensive Zusammenarbeit zwischen Wissenschaftlern unterschiedlicher Fachrichtungen, Praktikern aus den Rehabilitationseinrichtungen sowie Vertretern der Rehabilitationsträger. Das Verbundmodell entsprach insofern sowohl dem Interesse des BMBF an einer nachhaltigen Strukturförderung als auch dem Anliegen der Rentenversicherung, die Anwendungsorientiertheit und Praxisnähe der Forschung zu gewährleisten.[60] Im Ergebnis führte der Förderschwerpunkt zu einer nachhaltigen Stärkung der Infrastruktur und der methodischen Standards der Rehabilitationsforschung. Die in den Verbünden erzielte Qualität der Ergebnisse zu unterschiedlichen Forschungsthemen (Patientenschulung, Geschlechterdifferenzen, psychosoziale Erkrankungsdimension, Nachsorge) trug zudem erheblich zur fachöffentlichen Reputation der Rehabilitationsforschung bei.[61]

Von einer Legitimationskrise der Rehabilitationsforschung kann heute insofern nicht mehr die Rede sein. Die im einleitenden Plädoyer von Gerdes für das Rehabilitationswesen eingeforderte Verwissenschaftlichung hat stattgefunden und die Interdisziplinarität und Evidenzbasierung der medizinischen Rehabilitation gestärkt. Ein wissenschaftsfundiertes Qualitätssicherungsprogramm, das 1994 von der Rentenversicherung eingeführt wurde, dient seither der permanenten Überprüfung, Anpassung und Weiterentwicklung der rehabilitativen Versorgungsstandards. Die gesamtgesellschaftliche Bedeutung der Rehabilitation bemisst sich gleichwohl nicht allein an wissenschaftlichen bzw. qualitativen Bewertungsmaßstäben, sondern unterliegt einem sich permanent wandelnden Setting aus politischen, wirtschaftlichen und sozialen Einflüssen. Im politischen Raum wieder vermehrt zu vernehmende Forderungen nach einer Rückkehr zum „Kerngeschäft Rente“ zeigen, dass die Rehabilitation als Teil des Versorgungssystems der Rentenversicherung nach wie vor umstritten ist.

In Anbetracht dieser jüngeren Tendenzen wirkt die Debatte der achtziger Jahre nicht entfernt, sondern wie ein Lehrstück, das nachdrücklich aufzeigt, wie aus externen Einflüssen ein Problemdruck entstehen kann, der im Rehabilitationssystem zu tiefgreifenden Veränderun-

59 Die systematische Förderung von Forschungsinfrastrukturen, zumal in der hier veranschlagten Dimension, stellte in der gesetzlichen Rentenversicherung ein Novum dar. Vgl. Buschmann-Steinhage/Zwingmann, Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“, S. 408.

60 Vgl. ebd.

61 Siehe hierzu auch den Aufsatz von Heiner Raspe in diesem Band.

gen führte. In Gestalt des zentralen Reformansatzes, die Diskrepanz von Theorie und Praxis durch eine kontinuierliche Forschungsförderung zu überwinden, lässt sich der zeitgenössischen Debatte zugleich ein Rezept zur Bewältigung der Legitimationskrise der Rehabilitation entnehmen, die in erster Linie dem berechtigten Vorwurf der Wissenschaftsferne zuzuschreiben war. Wenngleich heute nicht mehr in der gleichen Schärfe über die Defizite der Rehabilitation diskutiert wird wie vor dreißig Jahren, so ist der einleitende Befund von Gerdes insofern unverändert aktuell: Die Sicherung und Weiterentwicklung der rehabilitationswissenschaftlichen Forschung ermöglicht nicht nur eine Verbesserung der Reha-Praxis, sondern ist damals wie heute als konstitutive Bedingung für die gesellschaftliche Akzeptanz des Gesamtsystems Rehabilitation anzusehen.

.

Literatur

Anonym, Boom im Bad, Der Spiegel,13.07.1981, S. 63 f.

Anonym, „Erst Fango, dann Tango!“, Der Spiegel, 24.06.1996, S. 106-110.

Badura, Bernard u. a.: Leben mit dem Herzinfarkt. Eine sozialepidemiologische Studie, Berlin u. a. 1987.

Bengel, Jürgen/Koch, Uwe: Definition und Selbstverständnis der Rehabilitationswissenschaften, in: dies. (Hrsg.): Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung, Berlin/Heidelberg 2000, S. 3-39.

Brüggemann, Silke/Buschmann-Steinhage, Rolf/Pimmer, Verena: Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung – für Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, in: Thomas Schott/Claudia Hornberg (Hrsg.): Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft, Wiesbaden 2011, S. 401-417.

Bundesministerium für Bildung und Forschung/Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Gemeinsamer Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung und der Deutschen Rentenversicherung, Berlin 2009.

Buschmann-Steinhage, Rolf: Forschung im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung, in: Laurenz Mühlheims u. a. (Hrsg.): Handbuch Sozialversicherungswissenschaft, Wiesbaden 2015, S. 295-308.

Buschmann-Steinhage, Rolf/Zwingmann, Christian: Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“ – Ergebnisse und Umsetzung, in: Deutsche Rentenversicherung 6-7/2003, S. 405-423.

Gerdes, Nikolaus: Von der „Legitimationsforschung“ zur systematischen Verbesserung der Reha-Praxis. Neue Aufgaben für die Forschung im Bereich der Rehabilitation bei chronischen Krankheiten, in: Mitteilungen der LVA Württemberg 3/1988, S. 67-75.

Haaf, Günther/Schliehe, Ferdinand: Zur Situation in der Rehabilitationsforschung. Stand und Bedarf, in: BMBF/DRV Bund (Hrsg.): Gemeinsamer Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“, S. 19-39.

Koch, Uwe: Zum Tode von Werner Müller-Fahrnow, in: Rehabilitation 47 (2008), H. 5, S. 264.

Miquel, Marc von/Schmidt, Anne: 125 Jahre Rentenversicherung in Westfalen. Sicherheit für Generationen 1890 bis 2015, Münster 2015.

Pauls, Helmut: Das biopsychosoziale Modell – Herkunft und Aktualität, in: Resonanzen. E-Journal für Biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung, 1/1993, S. 15-31.

Reimann, Axel: Die Rehabilitation in der Rentenversicherung, in: Eberhard Eichenhöfer/Herbert Rische/Winfried Schmähl (Hrsg.): Handbuch der gesetzlichen Rentenversicherung SGB VI, Köln 2011, S. 473-496.

Rische, Herbert: Rehabilitation durch die gesetzliche Rentenversicherung – Ergebnisse einer Reformdiskussion und ihrer Umsetzung, in: Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (Hrsg.): Rehabilitation 1992. Vorträge zum Rehabilitations-Forum der BfA vom 30. bis 31. März 1992 in Berlin, Berlin 1992, S. 9-24.

Rosenbrock, Rolf/Gerlinger, Thomas: Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, 3., vollst. überarb. Aufl., Bern 2014.

Rudloff, Wilfried: Einleitung: Politikberatung als Gegenstand historischer Betrachtung. Forschungsstand, neue Befunde, übergreifende Fragestellungen, in: Stefan Fisch/Wilfried Rudloff (Hrsg.): Experten und Politik. Wissenschaftliche Politikberatung in geschichtlicher Perspektive, Berlin 2004, S. 13-57.

Schaub, Eberhard: Rehabilitation in der Rentenversicherung im Zeichen der Spargesetze. Umbruch und Perspektiven, in: Deutsche Rentenversicherung 5/6 1997, S. 265-276.

Schmidt, Alfred: Die Behandlung chronisch Kranker – Gibt es ein Konzept der Sozialversicherung, in: Die Betriebskrankenkasse 7-8/1989, S. 402-411.

Schmidt, Alfred: Kontinuität und Qualität in der Therapie und Rehabilitation chronisch Kranker, in: Die Betriebskrankenkasse 10/1988, S. 286-300.

Schmidt, Alfred: Die Rehabilitation in der Rentenversicherung. Gedanken zur Weiterentwicklung, in: Deutsche Rentenversicherung 9/1988, S. 519-563.

Schott, Thomas/Hornberg, Claudia (Hrsg.): Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft, Wiesbaden 2011.

Schwarz, Friedrich Wilhelm u. a. (Hrsg.): Public health. Texte zu Stand und Perspektiven der Forschung, Berlin u. a. 1991.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): Bericht der Reha-Kommission des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger. Empfehlungen zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung (Reha-Kommission), Frankfurt/Main 1992.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): Kommission zur Weiterentwicklung der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung, Bd. 1: Rahmenkonzept für die Arbeit der Reha-Kommission. Aufgaben, Ziele, Arbeitsprogramm, Darmstadt 1989.

Christoph Wehner

Auf dem Weg zur bedarfsgerechten Therapie

Flexibilisierungsprozesse in der rehabilitativen Versorgung ab den 1990er-Jahren

Einleitung

Bis in die neunziger Jahre des vergangenen Jahrhunderts nahm die stationäre Therapie in der rehabilitativen Versorgung in Deutschland eine Vorrangstellung ein. „Die Träger der gesetzlichen RV [Rentenversicherung] führen medizinische Leistungen zur Rehabilitation seit jeher grundsätzlich in Form stationärer Heilbehandlungen durch", hieß es etwa in der 1990 erschienenen Ausgabe des Handbuchs der gesetzlichen Rentenversicherung.[1] Der offiziellen Rehabilitationsstatistik des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger ist weiter zu entnehmen, dass die Rentenversicherung bis einschließlich 1996 keine ambulanten Leistungen in der medizinischen Rehabilitation gewährte. In der folgenden Dekade ist allerdings ein sprunghafter Anstieg bei den ambulanten Behandlungen festzustellen, deren Zahl sich zwischen 1997 (8.418) und 2007 (92.038) mehr als verzehnfacht hat. Wenngleich die stationäre Heilbehandlung insofern auch weiterhin dominierend blieb, zeigt dies an, dass das Angebots- und Leistungsspektrum der Rehabilitation in den 1990er-Jahren im Wandel begriffen war.[2]

Die Entwicklung verwundert nicht, gilt das Intervall von den späten achtziger Jahren bis zur Jahrhundertwende doch als zentrale Reformperiode der Rehabilitation, in der das Versorgungssystem evaluiert, verwissenschaftlicht, professionalisiert und – im Ergebnis – grundlegend modernisiert wurde. Die Aufbruchsstimmung und Planungseuphorie im damaligen Rehabilitationswesen fasste die Sozialmedizinerin Gabriele Wille 1992 in dem treffenden Bild eines betriebsamen Architekturwettbewerbs, der durch die Vielfalt neuer Konzepte und Ideen auszuufern schien: Vergleiche man „die Rehabilitation mit einem Gebäude, so wurde gleich ein ganzer Stadtteil geplant: Modernes Groß-Klinikum neben Jugendstilvilla samt Wandelhalle, Amphitheater, Olympiastadion, Seufzerbrücke und noch etliche Bauelemente mehr".[3] Zu

1 Eberhard Schaub, Die Rehabilitation in der Rentenversicherung, in: Franz Ruland (Hrsg.), Handbuch der gesetzlichen Rentenversicherung. Festschrift aus Anlaß des 100jährigen Bestehens der gesetzlichen Rentenversicherung, Frankfurt/Main 1990, S. 601-643, S. 615.

2 Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), Rentenversicherung in Zeitreihen 2009 (DRV-Schriften Bd. 22), Berlin 2009, S. 198, Tab.: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Siehe auch Hans Günther Haaf u. a., Fakten, Trends und Entwicklungsperspektiven in der Rehabilitation: Kosten- und Nutzenaspekte, in: Wilfried von Eiff u. a. (Hrsg.), Rehabilitationsmanagement. Klinische und ökonomische Erfolgsfaktoren, Stuttgart 2014, o. S. (Abschnitt 2).

3 Gabriele Wille, Medizinische Rehabilitation – mehr als ein punktuelles Ereignis, in: Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (Hrsg.), Rehabilitation 1992. Vorträge zum Rehabilitations-Forum der BfA vom 30. bis 31. März 1992 in Berlin, Berlin 1992, S. 25-43, S. 25.

diesen Bauelementen zählten – um im Bild der damaligen BfA-Ärztin zu bleiben – auch neue ambulante und teilstationäre Seitenstraßen, die von der vielbefahrenen Allee der stationären Gesundheitsversorgung abzweigten.

Die Flexibilisierung des Angebots- und Leistungsspektrums der Rehabilitation sticht als ein markanter Prozess der Reformära heraus, der zur Entstehung von neuen, am individuellen Bedarf orientierten Behandlungskonzepten führte. Mit der Flexibilisierung einher ging zudem eine Stärkung präventiver Aspekte im Rehabilitationsgeschehen, indem etwa die regionale Beratungsstruktur einen Ausbau erfuhr und die Krankheitsfolgenprognostik methodisch weiterentwickelt wurde. Im übergeordneten Sinne zielte die Flexibilisierung auf die Beseitigung von Schnittstellenproblematiken ab, vor allem jener zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation. Diese waren im Wesentlichen der kurativmedizinischen Ausrichtung des stationären Behandlungssystems und dessen Defiziten in den Bereichen psychosoziale Versorgung, Nachsorge und Wiedereingliederung geschuldet. Die Umbrüche im rehabilitativen Versorgungssystem tragen insofern erkennbar Züge des Diskurses über die Deinstitutionalisierung im Gesundheitswesen, der sich ab den 1980er-Jahren in Wissenschaft, Publizistik und Öffentlichkeit mit kritischem Fokus auf die Verwahrungs- und Hospitalisierungseffekte des stationären Behandlungssystems entfaltet hatte.[4]

Im Folgenden wird der Prozess der Flexibilisierung im bundesdeutschen Rehabilitationswesen genauer in den Blick genommen. Dabei interessieren seine ursächlichen Faktoren, die im Spannungsfeld von (gesundheits-)wissenschaftlicher Expertenkritik und veränderten sozialpolitischen Rahmenbedingungen lagen, ebenso wie seine Effekte auf die rehabilitative Versorgungslandschaft im Zuge der 1990er-Jahre. Schon jetzt lässt sich feststellen: Mit dem Auf- und Ausbau von ambulanten und teilstationären Leistungen entstand ein dynamisches Versorgungssystem, das wesentlich stärker als zuvor an dem individuellen somatischen und psychosozialen Bedarf des Patienten orientiert war.

Darüber hinaus unterlag das Konzept der Versorgung selbst in dieser Dekade einem erheblichen Wandel: Denn die Individualisierung der Angebotsformen zielte auf einen neuen Sozialtypus des aktiven Versicherten ab, der nicht lediglich passiv „versorgt", sondern mittels bedarfsgerechter Beratungs-, Behandlungs- und Nachsorgeangebote zu eigenverantwortlichem Gesundheitshandeln angeleitet werden sollte. „Von der Versorgung zur Selbstbestimmung", so ließe sich ein übergeordnetes Credo der Reformzeit prägnant zuspitzen. Im Ergebnis wandelte sich das rehabilitative Versorgungskonzept im Zuge der 1990er-Jahre schrittweise zu einem individualisierten Aktivierungskonzept, was insbesondere in der regionalen Rehabilitationspraxis vielschichtige Anpassungsprozesse erforderlich machte.[5]

4 Siehe dazu als Überblick Wilfried Rudloff, Das Ende der Anstalt? Institutionalisierung und Deinstitutionalisierung in der Geschichte der bundesdeutschen Behindertenpolitik, in: Elsbeth Bösl/Anne Klein/Anne Waldschmidt (Hrsg.), Disability History. Konstruktionen von Behinderung in der Geschichte, Bielefeld 2010, S. 169-190.

5 Thomas Schott u. a. (Hrsg.), Neue Wege in der Rehabilitation. Von der Versorgung zur Selbstbestimmung chronisch Kranker, Weinheim und München 1996. Selbstbestimmung und gesellschaftliche Teilhabe zählen heute zu den übergeordneten Rehabilitationszielen. Vgl. Silke

1. Zwischen Expertenkritik und Kostendruck
Zur Reformdebatte über die stationäre Versorgung

In den fachöffentlichen Zirkeln von Rentenversicherung, Gesundheitswissenschaften und Rehabilitationswesen entstand im Zuge der 1980er-Jahre eine Grundsatzdebatte über das westdeutsche Rehabilitationssystem, dessen Struktur, Versorgungsqualität, Wissenschaftlichkeit sowie Wirtschaftlichkeit kritisch ausgeleuchtet wurden. Die Gründe für die Debatte waren vielschichtig. Erstens stellten übergreifende gesellschaftliche Entwicklungstrends (demographischer Wandel, Verlängerung der Lebensarbeitszeit, Zunahme chronischer Krankheiten) erhebliche Herausforderungen an das Gesundheitswesen im Allgemeinen und die Rehabilitation im Besonderen. Hinzu kamen die verstärkten Legitimationsprobleme der Rehabilitation in der wissenschaftlichen und sozialpolitischen Fachöffentlichkeit, wobei das damalige System einer wachsenden Zahl von Experten unter finanziellen und qualitativen Gesichtspunkten defizitär erschien. Beide Problematiken waren aus zeitgenössischer Expertensicht mit der Starrheit des stationären Behandlungssystems eng verbunden, das durch standardisierte Behandlungszeiten und kostenintensive Therapiesettings gekennzeichnet war.

Die Expertenkritik entfaltete sich vor dem Hintergrund eines Paradigmenwechsels, der im Zuge der 1980er-Jahre in den internationalen Gesundheitswissenschaften vollzogen wurde.[6] Gemeint ist der Übergang vom biomedizinischen zum biopsychosozialen Modell von Gesundheit, das in seinen Grundzügen in die 1970er-Jahre zurückreicht, sich aber erst im Zuge der folgenden Dekade durchsetzen konnte. Einflussreich war in dem Zusammenhang die Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 1986, die Gesundheit als ein „umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden" ausgewiesen hat.[7] Dies bedeutete zugleich eine deutliche Absage an ein verengtes naturwissenschaftliches Krankheitsverständnis, das sich in der historischen Entwicklung nach 1945 insbesondere in Deutschland – in enger Verzahnung mit dem stationären Behandlungsmodell – ausgebil-

Brüggemann/Rolf Buschmann-Steinhage/Verena Pimmer, Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung – für Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, in: Thomas Schott/Claudia Hornberg (Hrsg.), Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft, Wiesbaden 2011, S. 401-417.

6 Die „Gesundheitswissenschaften" im Sinne einer wissenschaftlichen Disziplin bzw. interdisziplinären Fächergruppe gab es damals in Deutschland noch nicht. Ihre Entstehung erfolgte im Zuge des angesprochenen Paradigmenwechsels.1993 erschien die erste Auflage des von Klaus Hurrelmann und Ulrich Laaser herausgegebenen „Handbuch Gesundheitswissenschaften", das im Vorwort zu Recht reklamierte, „wissenschaftsgeschichtlich Neuland" zu betreten. Vgl. Vorwort zur 1. Auflage 1993, in: Klaus Hurrelmann/Ulrich Laaser, Handbuch Gesundheitswissenschaften, Neuausgabe, Weinheim/München 1998, S. 11-15, S. 11.

7 Vgl. auch für das Zitat Magdalena Stemmer-Lück, Verstehen und Behandeln von psychischen Störungen. Psychodynamische Prozesse in der psychosozialen Praxis, Stuttgart 2009, S. 19. Gleichwohl hatte die WHO Rehabilitation bereits 1967 weit definiert als „die Gesamtheit der Aktivitäten, die nötig sind, um dem Behinderten bestmögliche, körperliche, geistige und soziale Bedingungen zu sichern, die es ihm erlauben, mit seinen eigenen Mitteln einen möglichst normalen Platz in der Gesellschaft einzunehmen". Zit. n. Schaub, Rehabilitation, S. 602.

det hat.[8] Unter dem Einfluss der internationalen gesundheitswissenschaftlichen Diskussion kam es an der Wende zu den 1990er-Jahren auch in Deutschland zu verstärkten Forderungen nach einer Reformierung des Rehabilitationssystems, das wissenschaftlichen Experten trotz seiner statistisch dokumentierten Behandlungserfolge unzeitgemäß erschien. Im Kern zielte die Kritik auf das erhebliche Missverhältnis ab, das zwischen dem hohen konzeptionellen Anspruch der ganzheitlichen individualisierten Versorgung einerseits und der Praxis der Rehabilitation andererseits klaffte, die zumeist tradierten Kurkonzepten verhaftet war.

Die externe wissenschaftliche Kritik erzeugte zwar einen Legitimationsdruck auf das Rehabilitationssystem. Gleichwohl griffe es zu kurz, die Reformprozesse der 1990er-Jahre allein auf externe Impulse zurückzuführen. Von zentraler Bedeutung war vielmehr, dass sich den kritischen Interventionen von Gesundheits- und Rehabilitationswissenschaftlern zunehmend führende Sozialversicherungsexperten anschlossen. Diese fungierten als Vermittler zwischen den Systemen der Wissenschaft und der Verwaltung, wodurch die Expertenkritik innerhalb der Sozialversicherung vermehrt anschlussfähig wurde. In dem Zusammenhang ist insbesondere der langjährige VDR-Vorstandsvorsitzende und Gewerkschafter Alfred Schmidt zu nennen, den eine übergreifende und wissenschaftsorientierte Denkweise auszeichnete. Schmidt legte in den 1980er-Jahren profunde Problemanalysen zum damaligen Rehabilitationssystem vor, dem er im Einklang mit wissenschaftlichen Einwänden insgesamt eine „zu starke Zentralisierung und Institutionalisierung“ attestierte. Ferner beklagte Schmidt „das Fehlen adäquater ambulanter rehabilitativer Maßnahmen“, eine „unzureichende Verzahnung zwischen medizinischen und beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen“ sowie „Defizite der psychosozialen Rehabilitation“.[9] Bis zu seinem frühen Tod im Jahr 1990 zählte Schmidt in der Sozialversicherung zu den zentralen Persönlichkeiten, die mit Nachdruck für eine Reformierung des Rehabilitationssystems eintraten.[10]

Wie allerdings auch dieser sozialpolitische Vordenker mit Bedauern feststellen musste, besaß insbesondere die ambulante Versorgung an der Wende zu den 1990er-Jahren in der Rentenversicherung noch keine ausreichende Akzeptanz. Dies war vor allem dem Umstand

8 Dies kann hier nicht vertieft werden. Siehe jedoch Klaus Hurrelmann/Ulrich Laaser, Entwicklung und Perspektiven der Gesundheitswissenschaften, in: dies. (Hrsg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften, Weinheim/München 1998, S. 17-45, hier S. 22 f.

9 Alfred Schmidt, Rehabilitation in der Rentenversicherung. Die Selbstverwaltung vor einer wichtigen Bewährungsprobe, in: Die Angestelltenversicherung 36 (1989), S. 437-452, S. 440. Als ein zentrales Problemfeld der damaligen Debatte hoben auch Ferdinand Schliehe und Dagmar Müller vom VDR die „Kontinuität der Versorgung, aber auch die Ganzheitlichkeit der Behandlung im Einzelfall“ hervor. Sie wiesen zugleich darauf hin, dass für die unzulängliche Verknüpfung zwischen kurativer und rehabilitativer Versorgung „immer wieder das gegliederte System der Sozialversicherung mit der unterschiedlichen Zuständigkeit der Kostenträger verantwortlich gemacht“ werde, wobei „zumindest implizit“ unterstellt werde, „dass weder die Verfahren noch die Durchführung der Rehabilitation in spezialisierten Einrichtungen optimal sei“. Ferdinand Schliehe/Dagmar Müller, Neue Wege in der Rehabilitation aus der Sicht der Rentenversicherung, in: Thomas Schott u. a. (Hrsg.), Neue Wege, S. 235-248, S. 238.

10 Siehe auch den Nachruf auf Schmidt in: Deutsches Ärzteblatt 87 (1990), H. 39, A 2925.

geschuldet, dass die Rentenversicherung auf diesem Gebiet über keine Erfahrungen und Behandlungsroutinen verfügte. Die ambulante Behandlung war in den 1950er-Jahren dem „Monopol der kassenärztlichen Versorgung" unterstellt worden und somit den niedergelassenen Ärzten vorbehalten, wodurch umgekehrt die rehabilitative Versorgung eine stationäre Ausrichtung entwickelt hatte.[11] Deutlich kamen die in der Rentenversicherung bestehenden Vorbehalte bei den Verhandlungen zum Rentenreformgesetz von 1989 zum Vorschein, mit dem der Gesetzgeber die ambulante Behandlung erstmals dezidiert als rehabilitative Leistungsform einführte. Die Vertreter der Rentenversicherung stellten sich in ihren Stellungnahmen auf den Standpunkt, die Erbringung ambulanter Leistungen sei aufgrund der Nähe zur kurativen Behandlung als Angelegenheit der Krankenversicherung zu betrachten. Die restriktive Haltung besaß jedoch gewichtige Kehrseiten für die Rentenversicherung, die in kritischer Auslegung nunmehr lediglich „für einen Teilbereich der medizinischen Rehabilitation" zuständig war. Zudem schien der Zuständigkeitsverlust einen „in seiner Bedeutung wachsenden Bereich" zu betreffen, wie erneut Alfred Schmidt in einem zeitgenössischen Aufsatz warnte.[12]

Dies verdeutlicht einerseits die Beharrungskräfte in der Rentenversicherung, die nur schrittweise von tradierten Angebotsformen, Behandlungskonzepten und Verwaltungsabläufen abrückte. Andererseits: Dass eine ursprünglich vorgesehene dezidierte Beschränkung der Rentenversicherungsträger im Bereich der ambulanten Leistungen nicht in das SGB VI von 1992 übernommen wurde, zeigt auch, dass sich die restriktive Haltung der Rentenversicherung im Umbruch befand. Sie bewahrte sich jedenfalls die Option, ambulante Leistungen selbst zu erbringen, wenngleich sie davon in den folgenden Jahren kaum Gebrauch machte.[13] Grundsätzlich lag die Steuerung der Leistungen (Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung) nach § 13, Abs. 1 SGB VI im Ermessen der Rentenversicherungsträger, wobei diese allerdings den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit verpflichtet waren.[14] Insofern wirkten sich die zunehmend schwierigen wirtschaftli-

11 Vgl. Alfred Schmidt, Strukturreform ja – aber so nicht!, in: Soziale Sicherheit 37 (1983), H. 5, S. 129-147, S. 140 f.

12 „Man kann es auch so sehen: Der Gesetzgeber hat mit dem RRG gerade ausdrücklich die ambulante Rehabilitation eingeführt, so dass die RV [Rentenversicherung] nur noch für einen Teilbereich der medizinischen Rehabilitation zuständig ist, ihr also nicht mehr die ganze medizinische Rehabilitation zugestanden wird. Gerade weil es sich bei der ambulanten Rehabilitation um einen in seiner Bedeutung wachsenden Bereich handelt, fragt es sich, ob die RV mit ihrer Entscheidung gut beraten war. Nachdem [...] die RV also auf die stationäre Rehabilitation beschränkt bleibt, fragt es sich, ob das insgesamt zu negativen Weiterungen führt. Wer zur medizinischen Rehabilitation ja sagt, sollte dies zu all ihren Bestandteilen, also sowohl der ambulanten als auch der stationären Rehabilitation tun, zumal die Abgrenzungen zur kurativen Medizin nicht nur bei der ambulanten Behandlung schwierig sind, sondern für die stationäre das gleiche gilt." Schmidt, Rehabilitation in der Rentenversicherung, S. 439.

13 Vgl. Schaub, Rehabilitation, S. 616, Fn. 57. Eine Ausnahme bildet der Bereich der Suchtbehandlung. Siehe dazu vertiefend den Aufsatz des Verfassers zur Suchtrehabilitation in diesem Band.

14 Vgl. Schaub, Rehabilitation, S. 630.

chen Rahmenbedingungen und der Kostensenkungsdruck, der in den 1990er-Jahren auf der Rehabilitation lastete, enorm auf die Flexibilisierung des Versorgungssystems aus. Neben qualitativen Gründen war dabei auf der Seite der Rentenversicherung die Erwartung ausschlaggebend, mittels des Ausbaus der ambulanten wohnortnahen Rehabilitation stationäre Therapiezeiten verkürzen und finanzielle Ressourcen einsparen zu können.[15]

2. Flexibilisierung im Modell: Zögerliche Aufbrüche der ambulanten Versorgung

An der Wende zu den 1990er-Jahren hatte sich mithin eine Situation der Interessensübereinstimmung ergeben: Die wissenschaftliche Qualitätskritik traf mit den systemischen Optimierungsinteressen der Kostenträger zusammen, denen aufgrund des Spardrucks stärker als zuvor an einer effizienten Verbindung von medizinischer Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Rehabilitation gelegen war. Dies bereitete den Weg für eine Überprüfung des stationär orientierten Rehabilitationssystems, das sich in der Folge schrittweise zu einem mehrstufigen und flexiblen Versorgungssystem ausdifferenzierte.

Wichtige Impulse gingen auch in diesem Zusammenhang von der 1989 beim VDR eingesetzten Reha-Kommission aus, die unter Heranziehung wissenschaftlicher, rechtlicher, verwaltungstechnischer und praktischer Expertise konkrete Empfehlungen für den Ausbau von nicht- und teilstationären Behandlungsangeboten aussprach. Unter Anerkennung einer „Mehrdimensionalität der Bedarfslage“ umriss die Kommission in ihrem Abschlussbericht die Notwendigkeiten und Vorzüge eines derart reformierten Zukunftssystems: „Ein gestuftes System ambulanter, teilstationärer und stationärer Rehabilitationsangebote erscheint aus verschiedenen Gründen erstrebenswert. Die Behandlung kann flexibler den Erfordernissen des Einzelfalles angepaßt, die Effektivität kann durch sich wechselseitig ergänzende Maßnahmen erhöht und der Zugang zu einem Teil der bisher nicht erreichten rehabilitationsbedürftigen Versicherten könnte erleichtert werden.“ Darüber hinaus entspräche es „dem Gebot der Wirtschaftlichkeit, ambulante und teilstationäre Rehabilitationsleistungen dann einzusetzen, wenn sie ausreichend sind, die Rehabilitationsziele zu erreichen“. Gerade in dem Zusammenhang bestanden aus Sicht der Kommissionsexperten aber offenbar noch viele Fragezeichen. Klar war, dass ambulante Leistungen vornehmlich in der Vorbereitungs- sowie der Nachsorgephase der Rehabilitation erbracht werden sollten. Offensichtlich war aber auch, dass der Ausbau ambulanter und teilstationärer Angebote zwingend neue Organisationsstrukturen erforderlich machen würde, deren Kostenintensität und Wirksamkeit im Sinne der übergeordneten Rehabilitationsziele erst noch zu prüfen war. Insofern schlug

15 Dieses Motiv zieht sich durch die zeitgenössische Debatte, trat aber insbesondere in den Veröffentlichungen der Rentenversicherung im Zuge des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes von 1996 stark hervor, mit dem erstmals in der Geschichte eine strenge Budgetierung der Reha-Ausgaben verfügt worden war. Siehe dazu etwa Hermann Langenheim/Thomas Stähler/Norbert Ritz/Reinhart Peters, Die Sparmaßnahmen im Reha-Bereich und ihre Auswirkungen auf das Reha-Geschehen, in: Deutsche Rentenversicherung 1-2 (1997), S. 13-42.

die Kommission zunächst die Durchführung von wissenschaftlich flankierten Modellprojekten vor, um offene Fragen im Kosten-, Therapie- und organisatorischen Bereich schrittweise zu klären.[16]

Mitte der 1990er-Jahre waren bereits über fünfzig Modellprojekte zu verzeichnen, die sich in der Umsetzung oder im konkreten Planungsstadium befanden. Sie deckten ein breites Krankheitsspektrum ab und umfassten ambulante Maßnahmen bei Muskel-, Skelett- und Organerkrankungen, ferner bei Herz-Kreislauf- sowie neurologischen Erkrankungen.[17] Ein herausragendes Pionierprojekt im kardiologischen Bereich war das sogenannte „Kölner Modell", das gemeinsam von der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte und der LVA Rheinprovinz finanziert wurde und zunächst mit einer zweijährigen Laufzeit von 1992 bis 1994 angesetzt war.[18] In dessen Rahmen ging ein interdisziplinäres Wissenschaftlerteam der Deutschen Sporthochschule Köln in engem Austausch mit Rehabilitationspraktikern und Kostenträgern der Frage nach, ob sich die Inhalte der stationären Anschlussheilbehandlung nach einem Herzinfarkt bei gleichbleibender Qualität auch ambulant erbringen ließen. Dies konnte im Rahmen des Projekts erfolgreich nachgewiesen werden. Die positiven Ergebnisse sowie die große Akzeptanz nahmen Sporthochschule und Kostenträger zum Anlass, das Projekt über mehrere Jahre weiterzuführen.[19]

Auf der anderen Seite zeigte das „Kölner Modell", dass die ambulante kardiologische Rehabilitation bei weitem nicht so kostengünstig erbracht werden konnte wie erwartet. Eine Begutachtung des Projekts durch zwei renommierte Kardiologen veranschlagte für Diagnostik und Therapie in einer ambulanten Behandlungseinrichtung bei 17 Therapietagen Kosten von ca. 4.500 DM, wohingegen sich die Kosten für eine 28-tägige Behandlung in einer stationären Rehabilitationsklinik auf ca. 5.600 DM bezifferten. Insofern konnte man nach Auffassung der Experten aus dem „Kölner Modell" kein Pauschalurteil über die Vor- und Nachteile beider Therapieformen ableiten. Dies galt indes nicht nur unter dem Gesichtspunkt der Kosten, sondern auch dem der Behandlungsqualität: Hier kam es stark auf den individuellen Patienten bzw. die Patientengruppe an, wodurch wiederum der frühzeitigen Ermittlung der körperlichen und psychosozialen Bedarfssituation sowie den Auswahlverfahren im Akutkrankenhaus eine wichtige Funktion zukam. Die teilstationäre kardiologische Rehabilitation richtete sich dem Konzept nach vor allem an „Hausfrauen, die ihre Familien weiter versorgen müssen, an Geschäftsleute, die ihr Unternehmen nicht mehrere

16 Siehe dazu Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), Bericht der Reha-Kommission des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger. Empfehlungen zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung (Reha-Kommission), Frankfurt/Main 1992, S. 150 ff.

17 Schliehe/Müller, Neue Wege, S. 241 f.

18 Rainer Buchwalsky/Gerhard Blümchen, Rehabilitation in Kardiologie und Angiologie, Berlin u. a. 1994, S. 292.

19 Vgl. Alexandra Endres, Ambulante kardiale Rehabilitation im Modellprojekt. Sinnvolle Ergänzung der stationären Therapie, in: Deutsches Ärzteblatt 45 (1997), H. 5, URL: https://www.aerzteblatt.de/archiv/4875/Ambulante-kardiale-Rehabilitation-im-Modellprojekt-Sinnvolle-Ergaenzung-der-stationaeren-Therapie [letzter Abruf am 18.07.2017].

Wochen verlassen können, an Ausländer, die aus sprachlichen Gründen in einer Rehabilitationsklinik vereinsamen könnten, und ältere Menschen, die man aus ihrer gewohnten Umgebung nicht herauslösen möchte". Generelle Voraussetzung für die ambulante Fortführung der Rehabilitation war ein unkomplizierter Heilungsverlauf in der ersten stationären Behandlungsphase.[20]

Mit der Ambivalenz seiner Befunde stand das „Kölner Modell" nicht allein, sodass sich in der Rentenversicherung im Zusammenhang mit der ambulanten Rehabilitation gewisse Ernüchterungseffekte einstellten. Nicht nur schienen die Einsparpotenziale überschätzt worden zu sein; vielmehr zeigten sich bei gewissen Indikationen, etwa im orthopädischen Bereich, auch deutlich die qualitativen Nachteile einer ambulanten Rehabilitation gegenüber der stationären Versorgung, in der etwa eine ausgeprägte medizintechnische Infrastruktur sowie eine vereinfachte Logistik gegeben war. Patientenbefragungen, die im Rahmen der Modellprojekte durchgeführt worden waren, zeichneten ebenfalls ein ambivalentes Bild, ergaben aber auch, dass gewisse Rehabilitandengruppen die stationäre „Rundumversorgung" deutlich favorisierten.[21]

Dass diese Befunde weder generalisierungsfähig noch abschließend waren, verdeutlicht der Umstand, dass ambulante Maßnahmen ab Mitte der neunziger Jahre just in den Bereichen Orthopädie, Kardiologie und Neurologie stark ausgebaut wurden. Dies war wiederum aus der Einschätzung heraus erfolgt, dass die wohnortnahe ambulante Rehabilitation „zumindest bei einem Teil der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden stationäre Leistungen gleichwertig ersetzen" und zudem – etwa durch den Wegfall von Hotelkosten – gewisse Einspareffekte erzielt werden könnten. Ein weiterer Punkt, der für die ambulante Rehabilitation sprach, war, dass diese stärker dem modernen gesundheitswissenschaftlichen Prinzip „Hilfe zur Selbsthilfe" Rechung trug und insofern prädestiniert schien, die erzielten Rehabilitationserfolge durch eine Vielzahl von Nachsorgemaßnahmen – etwa ambulante Sport-, Therapie- und weitere Selbsthilfegruppen – nachhaltig zu sichern. Im Bereich der nicht-stationären Angebote entstanden ab Mitte der 1990er-Jahre eine ganze Reihe von Hybridkonzepten, die über erweiterte stationäre Maßnahmen, die Einrichtung neuer ambulanter Zentren sowie an die Krankenhausversorgung unmittelbar angeschlossene ambulante Angebote reichten.[22]

Diese Entwicklung war gleichwohl von Vorbehalten aus der Rentenversicherung begleitet, die auf die Ambivalenz der Befunde der Modellprojekte zurückzuführen waren. Der Rentenversicherung erschien es insgesamt „wenig zweckmäßig, neue Strukturen mit hohen Investitionskosten flächendeckend auszubauen, solange grundlegende Fragen offen sind", wie ihre Rehabilitationsexperten bekundeten. „Gerade die Vielzahl der derzeit diskutierten Konzepte und auf dem Markt befindlichen Angebote zeigt, dass erhebliche Unsicherheiten bestehen."[23]

20 Vgl. Buchwalsky/Blümchen, Rehabilitation, S. 294.
21 Schliehe/Müller, Neue Wege, S. 242.
22 Brüggemann/Buschmann-Steinhage/Pimmer, Rehabilitation, S. 412.
23 Schliehe/Müller, Neue Wege, S. 241.

3. Flexibilisierung unter Kostendruck
Von der „Reha-Krise“ zum abgestuften Behandlungssystem

Unsicherheiten betrafen in dieser Zeit allerdings nicht nur die Frage der „richtigen“ Konzepte und Angebotsformen, sondern das finanzielle Gerüst der Rehabilitation überhaupt. Ab den 1980er- und verstärkt in den frühen 1990er-Jahren waren die steigenden Rehabilitationsausgaben in den Fokus der Politik geraten. Während bei den Gesamtausgaben in der medizinischen Rehabilitation zwischen 1980 und 1990 eine Steigerung von lediglich 30 Prozent zu verzeichnen war, wuchsen die Aufwendungen allein in den alten Bundesländern zwischen 1990 und 1995 um 57% an. Die Gründe für diese „Ausgabenexplosion“ waren zeitgenössisch stark umstritten: Während den Rentenversicherungsträgern von Seiten der Politik eine „mangelnde Zielgenauigkeit“ der Leistungen sowie eine nachlässige Bewilligungspraxis vorgehalten wurde,[24] verwiesen diese auf die hohe Bedeutung der Rehabilitation und externe strukturelle Faktoren, insbesondere auf den gewachsenen Aufgabenumfang im Zuge der Wiedervereinigung. Über die Notwendigkeit von Sparmaßnahmen bestand zwar weitgehender Konsens. Doch im Unterschied zur Politik ergab sich diese aus Sicht der Rentenversicherung nicht aus „einer ‚hausgemachten‘ Finanzkrise“, sondern war hauptsächlich der „wesentlichen Verschlechterung der Konjunkturdaten“ sowie „dem dramatischen Anstieg der Arbeitslosigkeit“ geschuldet.[25] Diese Argumentation wurde wiederum von Seiten des Gesetzgebers nicht akzeptiert, der die Rentenversicherung mit zunehmendem Nachdruck anhielt, die Ausgaben insbesondere in der medizinischen Rehabilitation erheblich zu senken.

Im Herbst 1995 kam es über diesen Sachverhalt im Arbeitsministerium zu einem Ministergespräch, in dessen Verlauf die Vertreter der Rentenversicherung zusagten, die geforderten Einsparungen im Wege der Selbstverwaltung herbeizuführen. Beim VDR wurde zu diesem Zweck ein Maßnahmenkatalog erarbeitet, der eine Verbesserung der sozialmedizinischen Begutachtung, eine intensivere Antragsprüfung sowie stärkere Flexibilisierung der Behandlungszeiten vorsah.[26] Im selben Jahr legte die Rentenversicherung außerdem ein Konzept vor, in dem erstmals verbindliche Anforderungen an die Erprobungsmodelle im Bereich der ambulanten und teilstationären Rehabilitation formuliert waren.[27] Am 13. Mai 1996 wurde zwischen

24 Vgl. für die Zitate und die gängigen Argumente den folgenden Aufsatz von Georg Recht, damals Ministerialdirigent im Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung: Georg Recht, Trotz Begrenzung der Finanzmittel – Die Suchtbehandlung behält im Rahmen der Rehabilitation ihren hohen Stellenwert, in: Fachverband Sucht e. V. (Hrsg.), Suchtbehandlung. Entscheidungen und Notwendigkeiten, Geesthacht 1999, S. 73-79, hier S. 73 f.

25 Langenheim u. a., Sparmaßnahmen, S. 14.

26 Vgl. ebd. Es handelt sich um das „Konzept zur zeitlichen Flexibilisierung stationärer medizinischer Leistungen zur Rehabilitation“ vom 22. Juni 1995, Druck: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), Richtlinien, Empfehlungen und Vereinbarungen zur Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung (Reha-Richtlinien) v. Oktober 1999, Frankfurt/Main 1999, S. 93-102.

27 Anforderungen der gesetzlichen Rentenversicherung für Erprobungsmodelle ambulanter/teilstationärer Rehabilitation vom 21. Juni 1995, Druck: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), Richtlinien, Empfehlungen und Vereinbarungen zur Rehabilitation in der gesetz-

den Trägern der Kranken- und Rentenversicherung die „Empfehlungsvereinbarung über die Durchführung von gemeinsamen Modellvorhaben zur ambulanten/teilstationären medizinischen Rehabilitation in Wohnortnähe“ geschlossen. Das Ziel dieser Vereinbarung bestand im regionalen Auf- und Ausbau von ambulanten und teilstationären Behandlungsangeboten, wodurch einerseits „die Integration der Rehabilitanden in das gewohnte berufliche und soziale Umfeld gewährleistet“, andererseits eine „Entlastung im stationären Bereich“ erreicht werden sollte. Die Vereinbarung regelte ferner die Anwendungsbereiche, Voraussetzungen, Ausschlusskriterien sowie die wesentlichen Leistungs- und Finanzierungsfragen der ambulanten Rehabilitation. Darüber hinaus enthielt sie verbindliche Anforderungen an die Ausstattungsqualität und Rehabilitationskonzepte der Einrichtungen sowie an das Qualifikationsprofil des dort eingesetzten Personals.[28]

Der Flexibilisierungsprozess war insofern bereits angeschoben, als im September 1996 vom Bundestag das sogenannte „Sparpaket“ verabschiedet wurde, infolgedessen die Rehabilitationsausgaben erstmals in der Geschichte streng budgetiert wurden.[29] Das hierfür einschlägige „Wachstums- und Beschäftigungsgesetz“ (WFG) verpflichtete die Rentenversicherung zu einer Reduzierung der Rehabilitationsausgaben für das Jahr 1997 auf den Stand von 1993, was im Effekt gigantische Kürzungen im Umfang von etwa 2,7 Mrd. DM bedeutete.[30] In Anbetracht dieser Restriktionen machte das Wort von der „Reha-Krise“ die Runde und nicht wenige Experten warnten, dass der seit der Rentenreform von 1957 geltende Grundsatz „Reha vor Rente“ durch die Sparpolitik in seinem Fundament bedroht war.[31]

Im Sinne von Josef Schumpeters bekanntem Konzept der „schöpferischen Zerstörung“ löste die „Reha-Krise“ aber auch eine beschleunigte Reformdynamik aus, die insbesondere die schon eingeleitete Flexibilisierung der Behandlungsmodelle betraf. Denn mit dem WFG war das Vorrecht der stationären Versorgung dezidiert aufgehoben worden zugunsten eines fle-

lichen Rentenversicherung (Reha-Richtlinien) v. Oktober 1999, Frankfurt/Main 1999, S. 77-92. Vgl. auch Hans Gerwinn/Angelika Wegener, Weiterentwicklung der Rehabilitation, in: Deutsche Rentenversicherung 59 (2004), H. 5, S. 297-313, S. 310.

28 Empfehlungsvereinbarung über die Durchführung von gemeinsamen Modellvorhaben zur ambulanten/teilstationären medizinischen Rehabilitation in Wohnortnähe, Druck: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), Richtlinien, Empfehlungen und Vereinbarungen zur Rehabilitation, S. 55-63, S. 55.

29 Zu den politischen Hintergründen der Spargesetze, die insbesondere einer Fehlsteuerung des Beitragssatzes zuzuschreiben waren, siehe Eberhard Schaub, Rehabilitation der Rentenversicherung im Zeichen der Spargesetze: Umbruch und Perspektiven, in: Deutsche Rentenversicherung 5-6/1997, S. 265-276, S. 265 ff.

30 Gemeinsame Aussagen der Spitzenverbände der Kranken- und Rentenversicherungsträger zur Umsetzung der Spargesetze 1996 vom 5. November 1996, Druck: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), Richtlinien, Empfehlungen und Vereinbarungen zur Rehabilitation, S. 49-54, S. 49.

31 Vgl. Langenheim u. a., Sparmaßnahmen, S. 15 f. Siehe dort auch für eine detaillierte Aufschlüsselung der Folgen des WFG, die an dieser Stelle nicht geleistet werden kann.

xiblen Rehabilitationsansatzes unter dem „Primat von Effektivität und Effizienz“.[32] Damit war zwar kein rechtsverbindlicher Grundsatz „ambulant vor stationär“ geschaffen worden, wie er in der Kranken- und der Pflegeversicherung zu dieser Zeit bereits normiert war. Gleichwohl waren erhebliche Anreize entstanden, die ambulante und teilstationäre Rehabilitation weiter auszubauen, was in den folgenden Jahren auch erfolgte: Zwischen 1997 und 2003 stieg der Anteil der ambulanten Maßnahmen an den medizinischen Rehabilitationsleistungen von 0,9 auf 5,5 Prozent an.[33]

Diese Entwicklung wurde wiederum von Umbrüchen im Rehabilitationsrecht flankiert. Wegweisend war vor allem die Einführung des IX. Sozialgesetzbuchs (SGB IX) im Jahr 2001, das einen behindertenpolitischen Wendepunkt markierte. Dem SGB IX liegt ein modernes Verständnis von Behinderung zugrunde, die als Wechselwirkung zwischen gesundheitlichen Einschränkungen und dem gesellschaftlichen Kontext definiert wurde. Das bei den individuellen Defiziten ansetzende biopsychosoziale Modell wurde im SGB IX durch ein komplexeres „Partizipationsmodell“ ersetzt, das zugleich erweiterte „Ziele der Selbstbestimmung und der gleichberechtigten Teilhabe an Rechten und Ressourcen der Gesellschaft“ formulierte.[34] Eine in dem hier interessierenden Zusammenhang bedeutsame Erweiterung des SGB IX stellte die rechtliche Gleichstellung der stationären und ambulanten Rehabilitation dar, wodurch der in der Krankenversorgung verankerte Grundsatz „ambulant vor stationär“ nunmehr auch in der Rehabilitation Geltung erlangte.[35] Bedeutsam für die Praxis waren ferner die im selben Jahr von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation erarbeiteten „Grundsätze und Anwendungsempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation“, die eine wissenschaftsbasierte und an das neue Rehabilitationsrecht angepasste Weiterentwicklung des Modellkonzepts von 1995 darstellten.[36] Die mit dem SGB IX normierten erweiterten Teilhabeziele der Rehabilitation führten zudem zu einer Erweiterung des Leistungskatalogs, zu dem neben der regulären Heilbehandlung auch Psycho- und Arbeitstherapien, Belastungserprobungen sowie medizinische, psychologische und pädagogische Unterstützungsmaßnahmen zählten. Die Dauer bei stationären Behandlungen sollte – entsprechend dem übergeordneten Ziel einer selbstbestimmten Partizipation am gesellschaftlichen Leben – im Regelfall nicht länger als drei Wochen betragen, wobei Abweichungen grundsätzlich möglich waren.[37]

Trotz eines grundsätzlich festzustellenden Ausbautrends setzte sich die ambulante Rehabilitation in der Folge vor allem in den städtischen Ballungszentren durch, wohingegen in länd-

32 Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung, 6., völlig neu bearbeitete Auflage, Frankfurt/Main 2003, S. 10.

