

Die medizinische und berufliche Rehabilitation
der Rentenversicherung im Licht der Statistik

Inhalt

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
15	Rehabilitation im Licht der Statistik
15	Medizinische Rehabilitation
33	Berufliche Rehabilitation
47	Aufwendungen für Rehabilitation
52	Anhang

Inhalt – Ausführliche Gliederung

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
9	Reha-Qualitätssicherung
11	Reha-Forschung und -Konzepte
15	Rehabilitation im Licht der Statistik
15	Medizinische Rehabilitation: Umfang und Struktur
15	Anträge, Bewilligungen und durchgeführte Leistungen
18	Verschiedene Formen der Rehabilitation
21	Krankheitsspektrum – zeitliche Entwicklung
23	Krankheitsspektrum im Jahr 2009
25	Altersspezifische Inanspruchnahme
26	Altersstandardisierte Inanspruchnahme
29	Medizinische Rehabilitation: Ergebnis
29	Behandlungserfolg - Sozialmedizinischer Verlauf
33	Berufliche Rehabilitation: Umfang und Struktur
33	Anträge, Bewilligungen und durchgeführte Leistungen
35	Zeitliche Entwicklung
36	Leistungsspektrum
37	Berufliche Bildung - Krankheitsspektrum
39	Berufliche Bildung - Altersspezifische Inanspruchnahme
41	Berufliche Bildung - Altersstandardisierte Inanspruchnahme
43	Berufliche Rehabilitation: Ergebnis von Bildungsleistungen
43	Erfolg beruflicher Bildung - Routinedaten der Rentenversicherung
47	Aufwendungen für Rehabilitation
47	Aufwendungen im Jahr 2009
48	Entwicklung ab 1995
49	Vergleich zu weiteren Ausgaben der Rentenversicherung
52	Anhang

Vorwort



Präsident Dr. Herbert Rische



Direktor Dr. Axel Reimann

Die positive Resonanz zum ersten Reha-Bericht 2010 hat uns darin bestätigt, die Berichterstattung zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation der Rentenversicherung in dieser Form zu etablieren. Künftig wollen wir jährlich die wichtigsten aktuellen Daten und Fakten zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation zusammenstellen.

Der Reha-Bericht: Update 2011 liegt leichter in der Hand – und schreibt nicht alle Kapitel des Berichts 2010 gleichermaßen fort. Denn nicht alle Daten, die dem umfassenden Reha-Bericht 2010 zugrunde liegen, sind in gleicher Weise jährlich verfügbar. Deshalb erscheint der Reha-Bericht künftig im jährlichen Wechsel einmal in der umfassenden Form (analog dem Reha-Bericht 2010) und einmal als kürzeres „Update“.

Der Reha-Bericht: Update 2011 beschreibt Umfang und Struktur der medizinischen und beruflichen Rehabilitation sowie die Aufwendungen der Rentenversicherung für Rehabilitation, auf der Grundlage der routinemäßig erhobenen Statistikdaten und mit Schwerpunkt auf dem Jahr 2009. Die Routedaten erlauben auch Aussagen zum Erfolg der medizinischen oder beruflichen Rehabilitation, indem der Verbleib der Rehabilitanden im Erwerbsleben dargestellt wird. Eine umfassende Berichterstattung mit Daten der Reha-Qualitätssicherung zu Prozess und Ergebnis der Reha-Leistungen sowie thematische Vertiefungen („Im Fokus“) erfolgt dann wieder im nächsten umfassenden Reha-Bericht 2012.

Die Entwicklung der Rehabilitation der Rentenversicherung, dargestellt in Zahlen, macht wieder den Kern des Reha-Berichts aus. Darüber hinaus wollen wir Ihren Blick auch auf einige inhaltliche Weiterentwicklungen der Rehabilitation der Rentenversicherung lenken. So haben sich die Rentenversicherungsträger im September 2009 auf gemeinsame Strukturanforderungen für stationäre medizinische Rehabilitationseinrichtungen geeinigt – für die Reha-Qualitätssicherung ein wichtiger Schritt. Diese Qualitätsstandards beschreiben baulich-räumliche, medizinisch-technische, therapeutische und personelle Anforderungen an die Reha-Kliniken.

Unserem Ziel, eine deutlichere berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation (Stichwort: MBOR) in den Reha-Einrichtungen zu verankern, sind wir ebenfalls näher gekommen. Die Deutsche Rentenversicherung Bund hat auf der Grundlage von Forschungsergebnissen ein Anforderungsprofil für Reha-Einrichtungen erarbeitet, die einen Schwerpunkt auf MBOR legen wollen. Seit September 2010 untersucht ein Modellprojekt die Umsetzung dieses Profils.

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
15	Rehabilitation im Licht der Statistik
15	Medizinische Rehabilitation
33	Berufliche Rehabilitation
47	Aufwendungen für Rehabilitation
52	Anhang

Auch Entwicklungen in anderen Sektoren der Gesundheitsversorgung, wie z. B. die Einführung der Fallpauschalen im Akutkrankenhaus (DRG), können sich auf die rehabilitative Versorgung und ihre Qualität auswirken. Die REDIA-Studie wartet hierzu mit interessanten Ergebnissen auf.

Wie beim Reha-Bericht 2010 hoffen wir, mit diesem Bericht Ihnen, unseren Versicherten und Beitragszahlern, der Fachöffentlichkeit, der Politik und allen interessierten Bürgerinnen und Bürgern, Funktion und Bedeutung der Rehabilitation transparent zu machen – über Rückmeldungen freuen wir uns.



