

Klaus Stegmüller

## Medizinische Vorsorge und Rehabilitation unter dem Vorzeichen der »Spargesetze«

### Eine vorläufige Bestandsaufnahme

Mit den beiden »Spargesetzen« vom September 1996 – dem »Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz« (WFG) und dem »Beitragsentlastungsgesetz« (BeitrEntlG) – sind im Bereich der Vorsorge und Rehabilitation neben einer strikten Budgetierung der Ausgaben für die Versicherten deutlich höhere Zuzahlungen und zum Teil erhebliche Leistungseinschränkungen durchgesetzt worden, die mit Beginn des Jahres 1997 Gültigkeit erlangt haben. Darüber hinaus enthalten die »Gesetze zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung« (1. und 2. NOG) im Rahmen der sogenannten »Dritten Stufe« der Gesundheitsreform eine Reihe von ab Mitte 1997 greifenden Bestimmungen, die zusammen mit den Einschnitten der zuvor genannten »Spargesetze« einen nachhaltigen Veränderungsprozeß in der Vorsorge und Rehabilitation, insbesondere in der medizinischen Reha-Versorgung von chronisch Kranken und Behinderten, erzwingen.<sup>1</sup>

Die Träger der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation, dies sind im wesentlichen die gesetzlichen Renten- und Krankenversicherungen (GRV, GKV), sind ihrerseits durch die Budgetierungs- und Kürzungsvorgaben zu Anpassungsreaktionen gezwungen, deren versorgungsstrukturelle und -inhaltliche Folgewirkungen eine für diesen Sektor in mehrfacher Hinsicht bereits dramatische Dimension angenommen haben und – so steht zu erwarten – in Zukunft noch annehmen werden. Die derzeitige Situation ist durch enorme Rückgänge bei den Anträgen und Inanspruchnahmen sowie durch Minderbelegungen und Bettenkündigungen in Rehabilitationskliniken gekennzeichnet. Dies hat inzwischen Kurzarbeit, Kündigungen, Personalabbau, Vernichtung von Arbeitsplätzen und erhebliche Nachfrageausfälle in angrenzenden Wirtschaftszweigen zur Folge gehabt und bedeutet vielfach für die monostrukturell auf diesen Gesundheitssektor ausgerichteten Kur- und Heilbäderkommunen eine existentielle wirtschaftliche Bedrohung. Die arbeitsmarktpolitischen und regionalökonomischen Folgewirkungen sind in der Publizistik vielfach wahrgenommen worden. Weniger öffentliche Aufmerksamkeit erlangte jedoch die Tatsache, daß mit den gesetzlichen

Regelungen mindestens ebenso gravierende Konsequenzen für die künftige rehabilitative Versorgung vor allem von chronisch kranken, häufig auch älteren PatientInnen, von Behinderten und von Behinderung bedrohter Personen verbunden sein werden. Da für die nahe Zukunft die Kostenträger Reduzierungen von Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen nicht ausschließen, wird nach deren Auffassung das derzeitige Versorgungsniveau nicht mehr zu halten sein. Offensichtlich soll das Leitmotiv sozialer Selektivität, welches die gesundheitspolitischen Vorstellungen der Regierungskoalition seit Beginn der neunziger Jahre zunehmend stärker geprägt hat, nunmehr auch in der Vorsorge und Rehabilitation praktizierte Politik werden: Gerade die Personen- bzw. PatientInnengruppen, die einer solidarisch-kollektiven Absicherung ihres Krankheitsrisikos in besonderem Maße bedürfen, sind von den Kürzungs- und Privatisierungsfolgen am stärksten betroffen.

Zugleich wird am Beispiel der Einschnitte in der Vorsorge und Rehabilitation deutlich, daß die »Spargesetze« eine Reihe von Fehlentwicklungen im Hinblick auf die Steuerung von Kapazitäten und Ressourcen in Gang setzen. Mit ihnen wird noch nicht einmal das bis vor kurzem von Seehofer noch vollmundig verkündete Ziel, »Rationalisierungspotentiale« erschließen zu wollen, erreicht, und schon gar nicht werden sie den beabsichtigten Zweck erfüllen, tatsächlich auch Kosten im gesamten Versorgungssystem einzusparen. Letzteres vor allem deshalb nicht, weil sie die gesetzlich geforderten Grundsätze »Reha vor Rente« bzw. »Reha vor Pflege« konterkarieren. Aber ebenso offensichtlich ist auch, daß die schleichende Reprivatisierung des Krankheitsrisikos, die bis zu einer vollständigen Exklusion bestimmter PatientInnengruppen aus dem rehabilitativen Versorgungssystem reicht, für die Bundesregierung um so leichter durchsetzbar war, als sie sich die »Orientierungskrise der Rehabilitation« (Schott 1996; Schuntermann 1996) zunutze machen konnte. Zwei der Ursachen für diese Krise sind: die insgesamt unzureichende konzeptionell-inhaltliche und bedarfsgerechte Weiterentwicklung dieses Versorgungszweiges an der Schnittstelle zur stationären und ambulanten Akutmedizin und die zunehmend härter ausgelegene Konkurrenz zwischen den Leistungsanbietern einerseits und zwischen den Rehabilitationsträgern über die Ausgestaltung und Standards der medizinischen Maßnahmen andererseits.

### *Die Regelungen des »Sparpaketes«*

Im Trägerschaftsbereich der GRV wurden durch das WFG für 1997 die Ausgaben für Rehabilitation auf das um 600 Mio. DM verminderte

Niveau von 1993 abgesenkt und in dieser Höhe »gedeckt«; ab 1998 werden sie nur noch entsprechend der Grundlohnsummenentwicklung angepaßt. Nach Rechnung des Bundesministeriums für Arbeit soll diese Budgetierung ein Einsparvolumen für das laufende Jahr von rund 2,1 Mrd. DM erbringen. Tatsächlich liegt dieses Volumen jedoch um nahezu 30% höher. Unter Berücksichtigung einer von der GRV bereits in 1996 realisierten freiwilligen Ausgabenreduzierung in Höhe von 500 Mio. DM wird sich das für die Rehabilitation zur Verfügung stehende Netto-Ausgabenvolumen für 1997 in einer Größenordnung von rund 7,65 Mrd. DM bewegen, mithin um rund 2,73 Mrd. DM niedriger als in den Haushaltsansätzen der GRV vorgesehen. Von einem Jahr zum anderen können die Rentenversicherungsträger somit nur noch drei Viertel der bisherigen Mittel für die Rehabilitation einsetzen. Eine derart rigide und abrupte Mittelkürzung dürfte in der bislang mehr als 20 Jahre währenden Kostendämpfungsgeschichte der bundesdeutschen Gesundheitspolitik einmalig sein. Zusätzlich zu einer mehr als hundertprozentigen Erhöhung der Zuzahlungen auf 25 DM in den alten und 20 DM in den neuen Bundesländern je stationärem Rehabilitationstag für die Dauer der gesamten Maßnahme, längstens für 42 Tage im Jahr, wird in Zukunft die Regeldauer einer stationären Rehabilitationsmaßnahme nur noch drei gegenüber bisher vier Wochen betragen. Das Regelintervall wird – soweit es medizinisch nicht anders indiziert ist – von drei auf vier Jahre verlängert. Von den Zuzahlungserhöhungen sind jene Heilbehandlungen ausgenommen, die im Anschluß an eine Krankenhausbehandlung erbracht werden (AHB). Hier bleibt es im Westen bei 12 DM und im Osten bei 9 DM pro Tag für die Dauer von 14 Tagen. Darüber hinaus können zwei Urlaubstage pro Reha-Woche angerechnet werden, wenn dem keine tarifvertraglichen Bestimmungen entgegenstehen, und das Übergangsgeld wird bei medizinischen und berufsfördernden Leistungen deutlich abgesenkt. Ferner erhalten solche Personen zukünftig keine Leistung zur Rehabilitation mehr, die eine Sozialleistung beziehen, welche regelmäßig bis zum Beginn einer Altersrente bezahlt wird.

Für die im Bereich der GKV zu erbringenden Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen schreibt das BeitrEntlG weitgehend analog zu den Regelungen des WFG die Verkürzung der Regeldauer, die Verlängerung der Wiederholungsintervalle, die Erhöhung der Zuzahlungen sowie die Anrechnung der Maßnahmentage auf den Urlaub fest. Nach den Erwartungen des Bundesgesundheitsministers beträgt der Einspareffekt hier rund 860 Mio. DM, d.h. eine Kürzung um rund 17% bezogen auf die bisherigen Ausgaben. Zwar wird der Leistungskatalog der GKV nun doch nicht – wie noch im Gesetzentwurf zum 2. NOG vorgesehen –

durch die Einführung von »Gestaltungsleistungen« faktisch in einen Grund- und Wahlleistungsbereich gesplittet. Zu letzterem hätte nach Auffassung der Bundesregierung ein Großteil der Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen in der GKV gehört. Aber durch die nun verabschiedete Regelung, wonach Rahmenvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern über den Katalog zu treffen sind, ist die Gefahr, daß medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen in der GKV dennoch zu »gestaltungsoffenen« Leistungen werden können, nicht grundsätzlich gebannt.