33 Vgl. Gerwinn/Wegener, Weiterentwicklung, S. 311 (Tabelle „Überblick über die Entwicklung der ambulanten Rehabilitation“).

34 Vgl. Marc von Miquel/Anne Schmidt, 125 Jahre Rentenversicherung in Westfalen. Sicherheit für Generationen 1890 bis 2015, Münster 2015, S. 260 f.

35 Volkmar Stein/Bernhard Greitemann (Hrsg.), Rehabilitation in Orthopädie und Unfallchirurgie. Methoden – Therapiestrategien - Behandlungsempfehlungen, 2. Aufl., Berlin/Heidelberg 2015, S. 10.

36 Gerwinn/Wegener, Weiterentwicklung, S. 310.

37 Vgl. Axel Reimann, Die Rehabilitation in der Rentenversicherung, in: Eberhard Eichenhöfer/Herbert Rische/Winfried Schmähl (Hrsg.), Handbuch der gesetzlichen Rentenversicherung SGB VI, Köln 2011, S. 473-496, S. 487.

lich geprägten Räumen aus logistisch-praktischen und auch finanziellen Gründen die stationäre Heilbehandlung vorherrschend blieb. Dem mit dem SGB IX normierten Finalitätsprinzip entsprach indes, dass jedem Rehabilitanden eine bedarfsgerechte Therapie ermöglicht werden sollte, um die übergeordneten gesellschaftlichen Teilhabeziele zu verwirklichen. Die Patienten- und Bedarfsorientierung manifestierte sich dabei nicht nur in der Flexibilisierung und Erweiterung des Leistungsspektrums, sondern insbesondere auch in der gesetzlichen Verpflichtung der Sozialversicherungsträger, in den Regionen Gemeinsame Servicestellen einzurichten, in denen sich potenzielle Rehabilitanden hinsichtlich der vielschichtigen Leistungen zur gesellschaftlichen Teilhabe beraten und informieren konnten.[38]

4. Schluss

Das SGB IX, das zweifellos wichtigste Gesetzeswerk in der jüngeren Geschichte der Rehabilitation, markiert den Abschluss der in den späten 1980er-Jahren eingesetzten Reformperiode, in der das rehabilitative Versorgungssystem der Bundesrepublik grundlegend erneuert wurde und das negative Image eines veralteten Kurwesens erfolgreich abschütteln konnte. Wie nicht unüblich im Bereich von Gesundheitsversorgung und sozialer Sicherung, vollzog sich diese Entwicklung nicht linear und rapide, sondern widersprüchlich und träge, was grundlegend mit der Komplexität und Reichweite systemischer Reformen sowie den konfliktreichen Akteurs- und Interessenskonstellationen im rehabilitativen Feld zusammenhing.

Auch am hier dargestellten Beispiel der Flexibilisierung des Versorgungsangebotes wurde deutlich, dass Veränderungen im rehabilitativen System eher schrittweise denn stürmisch erfolgen. Fokussiert man etwa auf die Ebene der Theorie und Konzeptionen, dann ist schnell festzustellen, dass dort bereits Ende der achtziger Jahre ein ganzheitlicher und am individuellen Bedarf orientierter Behandlungsansatz als Maßstab für die rehabilitative Versorgung ausformuliert war. Nicht zuletzt ergab sich schon aus der Expertenkritik an der Vernachlässigung der psychosozialen Behandlungsdimension das Erfordernis einer Flexibilisierung des Versorgungssystems. Bis sich die neuen Konzeptionen in der Praxis niederschlugen, die stationäre Behandlung um neue Angebote ergänzt und die ambulante Rehabilitation ausgebaut wurde, vergingen indes viele Jahre. Kurzum: Zwischen den konzeptionellen Ansprüchen und der Praxis der Rehabilitation bestand eine erhebliche Diskrepanz, die als zentraler Faktor der zeitgenössischen Akzeptanzkrise der Rehabilitation in Wissenschaft, Politik und Öffentlichkeit anzusehen ist.

Im Zuge dieser Krise entstand allerdings eine beschleunigte Reformdynamik, die insbesondere auch das Angebots- und Leistungsspektrum betraf. Dessen Flexibilisierung stellte einen komplexen Entwicklungsprozess dar, in den mit Gesundheitswissenschaftlern, Sozialpolitikern, Kosten-, Leistungs- und Rehabilitationsträgern, Rehabilitationspraktikern aus den Einrichtungen sowie schließlich Versicherten eine Vielzahl unterschiedlicher Akteure invol-

38 Ebd., S. 481.

viert waren, die jeweils eigene Motivlagen und Interessenschwerpunkte verfolgten. Dies war ein Grund, warum sich die für die Flexibilisierung notwendigen Anpassungsprozesse in der Rehabilitationspraxis nur schrittweise realisieren ließen. Hinzu kam der unsichere finanzielle Rahmen, der die Rehabilitation in dieser Dekade fortwährend kennzeichnete, Handlungsspielräume einengte und Reformplanungen erschwerte. Dies zeigte sich konkret am zögerlichen Ausbau der ambulanten Rehabilitation, der die Schaffung neuer Organisationsstrukturen und erhebliche Investitionsmittel voraussetzte, vor denen die Rentenversicherung in Zeiten des Kostendrucks zurückschreckte. Umgekehrt konnten mittels der Durchführung von Modellprojekten die Möglichkeiten und Grenzen der ambulanten Rehabilitation konkret aufgezeigt und eine hochwertige Behandlungsqualität gesichert werden.

Im Ergebnis gewann die Rehabilitation im Zuge der Reformperiode wieder erheblich an gesellschaftlicher Akzeptanz. So würde heute wohl kaum ein informierter Beobachter mehr auf die Idee verfallen, das verwissenschaftlichte, flexibilisierte und ausdifferenzierte Rehabilitationssystem der Gegenwart dem Kurwesen der frühen Bundesrepublik gleichzustellen oder aber der Rehabilitation gar prinzipiell die Berechtigung abzusprechen, wie es in den 1980er- und frühen 1990er-Jahren nicht selten der Fall war. Dass dem so ist, hat einerseits mit übergeordneten gesellschaftlichen Entwicklungen wie der Zunahme chronischer Krankheiten und der verlängerten Lebensarbeitszeit zu tun, welche die Rehabilitation mehr denn je als unverzichtbare Einrichtung im System der sozialen Sicherung erscheinen lassen. Andererseits sind die Legitimationsgewinne der umfassenden Erneuerung und Flexibilisierung zuzuschreiben, die dem Leitbild der bedarfsgerechten Therapie schrittweise zur praktischen Einlösung verholfen haben. Hierfür stehen die vielseitigen regionalen Angebote im ambulanten und teilstationären Bereich, die Dynamisierung der Behandlungszeiten, das hohe Maß an Interdisziplinarität und Professionalität sowie eine insgesamt stark verbesserte Organisations- und Infrastruktur, insbesondere in den Bereichen Beratung und Nachsorge, die für das Rehabilitationswesen der Gegenwart kennzeichnend sind.

Literatur

Brüggemann, Silke/Buschmann-Steinhage, Rolf/Pimmer, Verena: Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung – für Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, in: Thomas Schott/Claudia Hornberg (Hrsg.): Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft, Wiesbaden 2011, S. 401-417.

Buchwalsky, Rainer/Blümchen, Gerhard: Rehabilitation in Kardiologie und Angiologie, Berlin u. a. 1994.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Rentenversicherung in Zeitreihen 2009 (DRV-Schriften Bd. 22), Berlin 2009.

Endres, Alexandra: Ambulante kardiale Rehabilitation im Modellprojekt. Sinnvolle Ergänzung der stationären Therapie, in: Deutsches Ärzteblatt 45 (1997), H. 5, URL: https://

www.aerzteblatt.de/archiv/4875/Ambulante-kardiale-Rehabilitation-im-Modellprojekt-Sinnvolle-Ergaenzung-der-stationaeren-Therapie [letzter Abruf am 18.07.2017].

Gerwinn, Hans/Wegener, Angelika: Weiterentwicklung der Rehabilitation, in: Deutsche Rentenversicherung 59 (2004), H. 5, S. 297-313.

Haaf, Hans Günther u. a.: Fakten, Trends und Entwicklungsperspektiven in der Rehabilitation: Kosten- und Nutzenaspekte, in: Wilfried von Eiff u. a. (Hrsg.): Rehabilitationsmanagement. Klinische und ökonomische Erfolgsfaktoren, Stuttgart 2014, o. S. (Abschnitt 2).

Hurrelmann, Klaus/Laaser, Ulrich: Handbuch Gesundheitswissenschaften, Neuausgabe, Weinheim/München 1998.

Hurrelmann, Klaus/Laaser, Ulrich: Entwicklung und Perspektiven der Gesundheitswissenschaften, in: dies. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften, Weinheim/München 1998, S. 17-45.

Langenheim,Hermann/Stähler, Thomas/Ritz, Norbert/Peters, Reinhart: Die Sparmaßnahmen im Reha-Bereich und ihre Auswirkungen auf das Reha-Geschehen, in: Deutsche Rentenversicherung 1-2 (1997), S. 13-42.

Miquel, Marc von/Schmidt, Anne: 125 Jahre Rentenversicherung in Westfalen. Sicherheit für Generationen 1890 bis 2015, Münster 2015.

Recht, Georg: Trotz Begrenzung der Finanzmittel – Die Suchtbehandlung behält im Rahmen der Rehabilitation ihren hohen Stellenwert, in: Fachverband Sucht e. V. (Hrsg.): Suchtbehandlung. Entscheidungen und Notwendigkeiten, Geesthacht 1999, S. 73-79.

Reimann, Axel: Die Rehabilitation in der Rentenversicherung, in: Eberhard Eichenhöfer/Herbert Rische/Winfried Schmähl (Hrsg.): Handbuch der gesetzlichen Rentenversicherung SGB VI, Köln 2011, S. 473-496.

Rudloff, Wilfried: Das Ende der Anstalt? Institutionalisierung und Deinstitutionalisierung in der Geschichte der bundesdeutschen Behindertenpolitik, in: Elsbeth Bösl/Anne Klein/Anne Waldschmidt (Hrsg.): Disability History. Konstruktionen von Behinderung in der Geschichte, Bielefeld 2010, S. 169-190.

Schaub, Eberhard: Die Rehabilitation in der Rentenversicherung, in: Franz Ruland (Hrsg.): Handbuch der gesetzlichen Rentenversicherung. Festschrift aus Anlaß des 100jährigen Bestehens der gesetzlichen Rentenversicherung, Frankfurt/Main 1990, S. 601-643.

Schaub, Eberhard: Rehabilitation der Rentenversicherung im Zeichen der Spargesetze: Umbruch und Perspektiven, in: Deutsche Rentenversicherung 5-6/1997, S. 265-276

Schliehe, Ferdinand/Müller, Dagmar: Neue Wege in der Rehabilitation aus der Sicht der Rentenversicherung, in: Thomas Schott u. a. (Hrsg.): Neue Wege in der Rehabilitation. Von der Versorgung zur Selbstbestimmung chronisch Kranker, Weinheim und München 1996, S. 235-248.

Schmidt, Alfred: Rehabilitation in der Rentenversicherung. Die Selbstverwaltung vor einer wichtigen Bewährungsprobe, in: Die Angestelltenversicherung 36 (1989), S. 437-452.

Schmidt, Alfred: Strukturreform ja – aber so nicht!, in: Soziale Sicherheit 37 (1983), H. 5, S. 129-147.

Stein, Volkmar/Greitemann, Bernhard (Hrsg.): Rehabilitation in Orthopädie und Unfallchirurgie. Methoden – Therapiestrategien - Behandlungsempfehlungen, 2. Aufl., Berlin/Heidelberg 2015.

Stemmer-Lück, Magdalena: Verstehen und Behandeln von psychischen Störungen. Psychodynamische Prozesse in der psychosozialen Praxis, Stuttgart 2009.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung, 6., völlig neu bearbeitete Auflage, Frankfurt/Main 2003.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): Richtlinien, Empfehlungen und Vereinbarungen zur Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung (Reha-Richtlinien) v. Oktober 1999, Frankfurt/Main 1999.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): Bericht der Reha-Kommission des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger. Empfehlungen zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung (Reha-Kommission), Frankfurt/Main 1992.

Wille, Gabriele: Medizinische Rehabilitation – mehr als ein punktuelles Ereignis, in: Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (Hrsg.): Rehabilitation 1992. Vorträge zum Rehabilitations-Forum der BfA vom 30. bis 31. März 1992 in Berlin, Berlin 1992, S. 25-43.

Christoph Wehner

Von Heilstätten und Rehabilitationszentren

Die rehabilitative Versorgungsstruktur der Rentenversicherung zwischen Kaiserreich und Gegenwart

Einleitung

Die 1990er-Jahre stellen in der Geschichte des deutschen Sozialstaats eine Zeit tiefgreifender Umbrüche dar. Hervorzuheben sind der verstärkte Wettbewerbsdruck und die ausgreifenden Privatisierungstendenzen im Gesundheitswesen, die zur Etablierung eines „Wohlfahrtsmarktes" führten und die Ordnungsprinzipien der Sozialpolitik mithin nachdrücklich veränderten.[1] Diese übergeordneten Entwicklungen erfassten auch die Rehabilitationseinrichtungen, die in der Trägerschaft der Rentenversicherungsträger standen und über weite Strecken als öffentlich-rechtliche Eigenbetriebe geführt worden waren. Auch jene sahen sich in zunehmendem Maße dem „marktwirtschaftlichen Wind" ausgesetzt, wie 2006 im Geschäftsbericht der DRV Baden-Württemberg festgestellt wurde.[2] Der wirtschaftliche Problemdruck, der auf der rehabilitativen Infrastruktur lastete, stellte insbesondere eine Folge der Sparpolitik im öffentlichen Gesundheitswesen ab den 1990er-Jahren dar. Mit dem Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz (WFG) von 1996 waren ein Ausgabendeckel sowie weitere leistungsrechtliche Beschränkungen in der Rehabilitation eingeführt worden, was einen erheblichen Rückgang der Bewilligungs- und Belegungszahlen zur Folge hatte.[3]

Die finanzielle Schieflage, in die zahlreiche Einrichtungen infolge der unzureichenden Auslastung geraten waren, wurde in der Fachöffentlichkeit intensiv diskutiert, wobei sich der Gedanke an eine „Verselbstständigung" mehr und mehr Geltung verschaffte. Aufgrund ihrer Strukturverantwortung in der Rehabilitation habe die Rentenversicherung „dafür zu sorgen, dass ihre eigenen Rehabilitationseinrichtungen nicht nur qualitativ hochwertige Leistungen erbringen, sondern auch wirtschaftlich arbeiten", argumentierten 1995 etwa zwei Experten vom Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) und benannten damit zugleich das zentrale Spannungsfeld von Effektivität und Effizienz, in das die rehabilitative Versorgung früher wie heute eingelassen ist. Um „im Konkurrenzkampf mit den Privateinrichtun-

1 Siehe dazu als Überblick Hans Günter Hockerts, Vom Wohlfahrtsstaat zum Wohlfahrtsmarkt? Privatisierungstendenzen im deutschen Sozialstaat, in: Norbert Frei/Diemar Süß (Hrsg.), Privatisierung. Idee und Praxis seit den 1970er Jahren, Göttingen 2012, S. 70-87, bes. S. 74 f.

2 Geschäftsbericht DRV Baden-Württemberg 2006, S. 29

3 Siehe dazu Eberhard Schaub, Rehabilitation der Rentenversicherung im Zeichen der Spargesetze: Umbruch und Perspektiven, in: Deutsche Rentenversicherung 5-6/1997, S. 265-276.

gen bestehen zu können", so die Experten weiter, sollten die eigenen Einrichtungen zukünftig „stärker als marktorientierte Dienstleistungsunternehmen geführt" werden.[4]

Der Trend zur „Vermarktlichung", mit dem zugleich neuartige Qualifizierungs-, Steuerungs- und Managementkonzepte einhergingen, markiert das jüngste Kapitel in der Geschichte der rehabilitativen Infrastruktur in Deutschland, die im Folgenden mit Fokus auf die Rentenversicherung als größtem Leistungsträger der medizinischen Rehabilitation überblicksartig skizziert wird.[5] Die Darstellung nimmt ihren Ausgang bei der Institutionalisierung der Rentenversicherung im späten 19. Jahrhundert, setzt sich fort über den Ausbau der Versorgungsstruktur in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts, der im Zeichen der Tuberkulose stand, und nimmt mit der bundesrepublikanischen Geschichte über die Zeit der deutschen Einheit hinaus auch neuere Entwicklungslinien in den Blick. Über alle systemischen und politischen Brüche hinweg wird in der historischen Rückschau eine stete Anpassungsdynamik der rehabilitativen Infrastruktur erkennbar, die permanent an sich verändernde soziale, gesundheitliche sowie ökonomische Problemlagen ausgerichtet wurde und damals wie heute einen bedeutenden Pfeiler des sozialstaatlichen Versorgungssystems darstellt.

1. Anfänge: Rentenversicherung und Heilstättenbewegung um 1900

Infrastrukturen der sozialstaatlichen Gesundheitsversorgung sind historisch wandelbare Gebilde, die in der Regel vor dem Hintergrund einer sozialen Bedarfskonstellation und ihrer gesellschaftlichen Deutung entstehen. Diese allgemeine Formel lässt sich auch auf die Aufbauphase der rehabilitativen Versorgungsstruktur in der Rentenversicherung beziehen, die um 1900 mit dem Erwerb und der Errichtung der ersten Heilstätten durch die damaligen Landesversicherungsanstalten einsetzte und im Vorfeld durch mehrere gesellschaftliche Faktoren begünstigt wurde.

Erstens war es dem Mediziner Robert Koch im Jahr 1882 gelungen, den Erreger der Tuberkulose zu identifizieren, der damals am weitesten verbreiteten und in den meisten Fällen tödlich verlaufenden Infektionskrankheit. Die revolutionäre Entdeckung löste in der zeitgenössischen Öffentlichkeit eine regelrechte Euphorie aus, zumal mit dem von Koch entwickelten Tuberkulin auch ein Heilmittel zum Greifen nah schien. Wenngleich diese Hoffnung schnell wieder zerstob, war die institutionelle Tuberkulosebekämpfung stärker als zuvor auf die sozialpolitische Agenda gerückt. So verzeichnete insbesondere die im Laufe des 19.

4 Eberhard Schaub/Ferdinand Schliehe, Neue Entwicklungen in der medizinischen Rehabilitation, in: Deutsche Rentenversicherung 7-8/1995, S. 401-412, S. 408.

5 Axel Reimann, Die Rehabilitation in der Rentenversicherung, in: Eberhard Eichenhofer/Herbert Rische/Winfried Schmähl (Hrsg.), Handbuch der gesetzlichen Rentenversicherung SGB VI, Köln 2011, S. 473-496, S. 493. Zum historiographischen Konzept der „Vermarktlichung" siehe Ralf Ahrens, Marcus Böick, Marcel vom Lehn, Vermarktlichung. Zeithistorische Perspektiven auf ein umkämpftes Feld, in: Zeithistorische Forschungen, Online-Ausgabe, 12 (2015), H. 3, URL: http://www.zeithistorische-forschungen.de/3-2015/id=5264 [letzter Abruf am 04.02.2019].

Jahrhunderts entstandene Heilstättenbewegung, die vorwiegend von Lokalpolitikern und Ärzten getragen wurde, einen starken Auftrieb. Reichsweit entstand in den 1890er-Jahren eine Vielzahl von Förderungsvereinen, die mit Nachdruck das Ziel verfolgten, in den jeweiligen Regionen sogenannte „Volksheilstätten" zu errichten.[6]

Mit dem Erstarken der Heilstättenbewegung zusammen fiel zweitens die institutionelle Etablierung der Rentenversicherung, die prinzipiell zur Durchführung von Heilverfahren berechtigt war. Allerdings handelte es sich bei der Heilbehandlung nach damaliger Gesetzeslage nicht um eine Regel-, sondern um eine freiwillige Leistung, die im weitgehenden Ermessen der Selbstverwaltung der Versicherungsträger lag.[7] Wie im Falle der wenige Jahre zuvor gegründeten Krankenversicherung band der organisatorische Aufbau des 1889 errichteten Versicherungszweiges zunächst alle Kräfte, weshalb die LVAen in den Anfangsjahren nur sporadisch und in überschaubaren Zahlen Heilverfahren durchführten. Die LVA Rheinprovinz, um ein Beispiel zu nennen, wandte hierfür im Geschäftsjahr 1891 lediglich zehn Mark auf.[8]

Das niedrige Ausgabenniveau war zugleich Ausdruck einer unzureichenden Einrichtungslandschaft, deren Ausbau allerdings zeitnah einsetzte. Bereits in den frühen 1890er-Jahren waren einige Versicherungsanstalten dazu übergegangen, in Eigenregie insbesondere Lungenheilstätten zu errichten. Den Anfang machte die LVA Hannover mit der 1895 eröffneten Heilstätte Königsberg bei Goslar. Eine Vorreiterrolle nahm auch die LVA der Hansestädte mit der Heilstätte Oderberg ein, einer Einrichtung für männliche Lungenkranke, die 1897 in St. Andreasberg im Harz eröffnet wurde.[9] Dass der Ausbau anfangs gleichwohl schleppend verlief, war hauptsächlich dem Umstand geschuldet, dass die Durchführung von Heilverfahren durch die Rentenversicherungsträger bis zur Jahrhundertwende restriktiven Beschränkungen unterlag: Nach zeitgenössischer Gesetzeslage durften die LVAen nur bei Personen ohne Krankenversicherungsschutz überhaupt rehabilitativ tätig werden.[10] Die Krankenversicherung wiederum war dazu ermächtigt, die Kosten für eine Heilbehandlung für eine Dauer von maximal 13 Wochen zu tragen. Eine weitergehende Finanzierungsregelung war gesetzlich nicht vorgesehen, sodass insbesondere für die Ver-

6 Vgl. Sylvelyn Hähner-Rombach, Sozialgeschichte der Tuberkulose. Vom Kaiserreich bis zum Ende des Zweiten Weltkriegs unter besonderer Berücksichtigung Württembergs, Stuttgart 2000, S. 160 ff.; Andreas Daniel, Kleine Geschichte der Klinik Ambrock. Von der Tuberkulose-Heilstätte zum Zentrum für Pneumologie und Thoraxchirurgie, Münster 1995, S. 5 ff.

7 Schaub, Rehabilitation, S. 607 f.

8 Vgl. Gabriele Hommel, Wege und Irrwege – Tuberkulosebekämpfung im Rheinland, in: dies./Marc von Miquel (Hrsg.), Die vergessene Krankheit. Tuberkulose gestern und heute, Bochum 2010, S. 12-43, S. 18.

9 Christine Pieper, Die Sozialstruktur der Chefärzte des Allgemeinen Krankenhauses Hamburg-Barmbek 1913-1945. Ein Beitrag zur kollektivbiographischen Forschung, Hamburg/London 2003, S. 86; Hommel, Wege, S. 18 f.

10 Schaub, Rehabilitation, S. 607.

sicherten aus der Arbeiterschaft, welche die Behandlungskosten in der Regel nicht selbst bestreiten konnten, eine Versorgungslücke klaffte.[11]

Die einschränkenden Bestimmungen ließen indes nicht nur für die Versicherten Nachteile entstehen, sondern auch für die Rentenversicherungsträger, die die Folgekosten des Versorgungsdefizits zu tragen hatten. Die LVA Rheinprovinz etwa wandte 1891 mehr als 800.000, 1900 bereits 5,3 Mio. Mark für Invalidenrenten auf, wovon 37 Prozent auf die Tuberkulose zurückzuführen waren.[12] Diese Entwicklung regte ein Umdenken zahlreicher Regionalträger an, die ihren Versicherten auf freiwilliger Basis und in steigender Zahl medizinische Heilverfahren finanzierten. Dabei wurden die gesetzlichen Hürden in der Praxis mitunter flexibel gehandhabt: Ein Beispiel ist die LVA der Hansestädte, die auf regionaler Ebene Kostenvereinbarungen mit den Krankenkassen schloss, um frühzeitig auf die Gestaltung des Heilverfahrens Einfluss nehmen zu können. Wenngleich derartige Initiativen durch den allgemeinen gesundheitspolitischen Versorgungsauftrag der Rentenversicherung gedeckt waren, spielten fürsorgliche oder humanitäre Motive hierbei eine nachgeordnete Rolle. Ausschlaggebend war vielmehr das Kalkül, mittels einer verbesserten, über die Akutversorgung hinausgehenden medizinischen Behandlung das Invaliditätsrisiko zu senken und die Rentenkassen finanziell zu entlasten.[13]

In Verbindung mit frühen Investitionen in die Infrastruktur hatten die LVAen mit ihrer vorauseilenden Leistungspolitik gleichwohl Fakten geschaffen, was bei den politischen Entscheidungsträgern auf grundlegende Akzeptanz stieß. Der Gesetzgeber vollzog die von den Selbstverwaltungen initiierte Praxis im Invalidenversicherungsgesetz von 1899 nach, das die Beschränkung auf nicht der Krankenversicherung unterliegende Personen aufhob und die Möglichkeiten der Versicherungsanstalten in der Heilbehandlung erheblich erweiterte.[14]

2. Im Zeichen der Tuberkulose: Ausbau und Wandel von Versorgungsstrukturen zwischen Kaiserreich und früher Bundesrepublik

Von den neuen gesetzlichen Spielräumen konnten die Versicherungsanstalten anfangs nur eingeschränkt Gebrauch machen, da es an stationären Behandlungsplätzen in entsprechend qualifizierten Einrichtungen weithin mangelte. Hinzu kam, dass die gesetzliche Neuregelung von 1899 einen sprunghaften Anstieg der Antragszahlen bewirkte, woraus ein akuter

11 Daniel, Ambrock, S. 10.
12 Hommel, Wege, S. 18.
13 Vgl. Hähner-Rombach, Tuberkulose, S. 164.
14 Der entscheidende Paragraph 18 lautete: „Ist ein Versicherter dergestalt erkrankt, daß als Folge der Krankheit Erwerbsunfähigkeit zu besorgen ist, welche einen Anspruch auf reichsgesetzliche Invalidenrente begründet, so ist die Versicherungsanstalt befugt, zur Abwendung dieses Nachteiles ein Heilverfahren in dem ihr geeignet erscheinenden Umfange eintreten zu lassen.“ Zit. n. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), Rehabilitation durch die Rentenversicherung, 4. erweiterte Auflage, Frankfurt/Main 1962, S. XVI. Vgl. auch Schaub, Rehabilitation, S. 607.

Handlungsdruck resultierte, die Kapazitäten entsprechend anzupassen und zu erweitern.[15] In diesen Jahren setzte dann auch eine Phase des beschleunigten infrastrukturellen Ausbaus ein, die vorrangig im Zeichen der Tuberkulosebekämpfung stand: Allein zwischen 1897 und 1901 entstanden im Deutschen Reich 50 neue Lungenheilanstalten, wobei die LVAen den Löwenanteil der Finanzierung trugen.[16]

Dabei veranschlagten die selbstverwalteten LVAen unterschiedliche Steuerungs- und Finanzierungskonzepte. Während etwa die norddeutschen LVAen von Anfang an den Bau und Betrieb eigener Heilstätten favorisierten, setzten andere Träger wie die LVAen Rheinprovinz und Westfalen auf die Gewährung von Baudarlehen für die Errichtung von Lungenheilanstalten durch Akteure aus der Heilstättenbewegung.[17] So entstanden bis 1903 reichsweit 80 Lungenheilstätten, wovon sich bereits dreizehn im Eigentum der LVAen befanden. Die Boomphase hielt bis ins Jahr 1914 an, als die Rentenversicherung über eine Infrastruktur von 41 eigenen (bei insgesamt 158) Lungenheilanstalten verfügte.[18] Neben der Tuberkulose, bei der „Freiluft-Liegekuren" die zeitgenössisch gängige Behandlungsform darstellten,[19] lag ein weiterer Schwerpunkt auf der Behandlung von Geschlechtskrankheiten.[20] Im Zuge des Ersten Weltkrieges stagnierte die Entwicklung. Und auch in der krisengeschüttelten Weimarer Republik konnte an die Baudynamik der Vorkriegsjahre aus finanziellen Gründen nicht wieder angeschlossen werden.[21] Gleichwohl war die Zahl der rentenversicherungseigenen Lungenheilstätten bis 1926 bereits auf 58 gestiegen, was die zentrale Rolle der LVAen im Rahmen der zeitgenössischen Tuberkulosebekämpfung zum Ausdruck bringt.[22] Insgesamt befanden sich in der Spätphase der Weimarer Republik 114 Heilanstalten und ähnliche Einrichtungen mit einer Gesamtzahl von 15.513 Betten in der Trägerschaft der

15 Felicitas Wehnert, Von der Fürsorge zum Sozialstaat. 100 Jahre Kaiserliche Botschaft, o. O., o. D., S. 90.
16 Hähner-Rombach, Tuberkulose, S. 164; Alfred Fleßner, Die Volkskrankheit. Tuberkulosebekämpfung in den NS- und in der Besatzungszeit im Bezirk Oldenburg-Bremen, Bielefeld 2017, S. 12.
17 Hommel, Wege, S. 19; Daniel, Ambrock, S. 12.
18 Vgl. Hähner-Rombach, Tuberkulose, S. 165.
19 Vgl. Marc von Miquel/Anne Schmidt, 125 Jahre Rentenversicherung in Westfalen. Sicherheit für Generationen 1890-2015, Münster 2015, S. 36. Einblicke in den zeitgenössischen Alltag einer Lungenheilstätte der LVA Baden gibt Hans Stöhr, In alten Akten geblättert. 90 Jahre Landesversicherungsanstalt Baden, Karlsruhe 1981, S. 22-29.
20 Siehe die zeitgenössische Übersicht bei Julius Heller/Georg Sticker, Die Haut- und Geschlechtskrankheiten im Staats-, Straf-, Zivil- und Sozialrecht. Entwurf einer Geschichte der ansteckenden Geschlechtskrankheiten, Berlin 1931, S. 98.
21 Vgl. Hähner-Rombach, Tuberkulose, S. 165.
22 Vgl. Hartmut Weber-Falkensammer, Rentenversicherung und Gesundheitswesen, in: Ruland (Hrsg.), Handbuch, S. 389-410, S. 402. In dem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass die Versicherungsträger seit der Reichsversicherungsordnung von 1911 bereits bei einer „drohenden Invalidität" Heilverfahren gewähren konnten. Darüber hinaus wurde der Personenkreis auf Versicherte, die bereits eine Invalidenrente bezogen, sowie auf Witwen erweitert (ebd.).

Rentenversicherung. Hinzu kamen 1464 Heilanstalten, die von den Trägern per Fremdbelegung zur Behandlung genutzt wurden.[23]

In der NS-Diktatur wurden die gesundheits- und sozialpolitischen Maßnahmen zur Tuberkulosebekämpfung auf legislativer und institutioneller Ebene „gleichgeschaltet", wofür das „Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens" von 1934 die Grundlage bot.[24] Mit dem im selben Jahr verabschiedeten „Aufbaugesetz" wurden den LVAen zudem die sogenannten „Gemeinschaftsaufgaben in der Krankenversicherung" übertragen, die neben anderem den Betrieb von Heil- und Pflegeanstalten umfassten. Auf Grundlage dieser Kompetenz- und Machtzuwächse avancierten die personell wie strukturell auf Linie gebrachten Versicherungsanstalten im „Dritten Reich" zu zentralen Akteuren des gesundheitspolitischen Feldes.[25] Mit einem Übernahmeanteil von 85 Prozent waren sie zudem der wichtigste Kostenträger von Tuberkulose-Heilverfahren im NS-Staat.[26]

Die Tuberkulosepolitik der Nationalsozialisten stand zunächst in weitgehender Kontinuität zu den sozialhygienischen Ansätzen der Weimarer Republik.[27] Mit dem Übergang zur Kriegsphase entwickelte sie indes immer deutlicher die Handschrift einer rassehygienisch ideologisierten und systematisch gegen die Kranken ausgerichteten Ausgrenzungs- und Vernichtungspolitik.[28] Stellvertretend sei die 1938 erlassene „Verordnung über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten" hervorgehoben, die verschärfte Meldepflichten für Tuberkulosekranke einführte und ferner diskriminierende Maßnahmen wie Berufsverbote, Verkehrsbeschränkungen und die Kennzeichnung der Wohnungen vorsah.[29] Darüber hinaus war es fortan möglich, Tuberkulosekranke gegen ihren Willen in eine Pflege- oder Heilanstalt einzuweisen und dort auf unbestimmte Zeit wegzusperren.[30] Die Verordnung steht sinnbildlich für die zunehmende gesellschaftliche Stigmatisierung von Tuberkulosekranken, die aus der Sicht des NS-Regimes eine Bedrohung für den „Volkskörper" darstellten. Eine Vielzahl von Erkrankten, insbesondere die sogenannten „Offentuberkulösen", wurden als „asozial" diskriminiert, stationär isoliert und im Zuge des Krieges zu repressiven Arbeitsmaßnahmen

23 Ständiger Ausschuß des Reichsverbandes Deutscher Landesversicherungsanstalten (Hrsg.), Die Heilanstalten der Invalidenversicherung, Kassel 1930, S. III.
24 Vgl. Hommel, Wege, S. 24.
25 Christoph Wehner, Die Landesversicherungsanstalten Baden und Württemberg im „Dritten Reich". Personalpolitik, Verwaltung und Rentenpraxis 1933-1945, Ettlingen 2017, S. 62. Vgl. auch Fleßner, Volkskrankheit, S. 15 f.
26 Vgl. Andreas Daniel, Die Landesversicherungsanstalt Westfalen 1890-1990, S. 122 f.; Christoph Sachße/Florian Tennstedt, Der Wohlfahrtsstaat im Nationalsozialismus, Stuttgart 1992, S. 171; Schaub, Rehabilitation, in: Ruland (Hrsg.), Handbuch, S. 608.
27 Vgl. Fleßner, Volkskrankheit, S. 12 f.
28 Hommel, Wege, S. 25.
29 Hähner-Rombach, Tuberkulose, S. 138, 271.
30 Hommel, Wege, S. 25 f.

verpflichtet. Der Kampf gegen die Tuberkulose schlug im „Dritten Reich“ in einen Terror gegen Tuberkulöse um.[31]

Die Zwangsunterbringung erfolgte in geschlossenen Krankenhausabteilungen, in Heilstätten sowie in eigens zu diesem Zweck gegründeten „Zuchtanstalten“. Ein Beispiel für den letzten Institutionstyp ist die mit Mitteln der LVA Thüringen bei Jena errichtete Lungenheilanstalt Stadtroda, die einem Gefängnis glich und bereits ab 1934 zur Umerziehung von „asozialen“ oder „böswilligen“ Tuberkulosekranken genutzt wurde. Prügel, systematischer Essensentzug, pflegerische Vernachlässigung und eine ungenügende medizinische Versorgung prägten in dieser Einrichtung den Alltag der Patienten, die nicht nur aus Thüringen, sondern auch aus anderen Gebieten des Reiches kamen.[32] Stadtroda war eine von insgesamt 18 Spezialeinrichtungen, die 1941 im Deutschen Reich für die Unterbringung von sogenannten asozialen Kranken bestanden. Die dort systematisch betriebene Praxis der Unterversorgung wird in der Forschung einhellig als eine Form der „Euthanasie“ bewertet, der in Stadtroda zwischen 1933 und 1945 mindestens 2.267 Patienten zum Opfer fielen.[33] Aufgrund eines Defizits an empirischen Studien lassen sich die dort vorherrschenden Zustände allerdings nicht generalisieren – zumal eine Verlegung nach Stadtroda in anderen Heilstätten vielfach als Drohkulisse für die Disziplinierung der Patienten genutzt wurde. Gleichwohl zeigt die regionalhistorische Forschung, dass der Umgang mit „asozialen“ Tuberkulosekranken auch in Heilanstalten der Rentenversicherungsträger von Freiheitsentzug, medizinischer Vernachlässigung und ab 1939 in zunehmendem Maße von dem Zwang zu „Arbeitstherapien“ gekennzeichnet war.[34]

Die Tuberkulosegefahr blieb über das Kriegsende hinaus virulent. Bedingt durch die schlechte Wohn- und Ernährungssituation, die katastrophalen hygienischen Verhältnisse sowie den Zusammenbruch der Gesundheitsversorgung breitete sie sich in der „Trümmergesellschaft“ in einem rasanten Tempo aus. Dies traf zwar ebenso für Krankheiten wie Typhus, Ruhr und Diphtherie sowie anfangs auch für Geschlechtserkrankungen zu. Gleichwohl stellte die Tuberkulose weiterhin die vorherrschende Gesundheitsgefahr dar, deren Zurückdrängung nach 1945 höchste Priorität galt.[35]

In Anbetracht der chaotischen Verhältnisse war an die Wiederaufnahme einer geregelten Heilverfahrenspraxis nach Kriegsende gleichwohl nicht zu denken. Auch bei den LVAen absorbierte die Bewältigung der unmittelbaren Kriegsfolgen und Alltagsnöte zunächst alle

31 Vgl. Fleßner, Volkskrankheit, S. 13; Martin Höfler-Waag, Die Arbeits- und Leistungsmedizin des Nationalsozialismus von 1939-1945, Husum 1994, S. 67; Winfried Süß, Der „Volkskörper“ im Krieg. Gesundheitspolitik, Gesundheitsverhältnisse und Krankenmord im nationalsozialistischen Deutschland 1939-1945, München 2003, S. 295 sowie S. 409 f.

32 Vgl. Hähner-Rombach, Tuberkulose, S. 272 ff.

33 Ebd., S. 277; Fleßner, Volkskrankheit, S. 15.

34 Hähner-Rombach, Tuberkulose, S. 278 f., bezeichnet Zwangsasylierungen in Württemberg als „gängige Praxis“. Siehe jüngst am Beispiel des Bezirks Oldenburg-Bremen zudem Fleßner, Volkskrankheit.

35 Miquel/Schmidt, 125 Jahre, S. 166.

Kräfte. Der Dienstbetrieb der Versicherungsanstalten war mit der militärischen Niederlage vollständig zu Erliegen gekommen und es dauerte Monate, bis die Verwaltungsarbeit unter widrigen Umständen wieder aufgenommen werden konnte.[36] Zu den organisatorischen und finanziellen Schwierigkeiten der LVAen, die mit dem Zusammenbruch des NS-Staates erhebliche Teile ihres Vermögens verloren hatten, kam hinzu, dass zahlreiche Heilstätten im Zuge des Krieges beschädigt, von der Wehrmacht beschlagnahmt und zu Reservelazaretten umfunktioniert worden waren. Andere Heilanstalten waren wiederum bei dem Einmarsch der alliierten Truppen in Beschlag genommen worden und standen vorerst nicht zur Verfügung. Nicht selten kam es dabei zu Plünderungen, wobei Einrichtungsgegenstände wie Betten und Matratzen sowie Kleidungsstücke entwendet wurden – Güter, die für die Versorgung essentiell und in dieser Zeit kaum zu ersetzen waren.[37]

„Durch die Zeitverhältnisse ist die stationäre Unterbringung der Kranken zum Teil noch sehr erschwert", hieß es etwa in einem Bericht der Heilverfahrenabteilung der LVA Württemberg aus dem Jahr 1946, der einen Einblick in die zeitgenössische Lage vor Ort vermittelt. Zwar hätten die zu Verfügung stehenden Betten für die Behandlung der Tuberkulosekranken „bisher ausgereicht". Da deren Zahl aber ständig zunehme, müsse „damit gerechnet werden, dass in absehbarer Zeit ein Bettenmangel eintritt. Hinzu kommt, dass Kranke aus entfernt liegenden Orten die Heilstätten bei schwierigen Verkehrsverhältnissen oft erst nach mehrtägiger Fahrt erreichen können. Besonders ungünstig liegen die Verhältnisse in den Badeorten. Bei dem Fehlen des notwendigen Heizmaterials ist eine Betriebsaufnahme vielfach überhaupt nicht möglich. Ein Teil der Heime ist auch noch von der Besatzungsmacht in Anspruch genommen. Zur Zeit können von der Landesversicherungsanstalt wegen Fehlens genügender Unterbringungsmöglichkeiten nur in beschränktem Umfange Badekuren durchgeführt werden."[38]

Den vielschichtigen Widrigkeiten zum Trotz setzte bei den LVAen – vor dem Hintergrund einer oftmals zeitnah wiederhergestellten demokratischen Selbstverwaltung – bereits in den späten 1940er-Jahren ein zögerlicher Aufschwung bei den Heilverfahren ein. Bei der LVA Württemberg etwa stieg die Zahl der abgeschlossenen Heilbehandlungen von dem Tiefstand mit 1.901 im Jahr 1945 bis 1949 auf 8.028 an.[39] Bedingt durch die einsetzende Konjunkturentwicklung, setzte sich dieser Trend in den Folgejahren in beschleunigtem Maße

36 Dem Verwaltungsbericht der LVA Württemberg war zu entnehmen: „Das Geschäftsjahr 1945 stand unter Einwirkung der Kriegsereignisse, des Zusammenbruchs und der Nachkriegsverhältnisse. Wie überall, so traten auch bei der Landesversicherungsanstalt und ihren Außenstellen – hervorgerufen durch den Ausfall von Verkehrsmitteln, die Störung des Verkehrswesens und andere kriegs- und nachkriegsbedingte Ereignisse – fast unüberwindliche Schwierigkeiten in der Abwicklung des Geschäftsbetriebs auf." Verwaltungsbericht der LVA Württemberg 1947, S. 3.

37 Verwaltungsbericht der LVA Württemberg 1945, S. 1 f.; Wehner, Landesversicherungsanstalten, S. 84.

38 Max Gruhler, Schulungsvortrag über das Thema: „Das Heilverfahren" v. 24. April 1946, in: Fachliche Schulung der Beamten, Angestellten und Arbeiter der L.V.A. Württemberg, o. O., o. D., S. 17, Hausarchiv der DRV Baden-Württemberg. Die LVA verfügte damals über elf eigene Heilstätten (ebd.).

39 Max Gruhler, 60 Jahre Heilverfahren der Landesversicherungsanstalt Württemberg, in: Landesversicherungsanstalt Württemberg, Verwaltungsbericht 1890-1951, S. 98-105, Tabelle S. 99.

fort und für das Jahr 1955 sind in der Rehabilitationsstatistik der gesetzlichen Rentenversicherung bereits wieder rund 247.000 Heilverfahren dokumentiert.[40] Auch hinsichtlich der Infrastruktur hatten sich die Verhältnisse in zunehmendem Maße normalisiert: Mitte der fünfziger Jahre befanden sich insgesamt 189 Heilstätten im Verwaltungsbesitz der Rentenversicherungsträger, von denen etwa die Hälfte nach wie vor auf die Behandlung der Tuberkulose ausgerichtet war.[41]

3. Epidemischer und struktureller Wandel zwischen Rentenreform und Gegenwart

Im Jahr 1989 veröffentlichte das Referat für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der LVA Westfalen eine Dokumentationsbroschüre, die den griffigen Titel „Abschied von der Tuberkulose“ trug. Anlass der Veröffentlichung war die fünf Jahre zuvor erfolgte Übertragung der Tuberkuloseheilbehandlung von den LVAen auf die Krankenkassen, womit ein Schlussstrich unter nahezu ein Jahrhundert der „Bekämpfung und Behandlung der Tuberkulose“ durch die Rentenversicherung gesetzt wurde.[42]

Von Gesetzeswegen wurde damit einer Entwicklung Rechnung getragen, die bereits in den 1960er-Jahren mit den wachsenden Erfolgen bei der Zurückdrängung der Infektionskrankheit eingesetzt hatte. Entfielen 1955 noch 31,2 Prozent aller stationären Heilverfahren auf die Tuberkulose, waren es im Jahr 1960 nur mehr 12,3 Prozent. Demgegenüber schoben sich in der Rehabilitationsstatistik chronische Krankheitsbilder in den Vordergrund, insbesondere Herz- und Gefäßkrankheiten, die zeitgenössisch bereits einen Behandlungsanteil von 28,7 Prozent ausmachten. Dahinter folgten rheumatische Erkrankungen (22,7 Prozent), nichttuberkulöse Atemwegserkrankungen (14,6 Prozent), Krankheiten der Verdauungsorgane (13,7 Prozent) und die sogenannten „Erschöpfungskrankheiten“ mit einem Anteil von 8,5 Prozent.[43] In absoluten Zahlen ergibt sich folgendes tabellarisches Bild:

40 Rentenversicherung in Zeitreihen 2005, S. 192, Tab.: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

41 Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), Die Sanatorien, Heilstätten und Krankenhäuser der Rentenversicherungsträger in der Bundesrepublik Deutschland, Dritte Auflage, Frankfurt/Main 1956, S. V.

42 Andreas Daniel, Abschied von der Tuberkulose. Eine Dokumentation der Bekämpfung und Behandlung der Tuberkulose durch die LVA Westfalen, Münster 1989.

43 Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), Rehabilitation durch die Rentenversicherung, S. XXXI. Siehe zum Rückgang der Erkrankungszahlen bei der Tuberkulose auch Willy Lukas, Die Intensivierung der Tuberkulosebekämpfung durch die Rentenversicherungsträger, in: Deutsche Rentenversicherung 5 (1967), S. 257-270.

Tabelle 1: Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen der Rentenversicherung 1958-1984[44]

Jahr	Maßnahmen allgemeine Erkrankungen	Maßnahmen Tuberkulose
1958	347.614	69.993
1960	481.591	67.325
1962	562.960	89.399
1964	619.319	83.106
1966	645.026	75.395
1968	578.828	63.689
1970	642.894	57.912
1972	718.270	46.326
1974	814.788	39.731
1976	674.659 (bereinigte Angabe)	32.000 (bereinigte Angabe)
1978	638.082	28.701
1980	770.239	28.609
1982	747.689	23.936
1984	572.229	17.217

Der Wandel der Indikationen bildete sich auch in der Belegungssituation ab. Im Jahr 1962 verfügte die Rentenversicherung über 212 eigene Heilstätten mit einer Gesamtzahl von 35.653 Betten. Auf die Behandlung der Tuberkulose entfielen inzwischen nur noch 11.833 Betten in 78 Heilstätten, während 23.820 Betten in den übrigen 134 Einrichtungen für die Behandlung anderer Krankheiten genutzt wurden. Hinzu kamen rund 46.000 Betten, die von den Rentenversicherungsträgern regelmäßig in Vertragskliniken belegt wurden. Insgesamt standen für die medizinische Rehabilitation in den frühen sechziger Jahren also knapp 82.000 Betten zur Verfügung.[45]

Die Kapazitätserweiterung resultierte zum einen aus dem Wirtschaftsboom jener Jahre, der die LVAen finanziell in die Lage versetzte, stärker denn je in den Ausbau rehabilitativer Infrastrukturen zu investieren.[46] Für die Aufbrüche in der Rehabilitation ebenso bedeutsam war die Rentenreform von 1957, die – gewissermaßen im Schatten ihrer epochalen Neuerungen für das Rentensystem – den Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“ eingeführt und den Gedanken der Rehabilitation dadurch zukunftsweisend gestärkt hat. Die Aufwertung umfasste nicht zuletzt den zuvor vernachlässigten Bereich der beruflichen Rehabilitation, der

44 Zahlen nach Uwe Rehfeld/Ottmar Scheitl, Rehabilitation der Rentenversicherung. Die wichtigsten quantitativen Entwicklungen im Blickwinkel der demographischen, konjunkturellen und gesetzlichen Änderungen, in: Deutsche Rentenversicherung 10-11/1985, S. 662-710, S. 665, Tab. 1.