Dr. Herbert Rische
Präsident der
Deutschen Rentenversicherung Bund



Dr. Axel Reimann
Direktor der
Deutschen Rentenversicherung Bund

Fakten im Überblick

Medizinische Rehabilitation

2009 wurden bei der Rentenversicherung 1,6 Millionen Anträge auf medizinische Rehabilitation gestellt.

Die Rentenversicherung führte 978.335 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch.

Davon entfielen 36.254 (4 %) auf die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen.

Die ambulanten Reha-Leistungen machen inzwischen 11 % aller medizinischen Reha-Leistungen aus.

Die Anschlussrehabilitation (AHB) umfasste 2009 mit 293.000 Leistungen knapp ein Drittel aller medizinischen Reha-Leistungen.

Zur Reha-Nachsorge führte die Rentenversicherung 124.338 Leistungen durch.

32.957 Rehabilitanden erhielten 2009 durch die Stufenweise Wiedereingliederung Unterstützung bei ihrer Rückkehr in den Beruf.

Die häufigsten Reha-Indikationen waren Erkrankungen von Muskeln, Skelett und Bindegewebe: Auf sie entfielen stationär gut ein Drittel der Reha-Leistungen bei Frauen und Männern, im ambulanten Bereich 68 % der Reha-Leistungen bei Frauen und 60 % bei Männern.

Mit steigendem Alter wird Rehabilitation häufiger in Anspruch genommen.

Frauen in der medizinischen Rehabilitation sind durchschnittlich etwas älter als Männer:
Frauen 51,3 Jahre, Männer 50,6 Jahre.

Frauen nehmen insgesamt etwas häufiger medizinische Reha-Leistungen in Anspruch als Männer.

Die durchschnittliche Dauer einer stationären medizinischen Rehabilitation wegen körperlicher Erkrankungen variiert, je nach Diagnosengruppe, zwischen 23 und 26 Tagen.

Im Verlauf von zwei Jahren nach ihrer Rehabilitation sind 85 % der Rehabilitanden erwerbsfähig.

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
15	Rehabilitation im Licht der Statistik
15	Medizinische Rehabilitation
33	Berufliche Rehabilitation
47	Aufwendungen für Rehabilitation
52	Anhang

Berufliche Rehabilitation

2009 gingen bei der Rentenversicherung 399.688 Anträge auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) ein.

132.259 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) wurden 2009 abgeschlossen.

Männer nehmen häufiger LTA in Anspruch als Frauen. Allerdings hat der Anteil der Frauen in den letzten Jahren stetig zugenommen.

Frauen in der beruflichen Rehabilitation sind durchschnittlich etwas älter als Männer: Frauen 45,0 Jahre, Männer 44,0 Jahre.

Etwa ein Viertel der LTA sind berufliche Bildungsleistungen. Dabei stehen Erkrankungen des Bewegungsapparates und des Bindegewebes als Ursachen an erster Stelle (Frauen 57 %, Männer 64 %).

Drei Viertel aller Teilnehmer schließen ihre berufliche Bildungsleistung erfolgreich ab.

Noch zwei Jahre nach Abschluss einer beruflichen Bildungsleistung nimmt die pflichtversicherte Beschäftigung zu (nach sechs Monaten bei 37 %, nach zwei Jahren bei 48 % der Teilnehmer).

Aufwendungen für Rehabilitation

2009 wendete die Rentenversicherung 5,4 Mrd. € für Rehabilitation auf (brutto), davon ca. 3,9 Mrd. € für medizinische Rehabilitation, ca. 1,2 Mrd. € für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) und ca. 0,3 Mrd. € für Sozialversicherungsbeiträge.

Eine stationäre medizinische Rehabilitation bei körperlichen Erkrankungen kostet im Schnitt 2.499 €.

Die um einiges längeren medizinischen Reha-Leistungen bei psychischen und Abhängigkeitserkrankungen sind mit durchschnittlich 6.241 € deutlich teurer.

Aktuelle Entwicklungen

Die Rehabilitation der Rentenversicherung ist Teil eines sich ständig verändernden Sozial- und Gesundheitssystems. Der medizinische Fortschritt, ein sich wandelndes Krankheitsspektrum, Veränderungen in der Arbeitswelt oder Vorgaben durch den Gesetzgeber stellen auch die Rentenversicherung vor neue Herausforderungen. Die Rentenversicherung gestaltet die Veränderungen aktiv mit. An dieser Stelle berichteten wir Aktuelles aus der Reha-Qualitätssicherung und der Reha-Forschung der Rentenversicherung.

Reha-Qualitätssicherung

Die Rentenversicherung finanziert jährlich über eine Million medizinische und berufliche Rehabilitationsleistungen und hat daher besonderes Interesse an einer hohen Qualität der Rehabilitationsleistungen. Die Deutsche Rentenversicherung hat im Jahr 1994 mit der Entwicklung eines Qualitätssicherungsprogramms für die medizinische Rehabilitation begonnen, welches seit 1997 in die Routine überführt ist und stetig weiterentwickelt wird. Mehr als 1.000 Reha-Einrichtungen oder Reha-Fachabteilungen nehmen derzeit an der Reha-Qualitätssicherung teil.