### *Die »wirklichen« Ursachen der Ausgabenanstiege...*

Die Begründungen für das Maßnahmenbündel in der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation entsprechen weitgehend jenen, die auch zur Legitimation von Einschnitten in anderen Versorgungsbereichen des Gesundheitssystems herangezogen werden. Diese lassen sich in der pauschalisierenden These zusammenfassen, es läge eine nicht bedarfsindizierte Ausweitung von Vorsorge- und Reha-Aufwendungen vor, und die Ausgabensteigerungen seien nicht medizinisch gerechtfertigt. Vielmehr seien sie Ausdruck einer überproportional gestiegenen Inanspruchnahmeintensität und -mentalität seitens der Versicherten. Dieses bekannte Argumentationsmuster konnte um so eher eine vermeintliche Plausibilität für sich beanspruchen und eine nahezu unhinterfragte Hegemonie in der öffentlichen Debatte erlangen, als es mit einer zum Teil bewußt kalkulierten Gleichsetzung von traditioneller Kur einerseits und medizinischer Vorsorge und Rehabilitation andererseits gelungen ist, letztere nach dem eingängigen »Fango-Tango-Motto« zu diskreditieren. Die wirklichen Ursachen für die höheren Aufwendungen im Bereich der Vorsorge und Rehabilitation werden jedoch von der Bundesregierung weitgehend ignoriert oder gar geleugnet. Nicht zuletzt auch deshalb, weil die absoluten Ausgabenwüchse auch unmittelbare Folge einer von ihr zu verantwortenden Politik sind.

### *... im Bereich der Gesetzlichen Rentenversicherung*

So läßt sich im Bereich der Rentenversicherung des gesamten Bundesgebietes der deutliche Zuwachs bei den Aufwendungen für Leistungen zur Rehabilitation in den Jahren 1990 bis 1995 von 5,64 Mrd. DM auf 10,12 Mrd. DM ausschließlich auf Faktoren zurückführen, die weder einer Beeinflussbarkeit der Träger noch der Versicherten unterliegen: Die wichtigsten Ursachen, die für den Verantwortungsbereich der GRV genannt

werden (o.V. 1997; Reimann u.a. 1997; Rische 1997a; Schaub 1997), sind:

- Aufbau der Rehabilitation bzw. Aufholprozeß ausgehend von einem deutlich niedrigeren Ausgangsniveau in den neuen Bundesländern;
- gesetzlich begründete Überwälzungen zu Lasten der GRV aus dem Bereich der Bundesanstalt für Arbeit im Rahmen der 10. AFG-Novelle;
- Zunahme der Versichertenzahlen im höheren Lebensalter;
- medizinisch begründete Erhöhung des Rehabilitationsbedarfs in kostenintensiven Leistungsbereichen;
- arbeitsmarktbedingte Zuwächse bei der Zahlung von Übergangsgeldern sowie
- Anstieg des Preisindizes für medizinische Leistungen (Preiseffekt).

Das jeweilige Gewicht der genannten Faktoren am Ausgabenanstieg ist jedoch sehr unterschiedlich. Nach Berechnungen des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) gehen rund 30% des Ausgabenanstieges auf den Aufbau der Rehabilitation in den neuen Bundesländern zurück, fast ein Viertel sind den Gesetzesänderungen im Rahmen der AFG-Novellierung geschuldet und 14% liegen in demographisch bedingten Zunahmen des Pflichtversichertenpotentials begründet (Schaub 1997: 268). Für den Bereich der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) liegt inzwischen eine detaillierte Analyse der Ausgabenentwicklung für Rehabilitationsleistungen von 1995 bis 1996 vor, welche die genannten groben Daten in der Tendenz bestätigen (Reimann u.a. 1997). Vom Ausgabenzuwachs bei der BfA von 1995 bis 1996 in einer Größenordnung von rund 315 Mio. DM (+8,3%) entfallen rund 179 Mio. DM auf die alten (+5,5%) und rund 136 Mio. DM auf die neuen Bundesländer (+25%). Mehr als zwei Fünftel der Mehrausgaben gingen auf den Aufbau der Rehabilitation in den neuen Bundesländern zurück. Die Betrachtung der Ausgabenentwicklung in den alten Bundesländern nach Teilbereichen zeigt, daß die berufsfördernden Leistungen einschließlich der in diesem Zusammenhang gezahlten Übergangsgelder mehr als die Hälfte des Ausgabenanstieges für sich beanspruchten, eine Entwicklung, die unmittelbar auf die 10. AFG-Novellierung zurückgeht. So haben sich die Aufwendungen der BfA im Rahmen der Berufsförderung seit 1992 in etwa verdreifacht. Die Ausgaben für die unmittelbaren medizinischen Rehabilitationsleistungen in den alten Bundesländern sind im Zeitraum 1995/96 dagegen lediglich um 0,9% gestiegen, wobei der Zuwachs von 21 Mio. DM vollständig dem Preiseffekt zuzuschreiben ist. Die Ausgabenanalyse zeigt aber auch, daß die Rentenversicherungen die freiwillig realisierten Ausgabenkürzungen in 1996 gegenüber ihren Haushaltsansätzen durch einen Katalog von

Maßnahmen nicht nur übererfüllt haben, sondern daß die Minderausgaben nahezu ausschließlich zu Lasten der medizinischen Rehabilitationsleistungen erfolgt sind, da die Ausgabenblöcke in den anderen Teilbereichen weitgehend durch vorgegebene Verpflichtungen festgeschrieben sind. Die massiven Rückgänge bei den Bewilligungen von medizinischen Maßnahmen in 1996 schlugen sich in der Ausgabenbilanz nur deshalb nicht nieder, weil in diesem Jahr allein in der BfA 53.000 Maßnahmen aus Bewilligungsüberhängen realisiert wurden, die noch aus der Vorperiode stammten. Bei Abzug der Überhänge lassen sich für die BfA Minderausgaben allein bei den medizinischen Maßnahmen von nahezu 400 Mio. DM errechnen.

Unter den beschriebenen Bedingungen werden von den restriktiven Budgetierungsregelungen des WFG im Bereich der GRV zwei grundlegende Wirkungen ausgelöst: *Erstens* werden sich die Ausgabenkürzungen sehr nachhaltig und vor allem zu Lasten der medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen auswirken. Neben den genannten politischen Prioritätensetzungen ergibt sich dies allein schon dadurch, daß mehr als 90 % aller in der GRV erbrachten Reha-Maßnahmen »medizinische« sind. Das Gewicht der medizinischen Maßnahmen im Verantwortungsbereich der GRV wird – wie bereits seit Jahren feststellbar – weiter abnehmen (Tabelle 1). *Zweitens* müssen die Einsparungen vorwiegend in den alten Bundesländern erreicht werden, da zum einen die Inanspruchnahmequoten in den neuen Bundesländern nach wie vor hinter denen der alten Bundesländer zurückliegen und zum anderen die Angleichungsprozesse in den neuen Bundesländern nicht beeinträchtigt werden sollen. Die BfA geht davon aus, daß die Kürzungen zu mehr als 90 % in den alten Bundesländern realisiert werden.

### *... im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung*

Betrachtet man den Anstieg und die Struktur der Ausgaben für Vorsorge und Rehabilitation in der GKV, so läßt sich auch hier eine Reihe von Faktoren benennen, die die dramatisierende Kostenexplosions-Rhetorik zumindest relativieren (Tabelle 2). Die annähernde Verzehnfachung der Ausgaben in der GKV-Ost zwischen 1991 und 1996 gehen weitgehend auf den – im übrigen politisch gewünschten und subventionierten – Aufbau von Versorgungsstrukturen in den neuen Bundesländern und den angleichenden Nachholprozeß bei der Inanspruchnahme medizinischer Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen zurück. Und auch die nahezu 50-prozentige Ausgabensteigerung in der GKV-West von 2,91 Mrd. DM in 1991 auf vorläufige 4,35 Mrd. DM in 1996 erscheint vor

Tabelle 1:

Rehabilitationsmaßnahmen\* insgesamt und medizinische Rehabilitationsmaßnahmen\*\* in der Bundesrepublik Deutschland nach Trägerschaften 1991 bis 1994

	1991		1992		1993		1994	
	Rehabilitationsmaßnahmen							
	insgesamt	davon: medizin.	insgesamt	davon: medizin.	insgesamt	davon: medizin.	insgesamt	davon: medizin.
Insgesamt	1.651.713	1.234.773	1.772.708	1.342.442	1.827.611	1.335.873	1.908.382	1.398.995
in % aller Maßn.	100	100	100	100	100	100	100	100
Veränd.z. Vorjahr in Prozent	-	-	7,3	8,7	3,1	-0,5	4,4	4,7
davon:								
GRV	917.685	867.377	1.001.870	944.967	979.493	915.027	977.818	902.032
in % aller Maßn.	55,6	70,2	56,5	70,4	53,6	68,5	51,2	64,5
Veränd.z. Vorjahr in Prozent	-	-	9,2	8,9	-2,2	-3,2	-0,2	-1,4
GKV	271.523	271.523	306.161	306.161	308.095	308.095	388.796	388.796
in % aller Maßn.	16,4	22,0	17,3	22,8	16,9	23,1	20,4	27,8
Veränd.z. Vorjahr in Prozent	-	-	12,8	12,8	0,6	0,6	26,2	26,2
GUV	79.406	67.691	74.552	64.936	108.640	84.483	107.157	80.639
in % aller Maßn.	4,8	5,5	4,2	4,8	5,9	6,3	5,6	5,8
Veränd.z. Vorjahr in Prozent	-	-	-6,1	-4,1	45,7	30,1	-1,4	-4,6
Kriegsopfer/ Sozialhilfe/ Arbeitsförderung zusammen	383.099	28.182	390.125	26.378	431.383	28.268	434.611	27.528
in % aller Maßn.	23,2	2,3	22,0	2,0	23,6	2,7	22,8	2,0
Veränd.z. Vorjahr in Prozent	-	-	1,8	-6,4	10,6	7,2	0,7	-2,6

\* Gemäß §29 SGB I medizinische und berufsfördernde Leistungen sowie Leistungen zur sozialen Eingliederung und ergänzende Leistungen, ohne Maßnahmen der begleitenden Hilfe im Arbeits- u. Berufsleben (§31 SchwbG).

