

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Markus Kurth, Corinna Rüffer, Maria Klein-Schmeink, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 19/1789 –**

Rehabilitation als Beitrag zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit

Vorbemerkung der Fragesteller

Insgesamt sieben Institutionen in Deutschland haben die Aufgabe, gesundheitliche Einschränkungen im Vorfeld zu vermeiden, die Erwerbsfähigkeit zu erhalten bzw. wiederherzustellen, die Teilhabe am Arbeitsleben zu sichern sowie eine möglichst selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen. Zu diesen Institutionen gehören u. a. die Deutsche Rentenversicherung, die Bundesagentur für Arbeit, die Krankenkassen und die Träger der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen.

Mit Blick auf den Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit kommt diesen genannten Rehabilitationsträgern eine besondere Rolle zu. Denn dass sich Rehabilitation auch volkswirtschaftlich rechnet, haben verschiedene Untersuchungen immer wieder eindrücklich belegt (zuletzt: Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung: Die Wirksamkeit der Rehabilitation wissenschaftlich beweisen – wie sich Reha rechnet). Um dem Grundsatz „Reha vor Rente“ Rechnung zu tragen, sind nach Auffassung der fragestellenden Fraktion allerdings weitere Anstrengungen zu unternehmen. So ist beispielsweise nicht zufriedenstellend, dass weniger als 50 Prozent der Erwerbsminderungsrentnerinnen und Erwerbsminderungsrentner zuvor eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch genommen haben (Mittag et al (2014). Arbeitgeberverantwortung für die Wiedereingliederung kranker Arbeitnehmer: Das Modell Niederlande. Recht und Praxis der Rehabilitation 1: 67-71). Auch die Auseinandersetzung um den sog. Ü-45-Check-Up im Rahmen des Flexirentengesetzes zeigt, dass noch erhebliches Potential bei der frühzeitigen Erkennung von Einschränkungen der Beschäftigungsfähigkeit liegt (siehe etwa 8. Fachtagung der Deutschen Rentenversicherung Bund 11. und 12. Mai 2017 in Berlin).

1. Wie viele Maßnahmen wurden nach Kenntnis der Bundesregierung im letzten Jahr (alternativ für das Jahr 2016) im Bereich
 - a) der medizinischen Rehabilitation,
 - b) der Teilhabe am Arbeitsleben,
 - c) der unterhaltssichernden und anderen ergänzenden Leistungen,
 - d) der Leistungen zur Bildung sowie
 - e) der Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaftdurchgeführt (bitte nach Geschlecht und jeweiligen Rehabilitationsträgern differenzieren)?

Vorbemerkung zu den Fragen 1 und 2:

Die Fragen 1 und 2 werden nach den Zuständigkeiten der verschiedenen Rehabilitationsträger getrennt beantwortet. Derzeit gibt es noch keine einheitliche trägerübergreifende statistische Erfassung von Rehabilitationsleistungen im Sinne der von den Fragestellern gewünschten Aufschlüsselung.

Mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) wurde in § 41 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) eine neue Regelung zur Erstellung eines Teilhabeverfahrensberichtes getroffen. Diese Statistik wird auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (BAR) erstmals im Jahr 2019 erstellt.

Die BAR stellt darüber hinaus mit der Ausgabestatistik regelmäßig trägerübergreifend aufbereitete Informationen zu den Ausgaben für Rehabilitation bereit. Diese Statistik über die Höhe der Ausgaben aller Rehabilitationsträger und Integrationsämter ist derzeit die einzige trägerübergreifende Zusammenfassung über die Höhe der erbrachten Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe. Sie steht den Mitgliedern der BAR und der Öffentlichkeit zur Verfügung. Die zuletzt aktualisierte Ausgabe ist auf der Internetpräsenz der BAR abrufbar: www.bar-frankfurt.de/publikationen/reha-info/reha-info-012018/traegeruebergreifende-ausgaben-fuer-rehabilitation-und-teilhabe.

Soweit die für die Beantwortung der Fragen verfügbaren Statistiken sich aufgrund der Datenformate nicht für eine schriftliche Darstellung eignen, wird nachfolgend der wesentliche Inhalt in Textform wiedergegeben und darüber hinaus auf die jeweiligen allgemein zugänglichen Quellen verwiesen.

Gesetzliche Krankenversicherung:

Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wurden im Jahr 2016 rund 741 000 Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation (ambulante und stationäre Rehabilitation inkl. Anschlussrehabilitation sowie medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter) durchgeführt. Zudem gab es in der GKV im gleichen Jahr insgesamt rund 2 Millionen Krankengeldfälle. Davon waren 9 468 Fälle bei Rehabilitation und Vorsorge (in der Statistik zusammengefasst). Zu den anderen ergänzenden Leistungen liegen in den amtlichen Statistiken keine Fallzahlen vor.

Kriegsopferversorgung und Kriegsopferfürsorge:

Im Jahr 2016 wurden für die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und ergänzende Leistungen nach §§ 26 und 26a des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) in 263 Fällen einmalige Leistungen erbracht. 428 Personen waren zum Stichtag 31. Dezember 2016 Empfänger laufender Leistungen. Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft werden nach § 27 BVG als Bestandteil der Hilfen

in besonderen Lebenslagen erbracht. Hier wurden nach den der Bundesregierung verfügbaren Daten im Jahr 2016 in insgesamt 2 462 Fällen einmalige Leistungen der Hilfe in besonderen Lebenslagen erbracht, 10 476 Personen erhielten am Stichtag 31. Dezember 2016 laufende Leistungen.

Eingliederungshilfe:

Die Länder sind nach den verfassungsrechtlichen Vorgaben eigenverantwortlich für die Durchführung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) zuständig. Daher liegen der Bundesregierung hierzu in der Regel keine eigenen, über die amtliche SGB XII-Statistik hinausgehenden Zahlen vor. Die amtliche SGB XII-Statistik erfasst nur Daten zu Leistungsempfängern und Ausgaben. Diese sind abrufbar auf der Internetpräsenz des Statistischen Bundesamts unter:

www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Soziales/Sozialleistungen/Sozialhilfe/Sozialhilfe.html.

Anzahl der Empfängerinnen und Empfänger von Eingliederungshilfe für behinderte Menschen im Laufe des Jahres 2016

Hilfeart	Insgesamt	Männlich	Weiblich
Insgesamt	894 638	529 785	364 853
hiervon:			
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	8 083	5 370	2 713
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	3 986	2 288	1 698
Leistungen in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen	284 580	167 661	116 919
Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft	653 642	383 000	270 642
Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung	78 831	49 679	29 152
Hilfen zur schulischen Ausbildung für einen angemessenen Beruf einschließlich des Besuchs einer Hochschule	1 103	536	567
Hilfe zur Ausbildung für eine sonstige angemessene Tätigkeit	138	74	64
Hilfe in vergleichbaren sonstigen Beschäftigungsstätten nach § 56 SGB X	3 842	2 241	1 601
Nachgehende Hilfe zur Sicherung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen und zur Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben	3 810	2 815	995
Sonstige Leistungen	44 100	25 818	18 282

Quelle: Statistisches Bundesamt

Bundesagentur für Arbeit:

In der Förder- und Rehasstatistik der Bundesagentur für Arbeit werden nur Maßnahmen im Bereich der Teilhabe am Arbeitsleben erfasst, bei denen die Bundesagentur für Arbeit der Rehabilitationsträger ist.