Gemeinsame Anforderungen an die Strukturqualität

Im Jahr 2010 haben die Träger der Deutschen Rentenversicherung gemeinsame Anforderungen an die Strukturqualität von stationären medizinischen Reha-Einrichtungen verabschiedet. Strukturqualität ist dabei gekennzeichnet durch baulich-räumliche, medizinisch-technische, therapeutische und personelle Rahmenbedingungen der Leistungserbringung in der Rehabilitation. Die Anforderungen sind indikationsspezifisch differenziert und beziehen sich auf Reha-Einrichtungen für somatische Indikationen sowie für die Indikationen Abhängigkeitserkrankungen und Psychotherapie/Psychosomatik. Für die Strukturmerkmale wurden neben Zielgrößen auch Erfüllungsgrade und Toleranzbereiche definiert, um Handlungsspielräume für die belegenden Rentenversicherungsträger und die Reha-Einrichtungen zu eröffnen.

Bisher galten in der Rentenversicherung trägerspezifische Strukturanforderungen. Rentenversicherungsweite Strukturanforderungen bedeuten daher für die einzelnen Träger Veränderungen ihrer bisherigen Praxis. Eine besondere Herausforderung stellte die Abstimmung der Personalanforderungen dar. Aspekte wie die Verfügbarkeit bestimmter Berufsgruppen waren ebenfalls zu berücksichtigen.

Die Anforderungen bedürfen eindeutiger Konturen, die deutlich über die Fortschreibung des Ist-Zustandes hinausgehen. Gleichzeitig müssen sie sicherstellen, dass mit ihrer Erfüllung die Rahmenkonzepte und Leitlinien (Reha-Therapiestandards) zur medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung umgesetzt werden können. Zudem soll eine ausreichende Vielfalt von Therapieangeboten erhalten bleiben. Daher ist ein Maß an Flexibilität erforderlich, das gleichwohl die Verbindlichkeit der Strukturanforderungen

Die Rentenversicherung überprüft die Strukturqualität.

aufrechterhält. Die vorliegenden Strukturanforderungen eröffnen diese Handlungsspielräume. Dies betrifft insbesondere personell-konzeptionelle Weiterentwicklungen und spezifische Gegebenheiten für Kooperationen und Vernetzung („Experimentierklausel“).

Das Vorgehen bei der Abstimmung der Strukturanforderungen und ihr Ergebnis liegen auch im Interesse der Verbände der Leistungserbringer an einer einheitlichen und transparenten Lösung. Um über bloße Empfehlungen hinauszugehen, müssen die Verbindlichkeit und damit die Überprüfbarkeit gewährleistet sein. Im Einzelfall ist das vor Ort in den Reha-Einrichtungen durch Klinikbegehungen (Visitationen) möglich. Eine flächendeckende Überprüfung der Strukturqualität erfolgt jedoch mittels standardisierter Abfragen bei den Einrichtungen (Strukturerhebung).

Die Abstimmung verbindlich anwendbarer Strukturanforderungen entwickelt die Einheitlichkeit von Qualitätsstandards innerhalb der Rentenversicherung fort und bildet überdies das Fundament zur Umsetzung moderner Reha-Konzepte. Geplant ist, nach drei Jahren die Erfahrungen im Umgang mit den Strukturanforderungen zu überprüfen.

Die Broschüre zu den Strukturanforderungen der Deutschen Rentenversicherung finden Sie auf der Website der Deutschen Rentenversicherung Bund: www.deutsche-rentenversicherung.de > **Spezielle Zielgruppen** > **Sozialmedizin und Forschung** > **Reha-Qualitätssicherung** > **Strukturqualität**

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
15	Rehabilitation im Licht der Statistik
15	Medizinische Rehabilitation
33	Berufliche Rehabilitation
47	Aufwendungen für Rehabilitation
52	Anhang

Reha-Forschung und -Konzepte

Wirksame Rehabilitation bedarf einer fortlaufenden und gut vernetzten Reha-Forschung. Die Rentenversicherung fördert Forschungsaktivitäten und unterstützt die Umsetzung von wichtigen Forschungsergebnissen in die Praxis der Rehabilitation. Ziel ist die Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation und der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie deren Anpassung an sich verändernde Rahmenbedingungen.

Im Trend: Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation

Die moderne Arbeitswelt ist für viele gesunde wie chronisch kranke Menschen zur Herausforderung geworden. Für Beschäftigte stellen sich hohe Anforderungen an Flexibilität, Kundenorientierung und lebenslanges Lernen. Psychosoziale Belastungen kommen hinzu. Als Folge bestehen bei etwa einem Drittel der Versicherten, die eine medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung erhalten, neben gesundheitlichen Einschränkungen erhebliche berufliche Problemlagen, die eine erfolgreiche Wiedereingliederung in das Erwerbsleben erschweren. Deshalb müssen sich die medizinischen Reha-Leistungen künftig stärker auf die konkrete Erwerbssituation ausrichten.

Unter dem Schlagwort „Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation“ (MBOR) entstanden in den letzten Jahren berufsorientierte diagnostische und therapeutische Konzepte. Ihre Wirksamkeit konnte in verschiedenen Studien nachgewiesen werden, zum Beispiel als Verbesserungen berufsbezogener Einstellungen und Motivation oder eine erfolgreichere berufliche Integration. Die Rentenversicherung hat sich daher zum Ziel gesetzt, eine deutlichere berufliche Orientierung der medizinischen Rehabilitation in den Reha-Einrichtungen zu verankern.