\*\* Vom StBA werden für den GKV-Bereich nur stationäre Behandlungen in einer Rehabilitationseinrichtung (§40,2 SGB V) und für den GRV-Bereich stationäre medizinische Heilbehandlungen zur Rehabilitation, der Belastungserprobung und Arbeitstherapie statistisch erfaßt. Im Bereich der Arbeitsförderung werden keine medizinischen Maßnahmen durchgeführt.

Quelle: StBA 1993ff.; eigene Berechnungen

Tabelle 2:

Vorsorge und Rehabilitation in der GKV, Leistungsausgaben u. Fälle 1991 bis 1996

	1991	1992	1993	1994	1995	1996*
<i>West-GKV</i>						
Ausgaben (Mrd. DM)	2,91	3,19	3,23	3,72	4,29	4,35
Veränd. z. Vorjahr (%)	20,7	9,5	1,5	14,9	14,5	2,0
davon für AHB (Mrd.DM)	0,66	0,81	0,91	1,12	1,30	1,48
Veränd. z. Vorjahr (%)	–	22,8	12,7	23,1	16,3	13,9
AHB-Anteil an Ausgaben (%)	22,6	25,4	28,2	30,2	30,3	34,0
Fälle insgesamt	949.637	996.599	957.131	1.025.357	**	**
Veränd. z. Vorjahr (%)	13,1	4,9	–4,0	7,1		
davon						
ambulante Maßnahmen	544.205	510.170	463.143	468.830		
Veränd. z. Vorjahr (%)	–	–6,3	–9,2	1,2		
stat. Maßnahmen (inkl. AHB)	353.015	427.294	415.507	473.838		
Veränd. z. Vorjahr (%)	–	21,0	–2,8	14,0		
Mütter-Vorsorge u. -Genesung	52.417	59.135	78.481	82.689		
Veränd. z. Vorjahr (%)	–	12,8	32,7	5,4		
Ausgaben/Fall (DM)	3.065	3.196	3.380	3.626		
Veränd. z. Vorjahr (%)	6,7	4,3	5,7	7,3		
<i>Ost-GKV</i>						
Ausgaben (Mrd. DM)	0,09	0,25	0,34	0,58	0,80	0,86
Veränd. z. Vorjahr (%)	–	160,0	37,8	71,5	44,6	8,7
davon für						
AHB (Tsd. DM)	6.238	26.636	73.114	165.280	257.572	330.182
Veränd. z. Vorjahr (%)	–	327,0	174,5	126,1	55,8	28,1
AHB-Anteil an Ausgaben (%)	6,6	10,8	21,6	28,4	32,5	38,4
Fälle insgesamt	44.957	82.275	116.115	153.657	**	**
Veränd. z. Vorjahr (%)	–	83,0	41,1	32,3		
davon						
ambulante Maßnahmen	18.469	27.867	32.929	36.852		
Veränd. z. Vorjahr (%)	–	50,9	18,2	11,9		
stat. Maßnahmen (inkl. AHB)	24.434	50.458	74.819	101.479		
Veränd. z. Vorjahr (%)	–	106,5	48,3	35,6		
Mütter-Vorsorge u. -Genesung	2.054	3.950	8.367	15.326		
Veränd. z. Vorjahr (%)	–	92,3	111,8	83,2		
Ausgaben/Fall (DM)	2.106	2.992	2.921	3.787		
Veränd. z. Vorjahr (%)	–	42,1	–2,3	29,6		

\* Vorläufige Ergebnisse, 1.-4. Quartal

\*\* Für 1995 und 1996 liegen aktuell keine Fallzahlen vor.

Quelle: BMG 1993ff.; Sozialpol. Umschau 23/1997; fernmündl. Angaben des BMG; eigene Berechnungen

dem Hintergrund der gravierenden Verschiebung in der Maßnahmenstruktur in einem deutlich anderen Licht. So ist der AHB-Anteil an allen Aufwendungen in der GKV-West überproportional um mehr als 125 % angestiegen. Lag ihr Anteil an allen Ausgaben 1991 noch bei 22,6%, so betrug er 1996 34,0%. Wäre die AHB-Quote des Jahres 1991 beibehalten worden, hätten die Gesamtausgaben um rund 1 Mrd. DM niedriger gelegen, und der Ausgabenanstieg hätte in den fünf Jahren nicht 50 %, sondern 16 % betragen.

In noch weit höherem Maße trifft diese Strukturkomponente für die GKV-Ost zu. Hier haben sich die Ausgaben für AHB von 1991 bis 1996 verfünffzigfacht und verbuchen mittlerweile einen Anteil von mehr als 38 % an den Gesamtausgaben. Das deutlich größere Gewicht der AHB-Maßnahmen – eine Entwicklung, die ebenso in der GRV beobachtet werden kann (Reimann u.a. 1997: 195) –, kommt in der GKV – in Ost wie in West – auch darin zum Ausdruck, daß nach den vorliegenden amtlichen Daten bis 1994 insbesondere jene Maßnahmentearten, unter denen die AHB geführt wird, überproportional zugenommen haben, während die ambulanten Maßnahmen bzw. Vorsorgemaßnahmen deutlich weniger in Anspruch genommen wurden. Zu den expansiven Bereichen gehören auch die Mütter-Vorsorge- und Müttergenesungskuren; sie weisen in der GKV-Ost wie in der GKV-West die höchsten Zuwachsraten unter allen Maßnahmentearten auf (Tabelle 2). Aus dieser Strukturverschiebung lassen sich zwei Schlußfolgerungen ziehen:

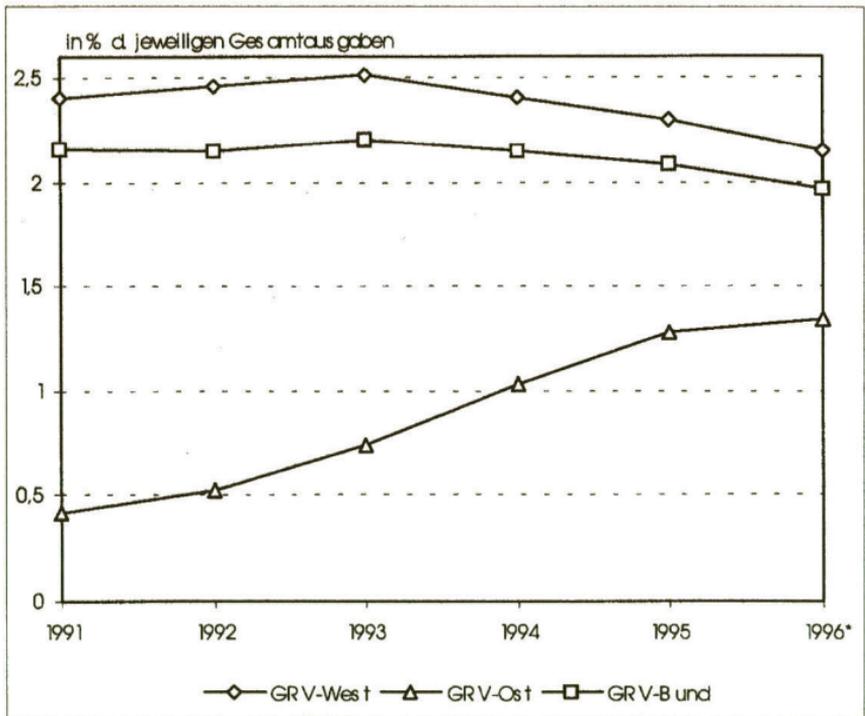
- *Erstens* geht der Ausgabenanstieg in erster Linie auf diejenigen Bereiche zurück, von deren medizinischer und sozialpolitischer Bedeutung offenbar auch die Bundesregierung überzeugt ist, da sie sowohl die AHB als auch die Müttergenesungskuren von der Zuzahlungserhöhung ausgenommen hat.
- *Zweitens* dürfte der jährliche Anstieg für AHB unmittelbar im Zusammenhang mit der Einführung der prospektiven Vergütungen und den Verweildauerreduzierungen im Akutkrankenhaus stehen. Das AHB-Verfahren wurde offenbar in den letzten Jahren zunehmend zum Auffangbecken für den Akutbereich, indem man entweder PatientInnen früher in die Rehabilitationskliniken entließ oder in den Krankenhäusern vermehrt Akut- in Reha-Betten umwidmete.

### *Die Entwicklung der Ausgaben*

Setzt man schließlich die Entwicklung der Ausgabendaten für Vorsorge und Rehabilitation in beiden Sozialversicherungszweigen ins Verhältnis zu den anfallenden Gesamtausgaben, so läßt sich diese nur schwer als

Argument für die einschneidenden Spardiktate ins Feld führen. Die Aufwendungen für medizinische und ergänzende Leistungen der Rehabilitation in der GRV der Arbeiter und Angestellten in den alten Bundesländern lagen 1996 gemessen an ihrem Anteil an den Gesamtausgaben mit 2,15% deutlich unter dem Niveau von 1991 und sind seit 1993 stark rückläufig (Abbildung 1). Eine nahezu synchrone Entwicklung haben die Ausgabenquoten für die gesamte Bundesrepublik genommen. Sie liegen 1996 erstmals im Verlauf der neunziger Jahre unter der 2%-Marke und weisen die bemerkenswerte Besonderheit auf, daß die – auf einem vergleichsweise niedrigeren Ausgangsniveau basierenden – Zuwächse in den neuen Bundesländern den insgesamt rückläufigen Gesamttrend seit 1993 zwar leicht abgeschwächt, nicht jedoch umgekehrt haben.