45 Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), Rehabilitation durch die Rentenversicherung, S. XLII f.

46 Miquel/Schmidt, 125 Jahre, S. 170 f.

seit 1957 zum gesetzlichen Aufgabenspektrum der Rentenversicherung gehört.[47] Indem die Rentenreform zudem einem integrierten Behandlungskonzept, das psychische, berufliche und soziale Problemlagen einbezog, Konturen verlieh, steht sie am Beginn der modernen ganzheitlichen Rehabilitation durch die Rentenversicherung.[48]

Infolge des rechtlichen, konzeptionellen und epidemischen Wandels durchlief die Einrichtungslandschaft ab den 1960er-Jahren einen Prozess der tiefgreifenden Umgestaltung. Im Bereich der medizinischen Rehabilitation bestand eine zentrale Herausforderung darin, für einzelne Krankheitsbilder, die die Erwerbsfähigkeit der Versicherten am stärksten bedrohten, überregionale Schwerpunktkliniken zu errichten. Diese technisch wie konzeptionell fortschrittlichen Einrichtungen sollten zugleich dem Aufbau eines differenzierten Erfahrungs- und Behandlungswissens dienen, das wiederum in einem nächsten Schritt auf die Vertragskliniken übertragen werden sollte.[49] „Die weitere Entwicklung der Sanatorien der Rentenversicherungsträger", hieß es in einer VDR-Broschüre von 1962, „drängt in die Richtung, überregionale Zentren für die Behandlung" zu schaffen. Während der „Bedarf an Behandlungsstätten für solche Krankheiten, die mit Versicherten des eigenen Bezirks ausreichend belegt werden können, [...] im allgemeinen befriedigt" sei, müssten bei Krankheiten, „für deren Behandlung die Errichtung einer eigenen Behandlungsstätte durch den einzelnen Versicherungsträger nicht wirtschaftlich wäre", neue Wege gegangen werden. Nach Ansicht des VDR könnten entweder „mehrere Versicherungsanstalten ein solches Behandlungszentrum gemeinsam" errichten oder aber ein Träger die Finanzierung vornehmen und den anderen Versicherungsanstalten dann eine Mitbelegung zusichern.[50] Ein frühes Beispiel für eine solche Spezialeinrichtung ist die 1961 von der LVA Westfalen errichtete Klinik Norderney, die auf Erkrankungen der Atemwege ausgerichtet war. Weitere Schwerpunkteinrichtungen entstanden für Herz-Kreislauf-Krankheiten, Stoffwechselkrankheiten und Erkrankungen des Verdauungssystems.[51]

Mit der Anpassung der rehabilitativen Infrastruktur an die veränderten Indikationen gingen umgekehrt aber auch Schließungen von Einrichtungen einher, wovon insbesondere die Tuberkulose-Heilanstalten betroffen waren. Infolge neuer medikamentöser Therapiemöglichkeiten war der Anteil der Tuberkulose an den stationären Heilmaßnahmen der Rentenversicherungsträger ab den 1960er-Jahren stark rückläufig und lag beispielsweise 1975

47 Vgl. Schaub, Rehabilitation, S. 608.

48 Vgl. Felix Welti, Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat. Freiheit, Gleichheit und Teilhabe behinderter Menschen, Tübingen 2005, S. 230 f. Zu übergeordneten Entwicklungen im zeitgenössischen Rehabilitationswesen siehe Wilfried Rudloff, Rehabilitation und Hilfen für Behinderte, in: Bundesministerium für Arbeit und Soziales und Bundesarchiv (Hrsg.), Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945, Bd. 4: Bundesrepublik Deutschland 1957-1966: Sozialpolitik im Zeichen des erreichten Wohlstandes (hrgs. v. Michael Ruck/Marcel Boldorf), Baden-Baden 2007, S. 465-501.

49 Miquel/Schmidt, 125 Jahre, S. 171.

50 Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), Rehabilitation durch die Rentenversicherung, S. XLV.

51 Miquel/Schmidt, 125 Jahre, S. 171 f.

bei der LVA Rheinprovinz lediglich bei 4,3 Prozent.[52] Auf die fehlende Auslastung mussten die per Gesetz zur Wirtschaftlichkeit angehaltenen Versicherungsträger zeitnah reagieren. Zwischen 1962 und 1976 ging die Zahl der Tuberkulosebetten in den rentenversicherungseigenen Heilstätten von 14.984 auf 5.165 zurück, was eine Abnahme von 66 Prozent bedeutete. Hiervon waren insgesamt 43 Tuberkulose-Einrichtungen unmittelbar betroffen, die in der Folge entweder geschlossen oder durch Umbauten, Sanierungen und technische Modernisierungen auf neue Indikationsgebiete umgestellt wurden.[53]

Eine Neuausrichtung gelang beispielsweise im Falle der von der LVA Württemberg betriebenen Rehabilitationsklinik Überruh, wo die Behandlung der Lungentuberkulose ab 1971 eingestellt worden war. Stattdessen wurde diese Einrichtung auf Frühheilverfahren bei drohenden Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erschöpfungszuständen, vegetativen Störungen, rheumatischen Erkrankungen, Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts und der Atmungsorgane sowie bei psychosomatischen Störungen spezialisiert.[54] Nicht verhindern ließ sich hingegen der Verkauf der in Denklingen gelegenen Burgbergklinik der LVA Rheinprovinz, der 1978 erfolgte. Dass dieser Schritt der LVA nicht leicht gefallen war, zeigt der Umstand, dass der Veräußerung der ehemaligen Tuberkulose-Klinik gleich zwei Umstellungsversuche vorausgegangen waren: 1964 war die Klinik zunächst auf nichttuberkulöse Atemwegserkrankungen, zehn Jahre später wiederum auf „Verschleißerscheinungen der Bewegungsorgane und vegetative Dystonie“ ausgerichtet worden. Die ebenfalls im Verwaltungsbesitz der LVA Rheinprovinz befindliche Tuberkulose-Klinik Bergisch Land konnte 1975 dagegen erfolgreich in eine Fachklinik für Stoffwechselerkrankungen umgewandelt werden.[55]

Während sich die Einrichtungslandschaft der medizinischen Rehabilitation ab den 1960er-Jahren in einem dynamischen Umgestaltungsprozess befand, verlief der Ausbau von Kapazitäten für die berufliche Rehabilitation zunächst schleppend.[56] Ein Grund dafür war,

52 Vgl. Deutsche Rentenversicherung Rheinland (Hrsg.), Chronik der Deutschen Rentenversicherung Rheinland, Düsseldorf 2015 (1985), S. 285.

53 Vgl. Willy Lukas, Auswirkungen der rückläufigen Tuberkulosemorbidität auf die stationären Heilmaßnahmen der gesetzlichen Rentenversicherung und die Einrichtungen zur stationären Behandlung der Tuberkulose, in: Deutsche Rentenversicherung 4 (1976), S. 242-264, S. 249, Tab. 4.

54 Vgl. LVA Württemberg (Hrsg.), 100 Jahre Landesversicherungsanstalt Württemberg, Stuttgart 1990, S. 210-212.

55 Vgl. Deutsche Rentenversicherung Rheinland (Hrsg.), Chronik, S. 185 f. Zu den zeitgenössischen Umbrüchen bei der LVA Schleswig-Holstein siehe die Darstellung bei Günter Schaening, Die Entwicklung des Klinikwesens der LVA Schleswig-Holstein, in: Landesversicherungsanstalt Schleswig-Holstein (Hrsg.), 100 Jahre Landesversicherungsanstalt Schleswig-Holstein, Bd. III, Lübeck 1990, S. 63-122, bes. S. 107 ff.

56 In der 1962 erschienenen Fassung des Einrichtungsverzeichnisses des VDR waren – immerhin fünf Jahre nach der Rentenreform und dem gesetzlichen Leistungsauftrag – lediglich drei „Einrichtungen für die Durchführung von Maßnahmen der Berufsförderung“ aufgeführt. Es handelte sich um die Lehrwerkstätten Gauting der LVA Oberbayern, das Sanatorium Haus Tannack der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte und das bereits erwähnte Kurheim Bergisch-Land der LVA Rheinprovinz. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), Rehabilitation durch die Rentenversicherung, S. 272.

dass die LVAen Investitionen in größere Bauprojekte zunächst scheuten und Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung vorrangig in bestehenden Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation sowie externen Betrieben durchführen ließen. Der Wendepunkt kam mit dem „Aktionsprogramm der Bundesregierung zur Förderung der Rehabilitation der Behinderten" von 1970, das die Initiative der Rentenversicherungsträger entfaltete und einen Errichtungsschub von Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation auslöste. Die Gesamtaufwendungen der Rentenversicherungsträger für berufsfördernde Leistungen stiegen zwischen 1970 und 1975 von 60,6 auf 331,3 Mio. DM, ehe sie bis 1980 wieder auf 92,1 Mio. DM abnahmen.[57] Auch in der medizinischen Rehabilitation war im Jahr 1975 mit einer Gesamtanzahl von 840.856 stationären Behandlungen ein Kulminationspunkt erreicht.[58]

Der Bruch im statistischen Verlauf deutet auf die wirtschaftlichen Rezession infolge der Ölpreiskrise von 1973 hin, die unter die sozial- und rehabilitationspolitischen Aufbrüche der späten 1960er- und frühen 1970er-Jahre einen markanten Schlussstrich setzte. Zum einen wirkten sich die angespannte Arbeitsmarktssituation und die damit verbundene gesellschaftliche Verunsicherung dahingehend aus, dass deutlich weniger Versicherte überhaupt eine Rehabilitationsmaßnahme beantragten. Zum anderen geriet die Rehabilitation im Zuge der 1980er-Jahre in eine politische Legitimationskrise. Diese fand nicht nur in polemisch zugespitzter Verbalkritik an einem medizinisch fragwürdigen „Kurwesen" ihren Niederschlag, sondern mündete in einer erheblichen Verschärfung der rechtlichen Voraussetzungen für die Bewilligung rehabilitativer Maßnahmen sowie weiteren Einschränkungen. In der Folge gingen die Antragszahlen bei den einzelnen Rentenversicherungsträgern ab den frühen 1980er-Jahren dramatisch zurück, bei der LVA Westfalen etwa zwischen 1981 und 1983 um 46 Prozent.[59] Wenngleich der Einbruch in der Rückschau kurzfristig war, hatte er bereits profunde Konsequenzen: Die Rentenversicherungsträger mussten Betten abbauen und konnten zahlreiche Kliniken überhaupt nicht mehr belegen. Trotz der Einführung von Kurzarbeit waren 1983 in den Rehabilitationseinrichtungen der Bundesrepublik zudem ca. 29.000 Arbeitnehmer weniger beschäftigt als noch drei Jahre zuvor.[60]

In Anbetracht der kriselnden Entwicklung verwundert es nicht, dass in dieser Zeit innerhalb der Rentenversicherung eine Problem- und Reformdiskussion über das Rehabilitationssystem einsetzte, die stärker als zuvor dem Imperativ der ökonomischen Effizienz gehorchte. Ausdruck dessen ist die 1984 eingeführte „Gesamtvereinbarung über die Berücksichtigung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und der Sparsamkeit bei der Durchführung der Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation", die ein ganzes Maßnahmenbündel zur Kostensenkung vorsah. Dazu zählte etwa die Flexibilisierung des stationär

57 Siehe vertiefend und für bibliographische Angaben den Aufsatz des Verfassers zur beruflichen Rehabilitation in diesem Band.

58 Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), Rentenversicherung in Zeitreihen 2004, S. 192, Tab.: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

59 Vgl. Miquel/Schmidt, 125 Jahre, S. 240.

60 Vgl. Franz Ruland, In Sorge um die Rehabilitation, in: Deutsche Rentenversicherung 10-11/1996, S. 625-632, S. 630.

orientierten Leistungsspektrums durch das Hinzutreten von ambulanten und teilstationären Behandlungsangeboten, denen bei gleicher Erfolgsaussicht der Vorzug zu geben war. Eine stationäre Behandlung sollte fortan nur noch dann in Betracht gezogen werden, „wenn die ambulante Behandlung auch unter Berücksichtigung begleitender Maßnahmen nicht ausreicht und eine Behandlung in einer anderen Einrichtung nicht geboten ist". Darüber hinaus verpflichteten sich die Rehabilitationsträger, die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit in den eigenen Einrichtungen einzuhalten. Dies sollte mittels Vereinbarungen sichergestellt werden, die konkrete Regelungen über die personelle und sachliche Ausstattung der Einrichtungen, über die Kostenerfassung sowie über die Höhe der Pflegesätze enthielten.[61] Für die Vertragskliniken wurden 1986 weitergehende Kostengrundsätze erarbeitet, denen das Credo „Sparsamkeit verlangt den geringstmöglichen Einsatz von Mitteln; Wirtschaftlichkeit will den größtmöglichen Nutzen" vorangestellt war.[62]

Entsprechend galt das Interesse der Rentenversicherung über einzelne Sparmaßnahmen hinaus einer generellen Problemanalyse der Versorgungsstrukturen, wobei zentrale Impulse auf den Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) und dessen langjährigen Vorsitzenden Alfred Schmidt zurückgingen. An einen Verbandsbericht über die Planung der zukünftigen Bettenkapazitäten schlossen weiterführende Überlegungen an, wie die Wirtschaftlichkeit der Einrichtungslandschaft verbessert werden könnte. Eine zentrale Idee lautete, die „Behandlungseinrichtungen sowohl nach Indikationsschwerpunkten als auch nach Art und Umfang der jeweils vorzuhaltenden medizinischen Apparaturen" zu differenzieren, wodurch eine „abgestufte Gliederung nach Schwerpunktkliniken, Kurkliniken und Sanatorien" entstehen und fortan als Grundlage für die Bettengesamtplanung dienen sollte. Dabei stellte die Planung auf „einen konstanten Anteil höherspezialisierter eigener Behandlungsstätten und darüber hinaus auf eine der Antragsentwicklung folgende variable Belegung in fremden – häufig weniger spezialisierten – Einrichtungen" ab. Der Bettenbestand in den eigenen Einrichtungen wurde auf 50 Prozent des Gesamtbedarfs festgelegt.

Gleichwohl war man sich beim VDR bewusst, dass es darüber hinaus auch struktureller Reformen bedurfte. Ausgehend von dem empirischen Befund, dass „der Bedarf und der Bestand an eigenen Betten in den einzelnen Diagnosegrundgruppen nach wie vor zum Teil erheblich divergiert", wobei Herz-Kreislaufkrankheiten mit einer Auslastung von über 85 Prozent und psychische einschließlich Sucht-Erkrankungen mit einer Auslastung von lediglich zwölf Prozent die Extreme darstellten, forderte Schmidt von den Rentenversicherungsträgern Mut zu unbequemen Entscheidungen ein: Es stelle sich generell „die Frage, ob die

61 Vgl. Gesamtvereinbarung über die Berücksichtigung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit bei der Durchführung der Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation vom 1. September 1984, in: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), Richtlinien, Empfehlungen und Vereinbarungen zur Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung (Reha-Richtlinien), Frankfurt/Main 1999, S. 40-44.

62 Vgl. Grundsätze der Rentenversicherungsträger zur wirtschaftlichen und sparsamen Durchführung von Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation in nicht eigenen Rehabilitationseinrichtungen (Kostengrundsätze) vom 10. Dezember 1986, in: ebd., S. 45-48, hier S. 45.

hierfür verantwortliche Selbstverwaltung die gewachsene Struktur beibehalten will oder ob es ihre Aufgabe ist, hier auch einmal gemeinsam und grundsätzlich über die Notwendigkeit und Möglichkeit von Änderungen nachzudenken". Dabei war sich der Reformer „bewusst, dass jede Umstrukturierung schwerwiegende Probleme aufwirft und dass die sich im Einzelfall ergebenden Folgerungen unter Umständen zu erheblichen Konflikten – auch mit betroffenen Mitarbeitern – führen können". Dies dürfe indes „nicht verhindern, die im Interesse der Versicherten als richtig und notwendig erkannten Entscheidungen zu treffen und notwendige Konflikte durchzustehen".[63]

Die Infrastrukturplanung gelangte damit auf die Reformagenda der vom VDR eingesetzten Reha-Kommission, die in dem Zusammenhang zukunftsweisende Empfehlungen unterbreitete. Zentral war die Frage, ob das bisherige „Leistungsstufenmodell" (Schwerpunktklinik, Kur- oder Fachklinik, Sanatorien) als Grundlage für die Angebotsplanung beibehalten werden sollte. Die Reha-Kommission sprach sich dagegen aus und führte zur Begründung an, dass das Modell den bedarfsorientierten Anforderungen in der medizinischen Rehabilitation nicht mehr hinreichend Rechnung trüge. Die Anforderungen an Rehabilitationseinrichtungen würden sich „zwischen den einzelnen Indikationsbereichen in der Regel stärker unterscheiden als zwischen den Kliniken eines Bereichs", weshalb die Kommission die „generelle Abstufung der Standards von Rehabilitationseinrichtungen" für unzweckmäßig erachtete. Stattdessen, so der zentrale Vorschlag, solle das Stufenmodell überprüft und „die in der Praxis seit längerem eingeleitete Differenzierung der Angebotsformen" nach Indikationsschwerpunkten weiter fortgesetzt werden. Konkret empfahl die Kommission im Hinblick auf die Versorgungsstruktur die Ausarbeitung eines Differenzierungskonzepts, das sich einerseits an „den Schwerpunkten der therapeutischen Intervention", andererseits an dem Wandel des Krankheitsgeschehens orientieren und im Ergebnis zu einer „krankheitsbezogenen Ausstattung" der Kliniken führen sollte. Praktisch bedeutete dies, dass alle rentenversicherungseigenen Einrichtungen in Zukunft über eine „medizinisch-therapeutische Grundausstattung" verfügen sollten, „die den jeweiligen aktuellen fachlichen Anforderungen für die Haupteinweisungsindikation(en) entspricht", was insbesondere auf eine Modernisierung der Sanatorien hinauslief.[64]

Ein zweiter Kernvorschlag der Kommission zielte auf eine stärkere wirtschaftliche Autonomie der rentenversicherungseigenen Rehabilitationseinrichtungen ab. So sollten Richtlinien ausgearbeitet werden, die den Kliniken „eine möglichst selbstständige Wirtschaftsführung im Rahmen eines vorgegebenen Wirtschaftsplans" ermöglichen, wobei die Vollmachten der Klinikleitungen in einem zweiten Schritt entsprechend zu erweitern seien.[65]

63 Alfred Schmidt, Rehabilitation in der Rentenversicherung – was kann verbessert werden? Fragen und Aufgaben für die Selbstverwaltung der sozialen Rentenversicherung, in: Deutsche Rentenversicherung 8-9/1987, S. 537-567, S. 558 f.

64 Vgl. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), Bericht der Reha-Kommission des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger. Empfehlungen zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung, Frankfurt/Main 1992, S. 149 f.

65 Ebd., S. 36.

Auf der Befundgrundlage von Steuerungsdefiziten und Schnittstellenproblemen zwischen den Sektoren empfahl die Reha-Kommission darüber hinaus, die Strukturverantwortung im gegliederten System einheitlicher als bisher zu regeln: „Um eine effektive Kapazitätssteuerung und Qualitätssicherung sicherzustellen" und eine wirtschaftliche Durchführung der Aufgaben zu gewährleisten, müsse „die Strukturverantwortung für gleichartige Rehabilitationsleistungen zukünftig bei einem Trägerbereich" zusammengefasst werden. Faktisch solle die Rentenversicherung „die Verantwortung für stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auch für andere Trägerbereiche" übernehmen.[66] Der zukunftsweisende Vorschlag, die Strukturverantwortung an einem einheitlichen Risikozuordnungsprinzip zu orientieren (hier: Rehabilitation vor Rente), besaß indes nicht nur eine ordnungspolitische, sondern zugleich eine machtpolitische Komponente. So diente er der Abwehr von Überlegungen, die Aufgaben der medizinischen Rehabilitation vollends auf die Krankenversicherung zu übertragen, wie es 1988 vom Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen empfohlen worden war. Ein weiteres Motiv bestand darin, eine weitreichende staatliche Intervention in die Rehabilitationsplanung zu verhindern.[67]

Als die Reha-Kommission im Frühjahr 1989 ihre Arbeit aufnahm, gab es keine Anzeichen für den nur wenige Monate später erfolgten „Mauerfall", der den Anfang vom Ende der deutschen Zweistaatlichkeit markierte. Aus der deutschen Einheit ergaben sich gerade im Hinblick auf die Versorgungsstruktur vielschichtige neue Herausforderungen, wobei die zentrale Frage war, wie mit den bestehenden Behandlungseinrichtungen in den neuen Bundesländern verfahren werden soll. In Anbetracht der turbulenten wie präzedenzlosen Umbruchssituation erscheint es bemerkenswert, dass die Reha-Kommission dieses knifflige Thema in ihrem Abschlussbericht nicht aussparte, sondern bereits erste Handlungsempfehlungen darlegte. Für die Rentenversicherung bestünde nach der Wiedervereinigung eine

66 Ebd., S. 69.

67 Siehe dazu ausführlich Ferdinand Schliehe, Struktur und Organisation in der medizinischen Rehabilitation – Thesen zur Weiterentwicklung und Reform, in: Barbara Riedmüller/Thomas Olk (Hrsg.), Grenzen des Sozialversicherungsstaates, Opladen 1994, S. 107-116, bes. S. 115: „Auf der Grundlage der Analysen und Ergebnisse der Reha-Kommission setzt sich die gesetzliche Rentenversicherung deshalb für einen Ausbau des Rehabilitationssystems ein, der die Verantwortung der Rehabilitationsträger auf der Grundlage des Prinzips der einheitlichen Risikozuordnung und einer darauf aufbauenden Strukturverantwortung zum Ausgangspunkt nimmt. Risikozuordnung und Strukturverantwortung erübrigen eine unmittelbare staatliche Steuerung der Versorgungsstrukturen." Vgl. auch Herbert Rische, Rehabilitation durch die gesetzliche Rentenversicherung – Ergebnisse einer Reformdiskussion und ihre Umsetzung, in: Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (Hrsg.), Rehabilitation 1992. Vorträge zum Rehabilitations-Forum der BfA vom 30. bis 31. März 1992 in Berlin, Berlin 1992, S. 9-24, S. 12: „Die Strukturverantwortung für stationäre medizinische Rehabilitationsleistungen, die die Rentenversicherung konzeptionell entwickelt hat und deren Hauptträger sie heute ist, muss bei der Rentenversicherung angesiedelt sein. Dieses Votum [der Reha-Kommision] bedeutet auch – und insbesondere – eine Ablehnung aller Überlegungen, staatliche Institutionen, beispielsweise die Länder in Form der Krankenhausbedarfsplanung, in die Strukturverantwortung einzubeziehen oder diese gänzlich auf sie zu übertragen."

vorrangige Aufgabe darin, „auf der Grundlage des vorhandenen Bestandes die nach Konzeption und Ausstattung geeigneten Einrichtungen für eine Belegung oder Übernahme auszuwählen“, wobei eine erste Sichtung durch den VDR und die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) zum damaligen Zeitpunkt bereits erfolgt war.[68]

Eine grundlegende Schwierigkeit resultierte aus dem Umstand, dass sich das Versorgungsmodell der ehemaligen DDR von jenem der Bundesrepublik strukturell wie qualitativ erheblich unterschied.[69] Anlass zur Sorge bereitete vor allem der Zustand der stationären Gesundheitseinrichtungen, denen die Kommission „beträchtliche Defizite in der Ausstattung und Arbeitsweise“ attestierte und dabei auf die Planwirtschaft „mit all ihren Unzulänglichkeiten, Fehlentwicklungen und Mangelerscheinungen“ abstellte. Das im Grunde fortschrittliche Leitkonzept einer integrierten multidisziplinären Behandlung habe deshalb nur „in wenigen, staatlich besonders geförderten Modelleinrichtungen“ verwirklicht werden können.[70]

Die Sanierung und Modernisierung der stationären Einrichtungen geriet insofern zu einer logistischen und finanziellen Herkulesaufgabe, zu deren Bewältigung die Rentenversicherung einen konstitutiven Beitrag leistete. Eine 1990 eingesetzte Arbeitsgruppe hatte für die Sanierung der ostdeutschen Gesundheits- und Sozialeinrichtungen bis 1995 einen notwendigen Gesamtinvestitionsbedarf von rund 21 Mrd. DM veranschlagt. In Anbetracht des ausgesprochen schlechten Zustands der Rehabilitations- und Vorsorgeinrichtungen, von denen nach einer zeitgenössischen Expertise 40 Prozent als sanierungsbedürftig und 30 Prozent als nicht erhaltenswert galten, wurden diese im Einigungsvertrag dezidiert in die staatliche Investitionsförderung einbezogen, die – so war es vorgesehen – von den fünf neuen Länderregierungen zu leisten war. Die Länder wandten sich indes gegen diese Regelung, die von den bisherigen Verantwortlichkeiten und Finanzierungsroutinen in der Rehabilitation abwich. Hier kam die Rentenversicherung ins Spiel, die sich gemäß ihrer Strukturverantwortung für die westdeutsche Einrichtungslandschaft dazu bereit fand, sich an Investitionen in die Infrastruktur der medizinischen Rehabilitation umfassend zu beteiligen und diese sogar eigenständig zu tragen. Mit dem sogenannten „Sicherstellungsauftrag“ wurde der Rentenversicherung die Verantwortung für die Bereitstellung bedarfsgerechter Rehabilitationsstrukturen in den neuen Bundesländern übertragen. Um die notwendigen Investitionen realisieren zu können, wurde das Budget der Rentenversicherung kurzfristig angepasst.[71]

68 Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), Bericht der Reha-Kommission, S. 155.

69 Vgl. Gerhard A. Ritter, Der Preis der deutschen Einheit. Die Wiedervereinigung und die Krise des Sozialstaats, 2. erw. Aufl., München 2007, S. 341.

70 Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), Bericht der Reha-Kommission, S. 159. Vgl. auch Ferdinand Schliehe/Pia Zollmann, Rehabilitation und Hilfen für Behinderte, in: Bundesministerium für Arbeit und Soziales und Bundesarchiv (Hrsg.), Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945, Bd. 11: Bundesrepublik Deutschland 1989-1994: Sozialpolitik im Zeichen der Vereinigung (hrsg. v. Gerhard A. Ritter), Baden-Baden 2007, S. 741-763, S. 751.

71 Vgl. Schliehe/Zollmann, Rehabilitation, S. 751 f., 754.

Den notwendigen Umstrukturierungen war als Leitlinie vorangestellt, die stationären Einrichtungen und die daran hängenden Arbeitsplätze in den neuen Bundesländern weitmöglich zu erhalten.[72] Schon die Reha-Kommission hatte sich für einen Rückgriff auf die bestehenden Einrichtungen ausgesprochen, „soweit sie zumindest die Grundanforderungen zur Durchführung stationärer medizinischer Rehabilitation erfüllen konnten", was zugleich einer schnellen Ingangsetzung der Rehabilitationspraxis vor Ort zugute kam.[73] Eine strukturelle Sicherungsmaßnahme stellte auch die in der Rentenversicherung getroffene Übereinkunft dar, Rehabilitationsverfahren für Versicherte aus den neuen Bundesländern vorwiegend in den dort bestehenden Einrichtungen durchzuführen, um deren Auslastung zu gewährleisten. Ein Großteil der vorhandenen ostdeutschen Rehabilitationseinrichtungen wurde im Anschluss in die Belegungsplanung der Rentenversicherung einbezogen: Dies galt für 45 (von 49) Erwachseneneinrichtungen und 24 (von 27) Kindereinrichtungen.[74]

Während die stationäre Einrichtungslandschaft nach westdeutschen Maßstäben modernisiert wurde, gingen von den nicht-stationären Versorgungsstrukturen der ehemaligen DDR umgekehrt Impulse für die Weiterentwicklung und Flexibilisierung des Rehabilitationssystems aus. Im Gegensatz zur Bundesrepublik war das Gesundheitssystem der DDR durch einen Primat der ambulanten Versorgung gekennzeichnet. Für wesentliche Indikationsbereiche (Herz- und Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Krankheiten der Atmungsorgane, Krebs sowie psychische Erkrankungen) bestand ein weitflächiges Netz von Polikliniken und Ambulatorien, in denen Prävention, medizinische Akutversorgung, Rehabilitation und Nachsorge zusammengefasst waren.[75] Die ambulante Rehabilitation basierte auf einem integrierten, multidisziplinären und insofern fortschrittlichen Behandlungskonzept und war überdies durch „leistungsfähige Strukturen" gekennzeichnet.[76] Das stationäre Versorgungsmodell der Bundesrepublik, die damit auch im internationalen Vergleich einen Sonderweg beschritten hatte, stand aufgrund seiner hohen Kosten und Starrheit hingegen seit einigen Jahren verstärkt in der Kritik, wobei sich zahlreiche mit der Rehabilitation befasste Experten zugunsten einer verbesserten individuellen Bedarfsausrichtung ausgesprochen hatten. Die Debatte mündete in dem flexiblen Modell eines abgestuften Versorgungssystems, das den Ausbau ambulanter, teilstationärer und wohnortnaher Rehabilitationsmöglichkeiten implizierte.[77]

72 Ebd., S. 754.
73 Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), Bericht der Reha-Kommission, S. 156.
74 Vgl. Schliehe/Zollmann, Rehabilitation, S. 754.
75 Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), Bericht der Reha-Kommission, S. 159. Siehe auch Gabriele Hommel, Das „Modell Brandenburg". Polikliniken für eine moderne ambulante Versorgung, in: Marc von Miquel (Hrsg.), 20 Jahre deutsche Einheit und Sozialversicherung. Rückblick und Ausblick, Bochum 2010, S. 97-102.
76 Schliehe/Zollmann, Rehabilitation, S. 751.
77 Vgl. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), Bericht der Reha-Kommission, S. 158 ff. Siehe zum Konzept zudem Rische, Rehabilitation, S. 18. Zur zeitgenössischen Flexibilisierungsdebatte siehe den entsprechenden Aufsatz des Verfassers in diesem Band, für aktuelle

Es lag insofern auf der Hand, dass das nicht-stationäre Versorgungsmodell in die Rehabilitationsplanung der Rentenversicherung einbezogen wurde – zumal 1990 in der deutschen Sozialpolitik deutliche Tendenzen bestanden, die ambulanten Strukturen zu erhalten.[78] Um Anschlussfähigkeiten zu ermitteln, aber auch Unterschiede der Modelle zu beleuchten, veranstaltete die Reha-Kommission im Frühjahr 1991 eine Expertentagung, die dem nicht-stationären Versorgungsansatz der ehemaligen DDR ein weithin positives Zeugnis ausstellte: Besonders hervorgehoben wurde der multidisziplinäre Behandlungsansatz unter Einsatz eines vielseitig qualifizierten Personals. Anerkennung erfuhr zudem die mit dem integrierten Modell erzielte „Reduzierung von Schnittstellenproblemen" – zugleich ein immer wieder beanstandetes Defizit des westdeutschen Rehabilitationssystems. Diese Befunde flossen in die Empfehlung der Reha-Kommission ein, die bestehende ambulante Versorgungsstruktur weitgehend beizubehalten, wovon sich die Kommissionsmitglieder zweierlei versprachen: Zum einen bot sich die Weiternutzung der Polikliniken und „Dispensaire-Einrichtungen" aus Sicht der Rentenversicherung schlichtweg deshalb an, um die in den neuen Bundesländern „in den nächsten Jahren noch bestehenden Defizite in der stationären Versorgung" aufzufangen. Zum anderen stellte die bestehende Infrastruktur in den Augen der Kommission eine Art Laboratorium dar, aus dem sich – so die Erwartung – „Anknüpfungspunkte für die Weiterentwicklung der ambulanten und teilstationären Rehabilitation" ergeben würden. Zu diesem Zweck regte die Kommission die Durchführung von teilstationären und ambulanten Modellprojekten an, die in den nachfolgenden Jahren in steigender Zahl umgesetzt wurden.[79]

Wenn es insofern zunächst den Anschein hatte, dass sich mit dem Mauerfall ein Möglichkeitsfenster aufgetan hat, die ambulante Versorgungsstrukturen insgesamt auszubauen und weiterzuentwickeln, so war in den nachfolgenden Jahren eine gegenläufige Entwicklung zu beobachten: In Brandenburg etwa hatte die Zahl der Polikliniken und Ambulatorien bereits bis 1991 von rund 250 auf etwa 30 abgenommen. Zwei Jahre nach dem Mauerfall betrug die Gesamtzahl poliklinischer Einrichtungen in den neuen Bundesländern lediglich 450, in denen zudem nur noch 15 Prozent der ehedem ambulant tätigen Ärzte beschäftigt waren. Ein Großteil der Mediziner hatte die neu geschaffene Möglichkeit einer freien Niederlassung favorisiert, die finanzielle Verbesserungen verhieß und einen zentralen Grund für den Rückbau der ambulanten Versorgungsstruktur darstellte. Hinzu kamen ideologische Vorbehalte gegenüber der poliklinischen Versorgung als sozialistischem Symbol, die besonders von den kassenärztlichen Vereinigungen und ärztlichen Standesverbänden wirksam genährt wurden. Im Ergebnis setzte sich das westdeutsche Konzept der privaten Arztpraxis in den neuen Bundesländern auf breiter Linie durch. Als die ambulante Rehabilitation in den

Perspektiven die Beiträge in Ruth Deck/Nathalie Glaser-Möller, Bedarfsorientierung und Flexibilisierung in der Rehabilitation, Lage 2016.

78 Vgl. Schliehe/Zollmann, Rehabilitation, S. 751.

79 Vgl. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), Bericht der Reha-Kommission, S. 154-157. Für einzelne Beispielprojekte siehe den Aufsatz des Verfassers zur Flexibilisierung in diesem Band.

späten 1990er-Jahren im Zuge der Einsparpolitik im Rehabilitationswesen schließlich einen Ausbau erfuhr, erlebte indes auch das Konzept der integrierten poliklinischen Versorgung in Gestalt der ambulanten Gesundheitszentren eine Wiederkehr.[80] Darüber hinaus fanden die Modellprojekte der ambulanten und teil-stationären Rehabilitation umfassend Eingang in das Rehabilitationsmodell der Rentenversicherung. Hiervon zeugt das 1992 erstmals veröffentlichte und 1996 weiterentwickelte „Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung", in dem ein flexibler und bedarfsorientierter Behandlungsansatz umschrieben ist und nicht-stationäre Leistungsangebote eine deutliche Aufwertung erfahren haben.[81]

Als Folge der intensiven Fachdiskussion um die Qualität und Wirtschaftlichkeit der rehabilitativen Versorgung wurden in den 1990er-Jahren auch in der unmittelbaren Struktursteuerung neue Wege gegangen. In dem Zusammenhang ist vor allem das Programm zur Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation hervorzuheben, das 1993 im Anschluss an die Befunde der Reha-Kommission eingeführt worden war. Auf der Grundlage zeitgemäßer Management- und Steuerungskonzepte ermöglichte es erstmals eine systematische Sicherung und Optimierung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in der medizinischen Rehabilitation, die von den einzelnen Kliniken in umfassenden Konzepten nachzuweisen waren. Das Programm beförderte ferner den Austausch zwischen Einrichtungen und Trägern, verstärkte das Qualitätsmanagement in den einzelnen Institutionen und sorgte im Leistungsgeschehen insgesamt für eine erhöhte Transparenz. Bis 2011 konnten rund 950 von insgesamt rund 1.200 Reha-Einrichtungen in das bundesweite Programm einbezogen werden, das insofern auch für die Modernisierung der ostdeutschen Einrichtungen einen zentralen Referenzpunkt darstellte.[82]

Institutioneller Modernisierungs- und Errichtungsbedarf bestand indes nicht nur im Bereich der medizinischen, sondern verstärkt in jenem der beruflichen Rehabilitation. In der DDR waren berufsfördernde Maßnahmen vorwiegend dezentral in den Betrieben vor Ort durchgeführt worden, wobei eine qualifizierte Umschulung oder Fortbildung im real existierenden „Sicherungssystem mit Schonarbeitsplätzen" nur selten erfolgt war.[83] Nach dessen

80 Hommel, Modell Brandenburg, S. 97, 100 ff.; Schliehe/Zollmann, Rehabilitation, S. 751.

81 Sie konnten nunmehr „an die Stelle stationärer Rehabilitation treten, sie verkürzen oder ergänzen". Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung, in: Deutsche Rentenversicherung 10-11/1996, S. 633-665, S. 639. Siehe zudem ebd., S. 659 f.

82 Vgl. Silke Brüggemann/Rolf Buschmann-Steinhage/Verena Pimmer, Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung, in: Thomas Schott/Claudia Hornberg (Hrsg.), Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft, Wiesbaden 2011, S. 401-417, S. 405; Rolf Rosenbrock/Thomas Gerlinger, Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, 3., vollst. überarbeit. Aufl., Bern 2014, S. 297, Tab. 8-4. Zum Qualitätssicherungsprogramm siehe auch den Beitrag von Uwe Egner und Ulrich Theißen in diesem Band.

83 Schliehe/Zollmann, Rehabilitation, S. 755. Zum Instrument der „Geschützten Arbeit" siehe Diana Ramm, Die Rehabilitation und das Schwerbeschädigtenrecht der DDR im Übergang zur Bundesrepublik Deutschland. Strukturen und Akteure, Kassel 2006, S. 105-109.

Wegfall bestand akuter Handlungsbedarf, weshalb Bundesregierung und Arbeitsministerium frühzeitig einen Plan für den Strukturtransfer nach westdeutschem Vorbild vorlegten, der u. a. die Neuerrichtung von fünf Berufsförderungswerken vorsah. Dem lag eine Bedarfsschätzung von 2.500 bis 3.100 Umschulungsplätzen zugrunde. Die Arbeitsgemeinschaft der Berufsförderungswerke, in der eine Reihe von Rentenversicherungsträgern vertreten war, leistete bei diesem Aufbauprozess personelle, logistische und fachliche Unterstützung. Die Errichtungskosten, die sich bis Ende 1993 auf ca. eine Milliarde DM beliefen, wurden vom Bund, dem jeweiligen Land sowie den Trägern der beruflichen Rehabilitation paritätisch getragen. Bis 1994 entstanden sieben Berufsförderungswerke, an denen die Rentenversicherung jeweils als Gesellschafter oder Vereinsmitglied beteiligt war.[84]

Infolge des Strukturtransfers gewann die rehabilitative Versorgung auf dem Gebiet der ehemaligen DDR zügig an Dynamik. Bereits 1991 führte die Rentenversicherung in den neuen Bundesländern knapp 49.000 medizinische Rehabilitationsmaßnahmen durch. Bis 1996 stieg die Zahl auf etwa 174.000, wobei für dieses Jahr bundesweit etwa 919.000 Maßnahmen dokumentiert sind.[85] In der beruflichen Rehabilitation war ein ähnlicher Entwicklungstrend zu verzeichnen: Hatte die Zahl der berufsfördernden Leistungen 1991 hier noch bei 3.392 (bei bundesweit 46.839 Maßnahmen) gelegen, so wuchs sie bis 1996 auf rund 27.792 (bei bundesweit 111.931 Maßnahmen) an.[86] Der durch die Wiedervereinigung stark erweiterte Aufgabenumfang blieb selbstredend nicht ohne Auswirkungen auf die Rehabilitationsausgaben der Rentenversicherung, die zwischen 1991 und 1996 von ca. 3,3 auf ca. 5,5 Mrd. EUR anwuchsen.[87]

Der Gesetzgeber und das zuständige Bundesarbeitsministerium erkannten die Leistung der Rentenversicherung im Rahmen des Strukturtransfers einerseits an, nahmen die Ausgabenentwicklung andererseits jedoch Mitte der neunziger Jahre zum Anlass, erstmals einen Budgetdeckel in der Rehabilitation einzuführen. Nach dem Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz von 1996 sollten die Rehabilitationsausgaben für das kommende Jahr auf das Niveau von 1993 zurückgeführt und zudem um weitere 600 Mio. DM reduziert werden, wovon sich der Gesetzgeber Gesamteinsparungen in Höhe von rund 2,1 Mrd. DM versprach.[88]

Die Kürzungen erfolgten unter dem Vorzeichen der seit Jahren schwelenden Debatte um die (vermeintliche) „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen und waren derart einschnei-

84 Vgl. Schliehe/Zollmann, Rehabilitation, S. 755 f.; Ritter, Preis, S. 341 f.

85 Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), Rentenversicherung in Zeitreihen 2004, S. 192, Tab: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

86 Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), Rentenversicherung in Zeitreihen 2004, S. 213, Tab.: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. In Hinsicht auf diese Entwicklung sind allerdings die erweiterten Zuständigkeiten einzubeziehen, die der Rentenversicherung 1993 in der beruflichen Rehabilitation übertragen worden sind.

87 Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), Rentenversicherung in Zeitreihen 2004, S. 217, Tab.: Aufwendungen für Leistungen zur Teilhabe.

88 Franz Ruland, In Sorge um die Rehabilitation, in: Deutsche Rentenversicherung 10-11/1996, S. 625-632, S. 627.

dend, dass der seit 1957 geltende Handlungsgrundsatz „Reha vor Rente“ substantiell gefährdet schien.[89] Entsprechend bestürzt reagierten zahlreiche führende Rentenversicherungsexperten: Der damalige Vorstandsvorsitzende des VDR, Franz Ruland, zeigte sich „In Sorge um die Rehabilitation“ und legte in einem gleichnamigen Aufsatz die drohenden Konsequenzen der Sparpolitik unmissverständlich dar: Um die vorgegebenen Minderausgaben zu erzielen, so Ruland, müssten die Rentenversicherungsträger rund 390.000 Versicherten „eine an sich notwendige Rehabilitationsmaßnahme verweigern“ und „wegen des geringen Bedarfs rund 30.000 [...] bis dahin belegte Betten in Rehabilitationskliniken kündigen“. Dadurch wären die Existenz von etwa 150 Kliniken sowie rund 18.800 Arbeitsplätze gefährdet, was von der Bundesregierung allerdings bestritten worden sei.[90] Im Ergebnis habe „die Politik aufgrund falscher Zahlen falsche Entscheidungen getroffen“, mit denen gleichwohl pragmatisch umzugehen sei. Eine Möglichkeit zur Realisierung der Sparziele bestand nach Rulands Auffassung in der Verschärfung der Anspruchsvoraussetzungen für Rehabilitationsmaßnahmen. Zugleich müssten in Anbetracht verknappter Ressourcen „Kriterien entwickelt werden, wie die Kliniken auszuwählen sind, die weiterhin belegt werden können“, was insbesondere bei der Pflegesatzgestaltung „zu sehr schmerzlichen Entscheidungen nötigen“ werde. Im Interesse der Versicherten seien gleichwohl „alle Anstrengungen“ zu unternehmen, „damit die mit Sicherheit zu erwartenden negativen Konsequenzen so gering wie möglich“ ausfielen.[91]

Diese nahmen sich allerdings noch drastischer aus als von dem Rentenexperten befürchtet und waren vor allem im Krisenjahr 1997 geradezu verheerend. Infolge eines rapiden Belegungsrückgangs von über 30 Prozent musste in etwa der Hälfte der 1300 Kur- und Rehabilitationskliniken erneut Kurzarbeit eingeführt werden. 400 Einrichtungen waren von Insolvenz bedroht und darüber hinaus insgesamt 25.000 Arbeitsplätze unmittelbar gefährdet.[92] Weiter verschärft wurde die Situation durch die Forderung des Gesetzgebers, den notwendigen Abbau von Bettenkapazitäten in den Eigenbetrieben und den Vertragskliniken möglichst gleichgewichtig umzusetzen. Vertreter der Rentenversicherung kündigten daraufhin an, zwar „alle wirtschaftlich vertretbaren Möglichkeiten der Bettenreduzierung in ihren Eigenbetrieben“ auszunützen. Zugleich stellten sie heraus, dass sie auch „in schlechten Zeiten solidarisch zu ihren meist langjährigen Vertragspartnern“ stehen würden. Der Gesetzgeber könne „nicht erwarten, dass die Versicherungsträger ihre leistungsfähigen Eigenbetriebe, die mit Beitragsmitteln ihrer Versicherten errichtet und modernisiert wurden, allein deshalb aufgibt [sic!], damit die Auslastung einer möglichst großen Zahl privat betriebener Kliniken auch unter veränderten wirtschaftlichen Rahmenbedingungen gewährleis-

89 Siehe dazu aus kritischer Perspektive Hartmut Reiners, Mythen der Gesundheitspolitik, Bern 2009, S. 17 ff, zur Rehabilitation S. 22.

90 Ruland, Sorge, S. 629 f.

91 Ebd., S. 632. Konkret sollte geprüft werden, „inwieweit die Reha-Kriterien – erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit, Dringlichkeit medizinischer Leistungen und Erfolgsaussicht – an die neuen Gegebenheiten anzupassen, d.h. enger zu fassen sind“.

92 Vgl. Miquel/Schmidt, 125 Jahre, S. 246.

tet bleibt", unterstrich etwa Eberhard Schaub, stellvertretender Geschäftsführer des VDR, den Stellenwert der etablierten Einrichtungslandschaft.[93]

Ohne Zweifel kam der Rentenversicherung in dieser heiklen Situation zugute, dass sie bereits im Vorfeld der Spargesetze, nämlich im Zuge der fachöffentlichen Reform- und Modernisierungsdebatte, Instrumentarien entwickelt hatte, um Effektivität und Effizienz in der medizinischen Rehabilitation zu verbessern. Hierzu gehörte zuvorderst die Einführung eines systematischen Qualitätsmanagements, dessen Weiterentwicklung im Zuge der „Reha-Krise" eine herausgehobene Bedeutung erlangte.[94] Zudem wurde unter dem wirtschaftlichen Problemdruck der 1990er-Jahre die bereits seit längerem diskutierte Flexibilisierung des Rehabilitationssystems forciert: Dem dienten Maßnahmen wie der Ausbau des ambulanten Versorgungssektors ab 1996, der Abbau von Friktionen an den Schnittstellen von medizinischer und beruflicher Rehabilitation sowie die individuelle Anpassung der Behandlungszeiten.[95]

Aus dem Umstand, dass die Gesundheitsausgaben der Rentenversicherung in der nachfolgenden Dekade um volle 20 Prozent zurückgegangen sind,[96] ergibt sich gleichwohl, dass die Sparpolitik in der Geschichte des Rehabilitationssystems einen markanten Einschnitt markierte. Dies verdeutlichen nicht zuletzt die regionalen Auswirkungen, die aufgrund der Heterogenität der rehabilitativen Infrastruktur nicht einheitlich ausfielen, was im Übrigen auch für das Verwaltungshandeln der Versicherungsträger galt. Bei der damaligen LVA Westfalen etwa belief sich der Anteil der Eigenkliniken an der Gesamtbelegung 1996 auf weniger als 20 Prozent und lag damit wesentlich niedriger als bei vielen anderen Trägern. Der Hintergrund war, dass die LVA über einen Zeitraum von etwa 20 Jahren bereits sechs Kliniken mit etwa 1000 Bettenplätzen veräußert hatte. Obwohl die LVA mit ihrer geringen Anzahl eigener Einrichtungen, die zudem einen hohen Qualitätsstandard aufwiesen, in Hinsicht auf die Spargesetze strukturell gut aufgestellt war, ließ der Rückgang der Antragszahlen eine weitergehende Reduzierung der Kapazitäten unumgänglich erscheinen. Noch 1997 beschloss der Vorstand, 107 weitere Betten zu streichen, was zur Schließung einer Klinikabteilung und dem Verlust von 80 Vollzeitstellen führte. Auf betriebsbedingte Kündigungen konnte zugunsten sozialverträglicher Lösungen indes verzichtet werden.[97]

In Baden-Württemberg stellte sich die Situation abweichend dar. Die Kliniken, die zur LVA Württemberg gehörten, kennzeichnete ab 1996 eine wirtschaftliche Selbstständigkeit.