Nach Angaben der Bundesagentur für Arbeit wurden im Jahr 2017 rund 135 000 Förderungen von Rehabilitanden begonnen. Darunter waren rund 128 000 Eintritte in allgemeine Leistungen und besondere Leistungen zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen und 7 000 Eintritte in Eingliederungszuschuss für Menschen mit Behinderungen und schwerbehinderte Menschen. Im Jahr 2017 wurden 83 000 Förderungen von männlichen Rehabilitanden und 52 000 von weiblichen Rehabilitanden begonnen.

Daten zu den einzelnen Maßnahmen sind online abrufbar unter (Excel-Tabelle 6):

https://statistik.arbeitsagentur.de/nn_31922/SiteGlobals/Forms/Rubrikensuche/Rubrikensuche_Form.html?view=processForm&resourceId=210368&input_=&pageLocale=de&topicId=939264&year_month=201712&year_month.GROUP=1&search=Suchen

Im Rahmen der beruflichen Rehabilitation erbringt die Bundesagentur für Arbeit auch unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen. Nach Angaben der Statistik über Leistungen nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III) der Bundesagentur für Arbeit gab es im Jahr 2017 deutschlandweit rund 43 000 Zugänge (darunter 17 000 Frauen) in Ausbildungsgeld und 6 500 Zugänge (darunter 2 600 Frauen) in Übergangsgeld. Die Daten können der nachfolgenden Tabelle entnommen werden.

Zugang Ausbildungsgeld und Übergangsgeld nach Leistungsart, Datenstand April 2018

Jahressumme/Berichtsmonat	Ausbildungsgeld		Übergangsgeld	
	Leistungsempfänger	Nur Teilnahme und/oder Fahrtkosten	Leistungsempfänger	Nur Teilnahme und/oder Fahrtkosten
	Insgesamt			
2015	45.896	22.764	6.524	4.067
2016	45.448	22.352	6.416	3.378
2017	43.273	21.653	6.453	3.465
	darunter: Frauen			
2015	18.046	8.978	2.724	1.695
2016	17.894	8.757	2.665	1.573
2017	17.010	8.379	2.707	1.464

Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit

Gesetzliche Unfallversicherung:

Für die gesetzliche Unfallversicherung ist darauf hinzuweisen, dass sie sowohl für die ärztliche Behandlung, Rehabilitation und Teilhabe von Versicherten, die durch einen Arbeits- oder Wegeunfall verletzt wurden oder eine Berufskrankheit haben, als auch für deren Entschädigung nach den Vorgaben des Siebten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VII) zuständig ist.

In § 26 Absatz 3 SGB VII ist der Vorrang der Heilbehandlung und Rehabilitation vor Rentenleistungen für die Unfallversicherung ausdrücklich normiert. Aufgrund der umfassenden Zuständigkeit der gesetzlichen Unfallversicherung von der Akutversorgung über Rehabilitation bis zur Teilhabe werden einige der angefragten Sachverhalte nach Auskunft der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) bisher statistisch nicht so differenziert erfasst, wie es für eine Beantwortung der Fragen erforderlich ist. Beispielsweise kann bei medizinischen Leistungen zum Teil nicht zwischen Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation und Maßnahmen der akuten Heilbehandlung unterschieden werden, wenn diese nahtlos durch einen Leistungserbringer erbracht werden.

Gesetzliche Rentenversicherung:

Die Statistik der Deutschen Rentenversicherung für den Bereich Rehabilitation liegt für das Berichtsjahr 2016 vor. Diese Statistik umfasst die Auswertungen der abgeschlossenen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 15 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI)), der sonstigen Leistungen zur Teilhabe (§ 31 SGB VI) und der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 16 SGB VI).

Im Jahr 2016 weist die Statistik insgesamt 1 026 971 abgeschlossene Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe aus. Aus der nachfolgenden Tabelle sind die Angaben nach der gewünschten Differenzierung (der Fragen 1a und 1c) zu entnehmen.

Abgeschlossene Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe im Jahre 2016

Maßnahmeart	Männer und Frauen	Männer	Frauen
	Anzahl		
Normale Leistung zur med. Rehabilitation	676.504	361.103	315.401
Zahnersatzleistung	121	82	39
Leistung wg. psychiatrischer Krankheiten (einschl. RPK)	149.943	56.456	93.487
Entwöhnungsbehandlung	44.452	33.624	10.828
Ca-Reha-Leistung nach § 15 SGB VI	76.662	28.260	48.402
Ca-Reha-Leistung nach § 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB VI	76.800	37.342	39.458
Sonstige Leistung nach § 31 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI	173	112	61
Sonstige Leistung nach § 31 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI	2.316	1.414	902
Leistungen insgesamt	1.026.971	518.393	508.578

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung, Rehabilitation 2016

Im Jahr 2016 konnten insgesamt 156 117 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben abgeschlossen werden. Differenzierungen nach Art der Maßnahme und Geschlecht gehen aus der nachstehenden Tabelle hervor.

Abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Jahre 2016

Maßnahmearart	Männer und Frauen	Männer	Frauen
	Anzahl		
Auswahl v. Leistungen, Eignungsabklärung, Arbeitserprobung	17.739	11.502	6.237
Individuelle betriebliche Qualifizierung	116	58	58
Gründungszuschuss	540	375	165
Leistung zur Erhaltung o. Erlangung eines Arbeitsplatzes	74.692	50.319	24.373
Berufsvorbereitung	6.923	4.516	2.407
Leistungen zur beruflichen Bildung	30.995	18.247	12.748
Rehabilitation psychisch Kranker	1.939	1.044	895
Leistungen in einer Werkstatt für behinderte Menschen	9.614	6.133	3.481
Kfz-Hilfe	3.506	1.927	1.579
Leistungen an Arbeitgeber	10.053	6.906	3.147
Leistungen insgesamt	156.117	101.027	55.090

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung, Rehabilitation 2016

Kinder- und Jugendhilfe:

Laut Ergebnissen der amtlichen Kinder- und Jugendhilfestatistik wurden im Jahre 2016 94 166 Eingliederungshilfen bei (drohender) seelischer Behinderung (§ 35a Aches Buch Sozialgesetzbuch (SGB VIII)) seitens der Kinder- und Jugendhilfe durchgeführt. Ohne die jungen Volljährigen belief sich das Fallzahlenvolumen auf 82 265 für Minderjährige. Diese Angaben beziehen sich jeweils auf die am Jahresende 2016 andauernden sowie die im Verlaufe des besagten Jahres beendeten Hilfen. Die Ergebnisse für das Jahr 2017 werden voraussichtlich im vierten Quartal 2018 durch das Statistische Bundesamt veröffentlicht werden.