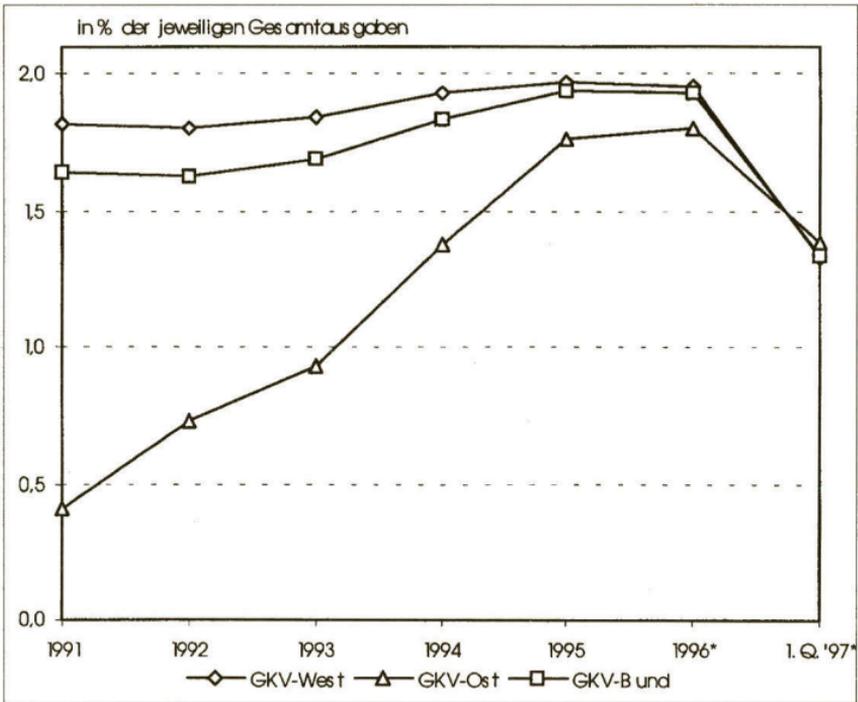
Abbildung 1:  
Aufwendungen für medizinische Rehabilitation in der GRV der Arbeiter und Angestellten 1990 bis 1996



\* Gesamtausgaben teilweise geschätzt

Quellen: VDR 1992ff.; Deutsche Bundesbank, Monatsbericht Mai 1997, Frankfurt/M., S.60\*; Schaub 1997: 270

Abbildung 2:  
Aufwendungen für Vorsorge und Rehabilitation in der GKV 1990 bis 1996



\* vorläufige Ergebnisse

Ab 1995 wird Berlin-Ost den alten Bundesländern zugeordnet

Quellen: BMG 1993ff.; Sozialpolitische Umschau 23/1997

In der GKV läßt sich die Trendwende in der Entwicklung der anteiligen Aufwendungen im Vorsorge- und Rehabilitationsbereich auf das Jahr 1995 datieren (Abbildung 2): die Ausgabenanteile für die GKV-West wie für das gesamte Bundesgebiet sind seither leicht rückläufig, und auch hier hatte der – ab 1995 stark abgeflachte – Zuwachs in der GKV-Ost keine den Gesamttrend umkehrende Wirkung. Die Ausgaben für »Vorsorge und Rehabilitationskuren« sind bezogen auf die Gesamtaufwendungen weder im Westen noch im gesamten Bundesgebiet und schon gar nicht im Rechtskreis Ost je über 2% der Gesamtausgaben gestiegen. Nach den vorläufigen Ergebnissen für das erste Quartal 1997 zeichnen sich die folgenden Ausgabeneinbrüche ab: Gegenüber dem 1. Quartal 1996 sind die Aufwendungen in der GKV-West um mehr als 16%, in der GKV-Ost um mehr als 18% zurückgegangen. Es ist davon auszugehen, daß übers Jahr gesehen sich der Rückgang noch weiter fortsetzen wird, da die Ausgaben des ersten Quartals 1996 noch relativ

unbeeinflusst von der sich im Laufe des Jahres zuspitzenden Spardiskussion waren. Die anteiligen finanziellen Aufwendungen für »Kuren (einschl. AHB)« an den Gesamtausgaben zeichnen den Einbruch entsprechend nach. Die aktuellen Zahlen zeigen auch, daß sich trotz der Einbrüche die oben beschriebene Strukturverschiebung zugunsten der AHB fortgesetzt hat. Die Ausgaben je Mitglied (einschl. RenterInnen) für Vorsorge- und Reha-Maßnahmen ohne AHB sind im 1. Quartal 1997 im Vergleich zum Vorjahreszeitraum in der GKV-West um etwas weniger als ein Drittel, in der GKV-Ost um etwas mehr als ein Drittel zurückgegangen. Dagegen sind die entsprechenden Ausgaben für die AHB in der GKV-West um 11%, in der GKV-Ost um fast 16% angewachsen.

Die frappierende Diskrepanz zwischen den einschneidenden und abrupten Budgetierungs- und Kürzungsmaßnahmen, die im Zuge der Standorthysterie von einer geradezu apokalyptischen Dramatik in der öffentlichen Debatte über die Zukunft der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung begleitet werden, und dem keineswegs so dramatischen Bild, das ein Blick auf die Fakten vermittelt, wird jedoch in der Politik so gut wie nicht zur Kenntnis genommen. So schlug die Bundesregierung sämtliche Appelle der Rentenversicherungsträger, die Budgetierung zurückzunehmen oder doch zumindest abzumildern, um wenigstens Zeit für notwendige Übergangsanpassungen zu gewinnen, bislang weitgehend in den Wind. Sie stellte sich an diesem Punkt sogar gegen zwei unionsgeführte Landesregierungen, die in Teilen die Forderungen der Rentenversicherungen in einem Gesetzesantrag übernommen hatten.<sup>2</sup> Ebenso wenig scheint die Bundesregierung von den Folgewirkungen ihrer Kürzungspolitik beeindruckt zu sein, von denen einige wenige nachfolgend skizziert werden sollen.

### *Die Finanzierungsprobleme werden größer...*

Die zunächst in finanzieller Hinsicht bedeutsamste Wirkung der »Spargesetze« wird sein, daß überhaupt keine Kosten eingespart werden. Sie verschärfen vielmehr die ohnehin durch Wachstumsschwäche, rückläufige Lohnquote und steigende Massenarbeitslosigkeit gespannte Finanzsituation der arbeits- und beitragszentrierten Sozialversicherungszweige. Denn neben einem individuellen Gewinn für den Rehabilitanden haben medizinische Rehabilitationsmaßnahmen einen zweiten, ökonomischen Nutzeffekt, der in einer Vielzahl von Untersuchungen nachgewiesen werden konnte (vgl. zuletzt: Hansmeier u.a. 1997). Dieser Effekt besteht darin, daß die Versicherten vor einem aus gesundheitlichen Gründen frühzeitigen Ausscheiden aus dem Erwerbsleben bewahrt werden

und somit die Ausgaben der Rentenversicherung für Frührentenzahlungen eingespart und Transferzahlungen im Falle von Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit (BU/EU) vermieden werden. Zugleich bleiben die Versicherten durch eine Verlängerung ihrer individuellen Erwerbszeit länger Beitragszahler und tragen so zur Verbesserung der Einnahmesituation bei. Angesichts eines durchschnittlichen Kostenaufwands von rund 8.300 DM für eine Rehabilitationsmaßnahme »rechnet« sich diese bereits, wenn der/die Versicherte aufgrund der Maßnahme mehr als vier Monate länger im Erwerbsleben geblieben ist (Rische 1997a). Daß am so bemessenen Erfolg medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen – Wiederherstellen der Erwerbsfähigkeit und Verbleiben in der Erwerbstätigkeit – kein Zweifel bestehen kann, wurde in einer Reihe von Untersuchungen nachgewiesen. Nach den Ergebnissen der Berliner Studie zur Erwerbssituation nach medizinischer Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit kehrten im ersten Jahr rund 70% der Rehabilitanden wieder ins Erwerbsleben zurück, und auch drei Jahre nach der Entlassung aus der Reha-Klinik waren »nur« 20% der 5.400 StudienteilnehmerInnen frühberentet (Müller-Fahrnow 1994). Andere Studien auf Basis der Reha-Verlaufsstatistik bestätigen in etwa diese Größenordnungen (Clausing 1996: 45; Rische 1997b). Rein unter finanziellen Aspekten betrachtet, besteht das Problem also nicht darin, daß zu viele, sondern eher darin, daß zu wenige (und sicherlich auch unzureichend konzipierte) rehabilitative Maßnahmen in Anspruch genommen werden. Die Rückkehrtrate ins Erwerbsleben könnte bei einem akuten Herzinfarkt bis zu 90% betragen, so daß in der Bundesrepublik bereits jetzt schon allzu häufig frühberentet wird, eine Tendenz, die durch das WFG verstärkt wird (Badura 1996).

Über die Rentenversicherungen hinaus lassen sich durch die Vorsorge und Rehabilitation eine Reihe von positiven Folgewirkungen und ökonomischen Synergieeffekten in anderen Bereichen erzielen, u.a. dadurch, daß höhere Kosten durch Arbeitsunfähigkeitszeiten, Medikamentenkonsum, häufigere Krankenhausaufenthalte und vorzeitige Pflegebedürftigkeit vermieden werden. Dabei gilt, daß das Einsparpotential einer medizinischen Reha-Maßnahme um so größer ist, je früher sie in Anspruch genommen wird. Würde man diese Erkenntnis angemessen berücksichtigen, ergäbe sich ein massives politisches Interesse, Rehabilitationsmaßnahmen zum frühestmöglichen Zeitpunkt und nicht etwa am Ende eines im Ergebnis chronisch verlaufenden Krankheitsgeschehens einzuleiten (Fuchs 1994: 173).