Im Zuge des Projekts „Dissemination von Forschungsergebnissen zur beruflichen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation in die Praxis“ (Dr. Neuderth, Universität Würzburg), gefördert durch die Deutsche Rentenversicherung Bund, wurde ein Praxishandbuch für Reha-Einrichtungen erarbeitet, das neben der Beschreibung der wichtigsten Interventionen der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) auch Praxisbeispiele und Ansprechpartner enthält. Das Handbuch wurde am 7. Juni 2010 in einer öffentlichen Fachtagung vorgestellt und steht ab Februar 2011 den Reha-Einrichtungen für die Weiterentwicklung ihrer MBOR-Angebote in gedruckter Form zur Verfügung (Bezug: Vordruckversand@drv-bund.de). Darüber hinaus entstand eine Homepage, die für Verantwortliche von Rehabilitationseinrichtungen und die interessierte Fachöffentlichkeit Informationen zur MBOR bietet und als Plattform für den fachlichen Austausch dienen kann (s. unten).



www.medizinisch-berufliche-orientierung.de

Zur Stärkung der beruflichen Orientierung hat die Rentenversicherung außerdem ein Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) für medizinische Reha-Einrichtungen erstellt, die Rehabilitanden mit körperlichen Erkrankungen und besonderen beruflichen Problemlagen behandeln. Das Konzept beschreibt die qualitativen Standards in Diagnostik und Therapie in Form eines gestuften Leistungsangebots, um so den unterschiedlich beruflich belasteten Rehabilitanden gerecht zu werden.

Ein Modellprojekt erprobt die Durchführung von MBOR.

Das Anforderungsprofil wird derzeit zur Vorbereitung der Übernahme in die Routineversorgung in der Praxis getestet: Das gemeinsam von der Medizinischen Hochschule Hannover (Dr. Schwarze) und der Universität Würzburg (Dr. Neuderth) durchgeführte Modellprojekt „MBOR-Management“ untersucht, wie beruflich stark belastete Versicherte rechtzeitig erkannt und ihnen das für sie geeignete Rehabilitationsangebot gemacht werden kann. Ein weiterer Untersuchungsgegenstand des Modellprojektes ist die effiziente Durchführung der MBOR-Interventionen in den Rehabilitationseinrichtungen. Anlässlich der Auftaktveranstaltung zum Modellprojekt am 27. September 2010 äußerten Experten die Erwartung, dass insbesondere Versicherte mit besonderen beruflichen Problemlagen von MBOR-Angeboten profitieren werden.

Anforderungsprofil der Deutschen Rentenversicherung Bund:

www.deutsche-rentenversicherung.de > **Spezielle Zielgruppen > Sozialmedizin und Forschung > Konzepte, Positionspapiere, Systemfragen > Konzepte und Positionspapiere**

Arbeitshandbuch zur MBOR:

Vordruckversand@drv-bund.de

Weitere Informationen zur MBOR:

www.medizinisch-berufliche-orientierung.de

Studie zu den Auswirkungen der Diagnosis Related Groups (DRG) auf die Rehabilitation

Zum 1. Januar 2004 wurden in Deutschland die Diagnosis Related Groups (DRG), ein leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem für die Krankenhäuser, verbindlich eingeführt. Erfahrungen aus anderen Ländern haben gezeigt, dass die Einführung eines solchen DRG-Systems zu erheblichen Auswirkungen auf die nachfolgende Rehabilitation führt. Diesen möglichen Auswirkungen, insbesondere auf die Anschlussrehabilitation (AHB), ging die REDIA-Studie (Rehabilitation und Diagnosis Related Groups) nach. Die Studie wurde gemeinsam von der Deutschen Rentenversicherung Westfalen und der Deutschen Rentenversicherung Bund gefördert, die dritte und letzte Erhebungs- bzw. Förderphase ist nun abgeschlossen.

Die REDIA-Studie ist abgeschlossen.

In der REDIA-Studie wurden die Auswirkungen der DRG-Einführung auf AHB-Patienten in der Kardiologie und Orthopädie analysiert. Erwartungsgemäß zeigte sich bei den untersuchten Patientengruppen über alle drei Erhebungsphasen eine Verkürzung der Verweildauer im Akutkrankenhaus.

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
15	Rehabilitation im Licht der Statistik
15	Medizinische Rehabilitation
33	Berufliche Rehabilitation
47	Aufwendungen für Rehabilitation
52	Anhang

Während jedoch in der zweiten Erhebungsphase die Übergangszeit zwischen stationärer Akutbehandlung und Rehabilitation verkürzt war, war diese Phase in der dritten Erhebungsphase verlängert. Diese Verlängerung der Übergangszeit bis zum Reha-Beginn kompensierte somit zum Teil die Reduktion der Liegedauer im Krankenhaus. Die Versicherten nahmen also nicht wesentlich früher im Behandlungsprozess ihre Rehabilitation auf.

Die Anschlussrehabilitation erzielt weiter gute Erfolge.

Die REDIA-Studie belegt eine Zunahme des medizinischen Behandlungsbedarfs der Rehabilitanden nach Einführung der DRG. Die Patienten werden tendenziell in einem schlechteren Gesundheitszustand in die Rehabilitation aufgenommen, auch wenn es keine eindeutigen Hinweise dafür gibt, dass sie bei Aufnahme nicht reha-fähig sind. Positiv ist hervorzuheben, dass die Behandlungsergebnisse trotz des schlechteren Gesundheitszustands gleich geblieben sind bzw. sich sogar verbessert haben. Zudem ist die Intensität der Behandlungen angestiegen, vor allem durch die Zunahme von Gruppentherapien. Hier zeigt sich wahrscheinlich ein Effekt der Einführung von Reha-Therapiestandards durch die Rentenversicherung, die unter anderem Vorgaben für den zeitlichen Umfang von therapeutischen Leistungen machen. Es gibt in der REDIA-Studie auch Hinweise auf einen höheren Versorgungsaufwand bei Rehabilitanden in der AHB, der sich aus den vorliegenden Daten allerdings nicht genau beziffern lässt.