2. Wie hoch waren die Kosten für die jeweiligen Maßnahmen nach Kenntnis der Bundesregierung (bitte nach Geschlecht und jeweiligen Rehabilitationsträgern differenzieren)?

Die Ausgaben für Rehabilitation und Teilhabe betragen nach Angaben der BAR im Jahr 2016 insgesamt 35,2 Mrd. Euro. Gegenüber dem Jahr 2006 ergibt sich eine Steigerung von etwa 40 Prozent. Das entspricht nominal einem Zuwachs bei den Ausgaben in Höhe von 10,1 Mrd. Euro gegenüber 2006. Der größte Träger von Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe ist die Eingliederungshilfe. Ihr Anteil beträgt inzwischen etwa 51 Prozent der Gesamtausgaben (Quelle: Reha-Info 01/2018, BAR).

Gesetzliche Krankenversicherung:

Für den Bereich der GKV können nur die Gesamtausgaben in den jeweiligen Leistungsbereichen angegeben werden. Differenzierungen nach Geschlecht und Rehabilitationsträgern liegen nicht vor. Die Ausgaben für Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation beliefen sich im Jahr 2016 auf 2,4 Milliarden Euro. Für andere ergänzende Leistungen wurden von der GKV rund 364 Millionen Euro im Jahr 2016 ausgegeben. Zu den Ausgaben für Krankengeld liegen in den amtlichen Statistiken keine separaten Daten für den Bereich Rehabilitation vor. Die Krankengeldausgaben insgesamt betragen 11,7 Milliarden Euro im Jahr 2016.

Kriegsopferversorgung und Kriegsopferfürsorge:

Die Gesamtausgaben für einmalige und laufende Leistungen nach §§ 26 und 26a BVG betragen 5 448 720 Euro im Jahr 2016. Die Gesamtausgaben nach § 27 BVG betragen 185 226 905 Euro. Der Anteil an den Leistungen und Ausgaben,

der auf die Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft entfällt, kann nicht beziffert werden. Er wird vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) auf ca. 80 Prozent geschätzt.

Eingliederungshilfe:

Für die Eingliederungshilfe nach dem SGB XII wird auf die Antwort zu Frage 1 verwiesen. Aus der amtlichen SGB XII-Statistik ergibt sich, dass für Leistungen der Eingliederungshilfe im Jahr 2016 insgesamt 17,9 Mrd. Euro (Bruttoausgaben) verausgabt wurden:

Bruttoausgaben der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen 2016 insgesamt			
	Insgesamt	Außerhalb von Einrichtungen	In Einrichtungen
Bundesland	Millionen EUR		
Berücksichtigung von Korrekturlieferungen der Länder Bremen, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz.			
Deutschland	17 923,7	3 341,7	14 582,0
Früheres Bundesgebiet	14 869,8	2 755,0	12 114,8
Neue Länder mit Berlin	3 054,0	586,7	2 467,3
Baden-Württemberg	1 822,2	256,7	1 565,5
Bayern	2 739,1	382,9	2 356,3
Berlin	811,9	304,2	507,7
Brandenburg	468,6	74,0	394,7
Bremen	203,2	50,5	152,7
Hamburg	437,4	134,3	303,1
Hessen	1 404,6	363,8	1 040,7
Mecklenburg-Vorpommern	310,5	47,4	263,1
Niedersachsen	1 967,7	278,7	1 688,9
Nordrhein-Westfalen	4 394,9	997,2	3 397,7
Rheinland-Pfalz	956,1	121,5	834,6
Saarland	233,9	49,9	184,0
Sachsen	577,2	65,9	511,2
Sachsen-Anhalt	458,2	41,5	416,7
Schleswig-Holstein	710,6	119,4	591,2
Thüringen	427,5	53,7	373,8

Quelle: Statistisches Bundesamt

Bundesagentur für Arbeit:

Nach Angaben der Bundesagentur für Arbeit betragen die Ist-Ausgaben der Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben, welche die Bundesagentur für Arbeit aus ihrem Haushalt erbringt, im Jahr 2017 rund 2,4 Mrd. Euro deutschlandweit.

Zur Ausgabenhöhe bezogen auf einzelne Rehabilitationsträger, Geschlecht oder ähnliche Merkmale können keine Angaben gemacht werden, da die Finanzsysteme der Bundesagentur für Arbeit grundsätzlich keine Differenzierung der Ausgaben nach bestimmten Personenkreisen oder Bevölkerungsteilen vorsehen. Weitere Angaben zu den Ist-Ausgaben der Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben können der nachfolgenden Tabelle entnommen werden.

Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben	
Bundesgebiet	
01.01.2017 bis 31.12.2017	
Angaben in Euro	
Leistung	2017 Ist-Ausgaben
Teilhabe beh. Menschen am Arbeitsleben	2.397.108.892,31
Pflichtleistungen	2.272.606.521,36
Allgemeine Leistungen	69.616.410,38
Reha - Akt./berufl. Eingliederung	351.703,62
Reha-Berufsausbildungsbeihilfe	17.566.274,96
Reha BAB Azubi	5.011.262,06
Reha BAB Teilnehmer BvB	8.304.546,44
Reha Erstattung SV Erstattung an Reha-Einrichtungen	4.250.466,46
Alg bei FbW für Behinderte (AlgWB)	51.698.431,80
AlgWB Nettoleistung	30.401.157,79
AlgWB KV	9.049.986,11
AlgWB RV	10.790.243,92
AlgWB PV	1.457.043,98
Besondere Leistungen	2.202.990.110,98
Reha-Erstattungen an ö.-r. Träger	5.845.880,65
Erstattung Leist. Reha örT	5.845.880,65
Sonstige Hilfen n. d. SGB IX	45.466.351,44
Kraftfahrzeughilfe	22.760.289,16
Beteiligung IFD	2.914.423,59
Sonstige Hilfen	19.791.638,69
Reha-spezifische Maßn./Hilfen	1.605.925.176,84
Diagnose AM-Fähigk.	5.995.197,40
BBW	504.982.128,42
BFW	77.671.876,63