Vor dem Hintergrund dieser Ziel-Mittel-Beziehung zwischen Einnahmen und Rehabilitationsangebot, die ja auch in den gesetzlich geforderten

Grundsätzen »Reha vor Rente« bzw. »Reha vor Pflege« zum Ausdruck kommt, ist die Logik der Budgetierung nicht nachvollziehbar, es sei denn, die Wirksamkeit der medizinischen Rehabilitation im Sinne der gesetzlichen Intention wird insgesamt in Frage gestellt (Burger 1996: 71).

Letzteres scheint offenbar bei der Bundesregierung vorzuherrschen, denn wie sonst ließe sich erklären, daß sie in ein und demselben Gesetz einerseits die bereits im »Rentenreformgesetz 1992« vorgesehene Anhebung des Rentenzugangsalters vorzieht und beschleunigt – was zwangsläufig ein noch höheres Potential an Rehabilitanden und höhere Aufwendungen für deren rehabilitative Versorgung zur Folge haben wird –, andererseits die Mittel gerade für solche Gesundheitsleistungen drastisch kürzt, durch die eine Vielzahl von Beschäftigten überhaupt erst in die Lage versetzt werden, das entsprechende Rentenalter zu erreichen. Die »Flucht aus der Altersrente«, die durch das Heraufsetzen des Rentenalters unweigerlich provoziert wird, erhöht den Druck auf die BU/EU-Renten mit entsprechend längeren Laufzeiten (Memorandum 1997: 105). So ist es bereits heute für die Rentenkassen ein gravierendes Einnahme- und Ausgabenproblem (unter mehreren), daß das Rentenzugangsalter wegen verminderter Erwerbsfähigkeit von 57,8 Jahren in 1975 auf 52,6 Jahre in 1996 deutlich abgesackt, das durchschnittliche Zugangsalter bei Altersrenten im selben Zeitraum jedoch nahezu konstant geblieben ist (1975: 63,6 Jahre; 1996: 62,7 Jahre, Westdeutschland) (VDR 1997: 65). Die Schere wird sich vor dem Hintergrund der WFG-Regelungen unweigerlich weiter öffnen, und die Finanzierungsprobleme der GRV werden hierdurch noch größer.

### *Weiterdrehen der sozialpolitischen »Kürzungsspirale«*

Wie die Bundesregierung diese Finanzierungsproblematik in Zukunft in den Griff zu bekommen gedenkt, läßt sich ihrem Entwurf »Zur Reform der gesetzlichen Rentenversicherung« (Rentenreformgesetz 1999) vom 21. Mai 1997 entnehmen. Bei der Feststellung nämlich, ob eine Erwerbsminderung in rechtlich relevanter Weise vorliegt, soll zukünftig das Arbeitsmarktrisiko allein auf die erwerbsgeminderten Beschäftigten abgewälzt werden, indem die sogenannte konkrete Betrachtungsweise, die auch eine Berücksichtigung der Arbeitsmarktsituation vorsieht, auf die sogenannte abstrakte Betrachtungsweise, die allein auf den Gesundheitszustand der Versicherten abhebt, reduziert wird. Dies bedeutet: »Hat ein Versicherter nicht die Möglichkeit, die ihm verbliebene, also grundsätzlich vorhandene Erwerbsfähigkeit zur Erzielung eines Erwerbseinkommens tatsächlich einzusetzen, z.B. wegen Fehlens eines

(Teilzeit-)Arbeitsplatzes, so bezieht er keinerlei Leistungen aus der Rentenversicherung mehr.« (Urban 1997: 11) In Kombination mit dem Vorhaben, die heute zweigeteilte BU/EU-Rente künftig durch ein System einer einheitlichen, abgestuften Erwerbsminderungsrente zu ersetzen, den geplanten Abschlägen von bis zu 18 % auf die Höhe der vollen Erwerbsminderungsrente, der stufenweisen Anhebung der Altersgrenze für Schwerbehinderten-Rente sowie dem Heraufsetzen des dazu erforderlichen Behinderungsgrads von 50 auf 60 % sollen die sich abzeichnenden Kostenanstiege bei der Erwerbsminderung durch die neue »Rentenreform« in Schach gehalten werden. Angesichts der Verschlechterung der Wiedereingliederungschancen von Erwerbsgeminderten – nicht zuletzt durch die Kürzung der Reha-Maßnahmen – sowie der desolaten Arbeitsmarktsituation sind die geplanten Rentenregelungen mehr als zynisch, da dieser Erwerbspersonenkreis faktisch keine Chance auf dem Arbeitsmarkt besitzt. Zugleich sind sie ein prononciertes Exempel dafür, wie sich die Bundesregierung aus den Fußangeln einer selbstproduzierten Sachzwanglogik insbesondere auf Kosten derjenigen zu befreien versucht, die einer sozialstaatlichen Absicherung der Gesundheits- und Arbeitsmarktrisiken besonders bedürfen: Die Wirkungen der einen sozialpolitischen Kürzung – hier: Ausgabensteigerungen und Einnahmenverluste durch das WFG – werden zum Anlaß und zur Legitimation für weitere Absenkungen bestehender Sicherungsniveaus – hier: Eingriffe in die Invaliditätssicherung – genommen. Auf diese Weise wird eine »Kürzungsspirale« in Gang gehalten, aus der es kein Entrinnen gibt; jedenfalls solange nicht, wie Sozialstaat und Sozialpolitik zur angebotsorientierten Standortsicherung ziel- und zweckfremd in Dienst genommen und undefiniert werden. Die Vorstellung der »Hohepriester« des Neoliberalismus (P. Bourdieu), man müsse angesichts der Globalisierung des Weltmarktes die Launen des zur unantastbaren Gottheit erhobenen »Standorts« dadurch besänftigen, daß man ihm den Sozialstaat quasi als Opfergabe darbietet, erweist sich so vor dem Hintergrund der absehbar kontraproduktiven Folgewirkungen als Programm zur nachhaltigen gesellschaftlichen Destabilisierung.

Gleichermaßen kontraproduktiv erscheinen die Kürzungsmaßnahmen bei der Rehabilitation vor dem Hintergrund der in der fachwissenschaftlichen und arbeitsmarktpolitischen Diskussion für notwendig erachteten Option, die nach dem Jahr 2010 drohenden Defizite der jüngeren Jahrgänge des Erwerbspersonenpotentials durch längere Beschäftigungszeiten der älteren Beschäftigten auszugleichen. In der bereits weit fortgeschrittenen »Entberuflichung des Alters« – die Erwerbsquote beispielsweise der 60- bis 64jährigen Männer beträgt nur noch rund ein

Drittel – liegt vielmehr eine der zentralen Herausforderungen, die anzugehen sich zur Sicherung der vielbeschworenen »Zukunftsfähigkeit« der bundesdeutschen Arbeitsgesellschaft durchaus lohnte (Barkholdt 1997).

### *Folgen für Arbeitsmarkt und regionale Wirtschaftsstruktur*

Exakte Zahlen über den Gesamtumfang der zu erwartenden arbeitsmarkt-, struktur- und wirtschaftspolitischen Auswirkungen der »Spargesetze« liegen aktuell noch nicht vor. Es läßt sich derzeit allenfalls auf der Grundlage der aufgezeigten Ausgabenrückgänge in der Vorsorge und Rehabilitation auf das ungefähre Ausmaß der zu erwartenden Kündigungen von Bettenkontingenten in den Rehabilitationskliniken, des Rückgangs der künftigen Inanspruchnahme im Bereich der Vorsorge sowie der in ihrem Gefolge zu erwartenden Folgewirkungen für die betroffenen Kommunen und Regionen schließen. Es läßt sich von folgenden Größenordnungen ausgehen, die bereits einen Eindruck von der wirtschaftlichen Betroffenheit der »Vorsorge- und Reha-Standorte« vermitteln.

Allein um die vorgegebenen Minderausgaben in der medizinischen Rehabilitation im Bereich der GRV zu realisieren, müßten die Maßnahmenträger in ihrem Zuständigkeitsbereich nach eigener Rechnung rund 400.000 Versicherten eine an sich notwendige medizinische Reha-Maßnahme verweigern und wegen des dadurch geringeren Bedarfs rund 40.000 Betten in Rehabilitationskliniken kündigen. Dies bedeutet, daß rechnerisch fast 200 Kliniken nicht mehr belegt werden könnten. Tatsächlich ist die Anzahl der betroffenen Häuser noch größer, weil zum einen eine gleichmäßige Verteilung der Minderbelegungen auf alle Einrichtungen aus Sicht der Träger nicht in Betracht kommt (Reimann 1997) und weil zum anderen eine bereits 20%ige Minderbelegung über einen längeren Zeitraum für die Reha-Einrichtungen wirtschaftlich nicht zu verkraften ist. Bereits Ende 1996 hat die BfA als unmittelbare Reaktion auf das »Sparpaket« 9.000 Betten gekündigt, was in einzelnen Fällen bereits zu Schließungen von medizinischen Reha-Kliniken geführt hat, denen weitere folgen werden. Zu diesen Bettenkündigungen im Bereich der Rentenversicherungen werden durch die Regelungen des BeitrEntlG im Bereich der GKV annäherungsweise weitere 10.000 Kündigungen von Betten hinzukommen. Das zur Disposition stehende Arbeitsplatzpotential wird allein für den stationären Vorsorge- und Reha-Sektor bundesweit mit rund 20.000 angegeben. Für den ambulanten Bereich, dessen Beschäftigungsvolumen amtlich nicht erhoben

wird, gehen Schätzungen davon aus, daß von den rund 25.000 Vollerwerbsarbeitsplätzen im kurrelevanten gewerblichen Beherbergungsbereich und in den Kurbetrieben rund ein Drittel gefährdet ist (HLT 1997).

