Entwicklungen in der psychosomatischen Rehabilitation

Ein Interview mit Uwe Egner

In der öffentlichen wie fachlichen Diskussion wird in letzter Zeit dem Problem der Stresserkrankungen und speziell dem Burn-out viel Beachtung geschenkt. Beides sind psychische Beschwerden, die in unmittelbarem Zusammenhang mit der Arbeitswelt gestellt werden. Um die Bedeutung dieser psychischen Probleme zu unterstreichen, wird in diesem Kontext stets auf die steigende Rate an Arbeitsunfähigkeits- und Rentenfällen zulasten psychischer Störungen verwiesen. Von daher war die Frage, wie sich dieses Problem aus der Sicht der unmittelbar involvierten Sozialversicherungen, und hier insbesondere der Rentenversicherung, darstellt. Die Herausgeber sind sehr dankbar, dass Herr Uwe Egner zu einem Interview zu diesem Thema bereit war. Als Fachbereichsleiter für Zentrale und Grundsatzaufgaben der Abteilung Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV) kann er hierzu sachkundig Auskunft geben. Zu seinen Aufgaben gehören Grundsatzfragen der Steuerung und Überwachung von Rehabilitationsmaßnahmen im Auftrag der DRV. Die Fragen stellte Prof. Dr. Michael Linden, Leiter der Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation an der Charité Universitätsmedizin, Berlin.

Lieber Herr Egner, es wird derzeit in der Öffentlichkeit heftig diskutiert, dass psychische Störungen zunehmen – insbesondere auch mit Blick auf Burn-out-Syndrome und den Arbeitsplatz – und dass die Zahl der Berentungen wegen psychischer Störungen ansteigt. Wie stellt sich dieser Sachverhalt aus Sicht der Rentenversicherung dar? Ist es richtig, dass die Zahl der Frühberentungen wegen psychischer Störungen zunimmt?

Das ist richtig. In einem Zeitraum von 2000 bis 2010 hat die Anzahl der Neuzugänge bei Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aufgrund psychischer Krankheiten rentenversicherungswertweit von 51 450 auf 70 496 zugenommen. Allerdings sind gleichzeitig die Neuzugänge bei Erwerbsminderungsrenten in anderen Indikationsgebieten deutlich zurückgegangen. Als Beispiel möchte ich Erkrankungen von Skelett, Muskeln und Bindegewebe nennen. Hier ist im gleichen Zeitraum die Zahl der Neuzugänge von 54 154 auf 26 494 gesunken. Damit einhergegangen ist natürlich der Anstieg des prozentualen Anteils der psychischen Erkrankungen an allen Erwerbsminderungsrenten, über den in der Öffentlichkeit so stark diskutiert wird. Betrachtet man den Rentenzugang bei

Erwerbsminderungsrenten über alle Indikationsgebiete in diesem Zeitraum, so ist ein Rückgang von 212 868 auf 180 752 festzustellen. Ein solcher Rückgang wird natürlich in der Öffentlichkeit weniger diskutiert, ist aber eigentlich eine gute Nachricht. Der Rückgang ist natürlich nicht kausal auf Verbesserungen des Gesundheitssystems oder gar speziell auf eine verbesserte Rehabilitation zurückzuführen. Sie dürften dazu allerdings zumindest beigetragen haben.

Ist der Anstieg Ausdruck einer Zunahme von psychischen Krankheiten oder Folge der Verschiebung zwischen verschiedenen Diagnosen?

Die Rentenversicherung verfügt in ihren Routinedaten hier natürlich nur über Informationen zu einerseits den Frühberentungen, deren indikationsbezogene Verschiebungen ich bereits beschrieben habe, und andererseits den Bewilligungen von Rehabilitationsleistungen mit psychischen Diagnosen. Bei diesen ist in der Tat in den letzten Jahren ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen gewesen. Im Jahr 2000 lagen sie bei der DRV bei 71 086. Im Jahr 2011 sind sie auf 87 847 angestiegen.