93 Eberhard Schaub, Rehabilitation der Rentenversicherung im Zeichen der Spargesetze: Umbruch und Perspektiven, in: Deutsche Rentenversicherung 5-6/1997, S. 265-276, S. 275.

94 Siehe dazu Werner Müller-Fahrnow/Ferdinand Schliehe/Karla Spyra, Das Rehabilitationssystem unter sich verändernden ökonomischen Bedingungen, in: Jürgen Bengel/Uwe Koch (Hrsg.), Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung, Berlin/Heidelberg 2000, S. 183-196; Ulrich Dorenburg/Jutta Tiefensee, Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation, in: ebd., S. 197-213.

95 Siehe vertiefend den Aufsatz des Verfassers zur Flexibilisierung in diesem Band.

96 Vgl. Reiners, Mythen, S. 22.

97 Siehe mit einzelnen Klinik-Beispielen Miquel/Schmidt, 125 Jahre, S. 247 ff.

Im Zuge des 2001/02 erfolgten Zusammenschlusses mit der LVA Baden wurde das Konzept auch auf die Kliniken des Fusionspartners übertragen, die bis dahin zentral als Regiebetriebe geführt worden waren.[98] Die Grundlage dafür bildete eine einheitliche, am Stuttgarter Modell orientierte Betriebssatzung, die 2002 übergreifend eingeführt wurde.[99] Im Jahr 2007 erfolgte in der Kliniklandschaft Baden-Württembergs ein grundlegender Wechsel der Rechts- und Betriebsform: Mit der Gründung der sogenannten RehaZentren Baden-Württemberg gGmbH wurden die neun Rehabilitationskliniken der DRV Baden-Württemberg im Verbund ausgegliedert und in privatrechtliche Strukturen überführt. Die übergeordnete Zielsetzung bestand darin, die behördlich geführten Kliniken mittels zeitgemäßer Steuerungs- und Managementkonzepte zu dynamisieren, womit dem zunehmenden Wettbewerbsdruck im Rehabilitationswesen Rechnung getragen wurde. Mit der Verschlankung von Strukturen und Abläufen war zugleich die Absicht verbunden, die Behandlungskosten bei gleichbleibender Qualität zu senken. Schließlich entsprach die Ausgliederung dem erklärten Willen der Selbstverwaltung, die regionalen Strukturen zu sichern und die mehr als 1.000 Arbeitsplätze zu erhalten, weshalb sich der Vorstand früh gegen einen Klinikverkauf ausgesprochen hatte. Während die ersten Jahre von wirtschaftlichen Problemen gekennzeichnet waren, konnte sich die GmbH ab 2009 durch vielfältige Kooperationen stabilisieren. Inzwischen hat sich die gemeinnützige Gesellschaft zu einem wichtigen Akteur des regionalen Rehabilitationsgeschehens entwickelt – eine Rolle, die über die strukturelle Verantwortung für die Qualität und Wirtschaftlichkeit der rehabilitativen Versorgung hinaus auch die Förderung der Rehabilitationsforschung umfasst.[100]

Die Folgen der Sparpolitik prägten auch die jüngere infrastrukturelle Entwicklung im Verwaltungsgebiet der heutigen DRV Nord, die 2005 aus der ersten länderübergreifenden Fusion der ehemaligen LVAen Freie und Hansestadt Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern sowie Schleswig-Holstein hervorgegangen war. Alle drei Fusionspartner unterhielten in Aukrug, Bad Malente und St. Andreasberg eigene Kliniken für die Erwachsenenrehabilitation. Hinzu kamen die bis heute bestehenden Kinderfachkliniken Satteldüne auf Amrum und Sylt in Westerland/Sylt. Wie dem Geschäftsbericht von 2005/06 zu entnehmen ist, ließen der bundesweite Rückgang der Bewilligungszahlen in der medizinischen Rehabilitation sowie der Ausbau ambulanter Behandlungen, die sich vor allem in Ballungsräumen wie Hamburg durchsetzen konnte, Umstrukturierungen in der Einrichtungslandschaft notwen-

98 Vgl. dazu Landesversicherungsanstalt Baden-Württemberg (Hrsg.), Geschäftsbericht 2000, S. 79; Landesversicherungsanstalt Baden-Württemberg (Hrsg.), Geschäftsbericht 2001/2002, S. 34.

99 Einbezogen waren die Reha-Kliniken Höhenblick (Baden-Baden), Am Kurpark (Bad Kissingen), Ob der Tauber (Bad Mergentheim), Sonnhalde (Donaueschingen), Glotterbad (Glottertal), Heidelberg-Königstuhl (Heidelberg), Überruh (Isny), Klausenbach (Nordrach), Birkenbuch (Malsburg-Marzell), das Therapiezentrum Federsee (Bad Buchau) sowie die Thoraxklinik Heidelberg am Universitätsklinikum Heidelberg. Siehe DRV Baden-Württemberg (Hrsg.), Geschäftsbericht 2006, S. 56-66.

100 Vgl. ebd., S. 28 f.; Jörg Skupin, Zehn Jahre RehaZentren gGmbH, in: Spektrum 1/2018, S. 8-11.

dig erscheinen.[101] So kam es 2006 zur Schließung der Rehberg-Klinik in St. Andreasberg. Die Auswirkungen für die Beschäftigten wurden abgemildert durch die Zusicherung von Beschäftigungsmöglichkeiten im Reha-Zentrum Oberharz, das die DRV Nord in Zusammenarbeit mit der DRV Braunschweig-Hannover auf der Grundlage des Zusammenschlusses von drei Kliniken zu errichten beabsichtigte. Das Ziel, ein „Kompetenzzentrum mit überregionaler Bedeutung" zu schaffen, konnte bis 2011 realisiert werden. Eine weitere Verschlankung erfuhr die Einrichtungslandschaft der DRV Nord durch die Fusion zweier Rehabilitationskliniken in Bad Malente zur Mühlenbergklinik – Holsteinische Schweiz, die neu errichtet und 2006 eröffnet wurde.[102] Damit hatte sich jene Infrastruktur aus vier eigenen Kliniken etabliert, die bis heute Bestand hat.

Schluss

Aufgrund ihrer profunden Bedeutung für das gesamte Rehabilitationsgeschehen stellt die Spargesetzgebung der 1990er-Jahre ohne Zweifel einen zentralen Wendepunkt in der jüngeren Geschichte dieses Versorgungssektors dar. Stellten die einschneidenden Ressourcenkürzungen bereits für sich genommen erhebliche Herausforderungen an die rehabilitative Strukturplanung, so waren sie zudem in einer Zeit erfolgt, als das deutsche Gesundheitssystem im Zeichen der „Ökonomisierung" eine beschleunigte Umgestaltung erfuhr. Damit ist ein tiefgreifender, sich bis in die Gegenwart erstreckender Politikwandel benannt, dessen wesentliches Merkmal in der „Aufwertung ökonomischer Grundsätze der sozialstaatlichen Krankenversorgung [...] gegenüber den Prinzipien der Bedarfsorientierung und Solidarität" besteht, wie der Gesundheitswissenschaftler Johannes Staender pointiert argumentierte.[103]

Der Wandel der Finanzierungsstrukturen in der Krankenhauslandschaft ist hierfür ein prägnantes Beispiel: Hatte der Anteil der privaten Betreiber hier 1991 noch bei lediglich 15 Prozent gelegen, so war er bis 2006 auf 27 Prozent angestiegen. Ein markanter Privatisierungstrend war infolge der Sparpolitik und des Wettbewerbsdrucks auch bei den Rehabilitationseinrichtungen der öffentlichen Träger zu verzeichnen, wobei zu berücksichtigen ist, dass der Anteil privater Betreiber im Rehabilitationswesen traditionell stets höher lag als im Krankenhaussektor. Allein zwischen 2002 und 2011 wuchs die Zahl der bei den öffentlichen Trägern privatrechtlich betriebenen Einrichtungen von 41 auf 78. Der Privatisierungstrend

101 Hamburg lag 2008 an der Spitze der ambulanten Rehabilitationsleistungen im orthopädischen Bereich. Vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), Reha-Bericht 2010, S. 72, Abb. 28, URL: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/6_Wir_ueber_uns/03_fakten_und_zahlen/04_reha_jahresberichte/downloads_reha_jahresberichte/rehabericht_2010.pdf?__blob=publicationFile&v=8 [letzter Abruf am 20.07.2018]. Vgl. auch Brüggemann/Buschmann-Steinhage/Pimmer, Rehabilitation, S. 412.

102 Vgl. DRV Nord (Hrsg.),Geschäftsbericht 2005/2006, S. 4.

103 Johannes Staender, Krankenhaus und Public Health, in: Schott/Hornberg (Hrsg.), Public Health, S. 345-366, S. 345 f.

spiegelte sich auch in der Belegungssituation wieder: Von den über 170.000 Bettenplätzen, die 2011 in den Rehabilitationseinrichtungen der Bundesrepublik zur Verfügung standen, belegten die öffentlichen Träger knapp 19 Prozent, die freigemeinnützigen Träger 26 Prozent, wohingegen auf die privaten Betreiber rund 55 Prozent der Bettenplätze entfielen. Von insgesamt rund 1.200 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen im Jahr 2011 befanden sich 680 in privater Hand.[104] Wenngleich diese Entwicklung auch vor der Kliniklandschaft der Deutschen Rentenversicherung nicht halt machte, so verfügt diese gegenwärtig nach wie vor über ein deutschlandweites Netz von 93 eigenen Einrichtungen.[105] Es wird durch eine dreistellige Zahl von Vertragskliniken ergänzt, in denen die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung heute in überwiegendem Maße durchgeführt wird.[106]

Aus dem Fortbestand der Einrichtungslandschaft ergibt sich, dass es der Rentenversicherung insgesamt gelungen ist, ihre Kliniken zu modernisieren und für den hart umkämpften Rehabilitationsmarkt auszurichten. Eine zentrale Institution, die dazu beigetragen hat, ist das 1993 initiierte Qualitätssicherungsprogramm, in dessen Rahmen seither die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität von Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation dokumentiert und evaluiert wird.[107] Das SGB IX von 2001 stützte die Zielsetzung des Programms, das einen wesentlichen Beitrag dazu geleistet hat, die Qualität und Effektivität in der medizinischen Rehabilitation zu erhöhen. In Anbetracht begrenzter finanzieller Spielräume und steigender Anforderungen an die Rehabilitationsversorgung – Stichworte: Inklusion, Patientenorientierung, Prävention –kommt der Qualitätssicherung im Versorgungssystem in Gegenwart und Zukunft eine unverändert zentrale Bedeutung zu.[108]

Darüber hinaus spielten Verflechtungen auf der Ebene der Rehabilitationsakteure für die Bewältigung der „Reha-Krise“ eine wichtige Rolle. Auf der Makroebene lässt sich feststellen, dass der externe Problemdruck eine intensivere Kooperation zwischen den Rehabilitationsträgern sowie den Kliniken nach sich zog. Die Tendenz zu einer stärkeren Vernetzung zeichnete sich bereits in den 1990er-Jahren ab – das Qualitätssicherungsprogramm ist selbst ein Beispiel für den zunehmend engen Austausch von Leistungsträgern und Leistungserbringern –, erhielt jedoch vor allem durch die Organisationsreform von 2005 einen nachdrücklichen Schub, die neue institutionelle Strukturen hervorbrachte. So wurden im Zuge der Reform fünf regionale Rehabilitationsverbünde (Nord, Ost, West, Süd und Südwest) gegründet, in denen nach übergeordneten Grundsätzen eine gemeinsame Koordinierung

104 Rosenbrock/Gerlinger, Gesundheitspolitik, S. 296 ff., insbesondere S. 297, Tab. 8-3 und 8-4.

105 Siehe die Übersicht unter:https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Navigation/2_Rente_Reha/02_Rehabilitation/04_reha_einrichtungen/reha_einrichtungen_index_node.html [letzter Abruf am 01.02.2018].

106 2008 bestanden in der Bundesrepublik für die medizinische Rehabilitation 79 rentenversicherungseigene Einrichtungen mit rund 14.100 Betten, denen eine Gesamtzahl von 1.227 stationären Einrichtungen mit rund 65.100 Betten gegenübersteht. Vgl. Deutsche Rentenversicherung, Reha-Bericht 2010, S. 45.

107 Vgl. Brüggemann/Buschmann-Steinhage/Pimmer, Rehabilitation, S. 405.

108 Vgl. Reimann, Rehabilitation, in: Eichenhofer/Rische/Schmähl (Hrsg.), Handbuch, S. 493 f.

der Bettenplanung sowie der Investitionen durch die jeweiligen Regionalträger sowie die DRV Bund und die DRV Knappschaft-Bahn-See erfolgt. Um eine enge Abstimmung zwischen den Regional- und Bundesträgern zu gewährleisten und damit zugleich eine effiziente Bedarfs- und Kapazitätsplanung zu ermöglichen, wurde in jedem Regionalverbund ein Lenkungsausschuss eingerichtet.

Dem übergeordneten Ziel, die Wirtschaftlichkeit der rehabilitativen Versorgung bei gleichzeitiger Qualitätssicherung zu erhöhen, entsprach auch die in der letzten Dekade verstärkt vorangetriebene Gründung von Reha-Zentren. Dieses entstanden aus Zusammenschlüssen von Rehabilitationskliniken an sogenannten „Mehrfachstandorten" – meist Kurstädte, an denen mehrere Einrichtungen unterschiedlicher Regionalträger bestanden, was 2011 für 16 Standorte galt. Die Gründung von Reha-Zentren zielte folglich auf den Abbau von Doppelstrukturen und die Erschließung von Synergieeffekten ab, etwa durch ein gemeinsames Personal- und Beschaffungswesen. Zugleich besteht auch hier auf der Leitungsebene eine enge Kooperation der beteiligten Träger, die Planung und Kliniksteuerung jeweils gemeinsam verantworten. Arbeitsgemeinschaften, Vereinbarungen und gemeinsame Ausschüsse stellen weitere Bindeglieder zwischen den Regionalträgern und den Bundesträgern dar. Die übergeordnete Koordination der Rehabilitation wird als Grundsatz- und Querschnittsaufgabe von der DRV Bund – in enger Abstimmung mit den Regionalträgern – wahrgenommen.[109]

Wenn es insofern nach etwa 20 Jahren „Reha-Krise" und rund zehn Jahren Organisationsreform den Anschein hat, dass die Finanzierungs-, Planungs- und Steuerungsstrukturen in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung reformiert und gefestigt sind, so zeigt die Rückschau, dass Phasen der Stabilität und Phasen der Dynamik in der wechselvollen Geschichte dieses Versorgungssektors unablässig aufeinander folgen. Das zentrale Spannungsfeld von Qualität und Wirtschaftlichkeit, in dem sich die geschichtliche Entwicklung der rehabilitativen Versorgungsstruktur vollzog, ist unverändert aktuell und bedarf auch in Zukunft der beständigen Austarierung.

109 Siehe dazu Thomas Keck, Organisation, in: Eichenhofer/Rische/Schmähl (Hrsg.), Handbuch, S. 817-833, S. 829-831.

Literatur

Ahrens, Ralf/Böick, Marcus/vom Lehn, Marcel: Vermarktlichung. Zeithistorische Perspektiven auf ein umkämpftes Feld, in: Zeithistorische Forschungen, Online-Ausgabe, 12 (2015), H. 3, URL: http://www.zeithistorische-forschungen.de/3-2015/id=5264 [letzter Abruf am 04.02.2019].

Brüggemann, Silke/Buschmann-Steinhage, Rolf/Pimmer, Verena: Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung, in: Thomas Schott/Claudia Hornberg (Hrsg.): Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft, Wiesbaden 2011, S. 401-417.

Daniel, Andreas: Kleine Geschichte der Klinik Ambrock. Von der Tuberkulose-Heilstätte zum Zentrum für Pneumologie und Thoraxchirurgie, Münster 1995.

Daniel, Andreas: Abschied von der Tuberkulose. Eine Dokumentation der Bekämpfung und Behandlung der Tuberkulose durch die LVA Westfalen, Münster 1989.

Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg (Hrsg.): Geschäftsbericht 2006.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Reha-Bericht 2010. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/6_Wir_ueber_uns/03_fakten_und_zahlen/04_reha_jahresberichte/downloads_reha_jahresberichte/rehabericht_2010.pdf?__blob=publicationFile&v=8 [letzter Abruf am 20.07.2018].

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Rentenversicherung in Zeitreihen 2005, Berlin 2005.

Deutsche Rentenversicherung Rheinland (Hrsg.): Chronik der Deutschen Rentenversicherung Rheinland, Düsseldorf 2015 (1985).

Dorenburg, Ulrich/Tiefensee, Jutta: Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation, in: Jürgen Bengel/Uwe Koch (Hrsg.): Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung, Berlin/Heidelberg 2000, S. 197-213.

Fleßner, Alfred: Die Volkskrankheit. Tuberkulosebekämpfung in den NS- und in der Besatzungszeit im Bezirk Oldenburg-Bremen, Bielefeld 2017.

Gruhler, Max: 60 Jahre Heilverfahren der Landesversicherungsanstalt Württemberg, in: Landesversicherungsanstalt Württemberg, Verwaltungsbericht 1890-1951, S. 98-105.

Hähner-Rombach, Sylvelyn: Sozialgeschichte der Tuberkulose. Vom Kaiserreich bis zum Ende des Zweiten Weltkriegs unter besonderer Berücksichtigung Württembergs, Stuttgart 2000.

Heller, Julius/Sticker, Georg: Die Haut- und Geschlechtskrankheiten im Staats-, Straf-, Zivil- und Sozialrecht. Entwurf einer Geschichte der ansteckenden Geschlechtskrankheiten, Berlin 1931.

Hockerts, Hans Günter: Vom Wohlfahrtsstaat zum Wohlfahrtsmarkt? Privatisierungstendenzen im deutschen Sozialstaat, in: Norbert Frei/Diemar Süß (Hrsg.): Privatisierung. Idee und Praxis seit den 1970er Jahren, Göttingen 2012, S. 70-87.

Hommel, Gabriele: Das „Modell Brandenburg“. Polikliniken für eine moderne ambulante Versorgung, in: Marc von Miquel (Hrsg.): 20 Jahre deutsche Einheit und Sozialversicherung. Rückblick und Ausblick, Bochum 2010, S. 97-102.

Hommel, Gabriele: Wege und Irrwege – Tuberkulosebekämpfung im Rheinland, in: Dies./ Marc von Miquel (Hrsg.): Die vergessene Krankheit. Tuberkulose gestern und heute, Bochum 2010, S. 12-43.

Höfler-Waag, Martin: Die Arbeits- und Leistungsmedizin des Nationalsozialismus von 1939-1945, Husum 1994.

Keck, Thomas: Organisation, in: Eberhard Eichenhofer/Herbert Rische/Winfried Schmähl (Hrsg.): Handbuch der gesetzlichen Rentenversicherung SGB VI, Köln 2011, S. 817-833.

Lukas, Willy: Auswirkungen der rückläufigen Tuberkulosemorbidität auf die stationären Heilmaßnahmen der gesetzlichen Rentenversicherung und die Einrichtungen zur stationären Behandlung der Tuberkulose, in: Deutsche Rentenversicherung 4 (1976), S. 242-264.

Lukas, Willy: Die Intensivierung der Tuberkulosebekämpfung durch die Rentenversicherungsträger, in: Deutsche Rentenversicherung 5 (1967), S. 257-270.

Landesversicherungsanstalt Baden-Württemberg (Hrsg.): Geschäftsberichte 2000, 2001/2002.

Landesversicherungsanstalt Württemberg (Hrsg.): 100 Jahre Landesversicherungsanstalt Württemberg, Stuttgart 1990.

Landesversicherungsanstalt Württemberg (Hrsg.): Verwaltungsberichte 1945, 1947.

Miquel, Marc von/Schmidt, Anne: 125 Jahre Rentenversicherung in Westfalen. Sicherheit für Generationen 1890-2015, Münster 2015.

Müller-Fahrnow, Werner/Schliehe, Ferdinand/Spyra, Karla: Das Rehabilitationssystem unter sich verändernden ökonomischen Bedingungen, in: Jürgen Bengel/Uwe Koch (Hrsg.): Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung, Berlin/Heidelberg 2000, S. 183-196.

Pieper, Christine: Die Sozialstruktur der Chefärzte des Allgemeinen Krankenhauses Hamburg-Barmbek 1913-1945. Ein Beitrag zur kollektivbiographischen Forschung, Hamburg/London 2003.

Reiners, Hartmut: Mythen der Gesundheitspolitik, Bern 2009.

Ramm, Diana: Die Rehabilitation und das Schwerbeschädigtenrecht der DDR im Übergang zur Bundesrepublik Deutschland. Strukturen und Akteure, Kassel 2006.

Rehfeld, Uwe/ Scheitl, Ottmar: Rehabilitation der Rentenversicherung. Die wichtigsten quantitativen Entwicklungen im Blickwinkel der demographischen, konjunkturellen und gesetzlichen Änderungen, in: Deutsche Rentenversicherung 10-11/1985, S. 662-710.

Reimann, Axel: Die Rehabilitation in der Rentenversicherung, in: Eberhard Eichenhofer/ Herbert Rische/Winfried Schmähl (Hrsg.): Handbuch der gesetzlichen Rentenversicherung SGB VI, Köln 2011, S. 473-496.

Rische, Herbert: Rehabilitation durch die gesetzliche Rentenversicherung – Ergebnisse einer Reformdiskussion und ihre Umsetzung, in: Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (Hrsg.): Rehabilitation 1992. Vorträge zum Rehabilitations-Forum der BfA vom 30. bis 31. März 1992 in Berlin, Berlin 1992, S. 9-24.

Ritter, Gerhard A.: Der Preis der deutschen Einheit. Die Wiedervereinigung und die Krise des Sozialstaats, 2. erw. Aufl., München 2007.

Rosenbrock, Rolf/Gerlinger, Thomas: Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, 3., vollst. überarbeit. Aufl., Bern 2014.

Rudloff, Wilfried: Rehabilitation und Hilfen für Behinderte, in: Bundesministerium für Arbeit und Soziales und Bundesarchiv (Hrsg.): Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945, Bd. 4: Bundesrepublik Deutschland 1957-1966: Sozialpolitik im Zeichen des erreichten Wohlstandes (hrgs. v. Michael Ruck/Marcel Boldorf), Baden-Baden 2007, S. 465-501.

Ruland, Franz: In Sorge um die Rehabilitation, in: Deutsche Rentenversicherung 10-11/1996, S. 625-632.

Schaening, Günter: Die Entwicklung des Klinikwesens der LVA Schleswig-Holstein, in: Landesversicherungsanstalt Schleswig-Holstein (Hrsg.): 100 Jahre Landesversicherungsanstalt Schleswig-Holstein, Bd. III, Lübeck 1990, S. 63-122.

Schaub, Eberhard: Rehabilitation der Rentenversicherung im Zeichen der Spargesetze: Umbruch und Perspektiven, in: Deutsche Rentenversicherung 5-6/1997, S. 265-276.

Schaub, Eberhard/Schliehe, Ferdinand: Neue Entwicklungen in der medizinischen Rehabilitation, in: Deutsche Rentenversicherung 7-8/1995, S. 401-412.

Schliehe, Ferdinand/Zollmann, Pia: Rehabilitation und Hilfen für Behinderte, in: Bundesministerium für Arbeit und Soziales und Bundesarchiv (Hrsg.): Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945, Bd. 11: Bundesrepublik Deutschland 1989-1994: Sozialpolitik im Zeichen der Vereinigung (hrsg. v. Gerhard A. Ritter), Baden-Baden 2007, S. 741-763.

Schliehe, Ferdinand: Struktur und Organisation in der medizinischen Rehabilitation – Thesen zur Weiterentwicklung und Reform, in: Barbara Riedmüller/Thomas Olk (Hrsg.): Grenzen des Sozialversicherungsstaates, Opladen 1994, S. 107-116.

Schmidt, Alfred: Rehabilitation in der Rentenversicherung – was kann verbessert werden? Fragen und Aufgaben für die Selbstverwaltung der sozialen Rentenversicherung, in: Deutsche Rentenversicherung 8-9/1987, S. 537-567.

Skupin, Jörg: Zehn Jahre RehaZentren gGmbH, in: Spektrum 1/2018, S. 8-11.

Staender, Johannes: Krankenhaus und Public Health, in: Thomas Schott/Claudia Hornberg (Hrsg.): Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft, Wiesbaden 2011, S. 345-366.

Ständiger Ausschuß des Reichsverbandes Deutscher Landesversicherungsanstalten (Hrsg.): Die Heilanstalten der Invalidenversicherung, Kassel 1930.

Stöhr, Hans: In alten Akten geblättert. 90 Jahre Landesversicherungsanstalt Baden, Karlsruhe 1981.

Süß, Winfried: Der „Volkskörper" im Krieg. Gesundheitspolitik, Gesundheitsverhältnisse und Krankenmord im nationalsozialistischen Deutschland 1939-1945, München 2003.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): Rentenversicherung in Zeitreihen 2004, Frankfurt/Main 2004.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): Richtlinien, Empfehlungen und Vereinbarungen zur Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung (Reha-Richtlinien), Frankfurt/Main 1999.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): Bericht der Reha-Kommission des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger. Empfehlungen zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung, Frankfurt/Main 1992.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): Rehabilitation durch die Rentenversicherung, 4. erweiterte Auflage, Frankfurt/Main 1962.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): Die Sanatorien, Heilstätten und Krankenhäuser der Rentenversicherungsträger in der Bundesrepublik Deutschland, Dritte Auflage, Frankfurt/Main 1956.

Weber-Falkensammer, Hartmut: Rentenversicherung und Gesundheitswesen, in: Franz Ruland (Hrsg.): Handbuch der gesetzlichen Rentenversicherung, Neuwied und Frankfurt/Main 1990, S. 389-410.

Wehner, Christoph: Die Landesversicherungsanstalten Baden und Württemberg im „Dritten Reich". Personalpolitik, Verwaltung und Rentenpraxis 1933-1945, Ettlingen 2017.

Wehnert, Felicitas: Von der Fürsorge zum Sozialstaat. 100 Jahre Kaiserliche Botschaft, o. O., o. D.

Welti, Felix: Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat. Freiheit, Gleichheit und Teilhabe behinderter Menschen, Tübingen 2005.

Christoph Wehner

Berufliche Rehabilitation

Institutioneller und konzeptioneller Wandel zwischen Rentenreform und SGB IX

Einleitung

Bis in die 1990er-Jahre spielten Elemente der beruflichen Orientierung im deutschen Rehabilitationswesen eine nachgeordnete Rolle. Besonders in der Rehabilitation der Rentenversicherung dominierte, wie der Rehabilitationsfachmann Rolf Buschmann-Steinhage rückblickend feststellte, „über viele Jahre eine traditionell medizinische Konzeption", die im klassischen Kurwesen wurzelte und auf Heilbehandlung und die Gesundung des Versicherten ausgerichtet war. Weitergehende Maßnahmen, die der Integration und Reintegration in das Erwerbsleben dienten, hätten hingegen erst in den letzten Jahren unter dem Einfluss des neunten Sozialgesetzbuches verstärkt an Bedeutung gewonnen.[1]

Ein Blick in die Rehabilitationsstatistik der gesetzlichen Rentenversicherung stützt diesen Befund und verdeutlicht die quantitativen Abweichungen, die zwischen den Leistungen zur medizinischen und zur beruflichen Rehabilitation, den sogenannten „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben" (LTA), bestanden. Im Jahr 1999 etwa belief sich die Gesamtanzahl der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auf ca. 570.000, während die Zahl der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ca. 75.800 betrug.[2] Das Leistungsspektrum der medizinischen Rehabilitation umfasste zwar auch berufsfördernde Maßnahmen wie Arbeitstherapie und Belastungserprobung, weshalb eine trennscharfe Abgrenzung der beiden Bereiche schwierig ist und im Hinblick auf den modernen ganzheitlichen Ansatz einer am individuellen Bedarf orientierten Versorgungskette zudem überholt erscheint.[3] Gleichwohl

1 Rolf Buschmann-Steinhage, Die beruflich orientierte Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung – ein Überblick, in: Ruth Deck/Natalie Glaser-Möller (Hrsg.), Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation in Nordeuropa und Deutschland, Lage 2006, S. 23-33, S. 23.

2 Vgl. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), Rentenversicherung in Zeitreihen 2004 (= DRV-Schriften Bd. 22), Frankfurt/Main 2004, S. 192, Tabelle: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie S. 213, Tabelle: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Bei den „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben" handelt es sich um einen jüngeren Begriff, der 2001 mit dem neunten Sozialgesetzbuch in die Gesetzessprache eingeführt wurde. Sie haben zum Ziel, die Erwerbsfähigkeit von Menschen, die von Behinderung betroffen oder bedroht sind, zu erhalten, zu verbessern oder wiederherzustellen. Die LTA traten an die Stelle der „berufsfördernden Leistungen", die in Paragraph 16 SGB VI geregelt waren, und entsprachen diesen weitgehend auch inhaltlich. Vgl. Felix Welti, Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat. Freiheit, Gleichheit und Teilhabe behinderter Menschen, Tübingen 2005, S. 158.

3 Buschmann-Steinhage, Beruflich orientierte Rehabilitation, S. 23. Die Reha-Kommission der Rentenversicherung führte dazu in ihrem 1992 erschienenen Abschlussbericht praxisbezogen aus:

dokumentiert die vorstehende Gegenüberstellung ein markantes Ungleichgewicht zwischen Maßnahmen der medizinischen und der beruflichen Rehabilitation, das für die Gesamtentwicklung des westdeutschen Rehabilitationssystems in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts kennzeichnend war.[4]

1. Die Rentenreform von 1957: Geburtsstunde der beruflichen Rehabilitation

Der Befund erscheint insbesondere aus historischer Perspektive erklärungsbedürftig angesichts des Umstands, dass die (Wieder)Eingliederung in den Beruf bereits seit den Anfängen das Leitziel der Gesundheitsfürsorge durch die Rentenversicherung darstellte. So enthielt bereits das Gesetz über die Invaliditäts- und Altersversicherung vom 22. Juni 1889, das die Institution der Rentenversicherung als Teil des sozialen Sicherungssystems etablierte, eine Vorschrift, die die Rentenversicherungsträger zur Durchführung von Heilverfahren berechtigte, wenn Versicherten aufgrund von Krankheit und Invalidität die Erwerbsunfähigkeit drohte.[5] In der Reichsversicherungsordnung von 1911 wurden die gesetzlichen Möglichkeiten der Versicherungsträger zur Durchführung von Heilverfahren bei Erkrankungen weiter ausgebaut, die 1937 in der NS-Diktatur schließlich zur Regelleistung der Rentenversicherung erklärt wurden.[6]

Allerdings waren sämtliche Maßnahmen, die über die medizinische Akutversorgung hinausgingen, bis zur Rentenreform von 1957 als Kann-Leistungen ausgestaltet. Ihre Gewährung oblag mithin der Ermessensentscheidung der Selbstverwaltungsgremien. Die Zahl der berufsfördernden Maßnahmen blieb vor diesem Hintergrund gering, wobei zudem in Rechnung zu stellen ist, dass die Rentenversicherungsträger hinsichtlich der beruflichen

„Eine strikte Trennung von medizinischer, beruflicher und sozialer Rehabilitation ist [...] auch in der Rentenversicherung dann nicht sinnvoll, wenn der Erfolg der medizinischen Rehabilitation, bezogen auf die berufliche Eingliederung, nicht unmittelbar durch die rehabilitationsmedizinische Behandlung erreicht wird, sondern von zusätzlichen Maßnahmen der beruflichen und sozialen Rehabilitation abhängt." Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), Bericht der Reha-Kommission des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger. Empfehlungen zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung, Frankfurt/Main 1992, S. 63. Zu den Abgrenzungsproblemen siehe auch Welti, Behinderung, S. 159 ff.

4 Siehe dazu Tab. 1 unten.

5 Im Wortlaut des Gesetzestextes: „Die Versicherungsanstalt ist befugt, für einen erkrankten, der reichsgesetzlichen Krankenfürsorge nicht unterliegenden Versicherten das Heilverfahren in dem erforderlichen Umfange zu übernehmen, sofern als Folge der Krankheit Erwerbsunfähigkeit zu besorgen ist, welche einen Anspruch auf reichsgesetzliche Invalidenrente begründet." Reichsgesetzblatt v. 22.6.1889, zit. n. Felicitas Wehnert, Von der Fürsorge zum Sozialstaat. 100 Jahre Kaiserliche Botschaft, o. O., o. J. [1982], S. 89.

6 Vgl. Eberhard Schaub, Rehabilitation in den Rentenversicherung, in: Franz Ruland (Hrsg.), Handbuch der gesetzlichen Rentenversicherung, Neuwied und Frankfurt/Main 1990, S. 601-643, S. 607 f.

Rehabilitation ihrer zumeist älteren Versichertenklientel Vorbehalte hegten.[7] Kennzeichnend für das zeitgenössische Versorgungssystem und seine Akteure war die Verhaftung in den Konzepten und Praktiken einer tradierten Kurativmedizin, wodurch die (Wieder-)Eingliederung in das Erwerbsleben, das übergeordnete Rehabilitationsziel der Rentenversicherung, in den Hintergrund rückte. Der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) hielt 1956 entsprechend fest: Die Tätigkeit der Versicherungsanstalten „musste sich bisher vorwiegend auf die medizinische Rehabilitation beschränken", weil diese „noch nicht die gesetzliche Ermächtigung hatten, Mittel auch für die berufliche und soziale Rehabilitation aufzuwenden". Es stünde allerdings zu erwarten, dass die anstehende Reform der Rentenversicherung „ihre Aufgaben auch in dieser Richtung erweitern" wird.[8]

Diese Einschätzung erwies sich als zutreffend. Die große Rentenreform von 1957 markierte die Geburtsstunde der modernen Rehabilitation, in der medizinische, erwerbsbezogene und ergänzende (soziale) Leistungsformen integriert und miteinander verknüpft sind. Von einer „Geburtsstunde" kann dabei in zweifacher Weise die Rede sein: Erstens in Hinsicht auf den Begriff der „Rehabilitation" selbst, der aus dem englischen Sprachraum übernommen wurde und 1961 erstmals Eingang in die deutsche Gesetzessprache fand.[9] Der Begriff transportierte ein erweitertes Versorgungskonzept, das neben den traditionellen Kur- und Heilverfahren nunmehr auch anschließende berufsfördernde Maßnahmen vorsah. „Der Begriff Rehabilitation will ein Prinzip zum Ausdruck bringen", kommentierte der VDR 1962 den konzeptionellen Wandel. „Es besteht darin, dass alle Maßnahmen, die geeignet sind, einen Behinderten in das Arbeitsleben einzugliedern, unter dieser Zielsetzung in einem fortlaufenden Verfahren vor dem Eintritt der Behinderung bis zu dem angestrebten Erfolg durchgeführt werden."[10]

Dass der Dachverband in seinen Publikationen von einem neuen „Prinzip" sprach, verweist auf den gesellschaftlichen Bedeutungszuwachs des Rehabilitationsgedankens in den 1950er-Jahren. Dafür war neben der zeitgenössischen Konjunktur und dem dadurch bedingten Mangel an Arbeitskräften vor allem die steigende Anzahl der Invaliditätsrenten

7 Elsbeth Bösl, Politiken der Normalisierung. Zur Geschichte der Behindertenpolitik in der Bundesrepublik Deutschland, Bielefeld 2009, S. 155 f.

8 Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), Sanatorien, Heilstätten, Krankenhäuser der Rentenversicherungsträger, 3. Aufl., Frankfurt/Main 1956, S. VII f.

9 Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), Rehabilitation durch die Rentenversicherung, Frankfurt/Main 1962, S. X. Zur Etymologie und Vielschichtigkeit des Rehabilitationsbegriffs siehe Hans J. Schwager, „Rehabilitation" – dient der Begriff noch einer Verständigung, in: Thomas Schott u. a. (Hrsg.), Neue Wege in der Rehabilitation. Von der Versorgung zur Selbstbestimmung chronisch Kranker, Weinheim und München 1996, S. 29-56; Peter Mrozynski, Rehabilitationsrecht. Eine Darstellung der sozialrechtlichen Grundlagen unter Berücksichtigung der Rechtsprechung, München 1992 (3. Aufl.), S. 1-6.

10 Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), Rehabilitation durch die Rentenversicherung, S. X.

ausschlaggebend.[11] Dieser sozioökonomischen Entwicklung Rechnung tragend, kam es mit den Rentenversicherungs-Neuregelungsgesetzen des Jahres 1957 zweitens zu einer Verrechtlichung der beruflichen Rehabilitation, die in eine „vorrangige Aufgabe und festen Bestandteil der von den Rentenversicherungsträgern zu gewährenden Regelleistungen" transformiert wurde.[12] Diese umfassten fortan Heilbehandlung, „Berufsförderung" sowie „soziale Betreuung" in Gestalt eines Übergangsgeldes.[13] Im Effekt wurde damit bei der Rentenversicherung eine Einheit von medizinischer und beruflicher Rehabilitation hergestellt, was für die weitere Entwicklung des Versorgungssystems wegweisend war.[14] Darüber hinaus wurde der bis dahin zentrale Rechtsbegriff der „Invalidität" im Zuge der Reform durch die differenzierenden Begriffe „Berufsunfähigkeit" und „Erwerbsunfähigkeit" ersetzt.[15] Auch diese begriffliche Verschiebung verdeutlicht den erwerbsbezogenen Charakter des damals etablierten Rehabilitationskonzeptes, dem die umfassenden Teilhabeziele seines heutigen Pendants noch fremd waren.[16]

Zukunftsweisend nicht nur für die Entwicklung der beruflichen Rehabilitation, sondern des gesamten Versorgungssystems war die Maßgabe des Gesetzgebers, dass den Maßnahmen zur Erhaltung, Besserung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit Vorrang vor der Gewährung von Erwerbsminderungs- und Berufsunfähigkeitsrenten zu geben war.[17] Dies stellte die erstmalige sozialrechtliche Kodifizierung des praktischen Grundsatzes „Rehabilitation vor Rente" dar, der durch das „Rehabilitations-Angleichungsgesetz" von 1974 Bestandteil des allgemeinen Rehabilitationsrechts wurde und bis in die Gegenwart fortwirkt.[18]

11 Vgl. Wilfried Rudloff, Rehabilitation und Hilfen für Behinderte, in: Bundesministerium für Arbeit und Soziales und Bundesarchiv (Hrsg.), Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945, Bd. 4: Bundesrepublik Deutschland 1957-1966: Sozialpolitik im Zeichen des erreichten Wohlstandes (hrsg. v. Michael Ruck/Marcel Boldorf), Baden-Baden 2007, S. 465-501, S. 466; Bösl, Normalisierung, S. 155.

12 Schaub, Rehabilitation, S. 608.

13 Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), Rehabilitation durch die Rentenversicherung, S. XII.

14 Landesversicherungsanstalt Württemberg, 30 Jahre Arbeiterrentenversicherung von der Rentenreform bis zur Strukturreform, Manuskriptsammlung, überarbeitet und zusammengestellt vom Pressereferat der LVA Württemberg, o. D., S. 591, Hausarchiv der DRV Baden-Württemberg.

15 Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung, 6. völlig neu bearbeitete Auflage, Berlin/Heidelberg 2003, S. 16.

16 Vgl. Marc von Miquel/Anne Schmidt, 125 Jahre Rentenversicherung in Westfalen. Sicherheit für Generationen 1890-2015, Münster 2015, S. 252.

17 Vgl. Schaub, Rehabilitation, S. 607 f.

18 Welti, Behinderung, S. 171. Der entscheidende § 7, Abs. 1 RehaAnglG lautete: „Renten wegen Minderung der Erwerbstätigkeit oder wegen Erwerbsunfähigkeit sollen erst dann bewilligt werden, wenn zuvor Maßnahmen zur Rehabilitation durchgeführt worden sind oder wenn, insbesondere wegen Art und Schwere der Behinderung ein Erfolg solcher Maßnahmen nicht zu erwarten ist." Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (Hrsg.), Das Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation, Berlin 1974, S. 20.

2. Dynamische Zeiten
Aufbrüche in der beruflichen Rehabilitation ab den 1960er-Jahren

Während sich die 1950er-Jahre in der Rückschau als „Aufbauperiode der Rehabilitationsgesetzgebung" darstellen, erfuhr das Rehabilitationsrecht in den nachfolgenden Jahren keine bedeutsamen Änderungen mehr.[19] Der auf die sozialrechtliche Entwicklung gemünzte Befund sollte allerdings nicht verallgemeinert und mit einer stagnierenden Gesamtentwicklung der Rehabilitation verwechselt werden. Vielmehr setzte in den 1960er-Jahren eine wohlfahrtstaatliche Expansion ein, die durch den Wirtschaftsboom angestoßen wurde und durch einen beschleunigten Ausbau des sozialen Sicherungssystems und der Rehabilitation im Besonderen gekennzeichnet war.[20]

Dass diese Dekade insbesondere für die Rentenversicherung keine Zeit des Stillstands war, lässt bereits die quantitative Entwicklung der beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen erahnen. Im Jahrzehnt nach der Rentenreform avancierte die Rentenversicherung mit einem Übernahmeanteil von ca. 60 Prozent aller Maßnahmen [1967] zum wichtigsten Kostenträger der beruflichen Rehabilitation.[21] Die Zahl der im Auftrag der Rentenversicherung durchgeführten Berufsförderungsmaßnahmen stieg bis 1966 auf 21.830 an – ein Aufschwung, der zehn Jahre zuvor in keiner Weise abzusehen, in geringerem Maße aber auch bei anderen Rehabilitationsträgern wie der Unfallversicherung und der Arbeitsverwaltung zu verzeichnen war.[22] Der in den frühen 1960er-Jahren einsetzende dynamische Ausbau der Rehabilitation gehört bis heute zu den „nur selten angemessen gewürdigten Aspekten der deutschen Sozialstaatsgeschichte".[23]

Was aus den Zahlen nur mittelbar hervorgeht, sind die vielschichtigen praktischen Aufgaben, die sich den Rentenversicherungsträgern infolge des erweiterten gesetzlichen Auftrags stellten. Dazu zählte zuvorderst der Aufbau einer modernen Infrastruktur für den Leistungsbereich der beruflichen Rehabilitation, der besonders dringlich erschien, weil spezielle Berufsförderungseinrichtungen in der zeitgenössischen Institutionenlandschaft der Rentenversicherung schlichtweg nicht existierten.[24] Von den 189 Sanatorien, Heilstätten und Krankenhäusern, die 1956 von den Rentenversicherungsträgern verwaltet wurden, diente etwa die Hälfte der Bekämpfung der bereits rückläufigen Tuberkulose. In den übrigen Einrichtungen wurden vorwiegend Herz- und Kreislaufkrankheiten, Atemwegserkrankungen, Rheuma, Magen-Darm-Erkrankungen sowie Stoffwechselkrankheiten behandelt. Weitergehende berufsfördernde Maßnahmen waren in Anbetracht des fehlenden Gesetzes-

19 Vgl. Rudloff, Rehabilitation, in: Ruck/Boldorf (Hrsg.), Sozialpolitik, S. 478.
20 Siehe dazu den Überblick von Winfried Süß, Der bedrängte Wohlfahrtsstaat. Deutsche und europäische Perspektiven auf die Sozialpolitik der 1970er-Jahre, in: Friedhelm Boll/Anja Kruke (Hrsg.), Der Sozialstaat in der Krise. Deutschland im internationalen Vergleich, Bonn 2008, S. 95-126, bes. S. 95 f.
21 Bösl, Normalisierung, S. 155.
22 Vgl. Rudloff, Rehabilitation, in: Ruck/Boldorf (Hrsg.), Sozialpolitik, S. 478 f.
23 Ebd., S. 480.
24 Bösl, Normalisierung, S. 267.

auftrags hingegen in keiner dieser Einrichtungen dezidiert vorgesehen.[25] Dass sie auf Initiative der Selbstverwaltungen und in geringen Zahlen gleichwohl durchgeführt wurden, zeigen Beispiele wie das der Heilstätte Schömberg der LVA Württemberg, in der an Tuberkulose erkrankte Frauen bereits in der Nachkriegszeit zu Stenotypistinnen umgeschult worden waren.[26]

Einen wegweisenden Ausnahmefall stellte das Berufsförderungswerk Heidelberg dar, das in den 1950er-Jahren in gemeinsamer Trägerschaft der evangelischen Diakonie und des baden-württembergischen Landesarbeitsamtes errichtet worden war. Das Leistungsangebot dieser Pioniereinrichtung der beruflichen Rehabilitation umfasste eine Vielzahl an Ausbildungsprogrammen und Umschulungsmaßnahmen unter einer multiprofessionellen Begleitung von Lehrkräften, Ärzten, Psychologen, Berufsberatern und Arbeitsvermittlern. Durch ein angeschlossenes Internat standen die Ausbildungsprogramme der Institution auch auswärtigen Versicherten offen. Allerdings war die Nachfrage aufgrund des fortschrittlichen Leistungskatalogs und in Ermangelung vergleichbarer Einrichtungen erheblich, sodass mitunter lange Wartezeiten in Kauf genommen werden mussten.[27] Umgekehrt ermöglichte dieser Umstand eine genaue Auswahl des Rehabilitandenkreises, was sich in bemerkenswert hohen Eingliederungsquoten niederschlug.[28]

Dass der Gesetzgeber dem Ausbau der beruflichen Rehabilitation einen hohen Stellenwert einräumte, geht auch aus dem Umstand hervor, dass die Arbeitsverwaltung den Bau von Berufsförderungseinrichtungen seit 1957 direkt fördern konnte.[29] Die Erweiterung der institutionellen Kapazitäten stand auch im Interesse der Rentenversicherungsträger, die anfangs vorwiegend auf innerbetriebliche Umsetzungen oder die Vermittlung eines neuen Arbeitsplatzes gesetzt haben, mit dieser Praxis aber keine zufriedenstellenden Eingliederungsquoten erzielen konnten. Aus dieser Erfahrung reifte zunehmend die Erkenntnis, dass es für den Rehabilitationserfolg eines professionellen Ausbildungs- und Umschulungsangebotes in Spezialeinrichtungen nach dem Heidelberger Vorbild bedurfte.[30]

So entschlossen sich in den frühen 1960er-Jahren diverse Rentenversicherungsträger zur Errichtung von Berufsförderungseinrichtungen. Eine frühe Institution dieser Art war das „Kurheim für Berufsförderungsmaßnahmen“ in Wuppertal-Ronsdorf, das dem Sanatorium Bergisch-Land der LVA Rheinprovinz angegliedert war.[31] In dem Neubau wurden Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung nach Lungenerkrankungen einschließlich

25 Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), Sanatorien.
26 LVA Württemberg (Hrsg.), 100 Jahre LVA Württemberg, Stuttgart 1990, S. 245.
27 Vgl. Miquel/Schmidt, 125 Jahre, S. 253 f.
28 Bösl, Normalisierung, S. 245 f.
29 Karl Jung, Die Entwicklung der Rehabilitation in Deutschland, in: 100 Jahre Deutsches Krüppelheim: Oberlinhaus Nowawes (Festschrift für Pastor Rudolf Lotze zum 75. Geburtstag), Stuttgart 1995, S. 21-52.
30 Miquel/Schmidt, 125 Jahre, S. 252 f.
31 Chronik der Deutschen Rentenversicherung Rheinland, hrsg. v. Referat Presse und Information der Deutschen Rentenversicherung Rheinland, Düsseldorf 2015, S. 270.