Nach einer Umfrage des Verbandes der Privaten Krankenanstalten (Stand: 1. April 1997) sahen sich die Einrichtungen der stationären medizinischen Rehabilitation im Bundesgebiet mit erheblichen Belegungsrückgängen konfrontiert. 55% aller stationären Vorsorge- und Reha-Kliniken verzeichneten einen Belegungsrückgang um mehr als 30%, fast ein Drittel waren nur noch zur Hälfte oder weniger belegt; keinen Rückgang ihrer Belegungskapazitäten verzeichneten lediglich 10% der Kliniken. Kurarbeit hatten der Umfrage zufolge mehr als die Hälfte der Kliniken beantragt oder bereits umgesetzt, und in einem Viertel der Häuser waren Sozialpläne aufgestellt worden (ebd.).

Eine besondere regionalpolitische Brisanz besteht darin, daß überwiegend monostrukturell auf den traditionellen Kur- und Bäderbereich sowie die medizinische Rehabilitation ausgerichtete Kommunen betroffen sind, die keine wirtschaftlichen Kompensationsmöglichkeiten in anderen Wirtschaftsbereichen besitzen. Der Beitrag der Vorsorge und Rehabilitation zur Stabilisierung der kommunalen und regionalen wirtschaftlichen Entwicklung ist hier aufgrund fehlender alternativer Erwerbsmöglichkeiten um so höher zu bewerten. Hierzu tragen insbesondere die rund 1.100 stationären Einrichtungen bei, von denen die meisten in den rund 330 Kurorten angesiedelt sind. Deshalb ist die wirtschaftliche Existenz der Kurorte und Heilbäder elementar an die stationäre Rehabilitation am Kurort gebunden (Fuchs 1996). Die in den Kurorten verfolgte und aus der Not geborene Strategie, auf verhaltenspräventiv orientierte »neue Produkte« für »neue Zielgruppen« im Bereich der »Selbstzahler« zu setzen (Well- und Fitness; Gesundheitsurlaub), wird sich u.U. für einige wenige als eine mehr oder weniger zukunftsfrüchtige, kaum jedoch verallgemeinerungsfähige Strategie erweisen. Als Kompensationsfeld für die im originären Bereich der medizinischen Rehabilitation tätigen Kliniken, wie eine Informationsbroschüre der Bundesregierung glauben machen will, sind diese »neuen Märkte« nicht geeignet. Solche Vorschläge verweisen eher auf eine erstaunliche fachliche Unkenntnis der zuständigen Ministerien (Rische 1997a).

In den Kur- und Heilbädern ist darüber hinaus von einem erheblichen Nachfragerückgang für die unmittelbar vor- und nachgelagerten Wirtschaftsbereiche (Tourismus, Gastronomie, Handwerk, Groß- und Einzelhandel etc.) auszugehen. Zwar lassen sich auch hier noch keine konkreten Zahlen benennen, jedoch dürften die Folgewirkungen für diese

angelagerten Wirtschaftszweige von ebenso eminenter Bedeutung sein wie für die kleinräumliche Wirtschaftsstruktur insgesamt. Einen ersten Anhaltspunkt geben die erstmals seit Jahren verzeichneten Rückgänge bei den Übernachtungszahlen: Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes fiel trotz leichter Anstiege im allgemeinen Beherbergungsgewerbe die Gesamtbilanz der Übernachtungen in der Bundesrepublik im Winterhalbjahr November 1996 bis April 1997 um 5 % vor allem deshalb, weil für die »Sanatorien und Kurkliniken« eine überproportionale Abnahme von 24 % zu registrieren war (Frankfurter Rundschau vom 1. Juli 1997). Vom generellen Rückgang besonders betroffen waren die Bundesländer, in denen die meisten Vorsorge- und Reha-Maßnahmen nach dem Behandlungsort erbracht werden und die auch die höchsten Bettendichten in diesem Bereich aufweisen. Erste vorsichtige Schätzungen gehen von einem zusätzlich induzierten Rückgang von 10.000 Betten beispielsweise im Hotelgewerbe der Kur- und Heilbäderekommunen aus. In verschiedenen Szenarien wird mit Ausfällen von bis zu einem Drittel der kaufkräftigen Nachfrage durch die Einrichtungen und Rehabilitanden gerechnet, zu denen noch unmittelbare Einnahmeausfälle durch Steuern und Abgaben sowie ein erhöhter finanzieller Aufwand für Sozialleistungen (Sozialhilfe, Wohngeld etc.) hinzuzurechnen sind (HLT 1997). Die Befürchtung, daß ganze Kur- und Bäderregionen in ihrer wirtschaftlichen Existenz durch die Vernichtung der Infrastrukturen bedroht sind, ist angesichts der massiven Einbrüche keineswegs von der Hand zu weisen.

### *Bedarfsgerechte Versorgung gefährdet*

Im Gegensatz zu den arbeitsmarkt- und wirtschaftspolitischen Folgen lassen sich über die Auswirkungen im Hinblick auf die Anträge und Bewilligungen medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen, speziell im Bereich der Rentenversicherungen, sehr genaue Angaben machen. Allein die anhaltende Spardiskussion und Ankündigung der Zuzahlungsregelungen haben im Hinblick auf die Antragsentwicklung bei Vorsorge- und Reha-Maßnahmen bereits im Vorfeld des Inkrafttretens der WFG-Regelungen bei den Versicherten eine erhebliche Verunsicherung ausgelöst und ihre abschreckende Wirkung entfaltet. So wurden beispielsweise bei der BfA (alte Bundesländer) im letzten Quartal 1996 gegenüber dem Vorjahreszeitraum rund 17 % weniger Anträge für medizinische Rehabilitationsmaßnahmen gestellt (hierzu und zum folgenden: Reimann u.a. 1997; Schaub 1997). In den beiden großen Rentenversicherungen der alten Bundesländer waren die Rückgänge gegen Ende

des Jahres 1996 noch dramatischer: Im Vergleich zu den entsprechenden Monaten des Vorjahres lagen sie im November bei  $-27,5\%$  und im Dezember bei  $-32,5\%$ . Die sich im Laufe des Jahres 1997 abzeichnenden Folgewirkungen werden also auf eine bereits zuvor angespannte Situation »aufsetzen«.

Dementsprechend hat sich der rückläufige Trend unter dem unmittelbaren Einfluß der neuen Regelungen im ersten Quartal 1997 noch weiter verstärkt; im Vergleich zum ersten Vierteljahr 1996 betrug der Rückgang bei der BfA rund  $36\%$ , was in ähnlicher Größenordnung auch für die anderen Rentenversicherungsträger gilt. Bei der Antragsentwicklung wird darüber hinaus ein aus Versorgungsgründen fataler Zusammenhang zwischen der relativen Häufigkeit der Anträge und dem Alter der Antragsteller erkennbar. Die älteren Versicherten, die aus naheliegenden Gründen in besonderer Weise einer medizinischen Reha-Leistung bedürfen, halten sich bei der Beantragung sehr viel stärker zurück. Dabei gilt: Je älter die Versicherten sind, desto weniger häufig stellen sie unter den aktuellen restriktiven Bedingungen einen Antrag. Wiesen die Beantragungen der über 55jährigen BfA-Versicherten mit  $-22\%$  schon im ersten Quartal des Jahres 1996 die höchsten Rückgänge auf, so lag der entsprechende Vergleichswert für das letzte Quartal bei  $-41\%$ . Ihr Anteil an den Antragstellern ist innerhalb des Zeitraums Januar-November 1996 von 25 auf etwa  $18\%$  gesunken. Und eine zweite Entwicklung wird von Experten der Rentenversicherungen bestätigt: Es liegt angesichts der Verdoppelung der Zuzahlungen nahe, daß »insbesondere wirtschaftlich schwächer gestellte Versicherte notwendige Maßnahmen nicht oder erst dann beantragen, wenn es für eine wirksame Hilfe bereits zu spät ist« (Schaub 1997: 272).

Die rückläufigen Antrags- und Bewilligungszahlen schlugen sich unmittelbar in erheblich sinkenden Inanspruchnahmezahlen nieder. Berechnungen der BfA für die alten Bundesländer belegen, daß die seit Jahren zurückgehende Inanspruchnahme im Jahr 1996 trotz Zunahme der Zahl der Pflichtversicherten in den »reha-intensiven« Jahrgängen nochmals massiv abgesackt sind. Die altersstandardisierte Rate der Inanspruchnahme, bei der altersstrukturelle Effekte ausgeschaltet sind, lag im Jahre 1991 bei rund 2.800 je 100.000 Pflichtversicherten, im Jahre 1995 bei rund 2.500 und im Jahre 1996 bei nurmehr knapp 2.000 (Reimann u.a. 1997: 198). Dieser Trend wird sich unter den Wirkungen der WFG-Regelungen fortsetzen, so daß für die BfA eine altersbereinigte Inanspruchnahme in den alten Bundesländern »von allenfalls noch rd. 1.400 Maßnahmen je 100.000 Pflichtversicherten erwartet werden kann. Gegenüber dem Jahr 1995 ... bedeutet das eine Reduktion

des Versorgungsniveaus um mehr als 40%, gegenüber dem Jahr 1991 sogar eine Halbierung. In Anbetracht dieser Größenordnungen muß die bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten mit Leistungen der medizinischen Rehabilitation zur Vermeidung von vorzeitigen Berentungen als nicht mehr gegeben eingestuft werden« (Reimann u.a. 1997: 207). Eine von der BfA vorgelegte Modellrechnung zur langfristigen Bedarfsentwicklung an medizinischer und beruflicher Rehabilitation weist auf Basis des WFG-Budgets ganz erhebliche Versorgungslücken aus: hier-nach werden im Jahr 2015 für mehr als 200.000 nachgefragte Leistungen im Westen die finanziellen Ressourcen fehlen und somit nur noch 50% der benötigten medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen von der BfA erbracht werden können. Bis zum Jahr 2040 wird sich die Lage demographiebedingt zwar entspannen, jedoch werden auch zum Ende des Prognosezeitraums für 50.000 bis 100.000 Versicherte keine Mittel für medizinische Rehabilitationsmaßnahmen zur Verfügung stehen (Spyra u.a. 1997).