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben	
Bundesgebiet	
01.01.2017 bis 31.12.2017	
Angaben in Euro	
Leistung	2017 Ist-Ausgaben
Kategorie II u.ä.	185.144.803,27
Sonstige Maßnahmen überbetrieblich	290.285.587,08
Sonstige Maßnahmen betrieblich	8.412.364,75
Eingangsverf./Berufsbildungsber. WfbM	489.429.263,86
Unterstützte Beschäftigung	44.003.955,43
SV-Beiträge an Reha-Einricht. (Pflicht)	258.731.971,46
Erstattung an Einrichtungen (ohne WfbM)	105.746.027,03
Erstattung an WfbM	152.985.944,43
Ausbildungsgeld (Abg)	168.794.066,83
Abg - Nettoleistung	160.853.019,48
Abg - KV	3.225.689,37
Abg - RV	4.182.208,06
Abg - PV	533.149,92
Übergangsgeld (Übg)	118.226.663,76
Übg - Nettoleistung	74.905.921,17
Übg KV	20.007.814,52
Übg RV	20.103.689,11
Übg PV	3.209.238,96
Ermessensleistungen	112.020.459,99
Reha-Vermittlungsunterstützung	5.028.418,88
Reha-Vermittlungsbudget	537.603,87
Reha - Akt./berufl. Eingl.	4.049.013,29
Reha - GZ Phase II	205.444,00
Reha-GZ I (Kann)	236.357,72
Reha - BAB-Zweitausbildung	116.421,72
Reha BAB Zweitausb.	116.113,72
SV-Erstattungen an Reha-Einrichtungen	308,00
Reha FbW Weiterbildungskosten	42.208.063,43
Reha FbW LK	31.833.297,35
Reha FbW sonst. K.	10.275.266,08
Reha FbW - Prämie	99.500,00
Reha - AG-Zuschüsse	23.782.085,21
AZ Aus-/Weiterbildg.	15.754.781,64

Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben	
Bundesgebiet	
01.01.2017 bis 31.12.2017	
Angaben in Euro	
Leistung	2017 Ist-Ausgaben
Arbeitshilfen Behin.	1.845.371,84
Probebesch. Behind.	6.181.931,73
Reha - Berufsausbildung in außerbetr. Einrichtungen (BaE)	13.715.920,35
Reha BaE integrativ	6.226.234,77
Reha BaE kooperativ	2.053.734,04
Zuschuss Ausbildungsvergütung	5.420.951,54
Reha Verm.pauschale	15.000,00
Reha - Lehrgangskosten BvB	21.936.049,46
Reha LK BvB	21.672.167,91
Reha LK BvB-Pro	263.881,55
Reha - Assistierte Ausbildung (AsA)	1.069.613,70
Reha Ausbildungsbegl. Hilfen (abH)	4.163.887,24
Reha abH /	4.163.887,24
Reha - Persönliches Budget	12.481.910,96
an Budgetnehmer	12.259.716,70
an and. Träger	42.180,34
an BA (Beauftragte)	180.013,92

Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit

Gesetzliche Unfallversicherung:

Soweit die Unfallversicherung betroffen ist, wird auf die Antwort zu Frage 1 verwiesen.

Gesetzliche Rentenversicherung:

Die Rechnungsergebnisse der gesetzlichen Rentenversicherung, denen die Aufwendungen für Leistungen zur Teilhabe entnommen werden können, differenzieren nicht nach Geschlecht. Die Darstellung der Aufwendungen für Leistungen zur Teilhabe erfolgt nach dem Ordnungsprinzip des Kontenrahmens für die Träger der Deutschen Rentenversicherung mit dem Stand ab 1. Januar 2016.

Brutto - Aufwendungen¹⁾ für Leistungen zur Rehabilitation im Jahre 2016

Brutto - Aufwendungen für Leistungen zur Rehabilitation	in Mio. Euro
Aufwendungen insgesamt	6.364
<i>darunter:</i>	
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen (ohne Leistungen wg. Abhängigkeitserkrankungen und psychischer Erkrankungen)	2.614
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wegen Abhängigkeitserkrankungen und ergänzende Leistungen	576
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wegen psychischer Erkrankungen und ergänzende Leistungen	961
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und ergänzende Leistungen	1.331
Sonstige Leistungen nach § 31 SGB VI	515

1) Brutto - Aufwendungen sind Reha-Ausgaben (Netto - Aufwendungen) zuzügl. Erstattungen.

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung, Rechnungsergebnisse 2016

Kinder- und Jugendhilfe:

Die Ausgaben der Kinder- und Jugendhilfe für Maßnahmen der Eingliederungshilfen bei (drohender) seelischer Behinderung (§ 35a SGB VIII) beliefen sich im Jahre 2016 auf gerundet 1,40 Mrd. Euro. Aufwendungen für junge Volljährige mit einer Hilfe bei einer (drohenden) seelischen Behinderung sind hier nicht mit enthalten. Die Angaben für 2017 werden voraussichtlich im ersten Quartal des Jahres 2019 durch das Statistische Bundesamt bereitgestellt.

3. Wie häufig wurde nach Kenntnis der Bundesregierung vor Eintritt einer Erwerbsminderung eine Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt (bitte nach Bundesländern, Geschlecht und zuständigem Rehabilitationsträger differenzieren)?

Für den Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung, der Kriegsopferversorgung, der Kriegsopferfürsorge, der Eingliederungshilfe, der Bundesagentur für Arbeit, der Kinder- und Jugendhilfe und der Gesetzlichen Unfallversicherung liegen keine statistischen Daten vor.

Gesetzliche Rentenversicherung:

Auf der Basis der Rentenzugangsstatisik 2016 der Deutschen Rentenversicherung geht aus der nachstehenden Tabelle hervor, wie häufig die medizinischen Leistungen in den letzten fünf Jahren vor Beginn der Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit – nach Ländern und Geschlecht für diesen Rehabilitationsträger – durchgeführt wurden.

Durchgeführte medizinischen Leistungen in letzten 5 Jahren vor Beginn der Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit im Jahre 2016

Wohnort (Bundesland)	Männer				Frauen			
	1 Leistung	2 Leistungen	3 Leistungen	4 und mehr Leistungen	1 Leistung	2 Leistungen	3 Leistungen	4 und mehr Leistungen
	Anzahl							
Schleswig-Holstein	626	250	71	42	938	358	92	51
Hamburg	291	120	41	9	419	151	47	21
Niedersachsen	2.129	980	341	182	2.597	1.099	364	191
Bremen	148	49	29	14	182	79	25	13
Nordrhein-Westfalen	4.940	1.806	577	294	5.610	1.920	582	243
Hessen	2.049	680	202	78	2.396	714	207	76
Rheinland-Pfalz	1.320	519	189	101	1.493	468	171	87
Baden-Württemberg	2.393	1.114	419	249	2.796	1.216	410	187
Bayern	3.032	1.159	377	238	3.440	1.204	443	205
Saarland	382	121	43	15	381	110	25	10
Berlin	746	272	63	38	1.089	372	124	44
Brandenburg	804	261	71	39	1.105	343	120	45
Mecklenburg-Vorpommern	693	252	71	38	818	289	76	37
Sachsen	1.126	377	128	64	1.230	416	128	80
Sachsen-Anhalt	846	288	74	36	841	267	72	40
Thüringen	855	288	86	42	879	304	91	30
Ausland und Unbekannt	79	25	5	2	71	20	5	2
Insgesamt	22.459	8.561	2.787	1.481	26.285	9.330	2.982	1.362

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung, Rentenzugang 2016

4. Wie viele sozialversicherungspflichtig beschäftigte Personen können nach Kenntnis der Bundesregierung nach Beendigung einer Rehabilitation weiterhin eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung ausüben (bitte nach Bundesländern, Geschlecht und zuständigem Rehabilitationsträger differenzieren)?