Einzigste multizentrische Studie in Deutschland zur Auswirkung der DRG auf die Rehabilitation.

Obwohl eine wissenschaftliche Bewertung dieser umfassenden Vergütungsreform von verschiedenen Seiten als unerlässlich angesehen wird, untersucht die REDIA-Studie als bisher einzige multizentrische Studie in Deutschland die Auswirkungen der DRG-Einführung auf die Rehabilitation. Die Studienergebnisse stellen die zum Teil kontrovers geführte Diskussion auf eine empirische Grundlage. Die offizielle DRG-Begleitforschung, die mittlerweile angelaufen ist, stützt sich im Wesentlichen auf Routinedaten sowie Befragungen von klinisch Tätigen bzw. Experten und ist stärker auf die Akutmedizin ausgerichtet.

Rehabilitation im Licht der Statistik



Medizinische Rehabilitation: Umfang und Struktur

Wie viele Leistungen zur medizinischen Rehabilitation finanziert die Deutsche Rentenversicherung? Wie haben sich die verschiedenen Reha-Formen entwickelt? Wie stellen sich die Reha-Leistungen dar – je nach Erkrankung, Geschlecht und Alter der Rehabilitanden? Auf diese und andere Fragen nach Umfang und Struktur der medizinischen Rehabilitation (s. Info-Box S. 17) kann die Routinestatistik der Rentenversicherung Antwort geben (s. auch Anhang S. 52).

Routinedaten der Rentenversicherung

Grundlage der statistischen Daten sind die Verwaltungsvorgänge bei den Rentenversicherungsträgern. Man spricht daher auch von prozessproduzierten Daten. Dazu gehören u. a. die Mitteilung der Rentenversicherungsbeiträge durch den Arbeitgeber, die Erfassung von Anträgen und Bescheiden (Reha, Rente) oder auch die Informationen aus dem ärztlichen Entlassungsbericht nach einer durchgeführten Rehabilitation.

Anträge, Bewilligungen und durchgeführte Leistungen

Wer eine medizinische Rehabilitation in Anspruch nehmen möchte, muss zunächst selbst die Initiative ergreifen und einen Antrag stellen, z. B. auf Rat des Hausarztes und mit dessen Unterstützung. Die Rentenversicherung prüft, ob sie zuständig ist, ob die medizinische Notwendigkeit besteht und ob der Antragsteller bzw. die Antragstellerin die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt. Ist die medizinische Rehabilitation bewilligt, kann sie ambulant oder stationär durchgeführt werden. Doch nicht jede bewilligte Maßnahme wird auch in Anspruch genommen, beispielsweise weil sich die gesundheitliche Situation des Versicherten in der Zwischenzeit verschlechtert hat oder weil berufliche oder familiäre Gründe dagegen sprechen. Dies ist in 4 % aller bewilligten Anträge der Fall.

1,6 Mio. Anträge auf medizinische Rehabilitation in 2009.

2009 gingen bei der Rentenversicherung mehr als 1,6 Mio. Anträge auf medizinische Rehabilitation ein. 67 % davon wurden bewilligt, etwa 17 % abgelehnt – meist aus medizinischen (88 %), selten aus versicherungsrechtlichen (12 %) Gründen. Die restlichen 16 % der Anträge wurden zum jeweils zuständigen Rehabilitationsträger weitergeleitet.

Abbildung 1 zeigt die Entwicklung von Anträgen, Bewilligungen und durchgeführten medizinischen Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung. Gewählt wurde der Zeitraum ab 1991, da seit diesem Jahr die Versicherten der neuen Bundesländer mit ausgewiesen werden. Die Anträge sind zwischen 1991 und 2009 von ca. 1.282.000 auf rund 1.638.000 Mio., die Bewilligungen von rund 995.000 auf etwa 1.103.000 und die durchgeführten Leistungen von 840.000 auf etwa 978.000 gestiegen. Allerdings fällt auf, dass beispielsweise