Tuberkulose sowie nach Herz- und Kreislaufkrankheiten und Rheuma durchgeführt. Die Einrichtung verfügte zudem über eine arbeitsphysiologische und funktionsdiagnostische Abteilung und im angeschlossenen Sanatorium über ein Labor sowie Röntgeneinrichtungen. Die vorherrschende Rehabilitationsform bildeten Arbeitstherapien in eigenen und externen Werkstätten.[32]

Zugleich war den Rentenversicherungsträgern bewusst, dass derartige Erweiterungsbauten – das Wuppertaler „Kurheim" umfasste lediglich 40 Plätze – den künftig in der beruflichen Rehabilitation zu erwartenden Kapazitätsbedarf nicht hinreichend abdecken können. Sie gingen daher zur Errichtung von großräumigen Berufsförderungswerken über. „Die weitere Entwicklung der Sanatorien der Rentenversicherungsträger drängt in die Richtung, überregionale Zentren der Rentenversicherung für die Behandlung und Berufsförderung zu schaffen", kommentierte der VDR 1962 diese Neuausrichtung der infrastrukturellen Planung.[33]

In organisatorischer Hinsicht lagen den Berufsförderungswerken zumeist gemeinsame Trägerschaften mehrerer Rehabilitationsträger zugrunde, oftmals in Gestalt vereinsförmiger Kooperationen. Ein Beispiel dafür ist der bis heute bestehende Verein „Nordrhein-Westfälisches Berufsförderungswerk e. V.", der 1962 von den Vorständen der LVAen Rheinland und Westfalen gegründet wurde. Die Standortwahl für das vorgesehene Berufsförderungswerk fiel auf die Ruhrgebietsstadt Dortmund, die eine zentrale Lage, gute Erreichbarkeit und ein industriell geprägtes Umfeld aufwies. Nach einer ungewöhnlich langen Planungs- und Errichtungsphase, die hauptsächlich darauf zurückzuführen war, dass dem Arbeitsministerium und dem Verein unterschiedliche Ausbildungskonzepte vorschwebten, konnte das Berufsförderungswerk im April 1971 die ersten Umschüler aufnehmen.[34]

Die Eröffnung des Dortmunder Berufsförderungswerkes erfolgte an der Schwelle zur „Dekade der Rehabilitation", wie die 1970er-Jahre mitunter etikettiert wurden.[35] Die Bezeichnung spiegelt die massiven Aufbrüche in der Rehabilitations- und Behindertenpolitik wieder, die bereits in der Zeit der Großen Koalition unter dem damaligen Arbeitsminister Hans Katzer einsetzten und das Versorgungssystem nachdrücklich verändern sollten.[36]

Einen markanten Auftakt in die rehabilitationspolitische Boomphase bildete das noch unter Katzer initiierte Arbeitsförderungsgesetz von 1969, das eine „aktive Arbeitsmarktpolitik" verkündete und ein Bündel fortschrittlicher Bestimmungen und Förderinstrumente

32 Vgl. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), Rehabilitation durch die Rentenversicherung, S. 125.

33 Ebd., S. XLV.

34 Siehe dazu ausführlich Miquel/Schmidt, 125 Jahre, S. 253 f.

35 Herbert Ehrenberg, Die siebziger Jahre – eine Dekade der Rehabilitation, in: Bundesarbeitsblatt 30 (1979), S. 5-13.

36 Siehe Wilfried Rudloff, Rehabilitation und Hilfen für Behinderte, in: Bundesministerium für Arbeit und Soziales und Bundesarchiv (Hrsg.), Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945, Bd. 5: Bundesrepublik Deutschland 1966-1974: Eine Zeit vielfältigen Aufbruchs (hrsg. v. Hans Günter Hockerts), Baden-Baden 2006, S. 559-591, bes. S. 559-562 sowie 590 f.

zur beruflichen (Wieder-)Eingliederung von chronisch kranken und behinderten Menschen enthielt. Neu war vor allem der Einbezug von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in die gesetzlichen Regelungen. Darüber hinaus wurden die Sozialleistungsträger ermächtigt, Rehabilitationsmaßnahmen bereits bei drohender Behinderung einzuleiten, während zuvor deren Eintreten abgewartet werden musste.[37] Das Gesetz ist mithin ein frühes Beispiel für das Vordringen des Präventionsgedankens in der Rehabilitation, der das Versorgungssystem bis in die Gegenwart prägt und in den modernen Grundsatz „Prävention vor Rehabilitation vor Rente" mündete.[38] Die einzelnen Förderelemente umfassten Beihilfen zur Berufsausbildung, Leistungen zur beruflichen Umschulung und Fortbildung sowie weitergehende Hilfen zur Förderung der Arbeitsaufnahme.[39] In der Absicht, die Leistungen der unterschiedlichen Sozialleistungsträger besser zu koordinieren und die Kooperationen untereinander zu vertiefen, schlossen sich die Spitzenverbände der Rehabilitationsträger 1969 zur Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation zusammen. Die hochkarätig besetzte BAR fungierte seither in der Trägerlandschaft als Steuerungs- und Förderungsinstanz der Rehabilitation und zugleich als zentrale Anlaufstelle für die Politik.[40]

In der nachfolgenden, bis 1976 reichenden Amtszeit von Katzers Nachfolger Walter Arendt mündeten die zaghaften Aufbrüche in das „Aktionsprogramm der Bundesregierung zur Förderung der Rehabilitation", dessen Eckpunkte der neue Arbeitsminister im April 1970 erstmals der Öffentlichkeit präsentierte. Das „Aktionsprogramm" strebte eine bessere Koordination der Rehabilitation an und steckte darüber hinaus die wesentlichen Problem- und Handlungsfelder des Rehabilitationswesens ab. Somit geriet das „Aktionsprogramm" zur „Richtschnur", aber auch zur Messlatte für die zukünftige Rehabilitationspolitik.[41]

Einen wichtigen Schritt zur Realisierung der Programmziele markierte das „Reha-Angleichungsgesetz" von 1974, das die Rechtsgrundlagen der Sozialleistungsträger vereinheitlichte und die Krankenversicherung in den Kreis der Rehabilitationsträger einbezog. Das gegliederte System der Rehabilitation, das in der sozialpolitischen Fachöffentlichkeit mitunter heftiger Kritik ausgesetzt war, wurde beibehalten. In Bezug auf die berufliche Rehabilitation bekräftigte das Gesetz den in den Vorjahren eingeschlagenen Ausbaukurs. Die nunmehr im gemeinsamen Rehabilitationsrecht verankerten Leistungen zur Berufsförderung umfassten Hilfen zur Erhaltung und Erlangung eines Arbeitsplatzes, darunter auch Leistungen zur Förderung der Arbeitsaufnahme sowie Eingliederungshilfen für potenzielle Arbeitgeber, Berufsfindung und Arbeitserprobung, berufsvorbereitende Leistungen einschließlich der Ermöglichung einer Grundausbildung sowie Maßnahmen zur beruflichen Anpassung, zur Ausbildung und Umschulung. Während diese Förderinstrumente weitge-

37 Vgl. ebd., S. 570 f.

38 Zum Vorrang der Prävention im aktuellen Rehabilitationsrecht siehe Axel Reimann, Die Rehabilitation in der Rentenversicherung, in: Eberhard Eichenhofer/Herbert Rische/Winfried Schmähl (Hrsg.), Handbuch der gesetzlichen Rentenversicherung SGB VI, Köln 2011, S. 473-496, S. 482.

39 Vgl. Rudloff, Rehabilitation, in: Hockerts (Hrsg.), Zeit, S. 571.

40 Ebd., S. 567; Jung, Rehabilitation, S. 35 f.

41 Rudloff, Rehabilitation, in: Hockerts (Hrsg.), Zeit, S. 572 f.

hend jenen des Arbeitsförderungsgesetzes entsprachen, beinhaltete der Leistungskatalog des Reha-Angleichungsgesetzes zusätzlich Hilfen zur Erlangung des für das Ausbildungsziel erforderlichen Schulabschlusses und die Möglichkeit verlängerter Ausbildungszeiten.[42]

Parallel zum Ausbau der gesetzlichen Leistungen nahm Anfang der 1970er-Jahre die Infrastrukturentwicklung Fahrt auf, die zugleich den Schwerpunkt des Aktionsprogramms darstellte. Zur Umsetzung des ambitionierten Vorhabens, bundesweit 21 Berufsförderungswerke zu errichten, wurde unter Federführung des Arbeitsministeriums und unter Beteiligung der Rehabilitationsträger zunächst ein bundesweiter Netzplan erstellt.[43] Das Ministerium stellte zu dessen Realisierung beträchtliche Fördermittel bereit, die sich allein im Jahr 1971 auf 40 Mio. DM beliefen. Zwischen 1969 und 1974 flossen öffentliche Mittel in Höhe von 192 Mio. DM in den Ausbau der rehabilitativen Infrastruktur, während es zwischen 1962 und 1968 lediglich 30 Mio. DM waren. Die Länder und die Sozialleistungsträger weiteten ihre finanzielle Beteiligung an dem Bau von Rehabilitationseinrichtungen ebenfalls aus, sodass bis 1979 sämtliche der im „Aktionsprogramm" vorgesehenen Berufsförderungswerke planmäßig errichtet werden konnten.[44] Das Gesamtvolumen der öffentlichen Investitionen in die Infrastruktur der beruflichen Rehabilitation – neben Berufsförderungswerken wurde zudem die Errichtung von Berufsbildungswerken und Werkstätten für Behinderte gefördert – ist für den Zeitraum zwischen 1970 und 1979 auf die erhebliche Summe von 2,2 Milliarden DM zu veranschlagen.[45]

Die Infrastrukturentwicklung markierte den Grundstein für einen regelrechten Rehabilitationsboom. Einige Eckzahlen mögen dies verdeutlichen: Hatte die Rentenversicherung im Jahr 1970 noch 60,6 Mio. DM für berufsfördernde Maßnahmen aufgewandt, so waren es 1975 bereits 331,3 Mio. DM. Die Zahl der beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen stieg im gleichen Zeitraum von ca. 37.000 auf ca. 60.000 an. Die historische Entwicklung der beruflichen Rehabilitation ist in der nachfolgenden Tabelle dokumentiert.

42 Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (Hrsg.), Das Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation, Berlin 1974, S. 24 f.

43 Wilfried Rudloff/Ferdinand Schliehe, Rehabilitation und Hilfen für Behinderte, in: Bundesministerium für Arbeit und Soziales und Bundesarchiv (Hrsg.), Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945, Bd. 6: Neue Herausforderungen, wachsende Unsicherheit (hrsg. v. Martin H. Geyer), Baden-Baden 2008, S. 583-604, S. 592.

44 Vgl. Bösl, Normalisierung, S. 272 ff.

45 Rudloff/Schliehe, Rehabilitation, in: Geyer (Hrsg.), Herausforderungen, S. 593.

Tabelle 1: Historische Entwicklung der Leistungen der beruflichen Rehabilitation (seit 2001: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben/LTA)[46]

Jahr	LTA RV (Aufwendungen in Mio. Euro)	LTA RV Gesamt	Vermittlung und Umsetzung	Leistungen Werkstatt für behinderte Menschen	Weiterbildung und Ausbildung	Leistungen an Arbeitgeber	Übrige Leistungen
1965	x	22.785	x	x	x	x	x
1970	60,6	37.340	x	x	x	x	x
1975	331,3	60.044	x	x	x	x	x
1980	92,1	48.323	11.677	x	11.033	2.568	17.932
1981	82,8	48.684	14.594	x	7.071	2.538	19.863
1982	162,0	31.107	7.540	210	5.610	2.496	10.709
1983	148,6	30.388	6.929	333	5.962	2.237	11.294
1984	136,9	24.498	7.765	399	5.117	2.115	4.862
1985	126,9	26.156	10.574	385	4.396	2.426	5.729
1986	139,2	27.867	12.585	533	3.451	2.775	5.777
1987	158,5	31.880	14.684	544	3.209	3.350	6.425
1988	166,8	40.935	23.650	632	3.343	2.846	7.032
1989	176,7	43.742	25.649	865	3.821	2.946	7.260
1990	189,3	44.068	26.177	839	3.976	2.815	7.494
1991	236,2	46.839	24.920	3.513	4.343	2.441	8.226
1992	295,5	53.095	25.757	7.730	4.729	2.689	8.060
1993	350,8	64.491	38.511	5.281	4.951	2.564	10.174
1994	460,7	82.290	48.353	4.194	5.623	2.737	17.909
1995	657,7	86.331	42.387	4.431	6.860	3.376	25.045
1996	907,9	111.931	51.302	5.360	11.214	4.741	34.930
1997	916,8	110.546	46.891	5.525	16.233	5.581	31.720
1998	828,8	99.646	41.729	5.300	17.165	5.717	25.980
1999	777,1	105.047	45.153	5.083	14.473	6.914	30.210
2000	737,7	122.880	20.519	4.809	13.173	8.127	36.505
2001	954,2	155.072	16.815	5.090	10.350	9.206	53.755
2002	1.113,3	178.283	12.625	6.577	11.750	9.775	57.264
2003	1.239,8	195.992	10.181	6.991	14.640	9.690	54.773

46 Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), Rentenversicherung in Zeitreihen 2004, Tab. S. 212, 213, 217. Bis 1990 Zahlen für alte Bundesländer, ab 1991 Zahlen für gesamtes Bundesgebiet; Spalte sonstige Leistungen ab 2000 ohne Vermittlungsbescheide (bedingte LTA und bedingte Kfz.-Hilfen).

Die tabellarische Aufstellung macht einerseits die beträchtlichen finanziellen Anstrengungen deutlich, die im Zuge des „Aktionsprogramms“ zugunsten der beruflichen Integration von Menschen mit Behinderungen unternommen worden sind. In seinem sozialplanerischen und leistungsexpansiven Ansatz atmete das Programm den Zeitgeist der frühen 1970er-Jahre, als unter dem Eindruck der anhaltenden wirtschaftlichen Konjunktur, eines gesättigten Arbeitsmarktes mit nahezu realisierter Vollbeschäftigung sowie des gesellschaftlichen Wertewandels neue Leitbegriffe wie „Chancengleichheit“ entstanden und erweiterte Inklusionsziele in der Sozialpolitik Einzug hielten.

Andererseits blieb das „Aktionsprogramm“ in mancher Hinsicht hinter den Erwartungen zurück. Dies betraf beispielsweise die Zahl der Umschulungsplätze in den Berufsförderungswerken, die mit 12.000 im Jahr 1979 deutlich niedriger ausfielen als in der Planung vorgesehen war.[47] Zudem konnte die notwendige Aus- und Weiterbildung der am Rehabilitationsprozess beteiligten Fachkräfte mit dem zügigen Ausbau der Infrastruktur nicht Schritt halten, sodass in der beruflichen Rehabilitation ein Mangel an qualifiziertem Personal bestand.[48] Schließlich ist in der Tabelle dokumentiert, dass die Aufwendungen der Rentenversicherungsträger für die berufliche Rehabilitation ab 1974 bereits wieder rückläufig waren und sich erst in den frühen 1990er-Jahren – nun allerdings unter Einbezug der neuen Bundesländer – wieder dem Finanzvolumen der frühen 1970er-Jahre annäherten. Damit ist angedeutet, dass auch die berufliche Rehabilitation nicht von der wirtschaftlichen Krisenentwicklung verschont blieb, die im Anschluss an den „Ölpreisschock“ von 1973/74 die Bundesrepublik erfasste und die „Boomphase“ des westdeutschen Sozialstaats beendete.[49]

47 Rudloff/Schliehe, Rehabilitation, in: Geyer (Hrsg.), Herausforderungen, S. 593; Miquel/Schmidt, 125 Jahre, S. 256.

48 Bösl, Normalisierung, S. 273. Der Gewerkschafter und alternierende Vorstandsvorsitzende des VDR Alfred Schmidt beklagte noch in den späten 1980er-Jahren eine „zu einseitige Orientierung auf den Beitrag der Medizin. Medizin ist auch in der Rehabilitation wichtig und unverzichtbar. Aber Rehabilitation ist per definitionem nicht nur Schnittstelle, sondern ein Bereich der wechselseitigen Überlagerung von medizinischen und nichtmedizinischen Leistungskomplexen. Deshalb sind andere Professionen genauso gefordert – seien es nun Pädagogen, Psychologen, Sozialarbeiter o. a.“. Alfred Schmidt, Die Rehabilitation in der Rentenversicherung. Gedanken zur Weiterentwicklung, in: Deutsche Rentenversicherung 9/1988, S. 519-563, S. 547. Ähnlich ders., Rehabilitation in der Rentenversicherung – was kann verbessert werden?, in: Deutsche Rentenversicherung 8-9/1987, S. 537-567, S. 559 ff.

49 Lutz Raphael, Europäische Sozialstaaten in der Boomphase (1948-1973). Versuch einer historischen Distanzierung einer „klassischen Phase“ des europäischen Wohlfahrtsstaats, in: Hartmut Kaelble/Günther Schmid (Hrsg.), Das europäische Sozialmodell. Auf dem Weg zum transnationalen Sozialstaat, Berlin 2004, S. 51-73.

3. Im Zeichen der Sparpolitik
Berufliche Rehabilitation zwischen Rezession und finanzieller Konsolidierung

Waren die „langen" 1960er-Jahre eine Phase wohlfahrtsstaatlicher Expansion, so kam es in der Bundesrepublik ab Mitte der siebziger Jahre zu einem beispiellosen ökonomischen Abschwung. „Unsicherheit als Normalität" – mit dieser griffigen Formel überschrieb der Historiker Martin H. Geyer die sozialpolitische Entwicklung zwischen 1974 und 1982, die unter vollkommen veränderten Vorzeichen stand: „Nach der Ölpreiskrise und der von ihr ausgelösten scharfen weltweiten Rezession der Jahres 1975 erschien nun vielen die Welt wie verwandelt. Die Wirtschaft zeigte Stagnationserscheinungen in einer bis dahin wenig bekannten Verknüpfung mit inflationären Tendenzen. Eine Phase der Voll- und Überbeschäftigung, in der Arbeitslosigkeit primär ein Phänomen von geografischen Randgebieten und einzelnen Sektoren wie dem Bergbau gewesen war, verkehrte sich in hartnäckige Arbeitslosigkeit. [...] An die Stelle eines ‚Reformklimas' trat ein ‚Problemklima'."[50]

Diese tiefgreifenden, an dieser Stelle lediglich skizzierten sozioökonomischen Umbrüche erfassten auch die Rehabilitation und die berufliche Rehabilitation im Besonderen. In dem Rückgang der Fördermittel für die Infrastruktur deutete sich bereits an, dass der Rehabilitationsboom der Vorjahre einem jähen Ende entgegensteuerte und die Rehabilitation der Rentenversicherung künftig verschärften Sparzielen unterliegen würde. Tatsächlich stellte sich die Finanzentwicklung der Rentenversicherung vor dem Hintergrund des Konjunktureinbruchs und steigenden Arbeitslosenzahlen überaus problematisch dar: Berechnungen des Jahres 1976 prognostizierten für Ende 1977 ein gigantisches Liquiditätsdefizit von 15,4 Milliarden DM.[51]

Das finanzielle Ungleichgewicht war zugleich eine Folge der Rentenreform von 1972, die unter dem Stichwort „Mehr soziale Sicherheit für alle" das Renteneintrittsalter abgesenkt, den Versichertenkreis ausgeweitet und einen generellen Anstieg des Rentenniveaus bewirkt hatte. Der Reform lagen Berechnungen von Experten zugrunde, die im Vertrauen auf die Kontinuität der Konjunkturentwicklung davon ausgegangen waren, dass in der Rentenversicherung bis 1985 ein Überschuss von 100 Milliarden DM entstehen würde. Nur wenige Sachverständige hatten im Vorfeld der Reform vor der Unsicherheit derartiger Modellberechnungen gewarnt, die ein Leistungsniveau begründeten, das – wie sich im Zuge der Rezession deutlich zeigte – finanziell auf tönernen Füßen stand.[52]

Die neue Bundesregierung unter Helmut Schmidt schwenkte in Anbetracht der angespannten Lage auf eine restriktive Spar- und Konsolidierungspolitik um, die nicht zuletzt darauf abzielte, die Leistungsausgaben der Rentenversicherung massiv zu reduzieren. Diesem Zweck dienten das Haushaltsstrukturgesetz von 1975 sowie die beiden Rentenanpassungsgesetze von 1977 und 1978, die im Ergebnis allerdings nicht die vom Gesetzgeber veranschlagten Einspa-

50 Martin H. Geyer, Rahmenbedingungen: Unsicherheit als Normalität, in: ders. (Hrsg.), Herausforderungen, S. 4-109, S. 4 f.

51 Winfried Schmähl, Sicherung bei Alter, Invalidität und für Hinterbliebene, in: Geyer (Hrsg.), Herausforderungen, S. 396-514, S. 425.

52 Vgl. Miquel/Schmidt, 125 Jahre, S. 179-183.

rungen bewirkten. Es folgten daher weitere gesetzliche Verschärfungen, die auch in der beruflichen Rehabilitation zu weitreichenden Einschränkungen und Mittelkürzungen führten.[53]

Mit dem sogenannten Rentenanpassungsgesetz von 1977 war darüber hinaus eine weitreichende organisatorische Umstellung erfolgt und ein Teil der Zuständigkeiten der Rentenversicherung in der beruflichen Rehabilitation der Arbeitsverwaltung übertragen worden. Letztere wurde in der Folge für sämtliche Antragsteller zuständig, deren Versicherungszeit weniger als 15 Jahre betrug. Mit dem 2. Haushaltstrukturanpassungsgesetz von 1981 setzte sich die Sparpolitik fort. Es bestätigte den Zuständigkeitswechsel und schränkte die Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung zudem auf „das unbedingt erforderliche Maß" ein. Darüber hinaus wurden die persönlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen verschärft und die Wiederholungsfristen verlängert, was zusammengenommen einen deutlichen Rückgang der Rehabilitationsleistungen bewirkte.[54]

Auch der Regierungswechsel des Jahres 1982 bedeutete keine Abkehr von der Sparpolitik. Auf die angespannte Haushaltslage verweisend, verkündete die neue Regierungskoalition vielmehr gleich zu Anfang eine generelle „Atempause" in der Sozialpolitik. Im Leistungsspektrum der beruflichen Rehabilitation kam es in der Folge zu weiteren Einschränkungen, die in der Rentenversicherung vor allem die Entgeltersatzleistungen sowie anderweitige Zuzahlungen betrafen. Konkret wurde das Übergangsgeld gekürzt, eine Eigenbeteiligung der Versicherten bei Internatsunterbringung eingeführt sowie die Bemessungsgrundlagen für die Rentenversicherungsbeiträge der in Heimen oder Werkstätten beschäftigten Menschen mit Behinderung abgesenkt. Darüber hinaus behielt sich die Bundesregierung das Recht auf eine Kontrolle der Rehabilitationseinrichtungen und der dort gewährten Tagessätze vor, um die allgemeinen Maßnahmekosten zu senken.[55]

Im Ergebnis erzielten die Reformen die vom Gesetzgeber erwünschte Wirkung und führten dazu, dass die Zahl der Maßnahmen und die Leistungsausgaben in der beruflichen Rehabilitation Mitte der 1980er-Jahre einen Tiefpunkt erreichten. Die Arbeitsverwaltung, bei der ebenfalls ein starker Rückgang der Maßnahmen zu verzeichnen war, schien nicht in der Lage, diesen Einbruch hinreichend aufzufangen. In Hinsicht auf die in

53 Vgl. Rudloff/Schliehe, Rehabilitation, in: Geyer (Hrsg.), Herausforderungen, S. 602. Siehe ferner die oben in Tabelle 1 dargestellte Entwicklung.

54 Vgl. (auch für das Zitat) ebd., S. 603. Eine wesentliche Folge dieses Gesetzes bestand in der Einschränkung präventiver Leistungen, da eine einfache Gefährdung der Erwerbsfähigkeit Rehabilitationsleistungen fortan nicht mehr begründete, sondern vielmehr bereits eine erhebliche Gefährdung vorliegen musste. Damit stand das Gesetz im Widerspruch zu den Präventionszielen des Reha-Angleichungsgesetzes. Vgl. Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (Hrsg.), Rehabilitation in der Rentenversicherung, Bd. 1: Medizinische und berufliche Rehabilitation, 3. neubearb. Aufl., Berlin 1995, S. III.

55 Ferdinand Schliehe, Rehabilitation und Hilfen für Behinderte, in: Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung und Bundesarchiv (Hrsg.), Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland, Bd. 7: Bundesrepublik Deutschland 1982-1989: Finanzielle Konsolidierung und institutionelle Reform (hrsg. v. Manfred G. Schmidt), Baden-Baden 2005, S. 459-478, S. 469 f.

den 1980er-Jahren sprunghaft angestiegenen Arbeitslosenzahlen ist vielmehr davon auszugehen, dass die Zuständigkeitsverlagerung dazu beigetragen hat, die Arbeitslosigkeit von jungen Menschen mit Behinderungen zu erhöhen.[56]

4. Modernisierung im Zeichen von Teilhabe und Verwissenschaftlichung Berufliche Rehabilitation in den 1990er-Jahren bis zum SGB IX

Nicht zuletzt als Folge der einschneidenden Sparmaßnahmen, die eine zielgenauere Ressourcenplanung erforderlich machte, verstärkte sich in der Rentenversicherung das Interesse an einer systematischen Weiterentwicklung und qualitativen Modernisierung der Rehabilitation.[57] Darüber hinaus hat auch die in den 1980er-Jahren verstärkt einsetzende Kritik am gegliederten System, der wissenschaftlichen Fundiertheit und der Effizienz der Rehabilitation dazu beigetragen, das Versorgungssystem einer genauen Überprüfung zu unterziehen.[58] Vordergründig drehte sich die in der sozialpolitischen Fachöffentlichkeit geführte Diskussion zwar um die Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation, deren Ausgliederung und Übertragung auf die Krankenversicherung drohte.[59] In Anbetracht der übergreifenden Kritik am Gesamtkonzept der Rehabilitation wurden indes die berufliche sowie Aspekte der sozialen Rehabilitation in die Reformüberlegungen der Rentenversicherung einbezogen.[60]

Die Rentenversicherung reagierte auf die zunehmenden Akzeptanzprobleme des rehabilitativen Versorgungssystems mit der Einsetzung der Reha-Kommission, die im Frühjahr 1989 ihre Arbeit aufnahm. Dabei setzten sich die Experten auch mit der prekären Lage der beruflichen Rehabilitation intensiv auseinander, deren Maßnahmen lediglich 3,3 Prozent der gesamten Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung ausmachten.[61] Ein erstes Problemfeld, dem

56 Vgl. Miquel/Schmidt, 125 Jahre, S. 256 f.

57 Rudloff/Schliehe, Rehabilitation, in: Geyer (Hrsg.), Herausforderungen, S. 603.

58 Eine Zusammenschau der Kritik geben die zeitgenössischen Beiträge von Alfred Schmidt, Die Rehabilitation in der Rentenversicherung. Gedanken zur Weiterentwicklung, in: Deutsche Rentenversicherung 9/1988, S. 519-563, bes. S. 519 ff.; ders., Rehabilitation in der Rentenversicherung. Die Selbstverwaltung vor einer wichtigen Bewährungsprobe, in: Die Angestelltenversicherung 11/1989, S. 437-452; ders., Rehabilitation in der Rentenversicherung – was kann verbessert werden?, in: Deutsche Rentenversicherung 8-9/1987, S. 537-567.

59 Vgl. Schliehe, Rehabilitation, in: Schmidt (Hrsg.), Konsolidierung, S. 464 f.

60 Die 1989 vom VDR eingesetzte Reha-Kommission merkte dazu grundlegend an: „Die rehabilitationsmedizinische Behandlung beschränkt sich [...] nicht ausschließlich auf die Behandlung von Funktionseinschränkungen, sondern umfasst auch die Behandlung von Gesundheitsstörungen und Gesundheitsschädigungen sowie die Einflussnahme auf die psychosozialen Bedingungen der Krankheitsentwicklung." Gleichwohl zählte die soziale Rehabilitation nicht zu den genuinen Leistungsaufgaben der Rentenversicherung. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), Bericht der Reha-Kommission, S. 63.

61 Zahlen bei Schmidt, Bewährungsprobe, S. 443. Im selben Jahr verzeichnete die Rentenversicherung einen Zugang von rund 200.000 Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, die damit über ein Viertel des Gesamtrentenzugangs (etwa 725.000) stellten. Vgl. Verband Deutscher Ren-

sich die Kommission annahm, betraf die berufsbezogenen Aufgaben innerhalb der medizinischen Rehabilitation, die nach Einschätzung der Experten in der Praxis „häufig noch nicht in befriedigendem Umfang“ umgesetzt worden seien. Das Defizit führte die Kommission darauf zurück, dass in den Rehabilitationseinrichtungen Informationsdefizite zum Anforderungsprofil des Arbeitsplatzes bestünden, das vorwiegend medizinische Personal nicht über „hinreichende arbeitsmedizinische Kenntnisse“ zur Funktions- und Leistungsdiagnostik verfüge und die berufsbezogene Beratung in den Einrichtungen „häufig unzureichend“ sei.

Der Abschlussbericht der Kommission empfahl daher nachdrücklich, die Angebote zur beruflichen Eingliederung und Wiedereingliederung in der medizinischen Rehabilitation auszubauen und entsprechend zu qualifizieren. Ein erster Vorschlag zielte darauf ab, das Einrichtungspersonal durch gezielte Informierung, Schulungen sowie Arbeitsplatzbesichtigungen besser mit den berufsfördernden Angeboten vertraut zu machen. Darüber hinaus erachtete die Kommission eine Ausweitung der Belastungserprobungen sowie eine systematische Weiterentwicklung der funktions- und leistungsdiagnostischen Instrumente für notwendig. Die Empfehlungen waren genereller Art, trugen aber zugleich den speziellen Anforderungen Rechnung, die sich aus dem gesellschaftlichen Vordringen psychischer Erkrankungen in der Rehabilitationspraxis ergeben hatten.[62]

Das zweite Problemfeld betraf Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation, die im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation erfolgen. Im Einklang mit der fachöffentlichen Kritik stellte die Kommission erhebliche organisatorische Defizite fest, die vor allem die Schnittstellen zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation betrafen. Diese war aus der Sicht der Sachverständigen in erster Linie abweichenden rechtlichen Voraussetzungen geschuldet, womit zugleich eine Problematik des Reha-Angleichungsgesetzes von 1974 benannt war, das es nicht vermocht hatte, die leistungsrechtlichen Grundlagen über die verschiedenen Rehabilitationsträger hinweg anzugleichen und in Hinsicht auf die Kostenübernahme klare Verantwortlichkeiten zu schaffen. Die Folge waren Abstimmungsprobleme und Zuständigkeitskonflikte zwischen den Trägern, die der Verwirklichung einer bedarfsorientierten rehabilitativen Versorgungskette aus Sicht der Kommission entgegenstanden.[63]

tenversicherungsträger (Hrsg.), Rentenversicherung in Zeitreihen 2004, S. 51, Tab.: Versichertenrenten nach Rentenarten.

62 Vgl. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), Bericht der Reha-Kommission, S. 167-169.

63 Ebd., S. 169. Siehe auch die kritische Bewertung bei Welti, Behinderung, S. 125: „Das Gesetz zur Angleichung der Leistungen der Rehabilitation markierte zwar den Vorrang dieses Begriffs für den sozialrechtlichen Bereich, hatte aber im Begrifflichen entgegen seinem Anspruch zu keiner Vereinheitlichung und zu keinem klaren Verständnis von Rehabilitation geführt.“ Ähnlich bereits Schmidt, Gedanken zur Weiterentwicklung, S. 544. Siehe zudem Bernhard Braun, Die Rehabilitation im System des Sozialleistungsrechts aus sozialpolitischer Sicht unter besonderer Berücksichtigung der Probleme der trägerübergreifenden Kooperation und Koordination, in: Felix Welti (Hrsg.), Das Rehabilitationsrecht in der Praxis der Sozialleistungsträger, Berlin 2009, S. 33-45, S. 35.

Vor diesem Hintergrund empfahlen die Kommissionsmitglieder einen Ausbau der Kompetenzen der Selbstverwaltung, der es gesetzlich ermöglicht werden sollte, „im Rahmen medizinischer und berufsfördernder Leistungen zur Rehabilitation ‚alle geeigneten Mittel'" einzusetzen, wozu etwa psychosoziale Hilfs- und Nachsorgeangebote zählten. Die damit verknüpfte Kernforderung an den Gesetzgeber lautete, die Zuständigkeiten der Rentenversicherung in der beruflichen Rehabilitation zu erweitern. „Zumindest", so die Experten, „sollte die Rentenversicherung künftig auch dann für berufsfördernde Leistungen zuständig sein, wenn ein begründeter Anspruch auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit vorliegt oder die berufliche Rehabilitation während der medizinischen Rehabilitation eingeleitet wird".[64]

Die Beseitigung der Schnittstellenprobleme geriet in der Folge zügig auf die politische Agenda. Bereits die zehnte Novelle des Arbeitsförderungsgesetzes von 1993 brachte zu diesem Zweck einen erneuten Wechsel der Zuständigkeiten in der Rehabilitation, wobei der Gesetzgeber den Empfehlungen der Reha-Kommission weitgehend folgte. Im Falle einer drohenden Erwerbsminderung war fortan wieder automatisch die Rentenversicherung für die berufliche Rehabilitation zuständig. Ihre Zuständigkeit war zudem auch bei weitergehenden Eingliederungs- und Wiedereingliederungsmaßnahmen in unmittelbarem Anschluss an eine medizinische Rehabilitation gegeben, sodass für den Ablauf der gesamten Rehabilitationsmaßnahme nunmehr eine kontinuierliche Trägerverantwortung bestand.[65]

Wichtig für die Minderung der seit 1974 bestehenden Abstimmungsprobleme war darüber hinaus, dass sich die Träger der beruflichen Rehabilitation, insbesondere die Rentenversicherung und die Arbeitsverwaltung, im Zuge der 1990er-Jahre enger miteinander vernetzten und Vereinbarungen schlossen, in denen gemeinsame Grundsätze und Qualitätsstandards festgelegt waren.[66] Zur Überprüfung und Weiterentwicklung der konzeptionellen Grundlagen der beruflichen Rehabilitation wurde 1995 beim VDR zudem ein Expertengremium eingerichtet, die sogenannte „Reha-Kommission Berufsförderung", die wichtige Vorarbeiten für das spätere Rahmenkonzept für die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben geleistet hat.[67]

64 Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), Bericht der Reha-Kommission, S. 64 f.

65 Thomas Hansmeier/Marthin Karoff, Partizipation von chronisch Kranken und Behinderten am Erwerbsleben, in: Jürgen Bengel/Uwe Koch (Hrsg.), Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung, Berlin/Heidelberg 2000, S. 163-182, S. 167.

66 Zu nennen sind die „Vereinbarung über berufliche Rehabilitation zwischen dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger und der Bundesanstalt für Arbeit" von 1993 sowie der „Rahmenvertrag über die Zusammenarbeit zwischen Rehabilitationsträgern und Berufsförderungswerken" von 1999. Abdrücke in: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), Richtlinien, Empfehlungen und Vereinbarungen zur Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung (Reha-Richtlinien), Frankfurt/Main 1999, S. 202-216 bzw. S. 217-241.

67 Silke Brüggemann/Rolf Buschmann-Steinhage/Verena Primmer, Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung – für Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, in: Thomas Schott/Claudia Hornberg (Hrsg.), Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft, Wiesbaden 2011, S. 401-417, S. 406.

Wie diese Entwicklungen aufzeigen, erhielt das Rehabilitationskonzept der Rentenversicherung im Zuge der 1990er-Jahre eine stärkere Ausrichtung auf die berufliche Eingliederung mit dem Ziel, die Sozialausgaben für Frühberentungen aus gesundheitlichen Gründen zu reduzieren.[68] Vor diesem Hintergrund ist es auch zu sehen, dass das Spektrum der berufsfördernden Leistungen im Zuge der einschneidenden Sparpolitik im Rehabilitationswesen, die 1997 in der „Reha-Budget-Krise" gipfelte, weitgehend unangetastet blieb. Während das Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz von 1996, das die Sparpolitik begründete, im Leistungsrecht der medizinischen Rehabilitation eine Vielzahl restriktiver Neuregelungen einführte, sah es für die berufliche Rehabilitation jenseits des übergeordneten Budgetdeckels keine dezidierten Einschränkungen vor.[69] Der Anteil der Aufwendungen für die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben an den Gesamtaufwendungen für die Rehabilitation ging im Zuge der Krisenjahre 1996/1997 auch nicht zurück, sondern stieg vielmehr von 17 auf 22 Prozent. In den Folgejahren pendelte er sich stabil zwischen 19 und 20 Prozent ein, was zeigt, dass die Rentenversicherungsträger die in der beruflichen Rehabilitation verbliebenen Handlungsspielräume weithin nutzten.[70]

Die Stärkung der beruflichen Rehabilitation im Gesamtversorgungssystem war zum einen den massiven sozioökonomischen Umbrüchen zuzuschreiben, die den Einigungsprozess flankierten. In der ehemaligen DDR waren berufliche Rehabilitationsmaßnahmen in der Regel unmittelbar in den Betrieben durchgeführt worden. Eine mit der westdeutschen Landschaft vergleichbare Infrastruktur überregionaler Rehabilitationseinrichtungen existierte schlichtweg nicht, weshalb in den neuen Bundesländern ein erheblicher „Nachholbedarf" in der beruflichen Rehabilitation bestand, der auf 2.600 bis 3.100 Umschulungsplätze beziffert wurde. Die Rentenversicherung war an dem nachfolgenden Transfer des westdeutschen Rehabilitationssystems auf die neuen Bundesländer entscheidend beteiligt und avancierte bei der Neuerrichtung von Berufsförderungswerken neben Bund und Ländern zum wichtigsten Kostenträger.[71] Zwischen 1992 und 1996 konnte sich der Anteil der Aufwendungen für berufsfördernde Leistungen an den Gesamtausgaben der Rentenversicherung in der Rehabilitation mehr als verdoppeln, was zugleich die erhöhte Dynamik in der beruflichen Rehabilitation im Zuge des Einigungsprozesses aufzeigt.[72]

68 Vgl. Hansmeier/Karoff, Partizipation, S. 167 f., für das Zitat S. 168.

69 Ebd. Siehe dazu vertiefend Hermann Langenheim/Thomas Stähler/Norbert Ritz/Reinhart Peters, Die Sparmaßnahmen im Reha-Bereich und ihre Auswirkungen auf das Reha-Geschehen, in: Deutsche Rentenversicherung 1-2/1997, S. 13-42; Rolf Rosenbrock/Thomas Gerlinger, Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, 3., vollst. überarb. Aufl., Bern 2014, S. 303.

70 Vgl. Axel Reimann, Aktuelle Entwicklungen im Bereich der Rehabilitation, in: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), Aktuelles Presseseminar des VDR vom 3. bis 4. November 2003 in Würzburg (= DRV-Schriften Bd. 48), S. 49-68, S. 64, Schaubild 14.

71 Vgl. Ferdinand Schliehe/Pia Zollmann, Rehabilitation und Hilfen für Behinderte, in: Bundesministerium für Arbeit und Soziales und Bundesarchiv (Hrsg.), Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945, Bd. 11: Bundesrepublik Deutschland 1989-1994: Sozialpolitik im Zeichen der Vereinigung (hrsg. v. Gerhard A. Ritter), Baden-Baden 2007, S. 741-763, S. 754 f.

72 Vgl. Reimann, Aktuelle Entwicklungen, S. 64, Schaubild 14.

Zum anderen hing der Bedeutungszuwachs der beruflichen Rehabilitation mit einem Paradigmenwechsel in der internationalen Gesundheitsforschung zusammen, die sich im Zuge der 1990er-Jahre zunehmend von dem bis dahin vorherrschenden „biomedizinischen Krankheitsmodell" löste. An dessen Stelle trat mit dem „bio-psychosozialen Modell" ein ganzheitlicher Ansatz, den eine integrierte und interdisziplinäre Perspektive nicht mehr nur auf die körperlichen, sondern ferner auf die psychische und soziale Dimension von gesundheitlichen Beeinträchtigungen kennzeichnete.[73] Daran knüpfte ein neuartiges Verständnis von Behinderungen an, die nicht mehr länger als individuelles Defizit, sondern als Ergebnis eines dynamischen Wechselspiels zwischen gesundheitlichen Einschränkungen auf der einen und Einflussfaktoren der gesellschaftlichen Umwelt auf der anderen Seite definiert wurden.[74] Die das biomedizinische Modell kennzeichnende Perspektive auf ein „Behindert sein" wich im Zuge der 1990er-Jahre mithin einer gesellschafts- und partizipationsorientierten Perspektive auf das „Behindert werden".[75]

Ihren Niederschlag fand diese bedeutsame Perspektivverschiebung in dem sogenannten „Partizipationsmodell" der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 2001, der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesellschaft" (ICF).[76] Die ICF führte auch den Terminus der funktionalen Gesundheit als neuen Leitbegriff in der Rehabilitation ein, der auf einem teilhabeorientierten Verständnis des Menschen als aktivem, selbstbestimmtem und gleichberechtigtem Subjekt in Gesellschaft und Umwelt basierte.[77]

Der Paradigmenwechsel entfaltete beträchtliche Auswirkungen auf die bundesdeutsche Sozialrechtsentwicklung und prägte vor allem die Entstehung des neunten Sozialgesetzbuches, dessen Inkrafttreten im Juli 2001 eine neue Ära der Rehabilitations- und Behindertenpolitik einleitete. Das „Partizipationsmodell" der WHO zugrunde legend, formulierte das SGB IX für Menschen mit Behinderung erweiterte „Ziele der Selbstbestimmung und der gleichberechtigten Teilhabe an Rechten und Ressourcen der Gesellschaft". Darüber hinaus fasste es das zerfaserte Behinderten- und Rehabilitationsrecht zusammen, wobei es am gegliederten System der Rehabilitation allerdings grundsätzlich festhielt.[78]

Gemäß der übergeordneten gesetzlichen Zielstellung, die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen zu fördern, erfuhr das Leistungsspektrum der beruflichen Rehabilitation durch das SGB IX eine Ausweitung. So

73 Vgl. Ferdinand Schliehe/Dagmar Müller, Neue Wege in der Rehabilitation aus der Sicht der Rentenversicherung, in: Thomas Schott u. a. (Hrsg.), Neue Wege in der Rehabilitation. Von der Versorgung zur Selbstbestimmung chronisch Kranker, Weinheim und München 1996, S. 235-248, S. 237.

74 Vgl. Miquel/Schmidt, 125 Jahre, S. 260 f.; Reimann, Rehabilitation, S. 475 f.

75 Hans-Uwe Rösner, Behindert sein – behindert werden. Texte zu einer dekonstruktiven Ethik der Anerkennung behinderter Menschen, Bielefeld 2014. Die sozialkonstruktivistische Perspektive auf die Kategorie „Behinderung" ist ein wesentliches Merkmal der „Disability Studies".

76 Vgl. Reimann, Rehabilitation, S. 475 f.

77 Brüggemann/Buschmann-Steinhage/Pimmer, Rehabilitation, S. 406; Oliver Assmus u. a., Drei Jahre Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (IX), in: Deutsche Rentenversicherung 5/2004, S. 241-262. Siehe ferner Ernst von Kardorff, Partizipation in der Rehabilitation, in: Rolf Rosenbrock/Susanne Hartung (Hrsg.), Handbuch Partizipation und Gesundheit, Bern 2012, S. 391-407, bes. S. 395 ff.

78 Miquel/Schmidt, 125 Jahre, S. 260 f.

räumte das Gesetz den Versicherten erweiterte Wunsch- und Wahlrechte sowie persönliche Budgets ein, mit denen sie ihre finanziellen Aufwendungen während der Rehabilitationsmaßnahme in Eigenverantwortung bestreiten konnten. Eine Neuerung stellten zudem die Eingliederungszuschüsse an Arbeitgeber dar, die zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gezählt wurden und eine quantitative Bedeutung erlangten, da Umschulungen in Rehabilitationseinrichtungen in der beruflichen Rehabilitation nur einen geringen Teil der Leistungen ausmachten.[79] Um Zuständigkeitskonflikte weiter zu minimieren und das Verwaltungsverfahren zugunsten eines frühen Zugangs zu den Teilhabeleistungen zu beschleunigen, verpflichtete der Gesetzgeber die Rehabilitationsträger zur engen Zusammenarbeit in Gestalt der Vorlage gemeinsamer Empfehlungen. Darüber hinaus sollte durch die Vertiefung der Kooperation die Herausbildung eines gemeinsamen Rehabilitationsverständnisses gefördert werden.[80]

Als unmittelbarer Effekt des SGB IX zeigte sich ein sprunghafter Anstieg bei den Aufwendungen in der beruflichen Rehabilitation und den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – ein Aufschwung, der bis zum „Hartz-IV-Gesetz“ von 2005 anhielt.[81] Als eine langfristige Wirkungsfolge des SGB IX ist zudem erkennbar, dass sich die Dichotomie zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation vor dem Hintergrund der übergeordneten Teilhabeziele zunehmend eingeebnet hat. Denn ebenso, wie das SGB IX im Bereich der medizinischen Rehabilitation die Elemente der Berufsförderung (Belastungserprobung und Arbeitstherapie) stärkte, bestimmte es, dass im Rahmen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben fallbezogen weitergehende medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen zur Anwendung kommen können.[82]

5. Schluss und Ausblick

Die mit der Umsetzung des SGB IX verbundenen Aufgaben, Herausforderungen und Probleme reichen bis in die Gegenwart und weisen somit über die zeithistorische Betrachtung hinaus. Sie betreffen in der Rehabilitation der Rentenversicherung vorrangig die Entwicklung zielgruppenspezifischer und individualisierter Angebotsformen, die Anpassung und Flexibilisierung des Leistungsspektrums, den Ausbau des Beratungsangebots sowie den gesamten Komplex der regionalen Vernetzung zwischen den am Rehabilitationsprozess beteiligten Akteuren. Dass der Überwindung historisch gewachsener Bereichsschranken in der Rentenversicherung ein hoher Stellenwert beigemessen wird, verdeutlicht die jüngere Entwicklung von integrierten Leistungskonzepten wie dem der „Medizinisch-Beruflich-Orientierten Rehabilitation“ (MBOR), das eine

79 Siehe dazu vertiefend Alexander Flüthmann, Eingliederungszuschüsse an Arbeitgeber im Rahmen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach dem SGB IX, in: Deutsche Rentenversicherung 5/2003, S. 293-302.

80 Zu den Leistungen im Einzelnen siehe Reimann, Rehabilitation, S. 476 ff.; ders., Ziele des SGB IX und seine Auswirkungen auf die Rehabilitation, in: Deutsche Rentenversicherung 4-5/2002, S. 220-228.

81 Vgl. Miquel/Schmidt, 125 Jahre, S. 262.

82 Reimann, Rehabilitation, S. 489.

Neuausrichtung der medizinischen Rehabilitation auf die Funktionseinschränkungen im Erwerbsleben anstrebt.[83]

Damit führt sich im Rehabilitationswesen bis in die Gegenwart eine Reformentwicklung fort, die in den frühen 1990er-Jahren infolge der massiven politischen, fachöffentlichen und wissenschaftlichen Kritik ihren Ausgang genommen hat. Damals hatte der Sozialpolitiker und Vorstandsvorsitzende des VDR, Alfred Schmidt, in einem zukunftsweisenden Plädoyer einen konzeptionellen Wandel „von der Rehabilitationsmedizin zu einer präventiven Sozialpolitik" gefordert und die Sozialleistungsträger in diesem Zusammenhang dazu angehalten, „neben das Denken in konkreten Einzelproblemen [...] eine kritische Auseinandersetzung mit dem überkommenen Rehabilitationskonzept" zu stellen.[84] Dass dieser Aufruf verfing, zeigt der nachfolgende Modernisierungs- und Professionalisierungsprozess. In dessen Verlauf löste sich das Rehabilitationskonzept der Rentenversicherung von seiner kurmedizinischen Tradition und wurde in eine multidisziplinäre Perspektive eingerückt, womit eine stärkere Ausrichtung auf die berufliche und – mit Abstrichen – soziale Teilhabe einherging.