Für den Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung, der Kriegsopferversorgung, der Kriegsopferfürsorge, der Eingliederungshilfe, der Bundesagentur für Arbeit, der Kinder- und Jugendhilfe und der Gesetzlichen Unfallversicherung liegen keine statistischen Daten vor.

Gesetzliche Rentenversicherung:

Die Erwerbsfähigkeit dauerhaft zu erhalten, ist ein Hauptziel der Rehabilitation der Rentenversicherung. Der Erfolg einer Rehabilitation wird nicht nur subjektiv von den Rehabilitanden selbst eingeschätzt. Er lässt sich auch objektiv an der Anzahl der Rehabilitanden messen, die nach dem Ende der Rehabilitationsleistung dauerhaft erwerbsfähig sind. Dieser Erwerbsverlauf nach medizinischer Rehabilitation, der so genannte Sozialmedizinische Verlauf (SMV), wird mit Routinedaten der Rentenversicherung dargestellt und gibt u. a. Auskunft darüber, wie viele Rehabilitanden in einem bestimmten Zeitraum – zumeist zwei Jahre nach Rehabilitation – im Erwerbsleben verbleiben konnten.

Die aktuellsten Zahlen liegen hierzu für die Jahre 2013 bis 2015 vor. Demnach zeigt der Erwerbsverlauf von pflichtversicherten Rehabilitanden des Jahres 2013 für die nachfolgenden zwei Jahre, dass nur 15 Prozent der Personen nach einer medizinischen Rehabilitation aus dem Erwerbsleben ausscheiden, 8 Prozent erhalten eine Erwerbsminderungsrente, 6 Prozent eine Altersrente und 1 Prozent versterben aus dem Erwerbsleben heraus.

Bei dem weitaus größten Anteil der Rehabilitanden wird das Ziel einer dauerhaften Erwerbsfähigkeit erreicht. Innerhalb der ersten 24 Monate nach der medizinischen Rehabilitation sind immerhin 84 Prozent der Personen weiterhin erwerbsfähig und zahlen entweder lückenlos (73 Prozent) oder mit Unterbrechungen (11 Prozent) Beiträge.

Geschlechtsspezifische Unterschiede sind kaum erkennbar. Eine Differenzierung nach Ländern liegt nicht vor.

5. Was unternimmt die Bundesregierung, um Studien zur Wirksamkeit von Rehabilitation zu fördern?

Bundesagentur für Arbeit:

Die Bundesregierung hat den Aufbau eines Reha-Prozessdatenpanels auf Basis von Daten aus den Geschäftsprozessen der Bundesagentur für Arbeit beim Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung finanziert. Dies ermöglicht es, Forschung zum Rehabilitationsprozess in Trägerschaft der Bundesagentur für Arbeit durchzuführen.

Gesetzliche Rentenversicherung:

Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) Bund, Grundsatz- und Querschnittsangelegenheiten, verfügt über einen Bereich, der sich eigens mit der Forschung zu Rehabilitation und Erwerbsminderung befasst. Die DRV Bund formuliert selbst Kernthemen des Forschungsbedarfs. Sie engagiert sich mit anderen Institutionen, insbesondere dem Bundesministerium für Bildung und Forschung, in gemeinsamen Förderschwerpunkten. Künftig ist dies der Förderschwerpunkt „Transferorientierte Versorgungsforschung – Forschung und Ergebnistransfer für eine bedarfsorientierte Rehabilitation“ (2019 bis 2026). Dabei stehen die Versicherten- bzw. Nutzerorientierung und der Transfer von Forschungsergebnissen in die Praxis im Vordergrund.

Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung tragen durch zahlreiche eigene aus dem sogenannten Reha-Budget finanzierte Modellvorhaben zur kontinuierlichen Weiterentwicklung der Rehabilitation bei.

Die 90 rentenversicherungseigenen Rehabilitationskliniken tragen durch ihre Forschungstätigkeit ebenfalls zur kontinuierlichen Weiterentwicklung der Rehabilitation bei. Viele dieser Reha-Kliniken sind an entsprechenden Projekten beteiligt, oft im Rahmen von Kooperationen mit universitären Einrichtungen.

Gemäß § 31 Absatz 1 Nummer 3 SGB VI können die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung als sonstige Leistungen zur Teilhabe Zuwendungen an Einrichtungen leisten, die auf dem Gebiet der Rehabilitation forschen oder die Rehabilitation fördern. Der Träger Deutsche Rentenversicherung Bund hat beispielsweise in seinem Haushalt 2018 für diesen Zweck 6,675 Mio. Euro vorgesehen.

6. Wie wirken die Rehabilitationsträger nach Kenntnis der Bundesregierung darauf hin, Personen mit entsprechenden Bedarfen zu identifizieren und bei Bedarf auf eine Antragstellung auf Rehabilitationsleistungen hinzuwirken (s. Antwort der Bundesregierung zu Frage 11 der Kleinen Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Flexibler Rentenübergang“ auf Bundestagsdrucksache 18/9720)?

Gesetzliche Unfallversicherung:

Die gesetzliche Unfallversicherung betreibt seit Jahrzehnten ein umfassendes Reha-Management. Die Änderungen durch das BTHG sind ein weiterer Anlass, die Bemühungen zur umfassenden Erkennung von Reha-Bedarfen (auch anderer Träger) zu intensivieren. Dazu werden alle vorhandenen Instrumente der DGUV einem Screening unterzogen, ob ihnen Informationen zu weitergehenden Rehabilitationsbedarfen zu entnehmen sind. Eine besondere Bedeutung hat aus Sicht der Verwaltungen dabei der Entlassungsbericht aus der medizinischen Reha, in dem auch über bestehende Hindernisse im Heilverfahren berichtet wird.

Da in der Unfallversicherung alle Leistungen von Amts wegen zu erbringen sind, muss auf eine Antragstellung auf Rehabilitationsleistungen nicht hingewirkt werden. Insbesondere für besonders schwere und komplexe Fälle wird durch die Unfallversicherungsträger das Reha-Management eingeschaltet, bei dem z. B. im Rahmen der Reha-Planung oder im persönlichen Gespräch über die medizinische Versorgung hinausgehende Reha-Bedarfe identifiziert werden.

Kinder- und Jugendhilfe, gesetzliche Krankenversicherung:

Für den Bereich der Kinder- und Jugendhilfe und der Gesetzlichen Krankenversicherung liegen keine Erfahrungswerte vor.

Kriegsopferversorgung und Kriegsopferfürsorge:

Die Länder sind nach den verfassungsrechtlichen Vorgaben eigenverantwortlich für die Durchführung der Kriegsopferversorgung und der Kriegsopferfürsorge zuständig. Daher liegen der Bundesregierung hierzu keine eigenen Erkenntnisse vor.

Eingliederungshilfe:

Die Länder sind nach den verfassungsrechtlichen Vorgaben eigenverantwortlich für die Durchführung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach dem SGB XII zuständig. Daher liegen der Bundesregierung hierzu keine eigenen Erkenntnisse vor.