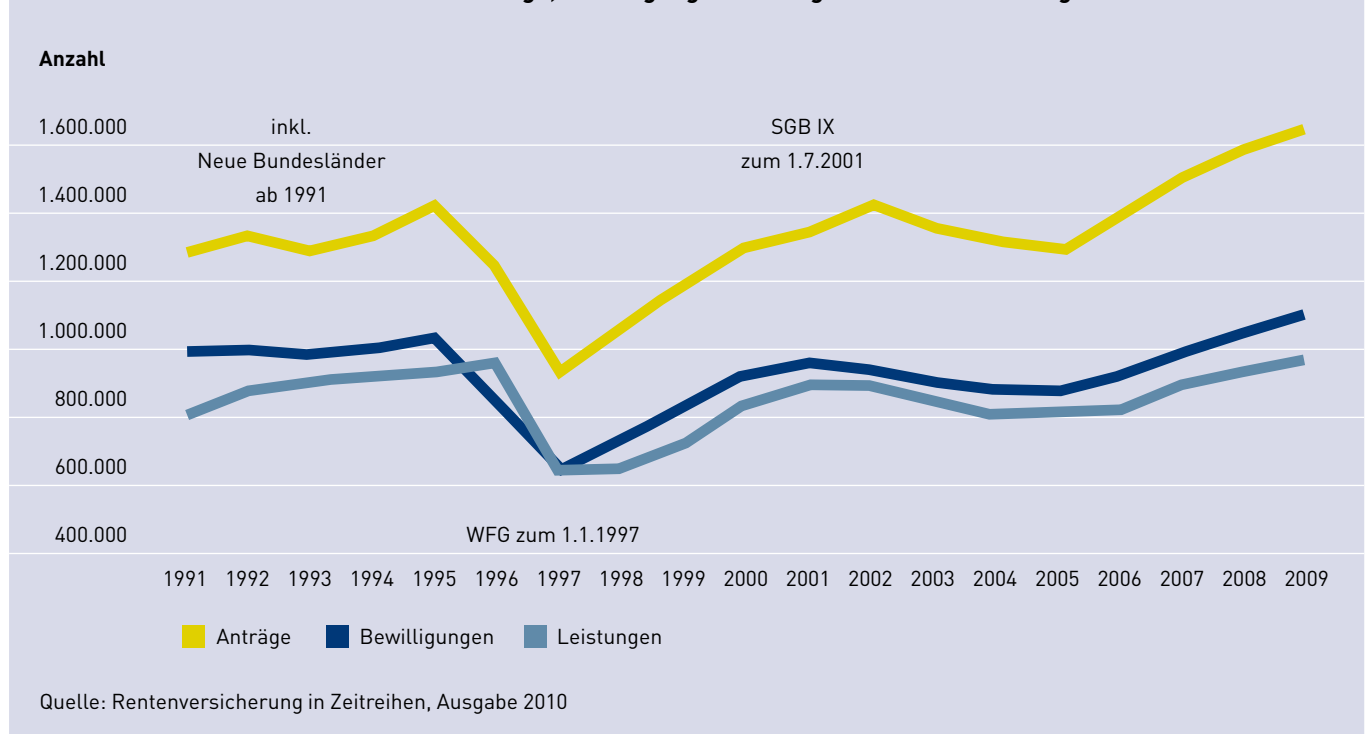
2009 erhielten Versicherte 978.000 medizinische Reha-Leistungen.

1995 fast ebenso viele Bewilligungen wie 2009 erfolgten – bei wesentlich mehr Anträgen in 2009. Dies ist nicht auf ein verändertes Bewilligungsverhalten zurückzuführen, sondern auf neue Verfahren in der Bearbeitung eingehender Reha-Anträge seit Einführung des Sozialgesetzbuches (SGB) IX in 2001. In der Folge werden manche Anträge mehrfach erfasst, nämlich nicht nur durch die (letztlich) zuständigen Reha-Träger, sondern auch durch die Reha-Träger, bei welchen die Anträge zuerst eingegangen sind.

Die Anzahl der Anträge, Bewilligungen und durchgeführten Leistungen unterliegt Schwankungen – meist folgen die Bewilligungen und durchgeführten Leistungen zeitversetzt der Tendenz der Anträge. Diese Verzögerung kommt dadurch zustande, dass spät im Jahr gestellte Anträge erst im Folgejahr bewilligt, bzw. bewilligte Rehabilitationsleistungen erst im Folgejahr angetreten werden.

Das Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz (WFG, 1.1.1997) markiert einen starken Einbruch bei den Anträgen und in der Folge bei Bewilligungen und durchgeführten Reha-Leistungen. Mit dem WFG verfolgte der Gesetzgeber das Ziel, die Ausgaben für Rehabilitation um rund 2,7 Mrd. DM zu senken. Hintergrund war die angespannte Finanzlage der Rentenversicherung aufgrund der ungünstigen wirtschaftlichen Situation. Neben der Begrenzung der Mittel für die Rehabilitation wurden auch die Regeldauer der medizinischen Reha-Leistungen von vier auf drei Wochen gekürzt.

Abb. 1 Medizinische Rehabilitation – Anträge, Bewilligungen und abgeschlossene Leistungen 1991-2009



4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
15	Rehabilitation im Licht der Statistik
15	Medizinische Rehabilitation
33	Berufliche Rehabilitation
47	Aufwendungen für Rehabilitation
52	Anhang

Medizinische Rehabilitation

Wenn eine chronische Erkrankung die Erwerbsfähigkeit gefährdet oder einschränkt, kann die medizinische Rehabilitation helfen. Die Rentenversicherung ist der wichtigste Kostenträger der medizinischen Rehabilitation in Deutschland. Weitere Reha-Träger sind insbesondere die Krankenkassen (für Nichterwerbstätige) und die gesetzliche Unfallversicherung. Die Rentenversicherung führt nach § 15 SGB VI Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch mit dem Ziel, die Erwerbsfähigkeit ihrer Versicherten zu erhalten oder wiederherzustellen.