### *Die »Spargesetze« als Trendverstärker der »Reha-Krise«*

Die Ausgabendeckelung einerseits und die Verschärfung der Inanspruchnahmebedingungen andererseits haben die schon seit geraumer Zeit festgestellte »Orientierungskrise« im Bereich der Vorsorge und Rehabilitation noch verstärkt. Die Weiterentwicklung, Qualifizierung und wissenschaftliche Fundierung der Rehabilitation, ihr gerade mal zaghaft begonnener »Emanzipationsprozeß« von der ausschließlich kurativ orientierten Medizin, der zusammenfassend als ein Verabschieden vom dort vorherrschenden akutmedizinischen Paradigma beschrieben werden kann, droht unter den Vorzeichen eines rigorosen Sparzwangs weitgehend wieder zum Stillstand zu kommen. Hierin sind, neben der aufgezeigten Zerstörung von Versorgungskapazitäten und einem Aufreißen von Versorgungslücken, für die Entwicklung einer eigenständigen, »interdisziplinären Rehabilitationswissenschaft« (Schuntermann 1993) langfristige und weitreichende Folgewirkungen zu sehen.

Die Notwendigkeit einer institutionellen wie inhaltlich-konzeptionellen Weiterentwicklung der Rehabilitation ergibt sich aus einer Vielzahl von Gründen, die die Rehabilitation als die »Herausforderung unserer Zeit« (Schuntermann 1996: 15) für das gesundheitliche Versorgungssystem erscheinen lassen. Die Veränderung des Krankheitspanoramas und die demographische Entwicklung verlangen geradezu zwingend eine Aufwertung von Gesundheitsförderung und Rehabilitation (Badura 1996). Fortgeschrittenes Lebensalter und Multimorbidität in Verbindung mit

einem erhöhten Schweregrad der Krankheiten, die Zunahme altersbedingter und alterstypischer Indikationsbereiche, die Zunahme chronischer Erkrankungen und daraus resultierende veränderte Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung sollen hier als Stichworte genügen.

Für den Rehabilitationsbedarf hat dies weitreichende Konsequenzen. War in der Vergangenheit die quantitative Nachfrage nach Rehabilitationsmaßnahmen in starkem Maße durch die im Erwerbsleben stehenden Versicherten bestimmt, so wird mit deren zahlenmäßigem Rückgang der Bedarf der aus dem Arbeitsleben Ausgeschiedenen zunehmen. Hieraus kann jedoch keineswegs auf einen verminderten Gesamtbedarf an Rehabilitation geschlossen werden. Mit dieser Strukturverschiebung muß vielmehr eine »neue Gewichtung der die Rehabilitationsqualität und die Angebotsstrukturen prägenden Zielbestimmung der medizinischen Rehabilitation einher gehen. Dominierte bisher die Zielbestimmung Wiedereingliederung in das Erwerbsleben, ist künftig die Wiedereingliederung in das häusliche und gesellschaftliche Umfeld sowie die Wiederherstellung der Selbsthilfe- und Selbstbestimmungsfähigkeit zielführend« (Fuchs 1996).

Auf die genannten Herausforderungen haben die Träger – und hier insbesondere die Krankenversicherungen – weder eine befriedigende institutionelle Versorgungsstruktur noch langfristig erfolversprechende Behandlungs- und Versorgungskonzepte entwickelt. Die Fortführung und Weiterentwicklung von ersten Programmen zur Qualitätssicherung, die Etablierung von neuen Organisationsmodellen zur ambulanten/teilstationären Rehabilitation sowie die Förderung der rehabilitationswissenschaftlichen Forschung – Ansätze, die erst seit kurzer Zeit und fast ausschließlich von den Rentenversicherungen verfolgt werden – werden sich unter den neuen Bedingungen der Sparmaßnahmen sehr viel schwieriger gestalten (Ruland 1997).

Aufbauend auf den Begriffen gesundheitliche »Schädigungen« (impairments), »Einschränkungen« (disabilities) und »Beeinträchtigungen« (handicaps), die drei Erscheinungsformen von Behinderung (disablement) beschreiben und 1980 zur Grundlage der WHO-Klassifikation von Behinderung genommen wurden (ICIDH), hat die WHO eine Definition von Rehabilitation vorgelegt, wonach alle Maßnahmen in der Rehabilitation letztlich darauf abzielen, die Gefahr einer sozialen Desintegration zu vermeiden (Schuntermann/Schott 1992). Diese Klassifikation, die in anderen Ländern eine zentrale Bedeutung für die Entwicklung der Rehabilitation hin zu einer eigenständigen Wissenschaft und Praxis hatte, wurde in der Bundesrepublik bislang kaum zur Kenntnis genommen (Schuntermann 1993).

Nach wie vor dominieren nahezu ausschließlich körperzentrierte und krankheitsorientierte Konzeptionen, die auf eine Klinifizierung der Rehabilitation, eine Übertragung von Leitbildern, Prinzipien und Verhaltensweisen der Akutmedizin und eine hohe Priorität technikintensiver diagnostischer Maßnahmen im Behandlungsprozeß zurückzuführen sind. Deren Schwerpunkte liegen auf der Kontrolle von medizinischen Risikofaktoren, womit zwar kurzfristig erkennbare somatische Erfolge und eine Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit, jedoch kaum langfristige Erfolge der sozialen und beruflichen Integration erreicht werden können (Grande/Schott/Badura 1996). Die nachgewiesenermaßen große Bedeutung psychosozialer Variablen für die Reintegration der PatientInnen zeigen die Grenzen der körperzentrierten Rehabilitation überdeutlich auf. Der Umgang mit einer chronischen Krankheit erfordert integrative und multidisziplinäre Behandlungs- und Versorgungskonzepte, die weniger von der Fiktion der Heilung, als vielmehr vom Ziel einer möglichst weitgehenden Befähigung der Betroffenen zur normalen Lebensführung ausgehen. Neben krankheitsspezifischen müssen zunehmend auch unspezifische Faktoren (Stress, soziale Unterstützung, Persönlichkeit etc.) bei der Entwicklung von Versorgungskonzepten Berücksichtigung finden, in denen die PatientInnen im Mittelpunkt stehen. Deren Gesundheitspotential gilt es zu stärken (Schott u.a. 1996).

Die aktuellen Tendenzen zeigen jedoch, daß der kostenorientierte Trend zur Verkürzung der Verweildauern im Akutkrankenhaus, das institutionelle Gerangel und die verschärfte Konkurrenz zwischen den verschiedenen Trägern sowie den Leistungserbringern und das Verschieben von PatientInnen zwischen ihnen eher zu einer Ab- denn zu einer Aufwertung der Rehabilitation und Prävention als eigenständige Aufgabe im Versorgungssystem führen wird. Die »Spargesetze« wirken hier als eindeutiger Trendverstärker einer ohnehin bereits problematischen Entwicklung, wonach sich die Träger unter dem Spardiktat noch mehr auf ihr »Kerngeschäft« zurückzuziehen gezwungen sehen (Rische 1997a): Die Gefahr einer unbedingten Orientierung auf die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit liegt in der selektiven Bewilligungs- und Inanspruchnahmepraxis nach bestimmten Indikationen und bestimmten sozialen Gruppen. Fragen der sozialen Eingliederung bzw. Teilhabe am gesellschaftlichen Leben drohen in den Hintergrund zu treten, der Ausschluß von älteren Personen, RentnerInnen, chronisch Kranken und Kindern sowie das Zurückfahren von Bereichen wie der neurologischen und geriatrischen Rehabilitation und der Frühförderung werden die unweigerlichen Folgen sein.

Korrespondenzadresse:

Dr. Klaus Stegmüller

Eckenheimer Landstraße 61

60318 Frankfurt a.M.

### Anmerkungen

- 1 Um der »babylonischen Sprachverwirrung« im Bereich der Vorsorge und Rehabilitation nicht Vorschub zu leisten, die allenthalben vorzufinden ist und die häufig in diskreditierender Absicht gepflegt wird, erscheint vorweg eine begriffliche Abgrenzung angezeigt. Die hier verwendeten Begriffe »medizinische Vorsorge- und Rehabilitation« umfassen Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation nach dem Sozialleistungsbereich der GKV und GRV sowie medizinische Vorsorge (vulgo: »Kuren«) der GKV. Hierunter fallen im Bereich der GKV laut SGB V: a) ambulante Vorsorgekuren (§23 SGB V), b) stationäre Behandlungen in einer Vertrags-Vorsorgeeinrichtung sofern unter a) nicht leistbar, c) ambulante Rehabilitationskuren (§40 SGB V), d) stationäre Behandlungen in einer Rehabilitationseinrichtung sofern unter c) nicht leistbar. Die Maßnahmen unter a) und b) dienen dazu, die »Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen« oder »Pflegetätigkeit zu vermeiden«. Die Maßnahmen unter c) und d) dienen dazu, »eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern«. Den Maßnahmen unter c) werden auch Anschlußheilbehandlungen (AHB) zugerechnet. Bei diesen handelt es sich nicht um eine besondere Art diagnostischer oder therapeutischer Leistungen, sondern um ein Zugangsverfahren für eine stationäre Reha-Versorgung, die sich unmittelbar oder in engem zeitlichen Zusammenhang an eine Krankenhausbehandlung anschließt. Ambulante Vorsorge und Rehabilitation werden auch als »offene Badekur« bezeichnet. – Im Bereich der GRV werden nahezu ausschließlich stationäre medizinische Heilbehandlungen zur Rehabilitation erbracht. Diese Maßnahmen sind »medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation«, um »den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiederenzugliedern«. (§9 SGB VI) Ihnen werden auch AHB zugerechnet. – Von quantitativ geringerer Bedeutung sind medizinische Rehabilitationsmaßnahmen der übrigen Träger, gesetzliche Unfallversicherung (GUV), Kriegspflerversorgung und -fürsorge sowie Sozialhilfe. Ihr Anteil an allen medizinischen Reha-Maßnahmen beträgt rund 8% (Tabelle 1).
- 2 Ein Gesetzesantrag der Länder Bayern und Baden-Württemberg, der Eingang in eine Bundesratsinitiative gefunden hat, forderte, die Ausgaben im Bereich der GRV für Rehabilitation für 1997 abweichend vom WFG nicht auf Basis des Jahres 1993, sondern auf Basis des Jahres 1994 ohne eine weitere Absenkung zu budgetieren, um einen über den langfristigen Bedarf hinausgehenden Bettenabbau und die damit verbundenen Folgen für den Arbeitsmarkt und die regionale Wirtschaftsstruktur, die volkswirtschaftlich nicht vertretbar seien, zu vermeiden. Der GRV stünde so ein Betrag von rund 1,5 Mrd. DM mehr als durch das WFG vorgesehen zur Verfügung (BR-Drs. 56/97 v. 23.01.1997). Nach Fertigstellung des vorliegenden Artikels wurde bekannt, daß sich die Koalition auf eine Lockerung der Budgetierung bei den Rentenversicherungen für die Rehabilitation verständigt hat.

Der Ausgabenrahmen soll in den Jahren 1998 und 1999 um jeweils 450 Mio. DM weniger stark zurückgefahren werden, für 1997 sehen die Vereinbarungen jedoch keine Rücknahme der faktischen Einsparungen in Höhe von 2,7 Mrd. DM vor. Daß hierdurch die »Kurorte eine dauerhaft gesicherte Zukunftsperspektive« erhielten, wie der Vorsitzende der CSU-Landesgruppe im Bundestag, M. Glos, formulierte, darf nicht nur angesichts der geringen Höhe der Rücknahme, sondern auch im Hinblick auf deren verspätete Entlastungswirkung ab 1998 bezweifelt werden (vgl. FAZ v. 25.6.1997).

### Literatur

- Badura, B. (1996): Funktion und Bedeutung der Rehabilitation aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht. Vortrag auf dem BKK-Workshop: Rehabilitationsberatung bei den Betriebskrankenkassen, Essen am 8.10.1996. Workshop-Dokumentation, hrsg.v. BKK-Bundesverband. Essen
- Barkholdt, C. (1997): Qualifikationssichernde Arbeitsbedingungen – Voraussetzung für die Erwerbstätigkeit auch im Alter. In: WSI-Mitteilungen, Jg. 50, Heft 1, S.50-56
- BMG (1993 ff.): Bundesministerium für Gesundheit (Hg.): Die gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre... Bonn
- Burger, S. (1996): Ökonomische Analyse der medizinischen Rehabilitation – Rehabilitation zwischen sozialpolitischem Anspruch und arbeitsmarktpolitischen Interessen. Frankfurt a.M., New York
- Clousing, P. (1996): Realisierung ambulanter/teilstationärer medizinischer Rehabilitation – Erfahrungen und Erfordernisse der stationären Rehabilitation. In: Soziale Sicherheit, Jg. 45, Heft 2, S.41-45
- Fuchs, H. (1994): Abgrenzung oder Kooperation – Zwischen Akutmedizin und medizinischer Rehabilitation. In: Soziale Sicherheit, Jg. 43, Heft 5, S.172-179
- Fuchs, H. (1996): Kurortpolitische Gesichtspunkte zur medizinischen Rehabilitation am Kurort. In: Heipertz, W. (Hg.): Rehabilitation im Kurort. Symposium der deutschen Akademie für Kurortwissenschaft und Rehabilitationsmedizin. Karlsruhe, S.30-54
- Grande, G.; Schott, Th.; Badura, B. (1996): Ergebnisorientierte Evaluation kardiologischer Rehabilitation. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, Jg. 4, Heft 4, S.335-348
- Hansmeier, Th.; Müller-Fahrnow, W.; Klosterhuis, H.; Spyra, K. (1997): Kosten-Nutzen-Bewertung der medizinischen Rehabilitation der RV und die Auswirkungen des WFG. In: Die Angestelltenversicherung, Jg. 44, Heft 5, S.226-233
- HLT (1997): HLT Gesellschaft für Forschung Entwicklung: Zukunft der Kur- und Bäderstandorte in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme vor dem Hintergrund des »Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes« und der »Dritten Stufe« der Gesundheitsreform. Unveröff. Manusk. Wiesbaden.
- Memorandum (1997): Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik: Memorandum '97 – Beschäftigungspolitik und gerechte Einkommensverteilung gegen soziale Zerstörung. Köln
- Müller-Fahrnow, W. (1994): Die Berliner KHK-Studie – eine empirische Untersuchung zur Versorgungsphase I-III bei koronarer Herzkrankheit. In: Ders. (Hg.): Medizinische Rehabilitation – Versorgungsstrukturen, Bedarf und Qualitätssicherung. Weinheim, München
- o.V. (1997): Reha '97 – Die Bundesregierung behauptet... Tatsache ist jedoch... In: f&w – Führen und Wirtschaften im Krankenhaus, Jg. 14, Heft 2, S.153-160

- Reimann, A. (1997): Heutiger Leistungsstand der medizinischen Rehabilitation – welche Einschnitte sind zu erwarten? In: Rehabilitation 1996 – Rehabilitationsforum der BfA und der LVA Brandenburg, Potsdam, 23.-24. September 1996, hrsg. v.d. BfA. Berlin, S.23-36
- Reimann, A.; Egner, U.; Hansmeier, Th. (1997): Rehabilitationsleistungen der BfA im Jahr 1996 – Eigenverantwortliche Ausgabenbegrenzung dauerhaft wirksam. In: Die Angestelltenversicherung, Jg. 44, Heft 5, S.193-208
- Rische, H. (1997a): Die Rehabilitation – das wesentliche Gestaltungsinstrument der gesetzlichen Rentenversicherung. In: Rehabilitation 1996 – Rehabilitationsforum der BfA und der LVA Brandenburg, Potsdam, 23.-24. September 1996, hrsg. v.d. BfA. Berlin, S.11-22
- Rische, H. (1997b): Rehabilitation rechnet sich – Die Rentenversicherung ist verpflichtet, nicht an sondern durch Rehabilitation zu sparen. In: Forum für Gesellschaftspolitik, Jg. 3, Mai 1997, S.139-140
- Ruland, F. (1997): Anlaß zur Besorgnis – Ganzheitliche Rehabilitationskonzepte durch Spargesetze gefährdet. In: Forum für Gesellschaftspolitik, Jg. 3, Mai 1997, S.140-144
- Schaub, E. (1997): Rehabilitation der Rentenversicherung im Zeichen der Spargesetze: Umbruch und Perspektiven, in: Deutsche Rentenversicherung, Heft 5-6, S.265-276
- Schott, Th. (1996): Rehabilitation und die Wiederaufnahme der Arbeit – Eine sozial-epidemiologische Untersuchung über den Erfolg medizinischer Rehabilitation nach Herzerkrankung bei der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. Weinheim, München
- Schott, Th. u.a. (1996): Neue Wege in der Rehabilitation – Von der Versorgung zur Selbstbestimmung chronisch Kranker. Weinheim, München
- Schuntermann, M.F. (1993): Zur Begründung der interdisziplinären Rehabilitationswissenschaften. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, Jg. 1, Heft 2, S.161-171
- Schuntermann, M.F. (1996): Bedeutung der Rehabilitationswissenschaften für die Praxis der Rehabilitation – zukünftige Aufgaben der Rehabilitationsmedizin. In: Heipertz, W. (Hg.): Rehabilitation im Kurort. Symposium der deutschen Akademie für Kurortwissenschaft und Rehabilitationsmedizin. Karlsruhe, S.15-29
- Schuntermann, M.F.; Schott, Th. (1992): Rehabilitationswissenschaften: Wie lange noch Stiefkind der Humanwissenschaften? In: Müller, R.; Schuntermann, M.F. (Hg.): Sozialpolitik als Gestaltungsauftrag. Zum Gedenken an Alfred Schmidt. Köln, S.54-74
- Spyra, K.; Müller-Fahrnow, W.; Hansmeier, Th.; Klosterhuis, H. (1997): Medizinische und berufliche Rehabilitationsleistungen der BfA – Abschätzung der Bedarfs- und Ausgabenentwicklung bis zum Jahr 2040 unter Berücksichtigung des WFG-Deckels, in: Die Angestelltenversicherung, Jg. 44, Heft 5, S.208-225
- StBA (1993 ff.): Statistisches Bundesamt: Fachserie 13, Reihe 5.2: Rehabilitationsmaßnahmen. Wiesbaden.
- Urban, H.-J. (1997): Ende des Generationenvertrages? Ein sozialstaatliches »Tabu« wird geknackt. Unveröff. Ms. Frankfurt a.M.
- VDR (1992 ff.): Verband Deutscher Rentenversicherungsträger: Statistik Rehabilitation des Jahres ... Bde. 101, 107, 112, 114, 118. Frankfurt a.M.
- VDR (1997): Verband Deutscher Rentenversicherungsträger: Rentenversicherung in Zahlen 1997. Frankfurt a.M.