Gibt es einen erhöhten Behandlungsbedarf und durch wen sind entsprechende Krankheiten zu behandeln?

Rehabilitationsleistungen bei psychischen Diagnosen sind mit einer längeren Rehabilitationsdauer verbunden als solche in den somatischen Indikationsgebieten, die mit einer höheren Therapieintensität verbunden sind. Sie werden von uns in Einrichtungen durchgeführt, die für dieses Indikationsgebiet spezialisiert sind. Unsere eigenen psychosomatischen Rehakliniken wie auch die von uns belegten Vertragseinrichtungen haben einen hohen Spezialisierungsgrad und eine sehr gute Qualität, die wir kontinuierlich überwachen und sicherstellen. Primär sind psychische Krankheiten aber nach entsprechender diagnostischer Sicherung durch Fachärzte für Psychiatrie und durch psychologische Psychotherapeuten zu behandeln – sowohl im niedergelassenen Sektor als auch in der Rehabilitation.

Stellt die DRV mehr Behandlungsplätze in psychosomatischen Reha-Kliniken zur Verfügung?

Zur Deckung des von mir beschriebenen höheren Bedarfs an Rehabilitationsleistungen in psychosomatischen Indikationen, der durch die höheren Bewilligungszahlen entstanden ist, hat die DRV in den letzten Jahren eine Ausweitung ihrer Kontingente in psychosomatischen Reha-Kliniken vorgenommen. In kleinem Umfang wurden zusätzlich ambulante psychosomatische Reha-Kapazitäten in Anspruch genommen.

Lohnen sich für die DRV derartige stationäre (und ambulante) Rehabilitationsleistungen?

Diese Frage lässt sich eindeutig bejahen. Wir beobachten regelmäßig den sogenannten sozialmedizinischen Verlauf nach der Rehabilitation. Dabei wird für einen Zeitraum von 2 Jahren nach den Rehabilitationsleistungen analysiert, ob die Rehabilitanden in diesem Zeitraum im Erwerbsleben verblieben sind und Rentenversicherungsbeiträge gezahlt haben oder ob sie in Erwerbsminderungsrente bzw. Altersrente gegangen oder verstorben sind. Wir beobachten regelmäßig, dass ein sehr hoher Prozentsatz dieser Menschen, die eine Reha-Leistung bewilligt bekamen, weil ihre Erwerbsfähigkeit gefährdet oder bereits gemindert war, im Erwerbsleben verbleibt. Aktuelle Auswertungen nennen hier für die Psychosomatik einen Prozentsatz von 84%. Mit 14% ist in diesem Indikationsgebiet der Anteil derjenigen, die im Betrachtungszeitraum eine Erwerbsminderungsrente erhalten, vergleichsweise hoch. Dies spiegelt sich dann in den EM-Renten-Neuzugängen. Trotzdem ist das Ergebnis ein insgesamt gutes. Wir haben darüber hinaus modellhaft die Kosten einer Reha-Leistung einschließlich der Nebenkosten, wie z.B. der Zahlungen an Übergangsgeld an die Rehabilitanden zur Sicherung des Lebensunterhaltes während der Reha-Leistung, den geleisteten Beiträgen gegenüber gestellt. Für psychosomatische Rehabilitationen ist hier ein Break-Even nach rund 6 Monaten gezahlter Beiträge

und vermiedener Zahlung von Erwerbsminderungsrenten erreicht. Mit andern Worten: Psychosomatische Rehabilitation rechnet sich. Dies gilt meiner Meinung nach aber nicht nur für die Rentenversicherung speziell, sondern auch für die Gesellschaft als Ganzes unter dem Aspekt Fachkräftemangel und der Notwendigkeit, ältere Menschen im Erwerbsleben zu halten und für die Betroffenen selbst. Teilhabe am Arbeitsleben ist ein Teil der Teilhabe an der Gesellschaft und sichert auch ein auskömmliches Einkommen im Alter. Schließlich steigert jeder Monat, in dem ein Versicherter Beiträge zahlt, seine Rente. Auch das Risiko, im Alter auf Leistungen der Grundversicherung angewiesen zu sein, ist im Fall der Invalidität deutlich größer.