Je nach Krankheitsbild gibt es unterschiedliche Formen:

- Stationäre und ganztägig ambulante medizinische Rehabilitation, d. h. in einer Klinik oder tagsüber in Wohnortnähe
- Anschlussrehabilitation (AHB), etwa nach Herzinfarkt, unmittelbar nach der Akutbehandlung
- Leistungen wegen psychischer Erkrankungen
- Entwöhnungsbehandlung bei Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit

Darüber hinaus gibt es so genannte Sonstige Leistungen nach § 31 SGB VI, insbesondere:

- Präventive Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit
- Onkologische Rehabilitation (für alle, auch jenseits des erwerbsfähigen Alters)
- Stationäre Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen

Wenn nicht anders angegeben, sind diese Sonstigen Leistungen im vorliegenden Reha-Bericht in den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation enthalten. Ergänzende Leistungen ergänzen, wie der Name sagt, Leistungen zur medizinischen und auch beruflichen Rehabilitation sowie die Sonstigen Leistungen. Sie erfolgen nicht ohne die „Hauptleistung“. Es handelt sich u. a. um Übergangsgeld oder Reisekosten.

Die Behandlung während der medizinischen Rehabilitation setzt sich je nach Bedarf aus folgenden Bausteinen zusammen:

- Ärztliche Behandlung
- Bewegungstherapie (Physio-, Sporttherapie)
- Arbeitsbezogene Maßnahmen
- Gesundheitsbildung und Patientenschulung
- Psychologische Diagnostik und Beratung
- Entspannungsverfahren
- Ergotherapie
- Physikalische Therapie
- Ernährungsberatung mit/ohne Lehrküche
- Soziale, sozialrechtliche und berufliche Beratung

Anträge gingen nach dem WFG (1996) um 25 % zurück.

Die maximalen Zuzahlungen der Versicherten für stationäre Reha-Leistungen wurden mehr als verdoppelt (im Westen von 12 auf 25 DM pro Tag, im Osten von 9 auf 20 DM) und die Frist für eine weitere Reha-Maßnahme (so genanntes Wiederholungsintervall) von drei auf vier Jahre verlängert. Dies führte bereits im Laufe des Jahres 1996 zu einem Antragsrückgang, der sich in 1997 weiter fortsetzte. Gegenüber 1995 sank die Zahl der Anträge im Jahr 1997 um 34 %, die der Bewilligungen um 38 % und die der durchgeführten Reha-Leistungen um 36 %.

Reha-Anträge, -Bewilligungen und -Leistungen steigen seit 1998 kontinuierlich.

Nach diesem Einbruch stiegen die Anträge auf medizinische Rehabilitation wieder kontinuierlich an, gefolgt von den Bewilligungen und durchgeführten Leistungen. Der Trend wurde nur in den Jahren 2002–2005 durch eine moderate Abwärtsbewegung unterbrochen, die jedoch nicht annähernd die Rückgangsraten in Folge des WFG erreichte. Das Niveau der Anträge erreichte bereits 2002 das vor Einführung des WFG, die durchgeführten Leistungen liegen 2009 erstmals wieder deutlich über den Zahlen in 1995.

Tabelle 1 wirft noch einmal einen Blick auf die Steigerungsraten von 2008 auf 2009: Die Anträge sind um 3,1 % (2007 auf 2008: 5,6 %), die Bewilligungen um 3,6 % (2007 auf 2008: 6,5 %) und die durchgeführten Reha-Leistungen um 3,8 % (2007 auf 2008: 4,3 %) gestiegen.

Tab. 1 Medizinische Rehabilitation – Anzahl der Anträge, Bewilligungen und abgeschlossenen Leistungen 2008 und 2009

	Anträge	Bewilligungen	Leistungen
2008	1.589.104	1.064.005	942.622
2009	1.638.294	1.102.671	978.335
Steigerungsrate 2008–2009	+ 3,1 %	+ 3,6 %	+ 3,8 %

Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2010

Verschiedene Formen der Rehabilitation

Gemäß dem Grundsatz „Reha vor Rente“ steht bei der Mehrzahl der medizinischen Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung die Sicherung der Erwerbsfähigkeit der Versicherten im Vordergrund. Für Tumorerkrankungen und Kinderrehabilitation ist dies jedoch keine notwendige Voraussetzung.

Die Anschlussrehabilitation (AHB) wird direkt aus einem Aufenthalt im Akutkrankenhaus heraus eingeleitet. Für Alkohol-, Drogen-, Medikamenten- und Mehrfachabhängige gibt es die Entwöhnungsbehandlung als spezielle Form der medizinischen Rehabilitation. Auch die ganztägig ambulante Rehabilitation ist an dieser Stelle zu nennen. Diese Form der medizinischen Rehabilitation, bei der die Rehabilitanden nur tagsüber in die Rehabilitationseinrichtung kommen, wird seit 1997 für ausgewählte Indikationen

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
15	Rehabilitation im Licht der Statistik
15	Medizinische Rehabilitation
33	Berufliche Rehabilitation
47	Aufwendungen für Rehabilitation
52	Anhang

11 % der Rehabilitationsleistungen
2009 wurden ambulant durchgeführt.

angeboten. Voraussetzung war, dass die ambulante Rehabilitation in dafür geeigneten Fällen ebenso gute Behandlungserfolge vorweisen kann wie die stationäre Rehabilitation. Dies wurde in mehreren wissenschaftlichen Studien belegt. Der weit überwiegende Teil medizinischer Rehabilitation erfolgt nach wie vor stationär. Allerdings sank der Anteil stationärer Leistungen für Erwachsene von 1995 bis 2009 von 91 % auf 85 %. Die ambulanten Leistungen für Erwachsene haben sich dagegen bis 2009 mehr als verzehnfacht: von rund 8.000 auf etwas über 110.000 Leistungen. Sie machen derzeit ca. 11 % aller medizinischen Rehabilitationsleistungen aus.