Inzwischen ist das Rehabilitationskonzept der Rentenversicherung durch eine vorrangige Orientierung am individuellen Rehabilitationsbedarf des Versicherten gekennzeichnet, wobei medizinische, berufsfördernde und psychosoziale Hilfen zugunsten des übergeordneten Zieles der beruflichen Teilhabe gleichermaßen vorgesehen sind. Der Rehabilitationsansatz der Rentenversicherung scheint damit mehr und mehr einem Credo zu folgen, das ein kritischer Rehabilitationsexperte Ende der 1980er-Jahre wie folgt formuliert hat: „Es gibt keine ‚medizinische' Rehabilitation. Es gibt keine ‚schulische' Rehabilitation, es gibt auch keine ‚berufliche' Rehabilitation. Es gibt vielmehr nur eine Rehabilitation der Person."[85]

Literatur

Assmus, Oliver u. a.: Drei Jahre Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (IX), in: Deutsche Rentenversicherung 5/2004, S. 241-262.

Bösl, Elsbeth: Politiken der Normalisierung. Zur Geschichte der Behindertenpolitik in der Bundesrepublik Deutschland, Bielefeld 2009.

Braun, Bernhard: Die Rehabilitation im System des Sozialleistungsrechts aus sozialpolitischer Sicht unter besonderer Berücksichtigung der Probleme der trägerübergreifenden Kooperation und Koordination, in: Felix Welti (Hrsg.): Das Rehabilitationsrecht in der Praxis der Sozialleistungsträger, Berlin 2009, S. 33-45.

Brüggemann, Silke/Buschmann-Steinhage, Rolf/Primmer, Verena: Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung – für Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben

83 Vgl. Brüggemann/Buschmann-Steinhage/Pimmer, Rehabilitation, S. 410 f. Zur MBOR siehe auch den Beitrag von Matthias Bethge in diesem Band.

84 Schmidt, Weiterentwicklung, S. 561.

85 Zit. n. Schmidt, Weiterentwicklung, S. 525.

in der Gesellschaft, in: Thomas Schott/Claudia Hornberg (Hrsg.): Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft, Wiesbaden 2011, S. 401-417.

Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (Hrsg.): Rehabilitation in der Rentenversicherung, Bd. 1: Medizinische und berufliche Rehabilitation, 3. neubearb. Aufl., Berlin 1995.

Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (Hrsg.): Das Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation, Berlin 1974.

Buschmann-Steinhage, Rolf: Die beruflich orientierte Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung – ein Überblick, in: Ruth Deck/Natalie Glaser-Möller (Hrsg.): Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation in Nordeuropa und Deutschland, Lage 2006, S. 23-33.

Deutsche Rentenversicherung Rheinland (Hrsg.): Chronik der Deutschen Rentenversicherung Rheinland, Düsseldorf 2015.

Ehrenberg, Herbert: Die siebziger Jahre – eine Dekade der Rehabilitation, in: Bundesarbeitsblatt 30 (1979), S. 5-13.

Flüthmann, Alexander: Eingliederungszuschüsse an Arbeitgeber im Rahmen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach dem SGB IX, in: Deutsche Rentenversicherung 5/2003, S. 293-302.

Geyer, Martin H.: Rahmenbedingungen: Unsicherheit als Normalität, in: Bundesministerium für Arbeit und Soziales und Bundesarchiv (Hrsg.): Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945, Bd. 6: Neue Herausforderungen, wachsende Unsicherheit (hrsg. v. Martin H. Geyer), Baden-Baden 2008, S. 4-109.

Hansmeier, Thomas/Karoff, Marthin: Partizipation von chronisch Kranken und Behinderten am Erwerbsleben, in: Jürgen Bengel/Uwe Koch (Hrsg.): Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung, Berlin/Heidelberg 2000, S. 163-182.

Jung, Karl: Die Entwicklung der Rehabilitation in Deutschland, in: 100 Jahre Deutsches Krüppelheim: Oberlinhaus Nowawes (Festschrift für Pastor Rudolf Lotze zum 75. Geburtstag), Stuttgart 1995.

Kardorff, Ernst von: Partizipation in der Rehabilitation, in: Rolf Rosenbrock/Susanne Hartung (Hrsg.): Handbuch Partizipation und Gesundheit, Bern 2012, S. 391-407.

Landesversicherungsanstalt Württemberg: 30 Jahre Arbeiterrentenversicherung von der Rentenreform bis zur Strukturreform, Manuskriptsammlung, überarbeitet und zusammengestellt vom Pressereferat der LVA Württemberg, o. D.

Langenheim, Hermann/Stähler, Thomas/Ritz, Norbert/Peters, Reinhart: Die Sparmaßnahmen im Reha-Bereich und ihre Auswirkungen auf das Reha-Geschehen, in: Deutsche Rentenversicherung 1-2/1997, S. 13-42.

LVA Württemberg (Hrsg.): 100 Jahre LVA Württemberg, Stuttgart 1990.

Miquel, Marc von/Schmidt, Anne: 125 Jahre Rentenversicherung in Westfalen. Sicherheit für Generationen 1890-2015, Münster 2015.

Mrozynski, Peter: Rehabilitationsrecht. Eine Darstellung der sozialrechtlichen Grundlagen unter Berücksichtigung der Rechtsprechung, München 1992 (3. Aufl.), S. 1-6.

Raphael, Lutz: Europäische Sozialstaaten in der Boomphase (1948-1973). Versuch einer historischen Distanzierung einer „klassischen Phase“ des europäischen Wohlfahrtsstaats, in: Hartmut Kaelble/Günther Schmid (Hrsg.): Das europäische Sozialmodell. Auf dem Weg zum transnationalen Sozialstaat, Berlin 2004, S. 51-73.

Reimann, Axel: Die Rehabilitation in der Rentenversicherung, in: Eberhard Eichenhofer/Herbert Rische/Winfried Schmähl (Hrsg.): Handbuch der gesetzlichen Rentenversicherung SGB VI, Köln 2011, S. 473-496.

Reimann, Axel: Aktuelle Entwicklungen im Bereich der Rehabilitation, in: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): Aktuelles Presseseminar des VDR vom 3. bis 4. November 2003 in Würzburg (= DRV-Schriften Bd. 48), S. 49-68.

Reimann, Axel: Ziele des SGB IX und seine Auswirkungen auf die Rehabilitation, in: Deutsche Rentenversicherung 4-5/2002, S. 220-228.

Rosenbrock, Rolf/Gerlinger, Thomas: Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, 3., vollst. überarb. Aufl., Bern 2014.

Rösner, Hans-Uwe: Behindert sein – behindert werden. Texte zu einer dekonstruktiven Ethik der Anerkennung behinderter Menschen, Bielefeld 2014.

Rudloff, Wilfried: Rehabilitation und Hilfen für Behinderte, in: Bundesministerium für Arbeit und Soziales und Bundesarchiv (Hrsg.): Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945, Bd. 4: Bundesrepublik Deutschland 1957-1966: Sozialpolitik im Zeichen des erreichten Wohlstandes (hrsg. v. Michael Ruck/Marcel Boldorf), Baden-Baden 2007, S. 465-501.

Rudloff, Wilfried/Schliehe, Ferdinand: Rehabilitation und Hilfen für Behinderte, in: Bundesministerium für Arbeit und Soziales und Bundesarchiv (Hrsg.): Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945, Bd. 6: Neue Herausforderungen, wachsende Unsicherheit (hrsg. v. Martin H. Geyer), Baden-Baden 2008, S. 583-604.

Rudloff, Wilfried: Rehabilitation und Hilfen für Behinderte, in: Bundesministerium für Arbeit und Soziales und Bundesarchiv (Hrsg.): Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945, Bd. 5: Bundesrepublik Deutschland 1966-1974: Eine Zeit vielfältigen Aufbruchs (hrsg. v. Hans Günter Hockerts), Baden-Baden 2006, S. 559-591.

Schaub, Eberhard: Rehabilitation in den Rentenversicherung, in: Franz Ruland (Hrsg.): Handbuch der gesetzlichen Rentenversicherung, Neuwied und Frankfurt/Main 1990, S. 601-643.

Schliehe, Ferdinand: Rehabilitation und Hilfen für Behinderte, in: Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung und Bundesarchiv (Hrsg.): Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland, Bd. 7: Bundesrepublik Deutschland 1982-1989: Finanzielle Konsolidierung und institutionelle Reform (hrsg. v. Manfred G. Schmidt), Baden-Baden 2005, S. 459-478.

Schliehe, Ferdinand/Müller, Dagmar: Neue Wege in der Rehabilitation aus der Sicht der Rentenversicherung, in: Thomas Schott u. a. (Hrsg.): Neue Wege in der Rehabilitation. Von der Versorgung zur Selbstbestimmung chronisch Kranker, Weinheim und München 1996, S. 235-248.

Schliehe, Ferdinand/Zollmann, Pia: Rehabilitation und Hilfen für Behinderte, in: Bundesministerium für Arbeit und Soziales und Bundesarchiv (Hrsg.): Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945, Bd. 11: Bundesrepublik Deutschland 1989-1994: Sozialpolitik im Zeichen der Vereinigung (hrsg. v. Gerhard A. Ritter), Baden-Baden 2007, S. 741-763.

Schmähl, Winfried: Sicherung bei Alter, Invalidität und für Hinterbliebene, in: Bundesministerium für Arbeit und Soziales und Bundesarchiv (Hrsg.): Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945, Bd. 6: Neue Herausforderungen, wachsende Unsicherheit (hrsg. v. Martin H. Geyer), Baden-Baden 2008m, S. 396-514.

Schmidt, Alfred: Rehabilitation in der Rentenversicherung. Die Selbstverwaltung vor einer wichtigen Bewährungsprobe, in: Die Angestelltenversicherung 11/1989, S. 437-452.

Schmidt, Alfred: Die Rehabilitation in der Rentenversicherung. Gedanken zur Weiterentwicklung, in: Deutsche Rentenversicherung 9/1988, S. 519-563.

Schmidt, Alfred: Rehabilitation in der Rentenversicherung – was kann verbessert werden?, in: Deutsche Rentenversicherung 8-9/1987, S. 537-567.

Schwager, Hans J.: „Rehabilitation" – dient der Begriff noch einer Verständigung, in: Thomas Schott u. a. (Hrsg.): Neue Wege in der Rehabilitation. Von der Versorgung zur Selbstbestimmung chronisch Kranker, Weinheim und München 1996, S. 29-56.

Süß, Winfried: Der bedrängte Wohlfahrtsstaat. Deutsche und europäische Perspektiven auf die Sozialpolitik der 1970er-Jahre, in: Friedhelm Boll/Anja Kruke (Hrsg.): Der Sozialstaat in der Krise. Deutschland im internationalen Vergleich, Bonn 2008, S. 95-126.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): Rentenversicherung in Zeitreihen 2004 (= DRV-Schriften Bd. 22), Frankfurt/Main 2004.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung, 6. völlig neu bearbeitete Auflage, Berlin/Heidelberg 2003.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): Richtlinien, Empfehlungen und Vereinbarungen zur Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung (Reha-Richtlinien), Frankfurt/Main 1999.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): Bericht der Reha-Kommission des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger. Empfehlungen zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung, Frankfurt/Main 1992.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): Rehabilitation durch die Rentenversicherung, Frankfurt/Main 1962.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): Sanatorien, Heilstätten, Krankenhäuser der Rentenversicherungsträger, 3. Aufl., Frankfurt/Main 1956.

Wehnert, Felicitas: Von der Fürsorge zum Sozialstaat. 100 Jahre Kaiserliche Botschaft, o. O., o. J. [1982].

Welti, Felix: Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat. Freiheit, Gleichheit und Teilhabe behinderter Menschen, Tübingen 2005.

Gegenwart der Rehabilitation

Matthias Bethge

Flexibilisierung der Rehabilitation

Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation

Gesundheit, Teilhabe am Arbeitsleben und Rehabilitation

Die individuelle und gesellschaftliche Bedeutung des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens ist hoch. Nach der rückläufigen Krankenstandentwicklung um die Jahrtausendwende steigt der Krankenstand seit einigen Jahren wieder an. Im Jahr 2017 wurden 16,7 Arbeitsunfähigkeitstage pro Mitgliedsjahr in der Gesetzlichen Krankenversicherung gezählt. Daraus ergibt sich ein Volumen von 669 Millionen Arbeitsunfähigkeitstagen in Deutschland.[1] Der von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin anhand der Lohnkosten geschätzte Produktionsausfall liegt bei 76 Milliarden Euro, die ausgefallene Bruttowertschöpfung bei 136 Milliarden Euro. Einen noch detaillierteren Blick auf das Fehlzeitengeschehen erlauben die Daten der Allgemeinen Ortskrankenkassen. Im Jahr 2017 fehlten deren Versicherte durchschnittlich 19,4 Kalendertage. Arbeitnehmer fehlten also im Mittel rund 5 % des Jahres.[2] Allerdings sagt dieser mittlere Wert nichts über die Verteilung der Krankenlast aus. Knapp die Hälfte der Personen war nie arbeitsunfähig (46,6 %). Rund 30 % hatten wiederholte Arbeitsunfähigkeitsepisoden. 5 % der Versicherten waren für die Hälfte, 10 % für rund zwei Drittel und 18 % für mehr als 80 % aller Arbeitsunfähigkeitstage in 2017 verantwortlich. Krankenlast und Teilhabeeinschränkungen verteilen sich sehr ungleich und lange Arbeitsunfähigkeit ist der wichtigste Risikofaktor für einen vorzeitigen Erwerbsausstieg. Um die Teilhabechancen von Personen mit chronischen und schweren gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu stärken und zu verbessern, braucht es eines effektiven Teilhabemanagements, das Krankheitsfolgen reduziert und Wege findet, um Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen die Wiederaufnahme der Arbeit zu ermöglichen.

Für ein solches Teilhabemanagement sieht das deutsche Sozialrecht heute sehr verschiedene Leistungen vor: das betriebliche Eingliederungsmanagement, die stufenweise Wiedereingliederung, die medizinische Rehabilitation, berufsbildende Leistungen, Eingliederungszuschüsse, die unterstützte Beschäftigung und vieles mehr. Alle diese Leistungen sind rehabilitativ und zielen darauf, die Teilhabe gesundheitlich beeinträchtigter Personen zu verbessern. Rehabilitation ist dabei weder auf ein konkretes Setting noch eine konkrete Form festgelegt. Rehabilitation ist eine Strategie und sie umfasst ein Bündel von Maßnahmen, die

1 Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit – Berichtsjahr 2017, Dortmund 2018, S. 116.

2 Markus Meyer/Jenny Wenzel/Antje Schenkel, Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2017, in: Bernhard Badura/Antje Ducki/Helmut Schröder/Joachim Klose/Markus Meyer (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2015, Berlin 2018, S. 331-536.

Individuen, die Behinderungen erfahren oder wahrscheinlich erfahren werden, dabei unterstützen, optimale Funktionsfähigkeit in ihrer Umwelt zu erreichen und zu erhalten.[3]

Ein solcher Blick auf Rehabilitation ist aufgrund der in Deutschland stark segmentierten Versorgung nicht gängig. Die rehabilitationswissenschaftliche Auseinandersetzung fokussiert klar erkennbar auf die üblicherweise dreiwöchige medizinische Rehabilitation und reproduziert damit die Wahrnehmung einer relativ starren und wenig flexiblen rehabilitativen Versorgung. Rehabilitative Versorgung vollzieht sich aus Sicht der einzelnen Personen jedoch häufig in Leistungsketten.[4] Eine medizinische Rehabilitation kann mit einer Nachsorge und einer stufenweisen Wiedereingliederung verknüpft werden, möglicherweise ist sie in ein betriebliches Eingliederungsmanagement eingebunden. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach Kapitel 10 des SGB IX müssen je nach individueller Voraussetzung kombiniert werden, um eine Rückkehr ins Arbeitsleben zu ermöglichen. Auf eine Arbeitserprobung kann ein Rehabilitationsvorbereitungslehrgang folgen, der eine berufliche Qualifizierung vorbereitet. Eingliederungszuschüsse können nach erfolgreicher Qualifizierung die Aufnahme einer Beschäftigung unterstützen. In der Lebensspanne eines Menschen können unterschiedliche Gesundheitsprobleme auftreten, die unterschiedliche Bedarfe determinieren, und gleiche Gesundheitsprobleme können bei Personen, die sich in unterschiedlichen Lebens- und Arbeitssituationen bewegen, voneinander abweichende Versorgungsketten zur Folge haben.

Rehabilitative Versorgung muss vor dem Hintergrund andersartiger Problem- und Zielbeschreibungen zu unterschiedlichen Antworten kommen. Wird Bedarf als Funktion von Problem, Ziel und Leistung interpretiert, sind je nach Problemlage und Ziel entsprechende Leistungen in Betracht zu ziehen.[5] Ein Versorgungssystem muss also verschiedene Antworten zur Verfügung stellen. So werden im angloamerikanischen Sprachraum und zunehmend auch hierzulande für unterschiedliche Schweregrade gestufte Versorgungsmodelle (Stepped-Care-Modelle) empfohlen.[6] In diesen Modellen beginnt die Behandlung mit der Interventionsform, die die geringste Behandlungsintensität aufweist. Der Verlauf der Behandlung wird eng begleitet. Spricht der Patient auf die Behandlung nicht an, wird die Behandlung mit der nächsten Intensitätsstufe fortgesetzt. Die Berücksichtigung unterschiedlicher Intensitätsgrade und der Einbezug niedrigschwelliger Interventionen erleichtern den Zugang zu einer angemessenen Behandlung. Zudem werden die zur Verfügung stehenden Ressourcen effizienter genutzt.

3 World Health Organization, World Report on Disability, Genf 2011, S. 308.

4 Matthias Bethge/Susanne Bartel, Update 2015 der Arbeitsgruppe Rehabilitation und Arbeit der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften, in: Rehabilitation 55 (2016), S. 63-65.

5 Heiner Raspe, Bedarf an rehabilitativen Leistungen: Zur Theorie von Bedarfsermittlungen, in: Rehabilitation 46 (2007), S. 3-8.

6 Martin Härter/Daniela Heddaeus/Maya Steinmann/Robert Schreiber/Christian Brettschneider/Hans-Helmut König/Birgit Watzke, Collaborative und Stepped Care bei depressiven Erkrankungen. Entwicklung eines Modellprojektes im Hamburger Netz psychische Gesundheit (psychenet.de), in: Bundesgesundheitsbl 58 (2015), S. 420-429.

Wird festgestellt, dass bestimmte Personen, z. B. Personen mit schweren Beeinträchtigungen, mit den vorhandenen Leistungen ihre Ziele, z. B. die Rückkehr in Arbeit, nicht erreichen, stellt sich die Frage, ob neue Versorgungsstufen möglich sind und wie die bisherigen Leistungen für diese Personen verändert und erweitert werden können. Vor diesem Hintergrund hat sich die medizinische Rehabilitation in den vergangenen Jahren zunehmend ausdifferenziert. Diese Ausdifferenzierung reduziert sich nicht auf unterschiedliche Gesundheitsprobleme (z. B. chronischer Rückenschmerz, Depression oder Brustkrebs) und das Versorgungssetting (ambulant vs. stationär), sondern berücksichtigt auch Komorbiditäten, Geschlecht, Schweregrad der Teilhabebeeinträchtigung oder Kontext (z. B. Migrationshintergrund).

Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation

Die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation ist eine solche bedarfsdifferenzierte Weiterentwicklung rehabilitativer Versorgung und sie ist auch die am besten untersuchte und am strengsten geprüfte Weiterentwicklung.[7] Sie ist ein multimodales interdisziplinär durchgeführtes Programm, das gesundheitsbedingte Diskrepanzen von arbeitsplatzbezogenen Fähigkeiten und Anforderungen zu verringern sucht, um berufliche Teilhabe zu ermöglichen. Sozialrechtlich ist die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation eine medizinische Rehabilitation (§ 15 SGB VI). Sie ist allerdings durch klar beschreibbare zusätzliche diagnostische und therapeutische Angebote gekennzeichnet und richtet sich an eine konkrete Teilgruppe der Personen, denen eine medizinische Rehabilitation bewilligt wurde.

Um wen geht es?

Die Zielgruppe der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation ist charakterisiert durch gesundheitsbedingt nicht nur vorübergehend deutlich eingeschränkte berufliche Leistungsfähigkeit. Das können Personen sein, die nicht daran glauben, dass ihnen nach der Rehabilitation die Rückkehr in Arbeit gelingt. Das können Personen sein, die erst nach sehr langer Arbeitsunfähigkeit den Weg in die Rehabilitation gefunden haben, oder Personen, die gesundheitsbedingt ihren Arbeitsplatz bereits verloren haben. Möglicherweise wurde auch durch einen Betriebs- oder Werksarzt festgestellt, dass eine Veränderung des Arbeitsplatzes notwendig ist. Damit diese Personen zuverlässig, sicher und nach Möglichkeit bereits bei der Beantragung der medizinischen Rehabilitation identifiziert werden können, wurden Screening-Instrumente entwickelt. Das sind kurze einseitige Fragebögen mit vier bis elf Fragen (Screening-Instrument zur Feststellung des Bedarfs an medizinisch-beruf-

7 Matthias Bethge, Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation, in: Rehabilitation 56 (2017), S. 14-21.

lich orientierten Maßnahmen in der Rehabilitation, kurz: SIMBO[8]; Würzburger Screening[9]; Screening-Instrument Beruf und Arbeit in der Rehabilitation, kurz: SIBAR[10]). Mit diesen Screening-Instrumenten lässt sich das Risiko beschreiben, dass die berufliche Wiedereingliederung unter den Bedingungen der normalen medizinischen Rehabilitation scheitert. Die Auswertung des SIMBO kann beispielsweise zu Werten zwischen 0 und 100 Punkte führen. Höhere Werte bedeuten ein höheres Risiko, dass die Rückkehr in Arbeit nach der Rehabilitation scheitert. Verschiedene Studien haben gezeigt, dass acht von zehn Personen die Rückkehr in Arbeit nicht gelingt, wenn der Wert für den SIMBO mindestens 30 Punkte beträgt.[11] Dieser Befund gilt weitgehend unabhängig vom Gesundheitsproblem, also z. B. sowohl für Personen mit Muskel-Skelett-Erkrankungen als auch für Personen mit psychischen Erkrankungen. Diese Personen benötigen zusätzliche Unterstützung. Die herkömmliche medizinische Rehabilitation reicht offenbar nicht aus, damit diese Personen nach der Rehabilitation in den Beruf zurückkehren.

Was geschieht während der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation?

Die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation ergänzt die herkömmliche medizinische Rehabilitation um vier wesentliche Inhalte: eine anforderungsorientierte Diagnostik beruflicher Leistungsfähigkeit, eine intensivierte Sozial- und Berufsberatung, psychosoziale arbeitsbezogene Gruppenangebote und das Arbeitsplatztraining.

Anforderungsorientierte Diagnostik: Die anforderungsorientierte Diagnostik bewertet die Leistungsfähigkeit vor dem Hintergrund der beruflichen Anforderungen. Voraussetzung dafür sind zum einen Einsicht in die Arbeitsumgebung und eine gute Beschreibung der beruflichen Anforderungen und zum anderen eine valide Erfassung der relevanten Fähigkeiten. Bei Muskel-Skelett-Erkrankungen, kardiologischen Erkrankungen, aber auch Krebserkrankungen haben sich zur Erfassung der körperlichen Leistungsfähigkeit Systeme zur

8 Marco Streibelt, Validität und Reliabilität eines Screening-Instruments zur Erkennung besonderer beruflicher Problemlagen bei chronischen Krankheiten (SIMBO-C), in: Rehabilitation 48 (2009), S. 135-144.

9 Stefan Löffler/Hans Wolf/Silke Neuderth/Heiner Vogel, Screening-Verfahren in der medizinischen Rehabilitation, in: Andreas Hillert/Werner Müller-Fahrnow/Friedrich Michael Radoschewski (Hrsg.), Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Grundlagen und klinische Praxis, Köln 2009, S. 133-140.

10 Wolfgang Bürger/Ruth Deck, SIBAR - ein kurzes Screening-Instrument zur Messung des Bedarfs an berufsbezogenen Behandlungsangeboten in der medizinischen Rehabilitation, in: Rehabilitation 48 (2009), S. 211-221.

11 Marco Streibelt/Matthias Bethge, Prognostic accuracy of the SIMBO regarding future return-to-work problems in patients with mental and musculoskeletal disorders, in: Disabil Rehabil 2018, doi: 10.1080/09638288.2018.1432703 (Epub ahead of print).

Functional Capacity Evaluation bewährt.[12] Mit diesen Verfahren lassen sich Fähigkeiten wie Heben, Tragen oder Über-Kopf-Arbeiten bewerten. Zur Beurteilung psychischer und kognitiver Arbeitsfähigkeit, insbesondere der Schlüsselqualifikationen, lässt sich das Instrumentarium zur Diagnostik von Arbeitsfähigkeiten nutzen. Diese Sammlung verschiedener Tests umfasst 14 standardisierte Arbeitsproben, mit denen sich u. a. Konzentration, Arbeitsplanung und Sorgfalt bewerten lassen.

Sozial- und Berufsberatung: Die erweiterte und intensivierte Sozial- und Berufsberatung innerhalb der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation bemüht sich um Einbindung des Arbeitgebers, des sozialen Umfeldes und anderer Institutionen, die den Wiedereingliederungsprozess unterstützen können. Die stufenweise Wiedereingliederung – von der wir heute wissen, dass sie erwerbsminderungsbedingte Renten deutlich reduzieren und Teilhabe am Arbeitsleben sichern kann[13 14] – wird geprüft und nach Möglichkeit eingeleitet. Es wird geklärt, welche anderen Handlungsmöglichkeiten (z. B. Eingliederungszuschüsse oder Qualifizierungsleistungen) genutzt werden können, um die Rückkehr in Arbeit zu unterstützen. Sind solche Leistungen denkbar, werden diese gemeinsam noch während der Rehabilitation beantragt, um eine möglichst nahtlose Versorgung zu gewährleisten.

Psychosoziale arbeitsbezogene Gruppen: Das wichtigste Ziel dieser Gruppen ist die konkrete Planung der beruflichen Rückkehr, also die gemeinsame und präzise Festlegung des Wann und eine Klärung, wer, wann und wie dazu einzubinden ist, welche Barrieren aus dem Weg zu räumen sind und welche Unterstützer sich nutzen lassen, um mögliche Barrieren zu umgehen oder zu überwinden.

Arbeitsplatztraining: Im Arbeitsplatztraining wird die Bewältigung konkreter beruflicher Anforderungen trainiert. Die Anforderungen werden über Erhöhung der Wiederholungen, der Gewichte oder der Aufgabenkomplexität schrittweise gesteigert und die Rehabilitanden können erfahren, dass die Bewältigung der Anforderungen wieder möglich ist.

Welche Nachweise haben wir für die Wirksamkeit?

Der strengste Nachweis für die Wirksamkeit einer Intervention ist die randomisierte kontrollierte Studie. In diesen Studien werden die Studienteilnehmer zufällig einer von zwei möglichen Behandlungen zugewiesen und nach einer sinnvollen Nachbeobachtungszeit werden die Zielereignisse in beiden Gruppen gezählt und miteinander verglichen. Dieses Design stellt sicher, dass die Unterschiede zwischen beiden Gruppen kausal auf die Behandlung

12 Sebastian Bieniek/Matthias Bethge, The reliability of WorkWell Systems Functional Capacity Evaluation: a systematic review, in: BMC Musculoskelet Disord 15 (2014), 106.

13 Matthias Bethge, Effects of graded return-to-work: a propensity-score-matched analysis, in: Scand J Work Environ Health 42 (2016), S. 273-279.

14 Marco Streibelt/Wolfgang Bürger/Karen Nieuwenhuijsen/Matthias Bethge, Effectiveness of graded return to work after multimodal rehabilitation in patients with mental disorders: a propensity score analysis, in: J Occup Rehabil 28 (2018), S. 180-189.

zurückgeführt werden können. Die stärksten Nachweise für die Wirksamkeit der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation gibt es für Personen mit Muskel-Skelett-Erkrankungen. Für diese Personen liegen mittlerweile vier randomisierte kontrollierte Studien vor, in denen die Studienteilnehmer zufällig der medizinischen oder der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation zugewiesen wurden.[7] Nach einem Jahr berichteten die Teilnehmer der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation über geringere Fehlzeiten und häufigere Beschäftigung als die Teilnehmer der herkömmlichen medizinischen Rehabilitation. Der absolute Effekt auf die Beschäftigung betrug rund 20 Prozentpunkte. Werden 100 Personen in der medizinisch-beruflich orientierten statt der herkömmlichen medizinischen Rehabilitation behandelt, werden nach einem Jahr also 20 Personen zusätzlich wieder in Beschäftigung sein. Eine randomisierte kontrollierte Studie mit ähnlichem Ergebnis gibt es auch für Personen mit kardiovaskulären Erkrankungen. Für psychische Erkrankungen gibt es zwei randomisierte kontrollierte Studien. In diesen Studien wurde das Arbeitsplatztraining als Belastungserprobung in externen Praktikumsbetrieben durchgeführt und dann in psychotherapeutischen Gruppen in den Rehabilitationseinrichtungen aufgearbeitet und reflektiert. Auch hier war die Beschäftigungsrate der Personen, die an einer medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation teilgenommen hatten, nach einem Jahr und zwei Jahren 20 Prozentpunkte höher als in der herkömmlichen medizinischen Rehabilitation.

Wie gelingt die Implementierung in die Versorgungsrealität?

Um den Transfer der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation in die Versorgungspraxis zu unterstützen, haben die Rentenversicherungsträger das Anforderungsprofil zur Durchführung der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation entwickelt. Das Anforderungsprofil beschreibt einerseits die Zielgruppe und andererseits Inhalte und Dosis der zu erbringenden diagnostischen und therapeutischen Leistungen. Denn die in der realen Versorgung implementierten Programme werden nur dann zu vergleichbaren Teilhabeergebnissen führen wie die Programme, die in den randomisierten kontrollierten Studien geprüft wurden, wenn die erreichte Zielgruppe und die umgesetzte Behandlungsdosis der Zielgruppe und der Behandlungsdosis entsprechen, die wir aus den randomisierten kontrollierten Studien kennen.

Tatsächlich hat sich das Versorgungsgeschehen in den vergangenen Jahren, vor allem für Personen mit Muskel-Skelett-Erkrankungen, deutlich gewandelt. Die im Anforderungsprofil beschriebenen diagnostischen und therapeutischen Leistungen werden für einen großen Teil dieser in der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation behandelten Personen umgesetzt. So erhielten Personen mit Muskel-Skelett-Erkrankungen, die 2014 in Norddeutschland in der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation behandelt wurden, im Vergleich zu ähnlichen Personen, die vor der Veröffentlichung der Empfehlungen des Anforderungsprofils behandelt wurden, wesentlich mehr berufsorientierte Therapien (13,5 vs.

1,2 Stunden).[15] Während die 2014 in der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation behandelten Personen die zusätzlichen Leistungen entsprechend den Empfehlungen des Anforderungsprofils erhielten, hatten vergleichbare Personen aus 2012 trotz ihrer ebenso starken Beeinträchtigungen diese Leistungen damals nicht bekommen. Ähnliche Ergebnisse zeigten sich auch in der bislang größten Studie zur Umsetzung der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation, für die Daten von mehr als 9000 Rehabilitanden ausgewertet wurden.[16] Die zusätzlichen diagnostischen und therapeutischen Leistungen haben die Versorgungspraxis offenbar erreicht.

Diese Studien beantworten allerdings lediglich die Frage, ob und wie die Umsetzung der Anforderungen gelingt. Unbeantwortet bleibt dabei die Frage, welche Effekte damit in der realen Versorgung erreicht werden. Um das zu klären, hat die Deutsche Rentenversicherung Bund – nachdem die ersten 80 Fachabteilungen zur Durchführung medizinisch-beruflich orientierter Rehabilitation 2013/2014 zugelassen worden waren – eine Studie in Auftrag gegeben.[17] Mittlerweile ist klar, dass sich die Ergebnisse der randomisierten kontrollierten Studien mit einigen Einschränkungen auch in der realen Versorgung replizieren lassen. Wird die Zielgruppe erreicht und werden die beschriebenen Anforderungen konsistent umgesetzt, bestätigt sich in sorgfältig gematchten Analysen der Vorteil der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation gegenüber der herkömmlichen Rehabilitation. Die Wiedereingliederungsraten sind bei Teilnahme an einer medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation langfristig rund 20 Prozentpunkte höher. Die beobachteten Effekte für die gesamte in der realen Versorgung erreichte Population sind allerdings aufgrund ungenauer Teilnehmerauswahl und heterogener Umsetzung der diagnostischen und therapeutischen Anforderungen erheblich reduziert. Damit Flexibilisierung und Bedarfsorientierung in der Versorgungsrealität zu besseren Ergebnissen führen, müssen die Zuweisungssteuerung zum einen und die Qualitätssicherung zum anderen gewährleisten, dass Zugang und Umsetzung nicht beliebig sind.

15 Matthias Bethge/Martin Vogel/Timo Specht/Johannes von Bodman/Nathalie Glaser-Möller, Implementierung medizinisch-beruflich orientierter Rehabilitation: ein Propensity Score gematchter Vergleich zweier Kohorten aus 2012 und 2014, in: Rehabilitation 55 (2016), S. 48-53.

16 Matthias Bethge/Miriam Markus/Marco Streibelt/Christian Gerlich/Michael Schuler, Implementing the German model of work-related medical rehabilitation: did the delivered dose of work-related treatment components increase?, in: Arch Phys Med Rehabil 99 (2018), S. 2465-2471.

17 Silke Neuderth/Betje Schwarz/Christian Gerlich/Michael Schuler/Miriam Markus/Matthias Bethge, Work-related medical rehabilitation in patients with musculoskeletal disorders: the protocol of a propensity score matched effectiveness study (EVA-WMR, DRKS00009780), in: BMC Public Health 16 (2016), 804.

Einbindung des Arbeitsplatzes

Wirksame medizinische Rehabilitationsprogramme sind nur eine Determinante für erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung. Damit Rückkehr in Arbeit gelingt, müssen viele Akteure zusammenwirken. Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit realisieren sich immer in einer Arena mit mehreren Spielern und Interessengruppen.[18] Das Work Disability Paradigm der kanadischen Arbeitsgruppe um Patrick Loisel benennt als wesentliche Akteure die betreffende Person und ihr unmittelbares soziales Umfeld, die Erbringer klinischer und rehabilitativer Leistungen, das Versicherungssystem und den Arbeitsplatz.[19] Erfolgreiche Rehabilitation muss diese Akteure zusammenführen. Aufbauend auf diesem Paradigma haben Loisel und Kollegen integrative rehabilitative Strategien entwickelt, die neben klinischen Interventionen auch unmittelbar am Arbeitsplatz umgesetzte Interventionen umfassten (z. B. Arbeitsplatzbegehung, gemeinsame Gespräche mit Arbeitgeber und Arbeitnehmer).[20] In einer systematischen Übersichtsarbeit haben van Vilsteren und Kollegen die dazu realisierten Studien zusammengefasst.[21] Die aus fünf Studien zusammengefassten Schätzer für die Fehlzeiten nach einem Jahr zeigten relativ homogene Ergebnisse. Signifikante Effekte zugunsten der integrativen Strategien wurden in vier von fünf Studien berichtet. Die Reduktion der Fehlzeiten gegenüber den Kontrollbedingungen variierte zwischen 20 und 68 Tagen. Im Mittel wurden die Fehlzeiten gegenüber vergleichbaren Teilnehmern der Kontrollgruppen um rund 40 Tage reduziert. Die Implementierung derartiger vernetzter Strategien, die den Arbeitsplatz direkt einbinden, wird durch das deutsche Sozialrecht zwar angestrebt (z. B. betriebliches Eingliederungsmanagement oder gemeinsame Teilhabeplanung), sie bleibt für die deutsche Versorgung jedoch eine Herausforderung.

Zusammenfassung

Um die erwerbsbezogenen Teilhabechancen von Personen mit gesundheitsbedingt eingeschränkter Teilhabe zu verbessern, sieht das deutsche Sozialrecht vielfältige Möglichkeiten vor. Eine bedarfsorientierte Versorgung ist auf eine genaue Beschreibung und Erfassung der Problemlage angewiesen, um passende Leistungen auszuwählen und diese zu sinnvol-

18 Patrick Loisel/Pierre Côté, The Work Disability Paradigm and its public health implications, in: Patrick Loisel/Johannes Anema (Hrsg.), Handbook of Work Disability. Prevention and Management, New York 2014, S. 59-67.

19 Patrick Loisel/Rachelle Buchbinder/Rowland Hazard/Robert Keller/Inger Scheel/Maurits van Tulder/Barbara Webster, Prevention of work disability due to musculoskeletal disorders: the challenge of implementing evidence, in: J Occup Rehabil 15 (2005), S. 507-524.

20 Patrick Loisel/Lucien Abenhaim/Pierre Durand/John Esdaile/Samy Suissa/Lise Gosselin/Robert Simard/Jean Turcotte/Jacques Lemaire, A population-based, randomized clinical trial on back pain management, in: Spine 22 (1997), S. 2911-2918.

21 Myrthe van Vilsteren/Sandra van Oostrom/Henrica de Vet/Renée-Louise Franche/Cécile Boot/Johannes Anema, Workplace interventions to prevent work disability in workers on sick leave, in: Cochrane Database Syst Rev 10 (2015), Cd006955.

len Leistungsketten zusammenzuführen. Eine gestufte Versorgung, die unterschiedliche Leistungen in Abhängigkeit vom Schweregrad und der Komplexität der Teilhabebeeinträchtigung vorhält, kann dies leisten, ist aber auch auf einen hohen Grad an Vernetzung, Kooperation und Koordination angewiesen.

Die Implementierung der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation ist ein gelungenes Beispiel, wie sich die Ergebnisse rehabilitativer Versorgung durch eine bedarfsorientierte Weiterentwicklung des Leistungsangebots verbessern lassen. Zukünftige zentrale Herausforderungen für die rehabilitative Versorgung sind die Entwicklung funktionierender Schnittstellen zwischen rehabilitativer Versorgung und Arbeitsplatz, eine koordinierte Durchführung der einzelnen Leistungen und die Realisierung einer gemeinsamen Strategie der verschiedenen am Rehabilitationsprozess beteiligten Akteure. Ein Fallmanagement, das die Umsetzung der in der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation entwickelten Ziele begleitet, könnte diese Herausforderungen bewältigen.

Literatur

Bethge, Matthias: Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation, in: Rehabilitation 56 (2017), S. 14-21.

Bethge, Matthias: Effects of graded return-to-work: a propensity-score-matched analysis, in: Scand J Work Environ Health 42 (2016), S. 273-279.

Bethge, Matthias/Bartel, Susanne: Update 2015 der Arbeitsgruppe Rehabilitation und Arbeit der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften, in: Rehabilitation 55 (2016), S. 63-65.

Bethge, Matthias/Markus, Miriam/Streibelt, Marco/Gerlich, Christian/Schuler, Michael: Implementing the German model of work-related medical rehabilitation: did the delivered dose of work-related treatment components increase?, in: Arch Phys Med Rehabil 99 (2018), S. 2465-2471.

Bethge, Matthias/Vogel, Martin/Specht, Timo/Bodman, Johannes von/Glaser-Möller, Nathalie: Implementierung medizinisch-beruflich orientierter Rehabilitation: ein Propensity Score gematchter Vergleich zweier Kohorten aus 2012 und 2014, in: Rehabilitation 55 (2016), S. 48-53.

Bieniek, Sebastian/Bethge, Matthias: The reliability of WorkWell Systems Functional Capacity Evaluation: a systematic review, in: BMC Musculoskelet Disord 15 (2014), 106.

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit – Berichtsjahr 2017, Dortmund 2018.

Bürger, Wolfgang/Deck, Ruth: SIBAR - ein kurzes Screening-Instrument zur Messung des Bedarfs an berufsbezogenen Behandlungsangeboten in der medizinischen Rehabilitation, in: Rehabilitation 48 (2009), S. 211-221.

Härter, Martin/Heddaeus, Daniela/Steinmann, Maya/Schreiber, Robert/Brettschneider, Christian/König, Hans-Helmut/Watzke, Birgit: Collaborative und Stepped Care bei de-

pressiven Erkrankungen. Entwicklung eines Modellprojektes im Hamburger Netz psychische Gesundheit (psychenet.de), in: Bundesgesundheitsbl 58 (2015), S. 420-429.

Loisel, Patrick/Côté, Pierre: The Work Disability Paradigm and its public health implications, in: Patrick Loisel/Johannes Anema (Hrsg.): Handbook of Work Disability. Prevention and Management, New York 2014, S. 59-67.

Loisel, Patrick/Buchbinder, Rachelle/Hazard, Rowland/Keller, Robert/Scheel, Inger/Tulder, Maurits van/Webster, Barbara: Prevention of work disability due to musculoskeletal disorders: the challenge of implementing evidence, in: J Occup Rehabil 15 (2005), S. 507-524.

Loisel, Patrick/Abenhaim, Lucien/Durand, Pierre/ Esdaile, John/Suissa, Samy/Gosselin, Lise/ Simard, Robert/Turcotte, Jean/Lemaire, Jacques:_A population-based, randomized clinical trial on back pain management, in: Spine 22 (1997), S. 2911-2918.

Löffler, Stefan/Wolf, Hans/Neuderth, Silke/Vogel, Heiner: Screening-Verfahren in der medizinischen Rehabilitation, in: Andreas Hillert/Werner Müller-Fahrnow/Friedrich Michael Radoschewski (Hrsg.): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Grundlagen und klinische Praxis, Köln 2009, S. 133-140.

Meyer, Markus/Wenzel, Jenny/Schenkel, Antje: Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2017, in: Bernhard Badura/Antje Ducki/Helmut Schröder/Joachim Klose/Markus Meyer (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2015, Berlin 2018, S. 331-536.

Neuderth, Silke/Schwarz, Betje/Gerlich, Christian/Schuler, Michael/Markus, Miriam/ Bethge, Matthias: Work-related medical rehabilitation in patients with musculoskeletal disorders: the protocol of a propensity score matched effectiveness study (EVA-WMR, DRKS00009780), in: BMC Public Health 16 (2016), 804.

Raspe, Heiner: Bedarf an rehabilitativen Leistungen: Zur Theorie von Bedarfsermittlungen, in: Rehabilitation 46 (2007), S. 3-8.

Streibelt, Marco: Validität und Reliabilität eines Screening-Instruments zur Erkennung besonderer beruflicher Problemlagen bei chronischen Krankheiten (SIMBO-C), in: Rehabilitation 48 (2009), S. 135-144.

Streibelt, Marco/Bethge, Matthias: Prognostic accuracy of the SIMBO regarding future return-to-work problems in patients with mental and musculoskeletal disorders, in: Disabil Rehabil 2018, doi: 10.1080/09638288.2018.1432703 (Epub ahead of print).

Streibelt, Marco/Bürger, Wolfgang/Nieuwenhuijsen, Karen/Bethge, Matthias:_ Effectiveness of graded return to work after multimodal rehabilitation in patients with mental disorders: a propensity score analysis, in: J Occup Rehabil 28 (2018), S. 180-189.

Vilsteren, Myrthe van/Oostrom, Sandra van/Vet, Henrica de/Franche, Renée-Louise/Boot, Cécile/ Anema, Johannes: Workplace interventions to prevent work disability in workers on sick leave, in: Cochrane Database Syst Rev 10 (2015), Cd006955.

World Health Organization: World Report on Disability, Genf 2011.

Heiner Raspe

Aufbruch in der Rehabilitationsforschung

Vor und nach den „Reha-Forschungsverbünden“

1. Einleitung

Der folgende Text zeichnet die Entwicklung der Rehabilitationsforschung[1] in Deutschland nach, allerdings nur aus der Perspektive einer einzigen Person, einer einzigen akademischen Einrichtung, des Instituts für Sozialmedizin der Universität zu Lübeck, und eines einzigen Reha-Forschungsverbundes, des Norddeutschen (NVRF)[2]. Der Text beschränkt sich auf die Jahre 1991 bis 2018 und konzentriert sich auf die medizinische Reha im Bereich somatischer Indikationen. Ausgangspunkt ist der Abschlussbericht der sog. Reha-Kommission des Verbands Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) mit seinen Aussagen zur zukünftigen Rehaforschung.

Am Anfang steht eine historische Reminiszenz: Seit 1891 hatten Invalidenversicherungen „die Befugnis, ein Heilverfahren einzuleiten, um die infolge einer Erkrankung drohende Invalidität eines Versicherten abzuwenden.“ So bestand die Möglichkeit, „zu prophylaktischen Zwecken Leichtkranke in Krankenhäuser, Genesungshäuser, Lungenheilstätten usw. zu senden ... weil die Erkenntnis, daß es praktischer ist, (ganz abgesehen von dem sanitären und humanitären Werte solcher Maßnahmen), Invalidität zu verhüten als Renten zu gewähren ...“[3]. Ziel, Logik und Risikozuordnung der medizinischen Rehabilitation gelten bis heute.

Und von Anfang an wurden Heilverfahren nicht nur ökonomisch, sondern auch auf ihre sozialmedizinischen Effekte hin beurteilt. So weist die Tabelle 5 des zitierten Beitrags aus, dass etwa 1905 von 100 Männern mit einer Lungentuberkulose nach vier Jahren 44 Erwerbsfähigkeit erlangten oder behielten (52 bei Frauen, S. 506). Zur Abwehr von Kritik an den rasch zunehmenden Heilverfahren behauptet der Autor dann (S. 507), „dass ohne das Heilverfahren die Zahl der Invalidenrenten noch weit größer sein würde...“.

Und damit sind wir bei einem Hauptproblem der Rehaforschung, wie sie bis in die 1990er-Jahre hinein betrieben wurde. Die Behauptung, dass Heilverfahren nützten und sich rechneten, stand und steht auf unsicheren Beinen. Der Sachverständigenrat Gesundheit des

1 Zur Erhöhung des Lese- und Schreibkomforts wird „Rehabilitation“ auch in allen möglichen Komposita mit „Reha“ abgekürzt.

2 Der Autor ist Arzt für Innere Medizin und Rheumatologie, Sozialmedizin. Er war von 1989 bis 2010 Direktor des Instituts für Sozialmedizin der Universität Lübeck und nahm dort bis 2015 eine Seniorprofessur für Bevölkerungsmedizin wahr. Das Institut geht auf eine Gründung der damaligen LVA Schleswig-Holstein unter ihrem Direktor Dr. Blum zurück. HR war während der gesamten Laufzeit des Norddeutschen Verbunds für Rehabilitationsforschung dessen Sprecher (mit U. Koch als Stellvertreter).

3 A. Fischer, Invaliden- und Altersversicherung im Deutschen Reiche, in: A. Grotjahn/J. Kaup (Hrsg.): Handwörterbuch der Sozialen Hygiene, Leipzig 1912, S. 493-510, hier S. 498.

Bundesministeriums für Gesundheit (SVR) kam in seinem Gutachten 2014 unter Ziffer 133 zu dem Schluss: „Zusammenfassend ist die mangelnde Evidenzbasierung das Kernproblem des gesamten Rehabilitationssektors. So fehlen Studien zur absoluten Wirksamkeit bestehender Rehabilitationsmaßnahmen."[4]

Unter absoluter Wirksamkeit versteht der SVR Wirksamkeit im Vergleich zur Nicht-Rehabilitation, z.B. zur Fortsetzung der Routineversorgung am Wohnort. Sie sollte sich nicht nur zu einer Zeit für eine Patientenstichprobe einer Rehaeinrichtung, sondern auch für heterogene Gruppen von Versicherten in der Verantwortung verschiedener RV-Träger, Kliniken und Kliniker zeigen lassen (sog. generelle absolute Wirksamkeit).