Was erwarten Sie von niedergelassenen Vertragsärzten und Richtlinienpsychotherapeuten?

Für unseren sozialmedizinischen Dienst ist es besonders wichtig, dass Rehabilitanden ausreichend diagnostiziert sind, bevor sie in eine Reha-Einrichtung kommen. Für uns ist es wichtig, dass die ärztlichen Befundberichte, die einem Reha-Antrag beiliegen, eine möglichst valide Grundlage für die Entscheidung des Reha-Bedarfs und die Auswahl einer Reha-Einrichtung bieten. Der Fokus in der Reha-Einrichtung sollte dann auf einer intensivierten und spezialisierten Betreuung unter besonderer Berücksichtigung auch der beruflichen Teilhabe liegen. Nach der Rehabilitation gibt es einerseits die Möglichkeit, zulasten der Rentenversicherung eine Nachsorgeleistung in Anspruch zu nehmen, z.B. nach dem Curriculum Hannover, andererseits kann eine weitere Betreuung im niedergelassenen Sektor sinnvoll sein.

Sehen Sie Gefährdungen in der modernen Arbeits- oder Lebenswelt, die zu mehr psychischen Störungen oder Berentungen aufgrund psychischer Störungen führen?

Die moderne Arbeitswelt geht sicher einher mit einer Veränderung der Belastung der Arbeitnehmer. So ist einerseits von einer abnehmenden körperlichen Belastung in vielen Berufsfeldern auszugehen, andererseits hat sicher die Beschleunigung der Arbeitswelt Auswirkungen auf die Menschen. Dem zunehmenden Multitasking am Arbeitsplatz sind, auch nach häufig geäußelter ärztlicher Ansicht in den uns vorgelegten Unterlagen, viele Menschen immer weniger gewachsen. Insbesondere Menschen mit psychischen Störungen geraten hier schnell an ihre Grenzen.

Was können Arbeitgeber tun, um Menschen mit psychischen Störungen in Arbeit zu halten?

In Zeiten von sinkender Arbeitslosigkeit und steigender Nachfrage nach Fachkräften ist es für Arbeitgeber von Bedeutung, qualifizierte Kräfte in den Unternehmen zu halten. Ein gutes betriebliches Gesundheitsmanagement kann dazu

beitragen, die Gesundheit der Mitarbeiter zu erhalten. Für den Fall, dass bereits ein Problem vorliegt, ist ein gut funktionierendes betriebliches Eingliederungsmanagement zu empfehlen. Hierzu hat die DRV Unterstützungen für Betriebe im Angebot. So unterstützen wir beispielsweise Arbeitgeber im Rahmen eines Modellprojekts mit einem neuen Serviceangebot, dem «Arbeitgeberservice Rehabilitation und betriebliche Eingliederung für Arbeitnehmer». Mit diesem Serviceangebot werden Arbeitgebern und deren Beschäftigten in Berlin-Brandenburg und Thüringen, auch im Rahmen einer aufsuchenden Beratung, telefonisch Unterstützungsmöglichkeiten für leistungsgewandelte Menschen aufgezeigt und so zur Vermeidung von Erwerbsminderung beigetragen. Kernbestandteil dieses Beratungsangebotes ist das betriebliche Eingliederungsmanagement. Für uns als Rehabilitationsträger besteht

der Vorteil, dass durch das Serviceangebot frühe Zugangswege geschaffen werden, die es ermöglichen einzugreifen, um einer Manifestation und Chronifizierung psychischer Störungen vorbeugen zu können.

Wie schätzen Sie die zukünftige Entwicklung ein?

Wir gehen davon aus, dass der Bedarf an psychosomatischen Rehabilitationsleistungen in den nächsten Jahren weiter steigen wird. Eine Prognose für die Jahre 2012–2015 geht für unser Haus von einer Steigerung von 7% in diesem Zeitraum aus.

Herr Egner, ich danke Ihnen für dieses Gespräch.