Bundesagentur für Arbeit:

Ziel der Bundesagentur für Arbeit (BA) ist es, für die erfolgreiche Teilhabe von Menschen mit Behinderungen Reha-Bedarfe so früh wie möglich zu erkennen und aufzugreifen. Deshalb sind die Beratungs- und Vermittlungsfachkräfte in den Agenturen für Arbeit und Jobcentern sensibilisiert, Anhaltspunkte für mögliche Rehabilitationsbedarfe zu identifizieren und auf eine Reha-Antragstellung bei dem voraussichtlich zuständigen Rehabilitationsträger aktiv hinzuwirken. Gemäß § 12 SGB IX sind die BA und die Jobcenter seit dem 1. Januar 2018 verpflichtet, durch geeignete Maßnahmen die frühzeitige Erkennung des Rehabilitationsbedarfs insbesondere durch die Bereitstellung und Vermittlung von geeigneten barrierefreien Informationsangeboten zu unterstützen. Die BA und die Jobcenter

haben hierfür unter anderem Ansprechstellen geschaffen, die entsprechende Angebote für Leistungsberechtigte, Arbeitgeber und andere Rehabilitationsträger zur Verfügung stellen.

Gesetzliche Rentenversicherung:

Maßnahmen vor Antragstellung bei der gesetzlichen Rentenversicherung:

- Der Gesetzgeber hat mit der Regelung des § 12 Absatz 1 Satz 2 SGB IX als Maßnahme zur Unterstützung der frühzeitigen Bedarfserkennung die Rehabilitationsträger verpflichtet, Ansprechstellen zu benennen. Sie haben die Aufgabe, barrierefreie Informationen anzubieten, über Inhalte und Ziele von Leistungen zur Teilhabe, über die Möglichkeit der Leistungsausführung als persönliches Budget, über das Verfahren zur Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe und über Angebote der Beratung, einschließlich der ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung nach § 32 SGB IX, zu informieren. Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung haben seit dem 2. Januar 2018 sowohl auf der Mantelseite der Deutschen Rentenversicherung als auch auf den Seiten der jeweiligen Rentenversicherungsträger die Kontaktdaten ihrer Ansprechstellen veröffentlicht. Die Träger vermitteln die wichtigsten Informationsangebote an Leistungsberechtigte, aber auch an Arbeitgeber und andere Rehabilitationsträger.
- Prävention: Anträge auf Leistungen zur Prävention bieten die Möglichkeit, bei den Antragstellern ggf. schon bestehende Bedarfe an Leistungen zur Rehabilitation zu identifizieren. Die Öffentlichkeitsarbeit der gesetzlichen Rentenversicherung zum Thema „Prävention“ erfolgt teils zielgerichtet an die interessierte Fachöffentlichkeit, zum Beispiel durch Vorträge bei Arbeitgeber- und Gewerkschaftsorganisationen, Fachkongresse, Veröffentlichungen in Fachzeitschriften der Betriebs-/Werksärzte sowie der Hausärzte. Die DRV Bund hat kürzlich 15 000 Haus-, Betriebs- und Werksärzte direkt angeschrieben und ihnen Informationsmaterial über Leistungen zur Prävention zugesandt. Parallel dazu hat die gesetzliche Rentenversicherung im Internet eine „Micro Site“ eingerichtet, auf welcher unter anderem mit einem Video die Leistungen zur Prävention der Rentenversicherung vorgestellt werden. Auf diese Weise haben Versicherte die Möglichkeit, sich über dieses neue Leistungsangebot zu informieren.
- Der Firmenservice der gesetzlichen Rentenversicherung informiert und berät im Modul 1 (Gesunde Mitarbeiter) telefonisch, aufsuchend oder per E-Mail über Leistungen zur Prävention, Leistungen zur Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, über das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) sowie das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM).
- Die Firmenberater der Rentenversicherung versuchen insbesondere bei persönlichen Beratungsgesprächen in den Betrieben ihre Ansprechpartner zu dem Themenkomplex zu sensibilisieren und die Bedeutung von Prävention und Rehabilitation für die Gesunderhaltung der Beschäftigten zu verdeutlichen.
- Für die wichtige Nahtstelle zwischen den Trägern der Rentenversicherung einerseits sowie der Bundesagentur für Arbeit und den Jobcentern andererseits haben die Beteiligten eine Vereinbarung über die Zusammenarbeit im Bereich der Leistung der Rentenversicherung zur Teilhabe am Arbeitsleben abgeschlossen. Sie findet Anwendung bei der Betreuung von erwerbsfähigen Leistungsberechtigten nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) und von Arbeitslosen und arbeitssuchenden Menschen nach dem Dritten Buch Sozial-

gesetzbuch (SGB III), bei denen ein Bedarf an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben der Rentenversicherung bestehen kann. Die Vereinbarung trifft grundsätzliche Verfahrensregelungen, damit bei den Agenturen für Arbeit und den Jobcentern Anzeichen für notwendige Teilhabeleistungen frühzeitig identifiziert werden und der Versicherte über Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben informiert sowie bei ihm auf eine Antragstellung hingewirkt wird.

Maßnahmen nach Antragstellung bei der gesetzlichen Rentenversicherung:

- Wird bei einem Antrag auf Leistungen zur Prävention festgestellt, dass tatsächlich oder unabhängig davon Bedarf an Leistungen zur Rehabilitation besteht, wird beim Versicherten auf eine entsprechende Antragstellung hingewirkt.
- Durch die Anpassung der Formulare und Arbeitsabläufe im Zusammenhang mit der Bedarfsermittlung (z. B. Befundbericht durch Hausarzt) und Schulung der Beschäftigten optimieren die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung die Identifizierung der über die beantragte Leistung zur Rehabilitation hinaus bestehenden Rehabilitationsbedarfe. Dadurch wird die Grundlage geschaffen, um gegenüber den Versicherten auf eine (weitergehende) Antragstellung hinzuwirken.

Weitere Maßnahmen der gesetzlichen Rentenversicherung:

- In einem Modellprojekt in Sachsen-Anhalt wurden 46 Prozent aller niedergelassenen Hausärzte mit einem Fortbildungsmodul nachhaltig für das Thema Rehabilitation sensibilisiert und befähigt, Rehabilitationsbedarfe frühzeitig zu erkennen, Patienten fachkundig zu beraten und bei der Antragstellung zielführend zu unterstützen.
- Außerdem wird ein Online-Rehabbedarfstest (OREST) erprobt. Es geht dabei um Praktikabilität, Akzeptanz und Nutzen eines proaktiven Screenings (im Sinne eines Selbsttests) nach Bedarf an medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen bei Versicherten der DRV Baden-Württemberg und Rheinland. Weitere Modellvorhaben zur Identifizierung von vermutlich rehabedürftigen Versicherten sind im Rahmen der Modellvorhaben zur Stärkung der Rehabilitation nach § 11 SGB IX geplant (vgl. Antwort zu Frage 7).
- Auch über die derzeit erprobte freiwillige, individuelle, berufsbezogene Gesundheitsuntersuchung für Versicherte ab Vollendung des 45. Lebensjahres können Rehabilitationsbedarfe erkannt und dann Rehabilitationsleistungen gezielt angeboten werden.