Bis heute lebt die medizinische Reha von einer Wirksamkeits-Idealisierung. Die Betonung dieser Fragestellung heißt nicht, dass es nicht weitere dringend zu erforschende Probleme gibt. Die Reha-Kommission nannte 1991 in ihren Empfehlungen zu „Wissenschaft und Forschung" u.a. die „Weiterentwicklung der funktions- und leistungsdiagnostischen Instrumente – die Vorhersage von Krankheitsverläufen und Krankheitsfolgen insbesondere im Hinblick auf die erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit – Behandlungskonzepte zur Verhaltensmodifikation – sozialmedizinische Begutachtung".[5] Anscheinend wurde in jedem Fall vorausgesetzt, dass medizinische Rehabilitation sicher wirksam sei.

Hier wird eine Funktion (zu weiteren Funktionen s.u.) „externer" Rehaforschung sichtbar: Sie kann Impulse zu Forschungsfragen und Forschungsarbeiten geben, die innerhalb des Rehabilitationssektors vergleichsweise wenig Aufmerksamkeit erhalten. Sie bewegt sich dabei auf einem schmalen Grat. Rehaforschung wird praktisch unmöglich, wenn sie nicht zu einer konstruktiven Zusammenarbeit mit Reha-Einrichtungen und Reha-Trägern findet.

2. Vor und nach dem Norddeutschen Verbund für Rehaforschung (NVFR)[6]

Der NVFR resultierte aus dem Zusammenschluss zweier Forschergruppen. Eine existierte am Hamburger Universitätskrankenhaus Eppendorf (UKE), genauer am 1972 dort gegrün-

4 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Gutachten 2014: Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. https://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=465 [16.12.2018]. Das Zitat aus Ziffer 133 stützt sich u.a. auf ein Gutachten aus dem Lübecker Institut zum Stande der Forschung zu Wirksamkeit und Nutzen der Heilverfahren bei chronisch behindernden Rückenschmerzen.

5 Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), Bericht der Reha-Kommission des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger: Empfehlungen zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung, Frankfurt/Main 1991, S. 39-41.

6 Im Folgenden wird, von Ausnahmen abgesehen, auf den Nachweis einzelner Literaturstellen und damit auf die Nennung einzelner AutorInnen verzichtet. Besonders hervorzuheben ist die wissenschaftliche (und auch die organisatorische) Arbeit von Prof. Dr. phil. Ruth Deck; sie führte das wissenschaftliche Sekretariat des NVRF und war und ist Projektleiterin von und Erstautorin zu zahlreichen reha-wissenschaftlichen Projekten. Ihr und Frau Dr. Angelika Hüppe verdanke ich wertvolle Anmerkungen zu einer früheren Version dieses Textes.

deten Institut für Medizinische Psychologie; es wurde seit 1993 von Prof. U. Koch, einem Mediziner und Psychologen, geleitet. Er hatte bis dahin an der Universität Freiburg den ersten deutschen Lehrstuhl für Rehabilitationspsychologie inne. Die zweite begann ihre Arbeit 1989 an der (heutigen) Universität zu Lübeck (UzL) mit der Gründung eines Instituts für Sozialmedizin. Der auf die Professur Berufene (Mediziner und Soziologe) kam direkt aus der Klinik für Rheumatologie der Medizinischen Hochschule Hannover und hatte bis dahin (wie wohl die meisten Hochschulmediziner) so gut wie keinen näheren Kontakt zu einer Rentenversicherung gehabt.

Lehrstuhl und Institut waren eine Stiftung der damaligen Landesversicherungsanstalt Schleswig-Holstein (LVA), die wenigstens schon seit 1985 vorbereitet worden war. Die LVA hatte ihre Stiftung zuerst der Medizinischen Fakultät der Kieler Universität angeboten. Das Angebot war von dieser zur Abwehr von „Barfußmedizin" dankend abgelehnt worden. Die Verhandlungen in Lübeck gestalteten sich nicht viel offenherziger. Sozialmedizin, speziell Rehabilitationsforschung passten anscheinend nicht zum akademischen Selbstbild der beiden Fakultäten.

Dennoch: Mit Ablauf der Stiftung wurde das Lübecker Institut 1994 nach fünf erfolgreichen Jahren in die Finanzierung des Landes übernommen. Deutlich unkomplizierter gestaltete sich die Zusammenarbeit mit der Stifterin, ihren DirektorInnen (seit 1989 waren es bis heute fünf) und deren MitarbeiterInnen im Feld der Rehaforschung.

Die LVA half ihrer zunächst kleinen Gründung (3 Personen, 3 Räume mit 86 qm im Gebäudekomplex der LVA), wo sie darum gebeten wurde. Sie unterstützte einen 1992 begonnenen und bis heute existierenden regionalen „Rehabilitationswissenschaftlichen Arbeitskreis". Sie gründete 1994 zusammen mit der UzL den deutschlandweit ersten Verein zur Förderung von Rehabilitationsforschung (vffr) mit einem wissenschaftlichen Sekretariat am Institut. Im selben Jahr übernahm die LVA die Trägerschaft für das 4. Rehabilitationswissenschaftliche Kolloquium in Lübeck. Seit 2003 veranstaltete der vffr alle zwei Jahre Reha-Symposien. Ihre Ergebnisse wurden bis 2017 in einer eigenen Buchreihe zur „Rehabilitationsforschung" des Jacobs Verlags festgehalten.

Diese Entwicklung führte bald zu einer engeren Zusammenarbeit mit dem Institut von Prof. Koch, zuerst im Rahmen der gemeinsamen wissenschaftlichen Unterstützung des Qualitätssicherungsprogramms des VDR in den Jahren 1994/95. Damit wurde das Fundament geschaffen, das die erfolgreichen Anträge auf Förderung des NVRF (1998-2007) aus Hamburg und Lübeck trug. Zur sehr umfangreichen gemeinsamen Förderung durch das (heutige) Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und die DRV konnte das Institut parallel und danach weitere Drittmittel einwerben seitens des vffr, der International Social Security Administration (ISSA), anderer Forschungsfördervereine, der BfA bzw. DRV Bund, gesetzlicher Krankenversicherungen und zuletzt auch des Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses und der Deutschen Forschungsgemeinschaft.

Der NVRF war mit seinen Generalthemen „Reha-Bedarf – Effektivitätssicherung – Organisationsentwicklung" in allen drei Förderperioden erfolgreich, was Ablehnungen einzelner

Teilprojekte (besonders zur ersten Antragsperiode) nicht ausschloss[7]. Zu seiner Mitgliedschaft gehörten neben den Teilprojektleitern aus Kliniken und Universitäten auch Vertreter der Rentenversicherungsträger.

Hervorhebenswert erscheint ein Kreis von mit dem NVRF verbundenen („assoziierten") Einrichtungen und Projekten; sie erhielten keine finanzielle Förderung aus den NVRF-Zuwendungen, hatten aber Zugang zu allen Einrichtungen und Angeboten des Verbundes, zu seinem wissenschaftlichen Sekretariat und zur Methodenberatung. Ihnen standen vier Rotationsstellen zur Verfügung, die wissenschaftlich interessierten Mitarbeitern die Möglichkeit gaben, sich für ein Jahr aus ihrer klinischen Routine zu lösen und eigene Fragestellungen zu bearbeiten.

Die Leiter der NVRF-Teilprojekte kamen aus diversen medizinischen und verhaltenswissenschaftlichen Disziplinen; hinzuweisen ist auf ein juristisches Projekt zum Thema Bedarfsermittlung, das von Sozialrechtlern der Universität Kiel umgesetzt wurde.

Der NVRF existierte als geförderte wissenschaftliche Arbeitsgemeinschaft rund sieben Jahre; 2005 wurde er in die Rechtsform eines eingetragenen Vereins überführt. Dieser überlebte das Ende der Förderung drei Jahre. Seine Mitglieder zogen sich, nicht untypisch bei ausbleibender Zuwendung, zunehmend in ihre autochthonen Arbeitszusammenhänge zurück. Das galt stärker für die Reha-Kliniker als für die beiden universitären Gruppen. 2010 wurde der Verein aufgelöst.

Die aufgebauten Beziehungen und Strukturen blieben an der UzL nach der Neubesetzung des sozialmedizinischen Lehrstuhls 2011 im Wesentlichen erhalten[8] und wurden hier sogar erweitert. Neben dem am Institut gewachsenen Fachbereich Rehaforschung etablierte die DRV Nord mit einer weiteren Stiftung eine Sektion „Rehabilitation und Arbeit". Auch diese sei zuerst der Kieler Schwesterfakultät angeboten worden. Fachbereich und Sektion sind beide Mitglieder des 2008 an der UzL gegründeten Zentrums für Bevölkerungsmedizin und Versorgungsforschung und schärfen das wissenschaftliche Profil ihrer Universität.

Nicht ganz so erfolgreich gestaltete sich die Zusammenarbeit mit den Reha-Einrichtungen des Landes. Dauerhafte enge Kooperationen bildeten sich mit Kliniken von Rentenversicherungsträgern. Sie führten in zwei Fällen zu deren Anerkennung als akademische Lehrkrankenhäuser der UzL. Mit mehreren Kliniken in privater Trägerschaft ließen sich projektbezogene Kooperationen etablieren. Sie waren fragiler und hatten stärker Rücksicht auf die Interessen und Risikowahrnehmungen v.a. der kaufmännischen Leitungen zu nehmen. Dennoch, es ließen sich immer klinische Einrichtungen finden, die zur Kooperation und aktiven Unterstützung entsprechender Projekte des Instituts bereit waren.

Andererseits waren es die Kliniken und ihre Verwaltungen, die einer 2001 entstandenen und bis 2017 aktiven „Qualitätsgemeinschaft medizinische Rehabilitation" ein Ende setz-

7 Details finden sich bei R. Deck/H. Raspe/U. Koch (Hrsg.), Reha-wissenschaftliche Forschung in Norddeutschland, Lage 2007; dort finden sich auch Würdigungen des NVRF seitens der DRV Nord (N. Glaser-Möller) und der DRV Bund (R. Buschmann-Steinhage).

8 Eine wesentliche Änderung gab es allein für den vffr, der weiter existiert, jetzt unter Einschluss der neu gegründeten Sektion „Rehabilitation und Arbeit".

ten. Sie war zu Beginn für drei Jahre vom Land Schleswig-Holstein gefördert worden und finanzierte sich danach durch bescheidene Beiträge der Mitgliedseinrichtungen. Die Beiträge wurden am Ende als ineffizient angesehen. Und obwohl die regionale LVA bzw. DRV nennenswerte finanzielle Unterstützung anbot, ließ sich an keiner Reha-Einrichtung eine eigene (wie immer kleine) Forschungsabteilung etablieren. Auch sonst ließen sich Reha-Kliniken und deren Mitarbeiter nur selten nachhaltig für wissenschaftliche Unternehmungen begeistern.

Noch während der auslaufenden Förderung des NVRF wurden in Lübeck Themen und Forschungsmethoden ausgearbeitet, die sich bis heute als tragfähig erwiesen. Inhaltlich ging es um wohnortnahe Nachsorgeaktivitäten nach Abschluss einer medizinischen Reha. Es wurde ein „Neues Credo" entwickelt und erfolgreich evaluiert, das sich u.a. auf ein Tagebuch zu patienteneigenen Aktivitäten nach der Reha stützt(e). 2010 entstand am Institut im genannten Fachbereich ein von der DRV Bund gefördertes „Zentrum Reha-Nachsorge" (ZERENA; Näheres unter https://nachderreha.de/).

Parallel wurde in einer anderen Arbeitsgruppe die Entwicklung eines Studiendesigns vorangetrieben, das die Prüfung der absoluten generellen Wirksamkeit von medizinischer Reha in mehreren Stufen optimierte. Wir können heute auf fünf randomisierte kontrollierte Versorgungsstudien zurückblicken (Reha vs. Fortführung der laufenden Versorgung am Wohnort), die bisher letzte unter Förderung der DFG. Die führte dazu, zunehmend klar zwischen subjektivem Reha-Erfolg und patientenseitiger Zufriedenheit mit der Reha einerseits und andererseits (im Einklang mit der Methodik des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) der objektivierten Wirksamkeit und dem Nutzen von Reha zu unterscheiden und damit die Evidenzbasis von Reha zu stärken.

Auf enge Grenzen stieß von Anfang an die Zusammenarbeit mit dem Sektor der ambulanten Versorgung. Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein zog, anders als die regionale Ärztekammer, früh ihre sehr bescheidene Förderung der hauptsächlich von der LVA getragenen Stiftung zurück. Das rehaspezifische Interesse der Haus- und Fachärzteschaft war über viele Jahre gering und nahm erst zu, als die Allgemeinmedizin eine stärkere Institutionalisierung an der UzL erfuhr. Heute kann der Fachbereich Rehabilitation auf mehrere kooperative Projekte mit der niedergelassenen Ärzteschaft zurückblicken. Dennoch ist es bisher nur unvollkommen gelungen, die medizinische Rehabilitation im Bewusstsein und in Versorgungsroutinen der Praxen niedergelassener Ärzte zu verankern.

Nicht ganz unbeteiligt war ein Projekt des NVRF an der Berücksichtigung der medizinischen Rehabilitation als eine Versorgungsoption in deutschen Disease Management Programmen, zuerst dem zum Diabetes mellitus.

Einige aus versorgungswissenschaftlicher Sicht relevante Themen ließen sich nicht nachhaltig in der Welt der Reha-Träger und -Einrichtungen platzieren: Das gilt auch für eines der Hauptthemen des NVRF, für die Problematik der Konzeptualisierung und kriteriellen Operationalisierung von Reha-Bedarf: Welche Versicherten bedürfen mehr oder weniger stark und mehr oder weniger dringlich einer medizinischen Reha? Wie lässt sich das feststellen? Der „Lübecker Algorithmus", der die Komplexität des mit Hilfe der ICF abzubildenden Problemlage

in den Mittelpunkt stellt (auf den die rehabilitative Komplexbehandlung antwortet) schaffte es nicht in die Routineverfahren der Reha-Träger.

Er hätte auch dazu führen können, die traditionelle Dichotomie von Reha-Bedarfsfeststellungen zu diskutieren. Nach Lübecker Vorstellung ist Bedarf eine ordinal skalierte Variable. Dies hätte die Bedarfsproblematik eng mit einem gesundheitspolitisch weiter aktuellen Großthema verbinden können: der Priorisierung rehabilitativer Leistungen unter Berücksichtigung unterschiedlich starker bzw. dringender Bedarfe.

Im Rahmen verschiedener Projekte und einer DFG-Forschergruppe beschäftigte sich das Institut jahrelang mit der Priorisierung in der medizinischen Versorgung. 1997 war dazu der erste Vortrag auf einem Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium in Hamburg zu hören. Im gleichen Jahr erschien die erste Publikation in der Schriftenreihe des VDR. Danach gab es immer wieder Gelegenheiten, zur Priorisierung der Reha selbst, ihrer Leistungen und der Antragsteller zu sprechen. Im April 2012 war Priorisierung ein Schwerpunktthema in der Zeitschrift *Die Rehabilitation.* 2014 erschien eine ausgearbeitete Priorisierungsleitlinie zu den Leistungen und Methoden der kardiologischen Anschlussrehabilitation[9]. Je konkreter es wurde, umso deutlicher wurden Skepsis und Zurückhaltung auf Seiten der Träger wie der Kliniker.

Auch mit dem Thema potentieller Nebenwirkungen von Reha konnten wir nicht reüssieren; ebenso blieben Studien zu Defiziten im Umgang mit den Wunsch- und Wahlrechten der Versicherten nach § 9 SGB IX ohne wesentliche Resonanz. Ein ebenfalls unterbelichtetes und ausbaufähiges Thema ist die soziale Ungleichheit im Zugang zur Reha und deren klinischen und sozialmedizinischen Ergebnissen. Und schließlich gibt es eine Reihe von Studien zur psychischen Komorbidität somatisch Kranker, aber weniger Studien zur somatischen Komorbidität, die kritische Fragen an die z.T. enge Spezialisierung der Reha-Einrichtungen erlaubt.

Besonders sozialmedizinische Dienste der Rentenversicherungsträger taten sich schwer, umfangreichere Versichertenfragebögen in das Antragsverfahren und ihre Bedarfsermittlungen zu integrieren. Überhaupt schien die Distanz mancher ärztlichen Kollegen gegenüber der Rehaforschung größer als die ihrer Verwaltungen. Verschiedene Projekte erschienen ihnen zu abgehoben, praxisfern, aufwendig. Andererseits übersahen sie die notorisch geringe Validität und Reliabilität freier ärztlicher Feststellungen, sozialmedizinischer Entscheidungen nach Aktenlage und auch sozialmedizinischer Gutachten.

3. Funktionen der akademischen Rehabilitationsforschung

Die Rehaforschung hat sich in Deutschland in engster Verbindung mit der Reha-Praxis und den Rehaträgern, allen voran der DRV entwickelt, in ihrer Frühzeit oft aus der Klinik für die Klinik. Manche frühen Studien wurden auch aus der Zentrale eines Rentenversicherungs-

9 H. Raspe/S. Stumpf/ K. Brinkmeier, Priorisierung in der medizinischen Versorgung am Beispiel der kardiologischen Anschlussrehabilitation, Lage 2014.

trägers initiiert. Herausragend war die vom Leiter des ärztlichen Dienstes (Dr. W. Eissenhauer) auf den Weg gebrachte und 1984 veröffentlichte „Rehastudie Baden“[10].

Seit Beginn der 1990er-Jahre hat die Rehaforschung bei uns einen immensen Aufschwung genommen, qualitativ und quantitativ. Dies fiel in eine Zeit, in der die Evaluation medizinischer Methoden, Prozesse und Strukturen zu einem „practical turn“ fand, auch in Deutschland. In Nordamerika entwickelt sich unter klinischer Führung die Evidence-based Medicine. Im Reha-Sektor waren es vor allem führende Mitarbeiter der Deutschen Rentenversicherung und ihres Verbandes, die eine empirisch orientierte Qualitätssicherung und Reha-Forschung vorantrieben[11].

Die 1991 begonnenen Rehabiliationswissenschaftlichen Kolloquien wurden zuletzt (2018 in München) von rund 1.600 Personen besucht. Seit 2000 existiert eine Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften in Form eines eingetragenen Vereins. An diesem Erfolg war und ist die akademische, d.h. die an Universitäten und Hochschulen angesiedelte Rehaforschung maßgeblich beteiligt.

Es ist gewiss, dass eine praxisrelevante Rehaforschung ohne das Engagement der Kliniker und der in Reha-Einrichtungen arbeitenden Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler undenkbar ist. Viele beteiligen sich an klinikeigenen und anderen Forschungsvorhaben, weil es sie anregt und weiter qualifiziert und ihr berufliches Leben bereichert. Sie sind es auch, die unter ungelösten Problemen und Grenzen ihres klinischen Wissens und Könnens leiden; sie haben Vorstellungen zu deren Überwindung, aber auch zu den Grenzen des praktisch Machbaren im Kontext administrativer und ökonomischer Vorgaben; es sind „ihre“ Patienten, die Mitglieder von Studien zur Instrumentenentwicklung oder zu Anwendungsbeobachtungen und kontrollierten Versuchen von neuen Methoden werden sollen.

Ihren wissenschaftlichen Tätigkeiten sind jedoch Grenzen gesetzt: Sie forschen neben-, nicht hauptberuflich und müssen in besonderem Maß auf die Interessen der Klinik- wie der Reha-Träger achten: „Negative“ Ergebnisse und Einsichten sind unerwünscht.[12] Weiter fehlt es in Kliniken oft an wissenschaftlicher Infrastruktur und finanziellen wie personellen Res-

10 M. Beck/W. Eissenhauer/H. Löffler (Hrsg.), Die Reha-Studie Baden. Eine wissenschaftliche Untersuchung medizinischer Rehabilitation und Nachsorge, Karlsruhe 1984.

11 Persönlich besonders hervorheben möchte ich die Leistungen von Prof. Müller-Farnow, Dr. Schliehe, Dr. Klosterhuis, Dr. Buschmann-Steinhage, Dr. Haaf, Frau Dr. Glaser-Möller und von Herrn Gerwinn. Ohne sie wäre auch die akademische Reha-Forschung nicht vorangekommen.

12 Der Autor erinnert sich lebhaft an publikumswirksame Zurechtweisungen für die Ergebnisse der ersten randomisierten kontrollierten Studie (RCT) zur generellen absoluten Wirksamkeit der medizinischen Reha bei chronisch-unspezifischen Rückenschmerzen auf regionalen und nationalen reha-wissenschaftlichen Veranstaltungen. Nach der Reha fand sich in der Kontrollgruppe weniger Arbeitsunfähigkeit als in der rehabilitativ versorgten Interventionsgruppe. Herausgefordert fühlten sich Vertreter der DRV ebenso wie Kliniker: G. Hüppe/N. Glaser-Möller/H. Raspe, Trägerübergreifendes Projekt zur Früherkennung von Rehabilitationsbedarf bei Versicherten mit muskuloskelettalen Beschwerden durch Auswertung von Arbeitsunfähigkeitsdaten: Ergebnisse einer randomisierten, kontrollierten Evaluationsstudie, in: Das Gesundheitswesen 68 (2006), S. 347-356.

sourcen. Oft muss der Austausch mit anderen Wissenschaftlern und Einrichtungen (zu) kurz kommen, und es fällt Klinikern objektiv schwerer, mit den inhaltlichen und methodischen Entwicklungen selbst im eigenen Feld mitzuhalten, von übergreifenden internationalen Entwicklungen (Versorgungsforschung, Bedarfsermittlung, Priorisierung, Evidenzbasierung ...) ganz abgesehen. Dass die Reha-Kliniken dennoch sehr substantiell zur Reha-Forschung beitragen, ist angesichts dieser und weiterer Limitationen besonders hervorzuheben.

Was sind im Abgleich mit diesen Stärken und Grenzen Aufgaben und Ziele der akademischen Reha-Forschung?

In Universitäts- und Hochschulinstituten sind Wissenschaft, Forschung und Lehre auf Dauer gestellt; Wissenschaft ist Hauptberuf, nicht Nebenamt. Dies führt zu umfangreichen und vielfältigen Erfahrungen und zu einer sicheren Routine in der Entwicklung, Planung, Durchführung und Auswertung von Forschungsprojekten. Es führt zu immer neuen Fragestellungen und Projekten: mit dem Zuwachs an Wissen wächst das Nichtwissen.

Zu ihren Aufgaben gehört auch die akademische Ausbildung von Medizinern (und in Lübeck auch von anderen klinisch relevanten Berufsgruppen).

Jede einzelne wissenschaftliche Einrichtung bildet, beschäftige sie sich hauptsächlich oder nur am Rande mit Reha-Forschung, eigene Schwerpunkte aus. Im NVRF konzentrierte sich die Hamburger Abteilung z.B. auf Fragen und Probleme der psychosomatischen Reha, die Lübecker auf solche zur Reha bei muskuloskelettalen Erkrankungen. Lübeck entwickelte einen Schwerpunkt im Bereich qualitativer Studien und Sekundärdatenanalysen, Hamburg im Bereich Organisationsanalyse und -entwicklung. Beide Gruppen verfügten während der Laufzeit des NVRF über keine eigenen gesundheitsökonomischen Kompetenzen.

Unterschiedliche reha-wissenschaftliche Gruppen und Einrichtungen konzentrieren ihre Kräfte also auf Unterschiedliches und werden damit Spezialisten und bevorzugte Ansprechpartner für bestimmte Themenbereiche und Methodengruppen. Eine langjährig gebildete und allgemein anerkannte Expertise macht wissenschaftliche Institute und Netzwerke auch für die vergleichsweise interessenneutrale Beratung von politischen Institutionen attraktiv.

Das soziale Netzwerk wissenschaftlicher Einrichtungen besteht aus gleichen Einrichtungen im In- und Ausland. Ihr gemeinsamer Horizont reicht über das Feld der deutschen Reha-Forschung und Reha-Praxis hinaus; oft bearbeiten die Institute hier wie dort zusätzlich ganz andere wissenschaftliche Fragestellungen, entwickeln Methoden, die auf den ersten Blick nichts mit der Reha zu tun haben, oder zielen auf rehaferne Praxisfelder.

So kommen deutsche Einrichtungen teils aktiv, teils passiv mit Begriffen, Modellen und Methoden (auch Trends) in Kontakt, die auch für die Rehaforschung nützlich sein könnten (z.B. Evidenzbasierung, Needs Assessment, Priorisierung). Indem sie selbst durch Vorträge und Veröffentlichungen zur Verbreitung wissenschaftlicher Ergebnisse beitragen, beteiligen sie sich an aktuellen wissenschaftlichen Diskursen, die an der Reha möglicherweise vorbeigegangen wären.

Eine der größten Stärken akademischer Einrichtungen ist endlich ihre grundrechtlich gesicherte Unabhängigkeit. Sie sind in der Wahl und Behandlung ihrer Themen, Projekte, Methoden frei und in allererster Linie epistemischen Werten und Ansprüchen verpflichtet. Sie können, ja müssen und dürfen, in Grenzen, rücksichtslos sein. Und dies erlaubt es ihnen,

auch missliebige, für die Interessen von Klinikern und Trägern riskante Fragestellungen zu bearbeiten. Ihr Risiko ist es, für ihre Ergebnisse und Einsichten keine Resonanz zu finden.

4. Abschluss

Rehabilitationsforschung kann heute auch in Deutschland als stabil und nachhaltig institutionalisiert gelten. Sie wird auf gutem Niveau an mehreren Universitäten und Hochschulen gepflegt. Sie erfreut sich einer konzentrierten Förderung durch die Rentenversicherung in Kooperation v.a. mit dem BMFT im Rahmen sog. Programmförderung. Es wäre gut, die Zahl der „freien" Förderungen auch und vor allem durch die DFG würde sich erhöhen. Sucht man in deren Datenbank nach Projekten unter dem Schlagwort „medizinische Rehabilitation", dann findet man sieben, von denen sich nur drei dem hier behandelten Problem- und Themenbereich zuordnen lassen.

Von 2019 bis 2026 wird ein weiterer gemeinsamer Förderschwerpunkt von DRV und BMBF zur einer „Transferorientierte(n) Versorgungsforschung" existieren. Der Titel signalisiert, dass Reha-Forschung heute als Element der Versorgungsforschung verstanden wird und sich damit in einen weiteren Horizont stellt[13] und keine Vergleiche scheut.

Nun kommt es darauf an, die geschaffenen Strukturen, die Kooperationsbeziehungen und die personellen Ressourcen nachhaltig zu stabilisieren und (leistungsorientiert) auszubauen. Besondere Aufmerksamkeit ist der Pflege der Beziehungen zwischen klinischer Reha-Praxis, Reha-Trägern und rehawissenschaftlichen Einrichtungen zu widmen. Hier überkreuzen sich, nicht immer reibungsfrei, Interessen und Nöte der ganz überwiegend privaten Einrichtungsträger mit Ansprüchen der Reha-Träger und Vorstellungen wie Bedingungen akademischer Forschung und Wissenschaft.

Die ständig quantitativ, inhaltlich und qualitativ wachsenden Rehawissenschaftlichen Kolloquien sind für mich Ausweis einer generell erfolgreichen Ausbalancierung dieser Dreiecksbeziehung.

Zu wünschen bleiben

- eine Stärkung der wissenschaftlichen Orientierung und Ressourcen auf Ebene der stationären wie ambulanten Reha-Einrichtungen,
- der Erhalt der starken Wissenschaftsorientierung der Reha-Träger und ihrer Förderungsinitiativen
- und eine Internationalisierung der deutschen Reha-Forschung. Das 29. Rehawissenschaftliche Kolloquium 2019 ist ein großer Schritt in diese Richtung. Es wird in Verbindung mit dem 15th Congress of the European Forum for Research in Rehabilitation (EFRR) in Berlin stattfinden.

13 Siehe dazu H. Raspe/H. Pfaff/M. Härter et al., Versorgungsforschung in Deutschland: Stand – Perspektiven – Förderung. Standpunkt der DFG, Weinheim 2010.

Dabei steht die Internationalisierung vor einer besonderen Schwierigkeit: Die bei uns vorherrschende Reha-Form: das stationäre, wohnortferne Heilverfahren (incl. AHB) in einem zeitlichen Block wird international zunehmend zu einem Unikat. Selbst hochrangige Studien zu unseren Reha-Strukturen und -Prozessen und deren Wirksamkeit und Nutzen lassen sich kaum in angesehenen internationalen Journalen veröffentlichen. Das aktive Interesse an unserem besonderen Reha-System ist auf wenige Nachbarländer begrenzt. Vielleicht sollten wir uns neben der Reha-Forschung auch in der Reha-Organisation und -Praxis für Erfahrungen und Entwicklungen im Ausland öffnen.

Literatur

Beck, M./Eissenhauer, W./Löffler, H. (Hrsg.): Die Reha-Studie Baden. Eine wissenschaftliche Untersuchung medizinischer Rehabilitation und Nachsorge, Karlsruhe 1984.

Deck, R./Raspe, H./Koch, U. (Hrsg.): Reha-wissenschaftliche Forschung in Norddeutschland, Lage 2007.

Fischer, A.: Invaliden- und Altersversicherung im Deutschen Reiche, in: A. Grotjahn/J. Kaup (Hrsg.): Handwörterbuch der Sozialen Hygiene, Leipzig 1912, S. 493-510.

Hüppe, G./Glaser-Möller, N./Raspe, H.: Trägerübergreifendes Projekt zur Früherkennung von Rehabilitationsbedarf bei Versicherten mit muskuloskelettalen Beschwerden durch Auswertung von Arbeitsunfähigkeitsdaten: Ergebnisse einer randomisierten, kontrollierten Evaluationsstudie, in: Das Gesundheitswesen 68 (2006), S. 347-356.

Raspe, H./Stumpf, S./Brinkmeier, K.: Priorisierung in der medizinischen Versorgung am Beispiel der kardiologischen Anschlussrehabilitation, Lage 2014.

Raspe, H./Pfaff, H./Härter, M. et al.: Versorgungsforschung in Deutschland: Stand – Perspektiven – Förderung. Standpunkt der DFG, Weinheim 2010.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Gutachten 2014: Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, URL: https://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=465 [letzter Abruf am 16.12.2018].

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): Bericht der Reha-Kommission des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger: Empfehlungen zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung, Frankfurt/Main 1991.

Fabian Walling

Kinderrehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung

Insbesondere zur Neufassung von § 15 a SGB VI

Die Zuständigkeit der einzelnen Träger der Kinderrehabilitation ist komplex und wird in den einzelnen Gesetzen nicht völlig frei von Überschneidungen geregelt. Anlässlich der Neufassung von § 15 a SGB VI zum 14.12.2016 soll eine kurze Bestandsaufnahme erfolgen.

Die Kinderrehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung

Die Kinderrehabilitation hat in der gesetzlichen Rentenversicherung eine lange Tradition. Dort kann fernab des Kassenwahlrechts und möglicher Insolvenzen mit Blick über ein Haushaltsjahr hinaus über einzelne Rehabilitationsleistungen entschieden werden. Der Grund für die Leistung durch die gesetzliche Rentenversicherung ist indes nicht reiner Altruismus: Ziel ist es, die künftige Erwerbsfähigkeit und damit die Beitragszahlungen zu sichern. Mit dem neuen § 15 a SGB VI wurde die Kinderrehabilitation[1] folgerichtig von einer Kann- zur Pflichtleistung der Rentenversicherung. Da bereits unter Geltung von § 31 Nr. 4 SGB VI a.F. Richtlinien für die Gewährung der Leistungen bestanden und das Gesamtbudget für Leistungen zur Teilhabe durch das Flexirentengesetz nicht erhöht wurde, ist eine wesentliche Erhöhung der Fallzahlen trotz Unzulässigkeit des vormals einschränkenden Indikationskatalogs nicht zu erwarten.[2]

Nach der Gesetzesbegründung sollen nunmehr auch die zum Erreichen des weiterreichenden Zieles einer Kinderrehabilitationsmaßnahme – der Erwerbsfähigkeit – notwendige Zwischenziele, die Schul- bzw. Ausbildungsfähigkeit, angestrebt werden. Nach den Kinderreha-Richtlinien ist Voraussetzung der Maßnahmen, dass sie Einfluss auf die spätere Er-

1 Es wird der Kindbegriff des SGB VI verwendet, d.h. nach § 15 a IV Abs. 3 S. 2 i.V.m § 48 Abs. 4 und 5 im Einzelfall über das 27. Lebensjahr hinaus. Im Bereich der Jugendhilfe würde dies Kindern, Jugendlichen, jungen Volljährigen und jungen Menschen entsprechen, § 7 Abs. 1 SGB VIII.

2 Eine Gesetzesbereinigung hätte durch Streichung von § 287b Abs. 2 SGB VI Satz 3 erfolgen sollen. Die seinerzeit vorgesehene Übertragung der Kinderrehabilitation auf die Gesetzliche Krankenversicherung ist nie erfolgt. Darüber hinaus wird an der Deckelung des Rehabudgets zu Recht Kritik geübt (vgl. z.B. Z.B. SoVD, Stellungnahme v. 09.08.2016, http://www.portal-sozialpolitik.de/uploads/sopo/pdf/2016/2016-08-11-Flexirente_Stellungnahmen_RE_18_07_2016.pdf. Die Gesamtausgaben der Rentenversicherung werden in einer haushaltsrechtlichen Balance im Wesentlichen durch die Höhe der Einnahmen begrenzt. Eine gesonderte gesetzliche Deckelung einer verhältnismäßig kleinen Einzelausgabenposition ist nicht erforderlich und kann auf die Selbstverwaltung übertragen werden (AWO, Stellungnahme v. 09.08.2016, S. 12; SoVD, Stellungnahme v. 09.08.2016, S.6, beide http://www.portal-sozialpolitik.de/uploads/sopo/pdf/2016/2016-08-11-Flexirente_Stellungnahmen_RE_18_07_2016.pdf).

werbsfähigkeit auf dem *allgemeinen* Arbeitsmarkt haben können.[3] Grund dürfte die traditionelle Ansicht sein, dass bei Vorliegen von geistiger oder seelischer Behinderung meist keine Erfolgsaussicht einer Leistung zur Teilhabe bestehe. Jedoch stellt dies eine Einschränkung gegenüber den Leistungen zur Teilhabe nach § 15 SGB VI für Versicherte[4] dar, bei denen auch die Sicherstellung der *Werkstattfähigkeit* auf dem zweiten Arbeitsmarkt ein mögliches Rehabilitationsziel ist.[5] Die Einschränkung der Erwerbsfähigkeit auf den allgemeinen Arbeitsmarkt dürfte daher mit den Gedanken der Inklusion und Teilhabe im SGB IX und der UN-Behindertenkonvention nicht im Einklang stehen.[6]

Daher sollte nach Ansicht des Verfassers insbesondere in Fällen der Überschneidung geistiger Behinderung mit einer Gesundheitsgefährdung (z.B. Adipositas bei Down-Syndrom) bei Gruppenfähigkeit[7] auch weiterhin die Gewährung von Kinderrehabilitationsmaßnahmen durch die Rentenversicherung möglich sein.

Dass Kinderrehabilitationsmaßnahmen nunmehr auch ganztägig ambulant bzw. ambulant erbracht werden können, dürfte die größte inhaltliche Änderung durch die Gesetzesänderung sein und könnte zu einem Kannibalisierungseffekt bei stationären Maßnahmen führen. Der Aufbau dieser ambulanten sowie der Nachsorge-Versorgungsstrukturen für die Kinderrehabilitation dürfte ein mehrjähriger Prozess werden.

Auch Nachsorgeleistungen zur Kinderrehabilitation sind seit der Neufassung des Gesetzes möglich. Der Verweis in § 15a SGB VI n.F. in Abs. 2 S. 2 auf § 17 SGB VI n.F wird so auszulegen sein, dass Ziel der Nachsorge nicht nur die Sicherung bzw. Verbesserung der Erwerbsfähigkeit, sondern auch die der Zwischenziele der Schul- und Ausbildungsfähigkeit sein kann.

Begleitpersonen können nach § 15 a Abs. 2 mitaufgenommen werden, wenn dies für die Durchführung oder den Erfolg der Leistung zur Kinderreha notwendig ist. Anders als in der Vergangenheit ist die Mitnahme keine überwiegend altersabhängige Frage mehr. In der Praxis wird dabei immer wieder von Begleitpersonen berichtet, die davon ausgehen, ebenfalls Rehabilitationsleistungen – Anwendungen – zu erhalten. Begleitpersonen kommt jedoch lediglich eine unterstützende Rolle zu.[8]

Wenig durchdacht erscheint die Regelung in § 9 Abs. 2 der Kinderreha-Richtlinien: während bei der Mitaufnahme von Begleitpersonen für die gesamte Dauer der Maßnahme eine gemeinsame Unterbringung gewährleistet werden soll, ordnet § 9 Abs. 3 bei einer zeitweisen Begleitung des Kindes zur Förderung der Autonomieentwicklung zwingend die externe

3 § 2 Kinderreha-Richtlinie vom 28.06.2018. Dieses Rehabilitationsziel wurde von der Arbeitsgruppe Durchführung der Rehabilitation (AGDR) bereits in der Sitzung 3/2015 2/2016 unter TOP 11 beschlossen.

4 Vgl. § 1, S. 1 Nr. 2, 3 und 3 a SGB VI.

5 BSG, Urteil vom 16.06.2015, B 13 R 12/14 R.

6 Die Kinderreha-Richtlinien schränken damit Leistungen ein, ohne dass für diese Einschränkung eine gesetzliche Grundlage ersichtlich ist.

7 Vgl. § 4 Abs. 2 Kinderreha-Richtlinien.

8 Vgl. § 9 Abs. 1 Kinderreha-Richtlinien.

Unterbringung an. Es erschließt sich nicht, warum die externe Unterbringung bei zeitweiser Begleitung zwingend ist, bei dauernder Begleitung jedoch nicht.

Interessant dürfte in diesem Zusammenhang auch werden, ob sich die vielfach restriktive Genehmigungspraxis familienorientierter Rehabilitationsmaßnahmen, d.h. der Einbeziehung der Angehörigen des kranken Kindes, durch den nunmehr erfolgten gesetzlichen Hinweis in § 15 a Abs. 2 SGB VI ändert. Die Familienorientierte Reha ist eine Rehaleistung für das Kind. Daneben kann nach der Verfahrensabsprache[9] eine Rehaleistung an die Eltern erbracht werden, wenn die Voraussetzungen dafür vorliegen. Dann wird ein entsprechender Antrag gestellt und es soll eine gleichzeitige Maßnahme in derselben Einrichtung erbracht werden.

Dass der Ausschlussgrund der Vierjahresfrist für Wiederholungsleistungen im Rahmen der Kinderrehabilitation keine Anwendung findet, ordnet § 15 a Abs. 4 SGB VI n.F. ausdrücklich an.

Auch nach der Neufassung von § 15 a SGB VI besteht ein Gleichrang zwischen gleichartigen Maßnahmen der Kinderrehabilitation durch die Krankenversicherung und die Rentenversicherung.[10] Auf diesen leistungsverhindernden Umstand wurde bereits im Gesetzgebungsverfahren hingewiesen.[11] Eine weitergehende Sicherstellung einer einheitlichen Rechtsanwendung von Kranken- und Rentenversicherung[12] (z.B. im Hinblick auf die Festlegung von Regelaltersgrenzen, die Überprüfung typischer Erkrankungen für eine familienorientierte Rehabilitation) wurde weder vom Gesetz- noch vom Richtliniengeber aufgegriffen. Eltern-Kind-Maßnahmen nach §§ 23, 24 und § 41 SGB V, Leistungen der Früherkennung und Frühförderung[13], Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie die Rehabilitation psychisch Kranker bleiben auch weiterhin ausgeschlossen.[14]

Kinderreha durch die gesetzliche Krankenversicherung

Die Krankenkassen erbringen stationäre Leistungen medizinischer Rehabilitation (LMR) für Kinder und Jugendliche, um eine drohende Beeinträchtigung der Teilhabe abzuwenden bzw. eine bereits eingetretene Beeinträchtigung der Teilhabe zu beseitigen, zu vermindern oder deren Verschlimmerung zu verhüten. Die medizinische Rehabilitation schließt die

9 Verfahrensabsprache zu Anträgen der „Familienorientierten Rehabilitation vom 01.10.2009“.

10 Vgl. § 40 Abs. 4 SGB V mit dem offensichtlich auf einem Redaktionsversehen beruhenden fehlenden Verweis auf das SGB VI.

11 Degemed,Stellungnahme,unterhttp://www.portal-sozialpolitik.de/uploads/sopo/pdf/2016/2016-08-11-Flexirente_Stellungnahmen_RE_18_07_2016.pdf.

12 Caritas, Stellungnahme v. 10.08.2016, S. 12.

13 Ausgeschlossen nach § 15 Abs. 1 S. 1 SGB VI.

14 Vgl. Deutsche Rentenversicherung, Gemeinsame Rechtliche Arbeitsanweisung, R 2.7.1, http://rvrecht.deutsche-rentenversicherung.de/Raa/Raa.do?f=SGB6_15AR0&id=%A7%2015a%20Leistungen%20zur%20Kinderrehabilitation%20%205%20214: Der Wortlaut medizinische Rehabilitation schließt LTA aus; RPK soll daher wegen dessen beruflichem Anteil ebenfalls ausgeschlossen sein.

Krankenbehandlung mit dem Ziel ein, eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.[15] Vorausgesetzt wird, dass eine ambulante Behandlung nicht ausreichend ist.[16] Hinsichtlich der Dauer der Kinderrehabilitation ergeben sich Unterschiede zur Rentenversicherung. Sollen in der Rentenversicherung die stationären Leistungen in der Regel für mindestens vier Wochen und ambulante Leistungen von indikationsspezifischer Dauer erbracht werden, gibt das SGB V für Kinder bis zur Vollendung des vierzehnten Lebensjahrs die Vorgabe von „in der Regel vier bis sechs Wochen" und für ältere Leistungsbezieher „in der Regel drei Wochen".[17] Sollte es zu einem Dissens über die Zuständigkeit für eine Rehamaßnahme zwischen der Renten- und der Krankenversicherung kommen, wäre dies im Verfahren nach § 14 SGB IX zu klären.

Eine Besonderheit sind die Mutter-Vater-Kind-Kuren nach § 41 SGB V, bei denen, anders als bei familienorientierter Reha eine Rehabedürftigkeit auch beim Elternteil vorliegen muss.

Kinderreha durch die Sozialhilfeträger

Kinderreha kann als Form der Eingliederungshilfe für geistig und körperlich behinderte oder von geistiger oder körperlicher Behinderung bedrohte Menschen erbracht werden, sofern deren Fähigkeit zur Teilhabe wesentlich eingeschränkt oder von einer wesentlichen Behinderung bedroht ist. Nach § 54 Abs. 1 S. 2 SGB XII entsprechen diese Leistungen der medizinischen Rehabilitation den jeweiligen Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Voraussetzung für die Leistungen der Eingliederungshilfe ist die Bedürftigkeit nach §§ 53 Abs. 1 S. 1, § 54 Abs. 1 S. 1 SGB XII. Erhebliche Zuständigkeitsprobleme ergeben sich bei Mehrfachbehinderungen, z.B. Autismusformen. Hier ist bereits begrifflich kaum zwischen geistiger, körperlicher und seelischer Behinderung scharf zu trennen. Das BVerwG hat festgestellt, dass eine Leistungskonkurrenz nur dann vorliege, wen die Leistungen deckungsgleich sind. Konkurrieren Jugendhilfeleistungen mit Eingliederungshilfeleistungen der Sozialhilfe, geht nach § 10 Abs. 4 SGB VIII die Sozialhilfe vor. Für den Leistungsberechtigten bietet sich bei deckungsgleichen Leistungen eine Lösung der Zuständigkeitskonkurrenzen über das Verfahren nach § 14 SGB IX an.

15 Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Gemeinsames Rahmenkonzept der Gesetzlichen Krankenkassen und der Gesetzlichen Rentenversicherung für die Durchführung stationärer medizinischer Leistungen Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche Rahmenkonzept, S. 23, https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/arbeitsmaterialien/downloads/Gemeinsames_Rahmenkonzept.pdf.

16 § 40 SGB V.

17 Vgl. § 40 Abs. 3 S. 5 i.V.m § 23 Abs. 7 SGB V und § 40 Abs. 3 S. 2 SGB V.

Kinderreha durch die Jugendhilfe

Auch durch die Jugendhilfe kann Kinderrehabilitation durch den Träger der Jugendhilfe als Form der *Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche* nach § 35 a SGB VIII erbracht werden.

Im Falle der Leistungskonkurrenz zuständig ist nach § 10 Abs. 1 SGB VIII der Kranken- oder Rentenversicherungsträger. Die Krankenversicherung wird daher dann zuständig, sein, wenn die Leistung einen akuten Zustand der Erkrankung bessern soll, der Fall der Behinderung wird durch § 35 a Abs. 1 S. 1 Nr. 2 und S. 2 SGB VIII durch Leistungen des Jugendhilfeträgers erfasst. Dies führt insbesondere zwischen drohenden seelischen Behinderungen, bei denen sich die Zuständigkeit des Trägers der Jugendhilfe aus § 35 a SGB VIII ergibt, und psychischen Krankheiten, für die eine vorrangige Zuständigkeit der Krankenversicherung geregelt ist, zu tatbestandlichen Abgrenzungsproblemen.[18]

Früherkennung[19] und Frühförderung[20]

Nach § 42 Abs.2 Nr. 2 SGB IX gehören zu den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auch die Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder. Der Inhalt der Leistungen Früherkennung und Frühförderung wird in § 46 SGB IX

18 Vgl. dazu Gerlach/Hinrichs, ZFSH/SGB 2007, 451.

19 Vgl. hierzu auch - § 26 Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch (SGB V)
- Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres.

20 Vgl. zur Frühförderung:
- §§ 42, 46, 79 Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch (SGB IX)
- § 54 Sozialgesetzbuch – Zwölftes Buch (SGB XII)
- § 35 a Sozialgesetzbuch – Achtes Buch (SGB VIII)
- §§ 43a, 73 Abs. 1, 119 Abs. 2 Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch (SGB V)
- Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (FrühV)
- Landesrahmenempfehlungen in einzelnen Bundesländern.

Vgl. zum unpräziseren und nicht im Gesetz verwendeten Begriff „Frühe Förderung“ Vernetzung statt Versäulung - Gutachten über Frühförderung in Schleswig-Holstein Deutsches Institut für Sozialwirtschaft, Oktober 2012, S.39. https://www.schleswig-holstein.de/DE/Fachinhalte/M/menschenMitBehinderungen/Downloads/behindertenpolitik_gutachten_Fruehfoerderung.pdf?__blob=publicationFile&v=1.

Engl. Early aid, early internvention; im deutschen Sprachgebrauch umfasst der nicht im Gesetz verwendete Begriff der Frühen Hilfen „lokale und regionale Unterstützungssysteme mit koordinierten Hilfsangeboten für Eltern und Kinder ab Beginn der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren mit einem Schwerpunkt auf der Altersgruppe der 0- bis 3-Jährigen“, vgl. Nationales Zentrum Frühe Hilfen in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung NZTFH, Modellprojekte in den Ländern, S. 12, https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation_Modellprojekte_in_den_Laendern_Nachdruck2014_low.pdf.

umschrieben. Typisch für die Leistungen ist, dass sie fachübergreifend und insbesondere auch in interdisziplinären Frühförderstellen sowie von sozialpädiatrischen Zentren unter Einbeziehung des sozialen Umfelds der Kinder ausgeführt werden.[21]

Heilpädagogische Leistungen, die nach § 46 Abs.3 SGB IX als Komplexleistung mit Leistungen der Früherkennung und Frühförderung erbracht werden, können nach § 79 Abs. 1 SGB IX nur bis zur Einschulung eines Kindes erbracht werden. Wird das Kind nicht eingeschult, kann das Ende der Kindheit mit Vollendung des 18. Lebensjahrs als Altersgrenze dienen.

Da die Kostentragungsregeln trotz Komplexleistung grundsätzlich bestehen bleiben, ist eine Kostenteilung zwischen der Krankenversicherung – für die medizinische Rehabilitation – und den Trägern der Jugendhilfe – für heilpädagogische Maßnahmen – üblich.