7. Wann wird die Förderrichtlinie „rehapro – Modellvorhaben zur Stärkung der Rehabilitation“ veröffentlicht (s. Bundestagsdrucksache 19/1208, Antwort zu Frage 10d), und welchen Inhalts ist die Richtlinie?

Die Förderrichtlinie zum Bundesprogramm rehapro wurde am 4. Mai 2018 im Bundesanzeiger veröffentlicht. Die Förderrichtlinie regelt insbesondere das Förderziel, denwendungszweck, den Fördergegenstand und den Förderumfang sowie das Antragsverfahren. Ziel des Bundesprogramms ist es, durch die Erprobung von innovativen Leistungen und innovativen organisatorischen Maßnahmen neue Wege zu finden, die Erwerbsfähigkeit der Menschen besser zu erhalten bzw. wiederherzustellen. Im Bereich der Grundsicherung für Arbeitsuchende und der gesetzlichen Rentenversicherung sollen innovative Ansätze zur Unterstützung

von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen erprobt sowie die Zusammenarbeit der Akteure in der medizinischen und beruflichen Rehabilitation weiter verbessert werden.

8. Wie ist der Stand zur Umsetzung des neuen, durch das sog. Flexirentengesetz eingeführten Ü-45-Gesundheitscheck der Rentenversicherung?

Nach § 14 Absatz 3 Satz 2 SGB VI wirken die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung darauf hin, dass die Einführung einer freiwilligen, individuellen, berufsbezogenen Gesundheitsvorsorge für Versicherte ab Vollendung des 45. Lebensjahres trägerübergreifend in Modellprojekten erprobt wird.

Für eine rentenversicherungswert einheitliche Bedarfsermittlung wurde ein Fragebogen entwickelt, der zwischen keinem Bedarf, Präventionsbedarf und Rehabilitationsbedarf unterscheidet. Dieser wird derzeit im Rahmen eines Forschungsprojekts validiert.

Parallel gibt es eine Vielzahl Modellprojekte der verschiedenen Rentenversicherungsträger, in denen unterschiedliche Zugangswege, Untersuchungsformen und Zielgruppen betrachtet werden.

9. Welche Erfahrungen konnte die Bundesregierung bisher mit der neuen, ab 1. Januar 2018 geltenden Regelung zum Antragsverfahren auf Rehabilitationsverfahren machen („Leistungen wie aus einer Hand“), und wie wird nach Einschätzung der Bundesregierung das Teilhabeplanverfahren vor Ort angenommen bzw. umgesetzt?

Da die Regelungen des BTHG zum neuen Teilhabeplanverfahren und der Leistungserbringung „wie aus einer Hand“ (SGB IX Teil 1) erst zum 1. Januar 2018 in Kraft getreten sind, liegen der Bundesregierung noch keine trägerübergreifenden Erfahrungswerte vor.

Auf Ebene der BAR wurden bereits vielfältige Informationsangebote zur Umsetzung des neuen Rechts bereitgestellt. Diese sind auf der Internetpräsenz der BAR abrufbar unter: www.bar-frankfurt.de/. Insbesondere wurde im Januar 2018 von der BAR der Arbeitsentwurf einer „Gemeinsamen Empfehlung Reha-Prozess“ veröffentlicht.

In diesem Arbeitsentwurf werden zahlreiche durch das neue SGB IX erforderliche Ergänzungen, Konkretisierungen und Neuerungen gegenüber den bisherigen Empfehlungen vorgenommen. Hierzu zählen unter anderem die neue Teilhabeplanung, die Zuständigkeitsklärung sowie die Bedarfsermittlung und Bedarfsfeststellung. Das gesetzlich vorgeschriebene Beteiligungs- und Zustimmungsverfahren zur Gemeinsamen Empfehlung, einschließlich der Herstellung des Benehmens findet auf Ebene der BAR derzeit statt. Hierbei können die Rehabilitationsträger sowie die Verbände der Menschen mit Behinderungen auf ihre Erfahrungen und trägerspezifische Besonderheiten hinweisen.

Bis auf die nachfolgenden Angaben der Gesetzlichen Rentenversicherung liegen der Bundesregierung keine weiteren Erfahrungen nach den jeweiligen Trägerbereichen vor:

Die DRV Bund hat bis September 2017 ein Forschungsprojekt zum Thema „Fallmanagement bei Leistungen zur Teilhabe“ in Auftrag gegeben. Auf Grundlage der dabei gewonnenen wissenschaftlichen Erkenntnisse hat die DRV Bund ein

Konzept zum „Fallmanagement bei Leistungen zur Teilhabe“ entwickelt, das allen Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung einen gemeinsamen Rahmen für die Einführung und Umsetzung des Fallmanagements vorgibt.

In diesem Konzept werden zentrale Regelungen zum Antragsverfahren und zur Umsetzung des Teilhabeplanverfahrens beschrieben. Danach entwickelt z. B. der Rehabilitationsberater der DRV einen individuell mit dem Versicherten abgestimmten Teilhabeplan, der neue Ziele aufzeigt und sicherstellt, dass Leistungen trägerübergreifend wie aus einer Hand erbracht werden.

10. Teilt die Bundesregierung die Einschätzung von Mittag und Welti, wonach das vom Gesetzgeber vorgesehene Bonus-System beim Betrieblichen Eingliederungsmanagement (§ 167 Absatz 3 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch) praktisch nicht in Gang gekommen sei (Mittag/Welti, Vergleich der sozialen Sicherung und beruflichen Wiedereingliederung bei Erwerbsminderung in drei europäischen Ländern, Fachbeitrag D2-2017), und inwiefern erkennt die Bundesregierung hier einen Handlungsbedarf?

Nach Kenntnis der Bundesregierung kommt materiellen Anreizen in Form von Prämien und Boni bei der Umsetzung des betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) in der betrieblichen Praxis eine untergeordnete Rolle zu. Größere Bedeutung für die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben nach § 167 Absatz 2 SGB IX hat nach den wissenschaftlichen Ergebnissen des Projekts „Unterstützende Ressourcen für das Betriebliche Eingliederungsmanagement“, das im Auftrag des BMAS vom DGB Bildungswerk durchgeführt wird, die bei den maßgeblichen betrieblichen Akteuren (Beschäftigtenvertretung, Schwerbehindertenvertretung, Personalverantwortlichen, Geschäftsleitung) vorhandene Erwartung, dass durch die Einführung des BEM Fehlzeiten gesenkt, die Prävention und die Gesundheit der Beschäftigten verbessert und den gesetzlichen Vorschriften Rechnung getragen wird. Vor diesem Hintergrund ist es aus Sicht der Bundesregierung wichtig, der betrieblichen Praxis Informationen und Orientierungswissen zum BEM und zu den vielfältigen Unterstützungs- und Beratungsangeboten, etwa der Rehabilitationsträger und der Integrationsämter, zur Verfügung zu stellen. Dies geschieht durch die Erstellung und Verbreitung von eigenem Informationsmaterial der Bundesregierung, durch die Förderung von Modellprojekten sowie durch die Begleitung von entsprechenden Aktivitäten der Rehabilitationsträger, der Integrationsämter und weiterer BEM-Akteure auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation.

11. a) Wie hat sich das sog. Reha-Budget der gesetzlichen Rentenversicherung in den letzten zehn Jahren entwickelt (bitte jahresgenaue Angaben), und wie wird es sich voraussichtlich bis zum Jahr 2020 entwickeln?

Die Berechnung des sogenannten Reha-Budgets ist in den §§ 220 Absatz 1 und 287 b SGB VI ausgehend von der Definition des Budgets für das Jahr 1997 geregelt. Dieser Regelung folgend, hat sich das sogenannte Reha-Budget vom Jahr 2008 bis zum Jahr 2018 von 5 306 000 000 Euro auf 6 928 000 000 Euro erhöht. In dieser Entwicklung ist auch die Demografiekomponente des § 287 b Absatz 3 SGB VI enthalten. Diese wirkte für die Jahre 2014 bis 2017 zusätzlich steigernd zu der voraussichtlichen Entwicklung der Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer, mit der das Reha-Budget fortzuschreiben ist (§ 220 Absatz 1 SGB VI). Seit dem Jahr 2018 wirkt die Demografiekomponente dagegen dämpfend auf die Fortschreibung.

Das sogenannte Reha-Budget für die einzelnen Jahre ist in der folgenden Tabelle wiedergegeben.

Jahr	Reha-Budget
2008	5.306.000.000
2009	5.360.000.000
2010	5.415.000.000
2011	5.528.000.000
2012	5.666.000.000
2013	5.820.000.000
2014	6.092.257.914
2015	6.375.000.000
2016	6.596.000.000
2017	6.787.000.000
2018	6.928.000.000

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung

Im Wert des Jahres 2014 wurde entsprechend der Regelung des § 220 Absatz 1 SGB VI die Budgetüberschreitung des Jahres 2012 berücksichtigt.

Für das sogenannte Reha-Budget des Jahres 2019 liegen nach Auskunft der DRV Bund noch nicht alle benötigten Daten in der erforderlichen Aktualität vor. Nach den bisherigen Berechnungen wird es sich auf rund 7,1 Mrd. Euro belaufen. Das sogenannte Reha-Budget für das Jahr 2020 wird dann im Jahr 2019 auf der Basis des Budgets für das Jahr 2019 berechnet.

- b) Wie hoch waren in diesen Jahren jeweils die tatsächlichen Ausgaben für Reha-Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung?

Bei der Entwicklung der Ausgaben für Leistungen zur Teilhabe ist, wie auch bei den unter Frage 11c behandelten Bewilligungen, zu berücksichtigen, dass mit dem RV-Leistungsverbesserungsgesetz ab Mitte 2014 die Altersrente für besonders langjährig Versicherte eingeführt wurde. Mit der Inanspruchnahme dieser neuen Leistung verringert sich die Zahl der potentiell einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe stellenden Versicherten ohne Rentenbezug.

Die Ausgaben für Leistungen zur Teilhabe in der dem sogenannten Reha-Budget entsprechenden Abgrenzung beliefen sich in den einzelnen Jahren auf die in der folgenden Tabelle dargestellten Werte. Hierbei handelt es sich um die Bruttoaufwendungen abzüglich Erstattungen und Zuzahlungen.

Jahr	Reha-Ausgaben
2008	4.948.306.072
2009	5.260.236.778
2010	5.378.661.156
2011	5.475.214.744
2012	5.678.742.086
2013	5.657.756.442
2014	5.848.186.857
2015	6.021.588.419
2016	6.192.655.029
2017	6.383.079.514

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung

- c) Wie hat sich die Zahl der durch Rentenversicherungsträger bewilligten Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben in den letzten zehn Jahren entwickelt?

Bei der Entwicklung der Zahlen der Bewilligungen ist, wie in der Antwort zu Frage 11b ausgeführt, die Wirkung der Altersrente für besonders langjährig Versicherte zu beachten.

Bei der Gesamtzahl der Bewilligungen von Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation zeigt sich über den gesamten Zeitraum eine relative Konstanz bei rund 1,1 Millionen Bewilligungen. Demgegenüber ist bei den Bewilligungen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ein beinahe kontinuierlicher Anstieg von rund 270 000 auf rund 310 000 zu beobachten.

Die Werte für die einzelnen Jahre enthält die nachfolgende Tabelle.

Jahr	Bewilligungen medizinische Rehabilitation	Bewilligungen Teilhabe am Arbeitsleben
2008	1.064.005	269.240
2009	1.102.671	290.526
2010	1.062.500	284.848
2011	1.087.785	271.714
2012	1.097.538	269.484
2013	1.085.577	274.585
2014	1.135.087	280.060
2015	1.096.127	293.251
2016	1.109.448	305.523
2017	1.109.014	309.015

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung

- d) Wie bewertet die Bundesregierung nun vier Jahre nach Inkrafttreten der durch das RV-Leistungsverbesserungsgesetz zum 1. April 2014 in Kraft getretenen Änderungen die Berechnung des Reha-Budgets, und welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung aus der Kritik der gesetzlichen Rentenversicherung aus dem Jahr 2014, wonach „Veränderungen im Krankheitsspektrum (zum Beispiel Zunahme psychischer Störungen) und vermehrte Präventionsleistungen (nach § 31 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB VI)“ durch die Änderungen zur Berechnung des Reha-Budgets nicht abgedeckt würden (siehe Ausschussdrucksache 18(11)76)?

Die Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung gewinnt weiter an Bedeutung. Die Bevölkerung wird zunehmend älter und arbeitet länger. Die Anforderungen der Arbeitswelt werden immer vielfältiger. Prävention, Rehabilitation und Nachsorge werden deshalb immer wichtiger.

In der 18. Legislaturperiode sind die gesetzlichen Grundlagen (insbesondere Präventionsgesetz, Flexirentengesetz und Bundesteilhabegesetz) für ein breiteres und größeres Angebot geschaffen worden.

Psychische Beeinträchtigungen haben einen zunehmenden Stellenwert in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung. Sie sind seit Jahren häufigste Ursache für den Zugang in die Erwerbsminderungsrente. Die Kosten für die medizinische Rehabilitation von psychischen Beeinträchtigungen sind wegen der längeren Behandlungsdauer in der Regel durchschnittlich höher als bei Rehabilitationen von der üblichen Dauer von durchschnittlich drei Wochen. Der wachsende Stellenwert von Rehabilitationen bei psychischen Beeinträchtigungen führt deshalb zu vergleichsweise höheren Kosten. Das BMAS wird die Entwicklung des sogenannten Reha-Budgets weiter beobachten.