Wegen des Vorrangs von Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe nach § 10 Abs. 4 SGB VIII fällt die Frühförderung seelisch behinderter Kinder grundsätzlich[22] in die Zuständigkeit der öffentlichen Jugendhilfe. Im Rahmen der Frühförderung werden „Medizinische Leistungen", „Therapeutische Leistungen", „Heilpädagogische Leistungen" und „Komplexleistungen" erbracht und gesetzlich teilweise unterschiedlichen Leistungsträgern zugeordnet. Eine Orientierungshilfe bietet die Frühförderungsverordnung (FrühV).[23] Erbringt danach ein Rehabilitationsträger im Rahmen der Komplexleistung Leistungen, für die ein anderer Rehabilitationsträger zuständig ist, ist der zuständige Rehabilitationsträger erstattungspflichtig. Vereinbarungen über pauschalierte Erstattungen sind zulässig[24] und üblich.

21 Vgl.§ 2 FrühV.

22 Landesrechtliche Abweichungen nach § 10 Abs. 4 S. 3 SGB VIII, die zu einer Zuständigkeit der Träger der Sozialhilfe auch für Kinder mit seelischen Behinderungen führen, existieren etwa in Baden-Württemberg, Bayern, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Saarland, Sachsen, Schleswig-Holstein und Thüringen.

23 Frühförderungsverordnung vom 24. Juni 2003 (BGBl. I S. 998).

24 § 8 Abs. 3 FrühV.

Uwe Egner/Ulrich Theißen

Stand und Perspektiven der Qualitätssicherung in der Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung

25 Jahre Qualitätssicherung in der Rehabilitation

Die beiden Autoren sind in ihrer Funktion als Koordinatoren der Qualitätssicherung (QS) der Deutschen Rentenversicherung der Qualitätssicherung im Bereich der Rehabilitation langjährig verbunden und versuchen mit dem Beitrag eine Bestandsaufnahme zu dem Thema vorzunehmen. Gleichzeitig beleuchtet der Beitrag Perspektiven, wie die Instrumente zur Qualitätssicherung gewinnbringend im Rahmen des von der Deutschen Rentenversicherung gewünschten Qualitätswettbewerbes eingesetzt werden können.

Historie und Ziele der Qualitätssicherung der Rentenversicherung

Auf dem Reha-Forum der damaligen Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA, heute Deutsche Rentenversicherung Bund) im Jahr 1993 verkündete der Rehabilitationswissenschaftler Werner Müller-Fahrnow die Einführung eines Fünf-Punkte-Programms zur Reha-Qualitätssicherung (QS) für die BfA mit folgenden Punkten:

- einem Klinikkonzept,
- Patiententherapieplänen,
- Qualitäts-Screening,
- Patientenbefragungen und
- einem Qualitätszirkel.

Mit dem QS-Programm sollte die Qualität der Rehabilitationsleistungen in den Rehabilitationseinrichtungen verbessert und qualitativ schlechte Einrichtungen aus der Belegung durch die BfA genommen werden. In den Gremien der gesamten Rentenversicherung gab es danach eine Abstimmung, ob das Programm für alle Träger implementiert werden sollte und es kam zu einer Vereinbarung zur gemeinsamen Zusammenarbeit. Dazu wurden zwei Auswertungsstellen bei der BfA und dem damaligen Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) eingerichtet. Zur rentenversicherungsübergreifenden Abstimmung wurden drei QS-Koordinatoren beauftragt. Mit der Einführung des QS-Programms ging eine dreijährige Forschungs- und Entwicklungsphase einher, die von wissenschaftlichen Fachinstituten begleitet wurde. Die wissenschaftliche Beteiligung bei der Entwicklung der Instrumente wurde stets zu allen Themen der QS in allen Folgejahren fortgesetzt.

Veränderungen durch die Organisationsreform der gesetzlichen Rentenversicherung

Mit der Organisationsreform der gesetzlichen Rentenversicherung im Jahr 2005 wurden die bis dahin getrennten QS-Auswertungsstellen bei der Deutschen Rentenversicherung Bund zusammengeführt. Bis dahin konnten in den Auswertungen jeweils nur RehabilitandInnen des federführenden Rentenversicherungsträgers berücksichtigt werden. Damit konnten Auswertungen im Bereich QS aller RehabilitandInnen der Rentenversicherung einbezogen werden, die im Erhebungszeitraum in der jeweiligen Rehabilitationseinrichtung betreut wurden. Dies ermöglichte eine breitere Datengrundlage und damit eine qualitativ höherwertige Bewertung der Leistungen der Rehabilitationseinrichtungen. Über die mit der Bündelung von Aufgaben realisierten Synergieeffekte war es darüber hinaus möglich, die Auswertungen und Berichte zur Qualitätssicherung stark auszubauen. Gleichzeitig liegen seither für alle Rentenversicherungsträger sowohl auf Bundesebene als auch in den Regionen die gleichen umfassenden Informationen bereit.

Für Fragen der Weiterentwicklung des Qualitätssicherungsprogramms wurde das Modell der QS-Koordinatoren fortgeführt und die Zahl der Koordinatoren von drei auf fünf (darunter die beiden Autoren) erhöht. Sie fördern den verstärkten Austausch zwischen den Rentenversicherungsträgern durch die Organisation von trägerübergreifenden Veranstaltungen zu Themen der Qualitätssicherung. Anders als im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hat die Rentenversicherung entschieden, das Qualitätssicherungsverfahren als eigene Aufgabe umzusetzen und es nicht an einen Dienstleister zu vergeben. Auch gibt es anders als bei der GKV keine gesetzliche Verankerung der Qualitätssicherung in der Rehabilitation.

Was haben wir bisher erreicht

Blickt man auf die Anfänge der Qualitätssicherung in der Deutschen Rentenversicherung im Jahr 1994 zurück, so ist das „Fünf-Punkte-Programm“ der „Lauflernphase“ entwachsen und hat sich zu einem robusten und belastbaren Motor der Weiterentwicklung von Rehabilitationsleistungen entwickelt. Meilensteine dieser Entwicklung waren

- die Festlegung von Qualitätsmaßstäben in Bezug auf die konzeptionellen Grundlagen der Reha-Einrichtungen und ihre Überprüfung,
- die Definition von Strukturanforderungen zu den personellen, räumlichen und apparativen Ausstattungsmerkmalen stationärer medizinischer Rehabilitationseinrichtungen (erstmalig im Jahr 2010),
- der Ausbau des Peer-Review-Systems zur systematischen Bewertung der sozialmedizinischen Dokumentation von medizinischen Rehabilitationsleistungen mit mittlerweile 930 aktiven Peers,

- die intensive Einbeziehung der Patientensicht durch fortlaufende Befragungen zu der Zufriedenheit der Patienten und zu ihrem Eindruck zur Verbesserung ihrer gesundheitlichen Lage,
- die evidenzbasierte, indikationsspezifische Definition von Reha-Therapie-Standards für die wesentlichen Indikationen und die routinemäßig erstellten Auswertungen hierzu
- die Klassifikation und Auswertung von (therapeutischen) Reha-Leistungen sowohl im Bereich der medizinischen Reha-Leistungen als auch bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- Auswertungen zu Erwerbsverläufen nach einer medizinischen Reha-Leistung oder auch nach einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (Leistungen zur beruflichen Rehabilitation),
- Workshops und Schulungen, die das Verständnis für eine einheitliche Anwendung der Instrumente gefördert haben und zusätzlich zur Identifikation von Schwachstellen gedient haben
- der Visitationsleitfaden, der Verfahrenstransparenz und gleiche Bewertungsmaßstäbe bei der Visitation von Reha-Einrichtungen schafft,
- die Einführung von Qualitätspunkten bei einigen Qualitätsparametern, die eine Positionsbestimmung der Reha-Einrichtung ermöglichen,
- die Entwicklung eines „Strukturierten Qualitätsdialoges“ mit den Reha-Einrichtungen über die Auswertungsergebnisse und ggf. notwendige Verbesserungen der einrichtungsspezifischen Qualitätsergebnisse.

So vielfältig wie die Fragestellungen an die Reha-Wissenschaftlicher und -Experten im Zusammenhang mit der Entwicklung der Instrumente waren, sind auch die Rahmenbedingungen für ihren praktischen Einsatz. So wird es immer eine Diskussion darüber geben, in welcher Ausprägung Standardisierungen notwendig und sinnvoll sind, wenn doch auf der anderen Seite eine verstärkte Individualisierung der Leistung gefordert wird. Auch die Frage der Gerechtigkeit bei dem Vergleich der Einrichtungen wird trotz aller Fortschritte bei der – aufgrund des unterschiedlichen Klientels der Einrichtungen erforderlichen – Adjustierung das Qualitätssicherungsverfahren vermutlich weiter begleiten.

Insbesondere die Anfangszeit der Qualitätssicherung war von methodischen Diskussionen geprägt. Dass diese Phase mit Hilfe der Unterstützung von wissenschaftlichen Instituten und durch den von Expertengruppen gelieferten Support weitgehend überwunden werden konnte, ist auch einem auf Konsensbildung ausgerichteten Vorgehen bei der Festlegung von Qualitätsmaßstäben zu verdanken. Insbesondere die aktive Beteiligung von Experten aus den Reha-Einrichtungen sowie der Vertreter der Verbände der Leistungserbringer sind neben der Abstimmung mit weiteren Reha-Leistungsträgern zunehmend in den Fokus dieses Konsensbildungsprozesses gerückt. Damit ist eine solide Grundlage für die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung geschaffen worden, die auch heute schon die Basis eines Qualitätswettbewerbes bei der Erbringung von Reha-Leistungen darstellt.

Instrumente, Zahlen, Daten & Fakten

Nach dem Qualitätsmodell des Gesundheitswissenschaftlers Avedis Donabedian muss eine gute Qualitätssicherung stets drei Aspekte berücksichtigen: Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Das Profil und die Organisation einer Reha-Einrichtung werden durch die Erhebung der Strukturqualität ermittelt (z. B. Einrichtungsdaten, Personal, technische und räumliche Ausstattung, Reha-Konzepte, interne Abläufe, Qualitätsmanagement etc.). Die Prozessqualität wird durch das Peer-Review Verfahren, mit dem sozialmedizinische Experten stichprobenweise die Entlassungsberichte von Reha-Einrichtungen bewerten, sowie durch die Klassifikation der therapeutischen Leistungen (KTL) und die Umsetzung der Reha-Therapiestandards (RTS) überprüft. Als wichtige Form der Patientenorientierung wird die Qualität aus Sicht der RehabilitandInnen mit der Beurteilung der durchgeführten Rehabilitation und des subjektiven Behandlungsergebnisses erfragt. Die Rehabilitandenstruktur als Spiegel der soziodemographischen Verhältnisse und der speziellen Struktur der behandelten PatientInnen wird aus den Routinedaten der Rentenversicherung erhoben. Sie wird einrichtungsbezogen zurückgemeldet und im Vergleich zu allen Reha-Einrichtungen des Indikationsgebietes dargestellt. Der sozialmedizinische Verlauf nach Rehabilitation als Aspekt der Ergebnisqualität fußt auf der Reha-Statistik-Datenbasis der Rentenversicherung und stellt den Folgezeitraum nach Rehabilitation dar, z.B. mit Angaben zu weiteren Reha-Leistungen, Beitragszahlungen und dem Erwerbsstatus.

Visitationen sind für Leistungserbringer ein weiterer Baustein der externen QS und für Leistungsträger eine Form des Lieferantenaudits. Es wird vor Ort überprüft, ob die mit einer Einrichtung getroffenen Vereinbarungen bzw. die Qualitätsanforderungen der Rentenversicherung erfüllt werden. Gleichzeitig werden der direkte Expertenaustausch gefördert und anwesende PatientInnen zu ihrer laufenden Rehabilitation befragt. Visitationen werden vom federführenden Rentenversicherungsträger durchgeführt, wobei interessierte Mitbeleger als weitere Teilnehmer willkommen sind. Die Rentenversicherung hat hierzu ein standardisiertes Erhebungsmanual entwickelt. Für die erhobenen Einzelmerkmale ermöglichen Bewertungsparameter eine Einschätzung auf der Bandbreite der üblichen Angebotspalette. Zur Vorbereitung werden die Ergebnisse der Einrichtung aus dem QS-Programm analysiert sowie diverse Parameter wie z. B. Sonderprojekte, Beschwerdesituation und sozialmedizinische Aspekte aufgearbeitet. Die Visitation ist im Ablauf strukturiert mit Klinikdarstellung, Besichtigung aller Bereiche von Diagnostik, Therapie, Schulung, Patientenaufenthalt, Umfeld sowie Rehabilitandengesprächen. Im gemeinsamen Abschlussgespräch werden die positiven und evtl. zu verbessernden Themenbereiche angesprochen und Wege zum Abbau von Defiziten skizziert. Die Einrichtung erhält einen schriftlichen Ergebnisbericht und Angaben zu evtl. Änderungsbedarf bzw. Qualitätsverbesserung mit zeitlichem Rahmen.

Reha-Therapiestandards als Baustein der Reha-Qualitätssicherung

In Expertengruppen aus Wissenschaft, Rehabilitation und Rentenversicherung wurden indikationsspezifische RTS entwickelt, deren Anzahl kontinuierlich weiter ausgebaut wird. Durch die verschiedenen Bausteine der Leistungserbringung kann ein individueller Therapieplan gestaltet werden, der an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) orientiert ist. Über die Codierung mittels der KTL werden die erbrachten Therapien ausgewertet und der jeweiligen Einrichtung und dem Leistungsträger rückgemeldet. Hierdurch wird nicht nur ein therapeutischinhaltlicher, sondern auch ein ökonomischer Vergleich der eingesetzten Therapien ermöglicht, die Transparenz des Leistungsgeschehens gestärkt und die Evidenzbasierung der Reha der Rentenversicherung unterstützt.

Bewertung der Qualität von Rehabilitationsleistungen

Im Rahmen der Qualitätssicherung der Rentenversicherung besteht die Möglichkeit indikationsspezifische Reha-Einrichtungsvergleiche auf der Basis von Qualitätsindikatoren durchzuführen. Derzeit können 5 Indikatoren – das Ergebnis des Peer Review-Verfahrens, die Rehabilitandenzufriedenheit, der subjektive Behandlungserfolg, die KTL und die RTS in Form von Qualitätspunkten vergleichend dargestellt werden. In die Bewertung gehen jeweils die aktuell vorliegenden, rentenversicherungsweit einheitlich erhobenen Daten ein. Berechnet werden die Kennzahlen nach dem Prinzip eines Qualitätsoptimums. Die Reha-Einrichtung, die ein Maximum an positiven Rückmeldungen von den Gutachtern im Peer Review-Verfahren erhält, erreicht 100 Qualitätspunkte für diesen Indikator. Entsprechendes gilt für die Ergebnisse der Rehabilitandenbefragung. Nur wenn alle RehabilitandInnen mit allen Bereichen der rehabilitativen Versorgung sehr zufrieden sind, werden für die Behandlungszufriedenheit 100 Qualitätspunkte vergeben. Gleiches gilt für den subjektiven Behandlungserfolg falls alle RehabilitandInnen in allen Dimensionen eine Verbesserung nach der Rehabilitation angeben. Die Bewertung der Versorgungsqualität mittels der KTL-Dokumentation erfolgt anhand eines Indikators, der aus drei Einzelwerten (Leistungsverteilung, -menge und -dichte) gebildet wird.

Aktuell und mittelfristig verfügbare Indikatoren zur Bewertung der Qualität von Reha-Einrichtungen beruhen auf den QS-Daten, über die alle Reha-Einrichtungen und die RV-Träger verfügen. Das Konzept des Qualitätsoptimums und der Qualitätspunkte ermöglicht anschauliche, vergleichende Darstellungen der Qualität von Reha-Einrichtungen auf unterschiedlichen Ebenen. Die einrichtungsbezogene Abbildung der Reha-Qualität, die auf der Basis der Daten der externen QS erfolgt, ermöglicht einerseits faire Vergleichsanalysen aus Träger-Sicht. Andererseits ermöglicht diese indikationsbezogene Analyse den Leitungen der Reha-Einrichtungen, ihre Ergebnisse im Spektrum strukturell vergleichbarer Einrichtungen zu beurteilen und ggf. von den „Besten“ zu lernen.

Reha-Einrichtungen und Rentenversicherungsträger werden kontinuierlich mit einer breiten Palette von QS-Berichten informiert. In Qualitätsdialogen, die sowohl regional als

auch indikationsbezogen durchgeführt werden, erfolgt eine offene Diskussion und Ergebnisdarstellung mit den Reha-Einrichtungen. Hierdurch wird ein fortlaufender Prozess einer ständigen Qualitätsverbesserung ermöglicht.

Besonderheiten

Reha-Qualitätssicherung in der ambulanten Rehabilitation

Die Beteiligung der ambulanten Leistungserbringer an der Reha-QS war für die Rentenversicherung eine grundlegende Voraussetzung für den Aufbau ambulanter Strukturen. In der stationären Rehabilitation erprobte Verfahren konnten auch für die ambulante Versorgungsform übernommen werden. Für die Rehabilitandenbefragung musste der Fragebogen an das ambulante Setting angepasst werden. Fragebögen für die ambulante berufsbegleitende Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen werden ebenfalls eingesetzt.

Ergebnisse zur QS in der ambulanten Reha zeigen ein hohes, der stationären Versorgung gleichwertiges Niveau. Dessen ungeachtet gewährleisten die eingesetzten Instrumente aber auch, dass strukturelle Unterschiede der einzelnen Leistungsformen (ambulant/stationär) in den Qualitätsergebnissen erkennbar werden. Das tagesstrukturierte ambulante Setting ist beispielsweise durch eine etwas höhere Therapieintensität im Bereich aktiver Bewegung, Information und Beratung gekennzeichnet. Bei der Erfüllung evidenzbasierter Therapievorgaben im Rahmen der RTS zeigt sich ein ähnliches Bild. Die Inanspruchnahme von Nachsorgeleistungen ist in der ambulanten Leistungsform darüber hinaus vergleichsweise hoch. Hier zeigen sich auch die Vorteile eines wohnortnahen Angebots.

Qualitätssicherung bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Für die Qualitätssicherung bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nutzt die Rentenversicherung derzeit folgende Instrumente:

- die Teilnehmerbefragung (Berliner Fragebogen),
- die Leistungsklassifikation in der beruflichen Rehabilitation (LBR) und
- den Sozialmedizinischen Status.

Alle RehabilitandInnen der Rentenversicherung und der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung werden im Rahmen der Reha-QS sechs Monate nach Abschluss ihrer beruflichen Bildungsleistung (Qualifizierung, Aus- und Weiterbildung oder Integrationsmaßnahme) postalisch befragt. Die Fragen beziehen sich im Wesentlichen auf

- die berufliche Situation vor der beruflichen Rehabilitation,
- den Verlauf und die Beurteilung der Leistung,
- frühere und aktuelle Arbeitsstellen nach der Maßnahme und

- Gründe, die ggf. maßgebend waren, wenn keine Beschäftigung aufgenommen werden konnte.

Aus dieser Zusammenstellung wird deutlich, dass sich die Fragen primär auf die Ergebnisqualität und auf die Prozessqualität beziehen. Die Besonderheit bei der Evaluation der Antworten liegt darin, dass gleichzeitig die Prozessdaten aus der Reha-Statistik-Datenbasis der Rentenversicherung als Kovariable zugesteuert werden. Damit ist es möglich, die subjektiv beschriebenen Ergebnisse mit objektiven Fakten zu hinterlegen.

Derzeit läuft die Einführungsphase der LBR, welche die einzelnen Leistungen einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) von der Rehabilitationseinrichtung dokumentieren. Darunter sind etwa Kompetenzdiagnostik, berufspraktisches Training, Leistungen zur Gesundheitskompetenz und Leistungen zur beruflichen Orientierung und Berufserkundung zu fassen. Einen Schwerpunkt stellen die Leistungen zur Fachkompetenz dar.

Im Bereich der LTA lässt sich die Ergebnisqualität eher objektiv messen als bei einer medizinischen Rehabilitation. Wurde ein Versicherter, der seine bisherige Tätigkeit nicht mehr ausüben konnte, ggf. nach einer Umschulung, in eine neue Tätigkeit integriert, die seinem Leistungsvermögen entspricht und übt er diese längere Zeit, etwa mehr als ein Jahr, aus, spricht eine hohe Wahrscheinlichkeit dafür, dass erbrachte Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben entscheidend mitursächlich dafür waren. Derzeit wird der weitere Ausbau der QS für LTA durch eine Projektgruppe zu Visitationen in beruflichen Rehabilitationseinrichtungen ergänzt. Insgesamt lässt sich feststellen, dass die QS in der beruflichen Rehabilitation in den letzten Jahren einen deutlichen Schritt nach vorn getan hat und weiteres Potenzial besitzt, das auch künftig nachdrücklich genutzt werden soll.

Kooperation mit den Verbänden der Leistungserbringer und SV-Träger

Zusammenarbeit im Bereich der medizinischen Rehabilitation

Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die gesetzliche Rentenversicherung haben sich im Rahmen einer Gemeinsamen Erklärung vom Oktober 1999 auf eine Zusammenarbeit in der QS in der medizinischen Reha festgelegt. So konnte erreicht werden, dass jede Rehabilitationseinrichtung nur an einem QS-Programm (des jeweiligen Federführers) teilnehmen muss, was zu einer Kostenminimierung bei den Trägern und Einrichtungen führt. Ziel dieser Zusammenarbeit ist u. a. einen Austausch der Daten für einen Vergleich der Einrichtungen untereinander zu ermöglichen, um so einen qualitätsorientierten Wettbewerb anzustoßen. Jeweils zweimal jährlich treffen sich die QS-Koordinatoren mit der GKV bzw. mit den Verbänden der Leistungserbringer zu einem Informationsaustausch.

Zusammenarbeit im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)

Seit dem Beginn der Aktivitäten der Rentenversicherung zur Einführung einer QS im Bereich der LTA wurde Wert auf die Entwicklung gemeinsamer Konzepte mit den anderen Leistungsträgern und auf eine enge Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern gelegt. Plattform für solche Gespräche war zunächst die von der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke im Jahr 2006 eingerichtete Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung", an der Vertreter der Rentenversicherung, Unfallversicherung und der Bundesagentur für Arbeit beteiligt waren. Im Rahmen der Zusammenarbeit mit der Unfallversicherung (UV) bei der Auswertung des „Berliner Fragebogens" wird dies praktiziert. So fügt die UV die Routinedaten ihrer RehabilitandInnen hinzu, sofern diese dem zustimmen.

In der Pilotphase hatte sich auch die Bundesagentur für Arbeit am Einsatz des „Berliner Fragebogens" beteiligt, nutzt jedoch nunmehr eigene Befragungen ihrer TeilnehmerInnen. Ein Teil der Fragen des Berliner Fragebogens wurde allerdings in die Befragung der Bundesagentur eingebaut. Die jährlichen Gespräche der QS-Koordinatoren mit den Leistungserbringern und der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung werden aktuell vor allem durch die Einführung der LBR geprägt.

Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 20 Abs. 2a SGB IX auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

Im Sozialgesetzbuch IX im § 20 Absatz 2a wurden die Spitzenverbände der Rehabilitationsträger verpflichtet, im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement sowie ein einheitliches unabhängiges Zertifizierungsverfahren zu entwickeln, mit denen die erfolgreiche Umsetzung des Qualitätsmanagements in regelmäßigen Abständen nachgewiesen wird. Den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbänden sowie den Verbänden behinderter Menschen einschließlich der Verbände der freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretungen behinderter Frauen war Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

Der Gesetzgeber nahm damit Initiativen von Leistungserbringern auf, den erreichten hohen Qualitätsstandard in den Rehabilitationseinrichtungen durch ein Zertifikat auch nach außen offen dokumentieren zu wollen. Die Regelung ergänzt den § 20 Abs. 2 SGB IX, durch den die Leistungserbringer zu einem Qualitätsmanagement verpflichtet werden, das durch zielorientierte und systematische Reformen und Maßnahmen die Qualität der Versorgung gewährleistet und kontinuierlich verbessert. Das Zertifizierungsverfahren wird von allen stationären Rehabilitationseinrichtungen gefordert.

In einer Arbeitsgruppe auf Ebene der BAR entwickelten darauf hin die Rehabilitationsträger grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement und Anforderungen sowohl an ein einheitliches unabhängiges Zertifizierungsverfahren als

auch an dessen Umsetzung. Nach Anhörung der Vertreter der Leistungserbringer und Betroffenenverbände trat die Vereinbarung am 01.10.2009 in Kraft.

Die Vereinbarung beschreibt detailliert die Dimensionen eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements und die Anforderungen an den Zertifizierungsprozess. Ein ausführliches Manual und ein Glossar ergänzen die Unterlagen zur Vereinbarung. Mittlerweile hat eine 2-stellige Zahl von QM-Verfahren die Zulassung auf Ebene der BAR erreicht und eine Vielzahl von Rehabilitationseinrichtungen ist mittlerweile zertifiziert. Zur Information der Öffentlichkeit werden auf der Internetseite der BAR ausführliche Informationen zu den zugelassenen QM-Systemen und den zertifizierten Rehabilitationseinrichtungen bereitgestellt.

Die Zertifizierung von Rehabilitationseinrichtungen unterstützt damit das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement in den stationären Rehabilitationseinrichtungen und erleichtert den Rentenversicherungsträgern ihre Qualitätssicherungsaktivitäten. Im Rahmen von Visitationen von Rehabilitationseinrichtungen kann auf die Ergebnisse der Zertifizierung zurückgegriffen werden.

Barrieren und Grenzen

Innovative Ansätze zu realisieren bedeutet häufig auch intensiv an der Überwindung von Barrieren und dem Herantasten an Grenzen zu arbeiten. Das trifft auch für die Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung zu. Hierbei sind nicht nur gesetzliche Vorgaben oder methodisch-inhaltliche Aspekte zu beachten sondern auch die Auseinandersetzung mit den kritischen Rückmeldungen der Anwender der Systeme und der weiteren Partner zu berücksichtigen. So gab es aus Anwendersicht immer wieder Kritik an der Dauer einzelner Auswertungsprozesse. Eine typische und häufig gehörte Rückmeldung ist in diesem Zusammenhang die Aussage: „Was soll ich mit Auswertungsergebnissen anfangen, die sich auf Reha-Leistungen beziehen, die vor 2 Jahren durchgeführt wurden?“ Die für die Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung eingesetzten technischen Verfahren werden fortlaufend optimiert, um die Aktualität von Auswertungsergebnissen in den Berichten zu verbessern. Bis auf das Peer-Review-Verfahren werden die Auswertungsergebnisse zu den eingesetzten Instrumenten mittlerweile jährlich aktualisiert.

Der Aspekt des zeitlichen Versatzes bei den Routineauswertungen hat unter anderem dazu geführt, dass Einrichtungen zu einigen Qualitätsparameter - teilweise mit Hilfe professioneller Softwareentwickler – eigene Auswertungstools entwickelt haben. Beispielhaft sei hier die „Patientenbefragung“ erwähnt, die mittlerweile von vielen Einrichtungen in inhaltlicher Anlehnung an die Fragestellungen der Rentenversicherung am Ende des Reha-Aufenthaltes durchgeführt wird. Auch die Therapiepläne werden heute in nahezu allen Reha-Einrichtungen unter der Zielvorgabe der Reha-Therapiestandards mit EDV-mäßiger Unterstützung erstellt.

Gehören diese Einrichtungen zu Betreibergesellschaften mehrerer Reha-Einrichtungen, dann sind nicht nur einrichtungsspezifische Ergebnisauswertungen, sondern auch einrichtungsübergreifende vergleichende Qualitätsanalysen möglich. Die methodischen

Unterschiede solcher Auswertungen außerhalb des Qualitätssicherungsprogramms der Rentenversicherung liegen in den Befragungszeitpunkten und den damit verbundenen Lebenssituationen (am Ende der Reha-Leistung vs. nach drei Monaten im Alltag angekommen), den teilweise kleinen Fallzahlen, der häufig nicht möglichen Adjustierung in Bezug auf das Patientenklientel und den fehlenden Möglichkeiten zur Bildung repräsentativer Vergleichsgruppen. Die Unterschiede dürfen jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass auch diese einrichtungsspezifischen Instrumente wertvolle Erkenntnisse für die Einrichtung zur Verbesserung der Leistungsqualität bieten und damit letzten Endes dem gemeinsamen Anliegen einer bestmöglichen Leistungserbringung dienen. Sie stellen zusätzlich auch gute Prädiktoren in Bezug auf die Auswertungsergebnisse der Rentenversicherung dar.

Das Bild des „gläsernen Patienten" kennzeichnet eine der Horrorvorstellungen, die in der Öffentlichkeit diskutiert werden, wenn es um den Schutz sensibler Patientendaten geht. Auch wenn es bei dem Qualitätssicherungssystem der Deutschen Rentenversicherung letzten Endes um Summendaten geht, deren Darstellung einen Rückschluss auf die einzelne Person unmöglich machen, unterliegen die Verfahren zur Erhebung, Auswertung, Speicherung und Nutzung dieser Daten strengen datenschutz-rechtlichen Vorschriften. Die Nutzung von Patientendaten ist nicht alleine zur Erfüllung eines gesetzlichen Auftrages zum Qualitätsmanagement sinnvoll. Vielmehr muss auch dem Rehabilitanden neben der Transparenz, zu welchem Zweck und auf welche Weise seine Daten genutzt werden, vermittelt werden, dass er mit dem Einverständnis zur Nutzung seiner Daten zur Weiterentwicklung der Rehabilitation beiträgt.

Auch zwischen den Leistungsträgern stößt die Bereitstellung von Auswertungsergebnissen in Form von Summendaten an Grenzen. So ist unter anderem zu beachten, dass bei vielen Auswertungsparametern nicht der Leistungsträger „Herr der Daten" ist, sondern der Leistungserbringer. Eine Weitergabe dieser Daten, z.B. von dem feder-führenden Rentenversicherungsträger an einen anderen Rentenversicherungsträger ist ohne Einverständnis des Leistungserbringers nicht möglich. Auch ist der Austausch von Auswertungsergebnissen zwischen den unterschiedlichen Sektoren der Reha-Leistungsträger, also z.B. zwischen einem Rentenversicherungsträger und einer Krankenkasse, nicht ohne Einverständnis der Reha-Einrichtung zulässig. Vor dem Hintergrund, dass zwischen der Deutschen Rentenversicherung und dem GKV-Spitzenverband eine Vereinbarung zur Vermeidung der Anwendung einer mehrfachen Qualitätssicherung durch unterschiedliche Trägerbereiche geschlossen wurde, stößt man hier an Grenzen bei der trägerübergreifenden Nutzung von Qualitätsdaten, z.B. im Zusammenhang mit der Belegungssteuerung.

An die Grenzen der Aussagekraft führen die sogenannten „Deckeneffekte" zum Beispiel im Bereich der Auswertungsergebnisse zur Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL). Für eine Vielzahl von Einrichtungen ist eine sehr große Homogenität in den Ergebnissen mit einem hohem Erfüllungsgrad der Anforderungen festzustellen, auf deren Grundlage sich relevante Qualitätsunterschiede nicht darstellen lassen. An diesem Beispiel lässt sich auf der anderen Seite deutlich machen, welche positiven Auswirkungen der Einsatz des Instrumentes auf die Frequenz, Dauer und Zusammensetzung der therapeutischen Leistungen hatte. Im Zeitverlauf des Instrumenteneinsatzes konnte die therapeutische Versorgung

der Rehabilitanden kontinuierlich in Richtung des Qualitätsoptimums entwickelt werden. Alleine in der Zeit von 2009 bis 2017 stieg beispielsweise in der Orthopädie die Zahl der durchschnittlich erreichten Qualitätspunkte von 75 auf 95.

Perspektiven

Preis-Dumping vernichtet Qualität oder erschwert zumindest deren Entstehung. Die Auffassung, einen Preiswettkampf nicht zu unterstützen, findet ihre Entsprechung darin, dass die Deutsche Rentenversicherung einen Qualitätswettwerb im Bereich der Erbringung von Reha-Leistungen fördern möchte. Als Grundlage für einen solchen Qualitätswettbewerb eignet sich das Qualitätssicherungssystem der Deutschen Rentenversicherung. Je besser dieses System funktioniert und je stärker es in der Lage ist, die Qualität der Leistungserbringung zu messen, desto größer wird die Akzeptanz für dessen Einsatz und die damit verbundenen Konsequenzen in der Praxis sein. Zusätzlich wird die Darstellung valider Ergebnisse „politischen Rückenwind" für die Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung erzeugen.

Um sich dieser „Idealsituation" anzunähern, sind Veränderungen und Weiterentwicklungen zu dem heutigen System der Qualitätssicherung sinnvoll. Einige dieser möglichen Entwicklungsfelder werden im Folgenden dargestellt.

Konzentration auf Ergebnisqualität

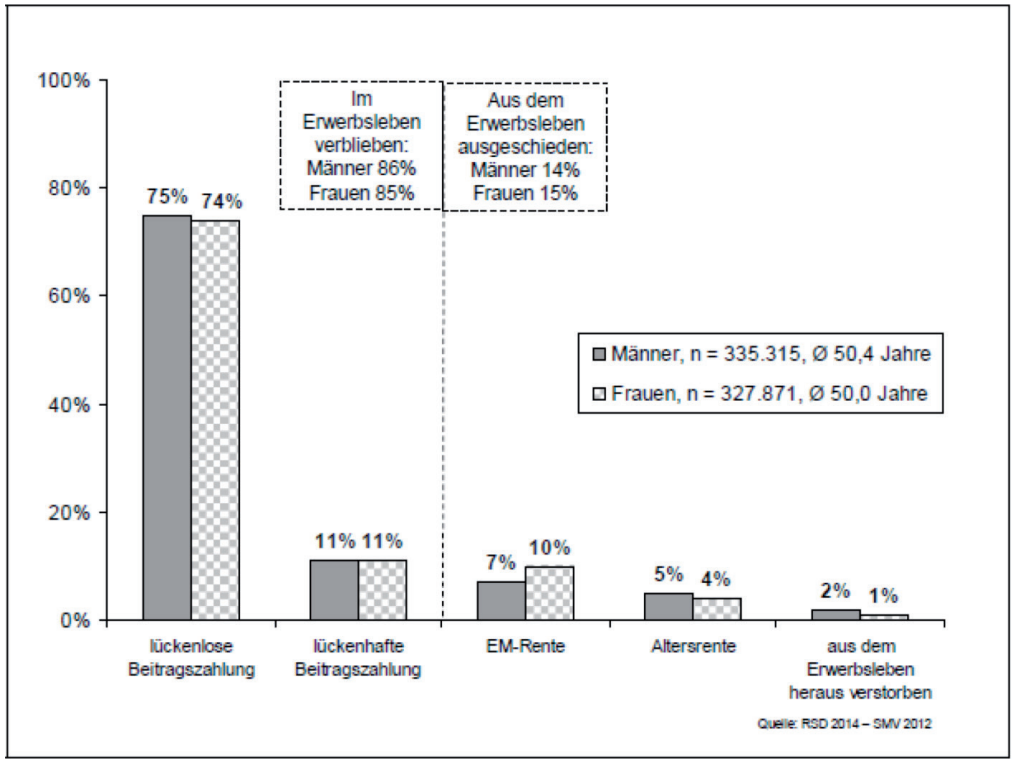
Die Deutsche Rentenversicherung verfolgt mit ihren Reha-Leistungen das Kernziel, die Erwerbsfähigkeit ihrer Versicherten auf Dauer zu erhalten, zumindest bis zur Altersrente. Die Bewertung, inwiefern die durchgeführte Reha-Leistung dieses Ziel des Erhalts oder der Verbesserung der Erwerbsfähigkeit erreicht hat, wird heute im Rahmen der „Sozialmedizinischen Dokumentation" durch das Reha-Team der Einrichtung vorgenommen. Dieser Einschätzung kommt eine gutachterliche Qualität zu. Gleichwohl gibt es Einflussfaktoren und Interpretationsmöglichkeiten, die auch eine unterschiedliche Anwendung von Bewertungsmaßstäben nicht ausschließen.

Eine weitere mögliche Quelle zur Messung der Ergebnisqualität stellen die Rückmeldungen der Patienten dar. Diese „Ein-Punkt-Messung" bei einer repräsentativen Stichprobe drei Monate nach der medizinischen Rehabilitation bzw. als Vollerhebung sechs Monate nach Abschluss einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) liefert sicherlich wertvolle Hinweise zum subjektiv empfundenen Reha-Erfolg. Sie ermöglicht jedoch nicht die Beobachtung von Erwerbskarrieren und unterliegt auch einer Reihe von limitierenden Faktoren. Die Messung der Ergebnisqualität alleine aufgrund von Patienten-Feedbacks ist deshalb schwierig.

Erwerbskarrieren kann die Deutsche Rentenversicherung aufgrund der Beitragszahlungen, die sie erhält, im Wesentlichen nachvollziehen. Hierbei kann dann auch grundsätzlich unterschieden werden, ob es sich um Beiträge aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung oder wegen weiterer Gründe, z.B. im Rahmen des Bezuges von Arbeitslosengeld I han-

delt. Die Auswertung des sozialmedizinischen Verlaufs, die auch heute schon einrichtungsspezifisch zur Verfügung gestellt wird, zeigt einen großen Anteil von RehabilitandInnen, die zwei Jahre nach einer durchgeführten medizinischen Reha-Leistung im Erwerbsleben verblieben sind (vgl. hierzu Abb. 1). Sie sollten aber weiter spezifiziert werden, um präzisere Aussagen zu den Erwerbskarrieren nach der Reha zu ermöglichen. Letzten Endes muss hier das Ziel bestehen, positive Erwerbsverläufe auf den Einsatz von Rehabilitationsleistungen zurückzuführen. Das Belegen solcher Ursache-Wirkungsketten wird nicht ohne die Entwicklung neuer Instrumente und den Ausbau von Kooperationen, z.B. mit anderen Sozialversicherungsträgern oder dem Bereich der niedergelassenen Ärzte möglich sein.

Abb. 1



Quelle: SMV-Bericht 2016, DRV Bund

In dem Maße wie es gelingt, die Ergebnisqualität als entscheidenden Parameter zu messen, könnten die Anforderungen an die Strukturqualität abgebaut werden. Darüber hinaus sollten dann die bestehenden Instrumente zur Messung der Prozessqualität auf ihre Zukunftsfähigkeit überprüft werden. Die Konzentration auf die Ergebnisqualität wird Innovationspotentiale erschließen, die im Wesentlichen auf der Kompetenz und Kreativität der Reha-Einrichtungen basieren. Zur Realisierung eines solchen Weges bedarf es Mutes und Vertrauens, sowohl auf Seiten der Leistungserbringer als auch auf Seiten der Leistungsträger.

Qualitätsergebnisse als Grundlage für die Patientensteuerung

„Gute Qualität muss sich lohnen!“ Diese Forderung der Reha-Leistungserbringer und ihrer Verbände hat die Deutsche Rentenversicherung schon in der Vergangenheit im Rahmen der Pflegesatzgestaltung aufgegriffen. Sie wird sie in naher Zukunft auch flächendeckend im Rahmen des Qualitätswettbewerbes bei der „Qualitätsorientierten Belegungssteuerung“ umsetzen. Hierbei werden Qualitätsergebnisse einen Algorithmus speisen, der in einem automatisierten Verfahren die bestmöglich geeignete Reha-Einrichtung für den Einzelfall ermittelt. Qualitätsergebnisse einer Einrichtung werden damit unmittelbar mit dem wirtschaftlichen Erfolg der Einrichtung verbunden. Die zunächst hierfür genutzten Qualitätsparameter der Peer-Review-Beurteilungen, der Auswertungen der therapeutischen Leistungen und der Erfüllung von Reha-Therapiestandards sowie der Patientenbefragungen sind zu verfeinern und durch weitere Parameter, insbesondere zur Ergebnisqualität, zu ergänzen. Reha-Einrichtungen müssen zudem im Dialog mit den Reha-Leistungsträgern die Möglichkeit erhalten, kurzfristige Verbesserungen auch außerhalb der Routine-Auswertungszeiträume nachzuweisen.

Public Reporting

Die Deutsche Rentenversicherung besitzt mit den Qualitätsergebnissen einen Schatz, der einer breiteren Öffentlichkeit zugänglich gemacht sollte. Der feste Willen zum Ausbau einer qualitativ hochwertigen Reha-Leistung hat in der Vergangenheit im Wesentlichen auf die Gestaltung der (vertraglichen) Beziehung zwischen dem Reha-Leistungsträger und Reha-Leistungserbringer Einfluss genommen. Die praktische Umsetzung dieser Intention wurde durch das Qualitätssicherungssystem begleitet.

Aktuell hat man nun eine weitere Entwicklungsstufe betreten, indem Qualitätsergebnisse Belegungsrelevanz erzeugen. Einrichtungsspezifische Qualitätsergebnisse sollten aber bereits im Vorfeld einer Belegungsentscheidung durch den Reha-Träger zur Unterstützung des Wunsch- und Wahlrechtes der Patienten eingesetzt werden. Hierzu sind sie in geeigneter Weise zu veröffentlichen. Die Anforderung an ein solches Public-Reporting-System betreffen u.a. den barrierefreien Zugang zu den Informationen, die Aktualität, die Verlässlichkeit und Transparenz und die zweckgerichtete Nutzbarkeit der Informationen.

Der Aufbau eines solchen Systems ist nicht von der Deutschen Rentenversicherung allein zu bewältigen. Aus rechtlichen und inhaltlichen Gründen ist dies nur durch eine Allianz von Reha-Leistungsträgern und Reha-Leistungserbringern zu realisieren. Dies auch ohne das Bestehen einer spezifischen gesetzlichen Verpflichtung zu schaffen, sollte als Bestandteil einer Serviceorientierung für die Versicherten und einer qualitätsorientierten Einrichtungsauswahl möglich sein. Notwendig sind hierfür verbindliche Festlegungen zu den Inhalten einer solchen Plattform sowie zu den Prozessen, die für die Entstehung und Pflege eines solchen Instrumentes notwendig sind. Die Beteiligung von Patientenvertretern stellt dabei eine Selbstverständlichkeit dar.

Die mangelnde Transparenz in Bezug auf die Veröffentlichung von Qualitätsdaten schwächt auch die Position des Rehabilitanden, wenn es um die um die Präferenzbildung zu einer Reha-Einrichtung im Rahmen seines Wunsch- und Wahlrechtes (§ 8 SGB IX) geht. Hier ist er zurzeit auf die Darstellung von Strukturmerkmalen und/oder die Nutzung von Informationen aus Patientenforen reduziert.

Schluss

Das Qualitätssicherungssystem der Deutschen Rentenversicherung hat sich in der Vergangenheit bewährt. Es hat dazu beigetragen, Defizite bei der Erbringung von Reha-Leistungen zu identifizieren und Wege zur Beseitigung dieser Defizite aufgezeigt. Hieran haben auch die Erfahrungen der Rentenversicherung aus dem Betrieb ihrer eigenen Reha-Einrichtungen einen erheblichen Anteil gehabt. Aktuell gestaltet die Deutsche Rentenversicherung die Verbindung zwischen den Qualitätsergebnissen und den betriebswirtschaftlichen Folgen aus der Nutzung dieser Ergebnisse. Die Realisierung der perspektivischen Entwicklung im Bereich der Qualitätssicherung wird von einer Reihe von rechtlichen, technischen, inhaltlichen und ressourcenbedingten Problemen begleitet. Hier erste Schritte in die Zukunft zu wagen, ist ein Teil der Strukturverantwortung, die die Rentenversicherung im Bereich der Rehabilitation für sich reklamiert.

Ein gezielter Ausbau von Qualitätssicherungsinstrumenten und der mutige Einsatz von Ergebnissen der Qualitätssicherung wird nicht nur im operativen Geschäft der Deutschen Rentenversicherung Leistungsverbesserungen bewirken, sondern wird auch die Legitimationsgrundlagen der Rehabilitation gegenüber der Politik und die Akzeptanz für Rehabilitationsleistungen in der Gesellschaft erheblich stärken. Hierbei wird die Konzentration auf die Ergebnisqualität einen entscheidenden Faktor darstellen.

Literatur

Baumgarten, E./Lindow, B./Klosterhuis, H.: Wie gut ist die ambulante Rehabilitation? Aktuelle Ergebnisse der Reha-Qualitätssicherung, in: RVaktuell 55 (2008), H. 11, S. 335-342.

Beckmann, U./Klosterhuis, H./Lindow, B.: Qualitätsmanagement I, Bewertungskonzept für medizinische Reha-Einrichtungen, in: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Evidenzbasierte Rehabilitation zwischen Standardisierung und Individualisierung, 17. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, 3. bis 5. März 2008 in Bremen (DRV-Schriften 77), Berlin 2008, S. 146-148.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR): Unterlagen zur Vereinbarung nach § 20 Abs. 2a SGB IX, 2010, URL: www.bar-frankfurt.de/Zertifizierung.bar.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Gemeinsame Empfehlung Qualitätssicherung nach §20 Abs. 1 SGB IX, Frankfurt/Main 2003.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Strukturqualität von Reha-Einrichtungen - Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung - Stationäre medizinische Reha-Einrichtungen, Berlin 2010.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Ergebnisqualität in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung. Publikation zum Workshop am 25.11.2008, Berlin 2009.

Egner, U./Gerwinn, H./Buschmann-Steinhage, R.: Stand der Qualitätssicherung in der Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung, in: Rehabilitation 45 (2006), S. 221-231.

Egner, U./Gerwinn, H./Schliehe, F.: Das bundesweite Reha-Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung – Erfahrungen aus einem mehrjährigen Umsetzungsprozess, in: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung 96 (2002), S. 4-9.

Egner, U./Gerwinn, H./Müller-Fahrnow, W./Schliehe, F.: Das Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung für den Bereich der medizinischen Rehabilitation – Konzept, Stand der Umsetzung und Perspektiven, in: Rehabilitation 37 (1998), Suppl 1, S2-S7.

Erbstößer, S./Klosterhuis, H./Lindow, B.: Berufliche Rehabilitation aus Teilnehmersicht - aktuelle Ergebnisse des Berliner Fragebogens, in: RVaktuell 54 (2007), H. 10, S. 362-366.

Hansmeier, T./Radoschewski, M.: Qualitätssicherung bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben - Entwicklung eines Rehabilitandenfragebogens, in: Die Angestelltenversicherung 52 (2005), H. 8, S. 371-379.

Klosterhuis, H.: Aktuelle Strategien der Deutschen Rentenversicherung in der Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation, in: Prävention und Rehabilitation 20 (2008), S. 184-192.

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

Koch, U.: Vorwort, in: Rehabilitation 58 (2019), H. 1, S. 1.

Müller-Fahrnow, W.: Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation, in: führen & wirtschaften 1993, H. 4, S. 385-388.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): Das Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung in der medizinischen Rehabilitation. Instrumente und Verfahren (DRV-Schriften 18), Frankfurt/Main 2000.

Autoren

Matthias Bethge, Prof. Dr., Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie an der Universität zu Lübeck, Leitung der Sektion: Rehabilitation und Arbeit

Uwe Egner, Deutsche Rentenversicherung Bund, Abteilung Rehabilitation

Heiner Raspe, Prof. i.R. Dr. med. et phil., ehemaliger Direktor des Instituts für Sozialmedizin an der Universität zu Lübeck; seit 2015 Gastwissenschaftler am Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin der WWU Münster

Ulrich Theißen, Deutsche Rentenversicherung Rheinland, Abteilung Betriebswirtschaftliche Steuerung, Fachbereichsleiter Reha-Management

Fabian Walling, Prof. Dr. jur., Professor für Reha- und Rentenversicherungsrecht an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen Ludwigsburg

Christoph Wehner, Dr. phil., Wissenschaftlicher Mitarbeiter bei der sv:dok, der Dokumentations- und Forschungsstelle der Sozialversicherungsträger