Die Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen („Kinderheilbehandlungen“) wird nur stationär durchgeführt. Ihr prozentualer Anteil an den Reha-Leistungen der Rentenversicherung insgesamt liegt über die letzten zwölf Jahre konstant bei 4 % (s. Tab. 2). Onkologische Rehabilitationsleistungen (in ca. 95 % der Fälle bei bösartigen Neubildungen) nehmen kontinuierlich zu. Derzeit ist knapp jede fünfte medizinische Rehabilitation für Erwachsene eine onkologische Reha-Leistung (17 % bzw. fast 165.000 Leistungen in 2009). Noch deutlich stärker als der Anstieg aller Reha-Leistungen ist der

Tab. 2 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation: stationär und ambulant für Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche 1995–2009

	Insgesamt (inkl. Mischfälle*)	Stationäre Leistungen für Erwachsene		Ambulante Leistungen für Erwachsene**		Kinder- und Jugendlichen- rehabilitation	
1995	928.295	843.853***	91 %	-	-	24.368	3 %
1996	960.622	869.330***	90 %	-	-	24.392	3 %
1997	629.752	600.447	95 %	8.418	1 %	20.748	3 %
1998	642.436	603.848	94 %	14.115	2 %	23.740	4 %
1999	717.388	671.291	94 %	18.391	3 %	26.250	4 %
2000	835.878	778.789	93 %	25.257	3 %	29.908	4 %
2001	892.687	826.014	93 %	30.472	3 %	33.751	4 %
2002	894.347	813.362	91 %	41.714	5 %	36.682	4 %
2003	845.618	752.426	89 %	52.285	6 %	37.846	4 %
2004	803.159	702.122	87 %	60.557	8 %	37.276	5 %
2005	804.064	696.731	87 %	67.975	8 %	36.759	5 %
2006	818.433	704.004	86 %	75.850	9 %	36.443	4 %
2007****	903.257	771.782	85 %	92.038	10 %	37.498	4 %
2008	942.622	804.006	85 %	99.820	11 %	37.568	4 %
2009	978.335	829.822	85 %	111.022	11 %	36.254	4 %

* stationäre und ambulante Reha-Anteile in Kombination erbracht; nur in Ingesamt-Spalte enthalten; Summe der Leistungen insgesamt übersteigt somit Summe der rechtsstehenden Spalten

** ambulante Leistungen erst ab 1997 statistisch auswertbar

*** ohne Auftragsheilbehandlungen für die Krankenversicherung (§ 40 Abs. 2 SGB V)

**** Sondereffekt im Jahr 2007: inkl. zusätzlich nachgemeldeter Fälle der Vorjahre (rd. 1,5 %).

Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 1995–2009

2009 waren knapp ein Drittel aller Reha-Leistungen Anschlussrehabilitationen (AHB).

Zuwachs bei der Anschlussrehabilitation (AHB). Mit gut 293.000 Leistungen stellt die AHB im Jahr 2009 einen Anteil von rund 30 % – verglichen mit 1995 eine Verdoppelung des Anteils. Bei den Entwöhnungsbehandlungen zeigt sich ein nicht ganz so ausgeprägter Anstieg von etwa 34.000 auf rund 57.000 Leistungen. Der Anteil der Entwöhnungsbehandlungen an den medizinischen Reha-Leistungen für Erwachsene insgesamt liegt heute bei 6 % (s. Tab. 3).

Mit einer medizinischen Rehabilitation, die in der Regel etwa drei Wochen dauert, können manche Reha-Ziele (z. B. Muskelaufbau) nicht vollständig erreicht und notwendige Änderungen des Lebensstils (z. B. mehr Bewegung) bei den Rehabilitanden nur angestoßen werden. Um die Reha-Erfolge langfristig zu sichern, können so genannte Nachsorgeleistungen in Anspruch genommen werden. Ein bekanntes Beispiel sind die „Herzgruppen“. Aber nicht nur bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist Reha-Nachsorge sinnvoll, sondern auch bei anderen körperlichen und psychischen Erkrankungen: beispielsweise die Intensivierte Reha-Nachsorge (IRENA) für verschiedene Indikationen und das Curriculum Hannover für die Psychosomatik/Psychotherapie. Die Nachsorgeleistungen der Rentenversicherung haben

Tab. 3 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 1995–2009: besondere Leistungsformen für Erwachsene

	Insgesamt (inkl. Mischfälle*)	Anschluss- rehabilitation (AHB)		Neubildungen** (amb./stat./§§15+31)		Entwöhnungen** (inkl. ambulant)	
1995	903.927	129.129	14 %	97.591	11 %	34.029	4 %
1996	936.230	131.717	14 %	133.769	14 %	35.090	4 %
1997	609.004	139.444	23 %	97.832	16 %	41.468	7 %
1998	618.696	151.902	25 %	98.579	16 %	42.680	7 %
1999	691.138	165.417	24 %	103.897	15 %	43.793	6 %
2000	805.970	177.681	22 %	110.692	14 %	46.508	6 %
2001	858.936	196.812	23 %	122.107	14 %	48.937	6 %
2002	857.665	205.171	24 %	129.757	15 %	51.785	6 %
2003	807.772	208.929	26 %	133.240	16 %	51.123	6 %
2004	765.883	217.165	28 %	139.645	18 %	52.536	7 %
2005	767.305	227.347	30 %	147.913	19 %	50.835	7 %
2006	781.990	242.145	31 %	149.300	19 %	49.526	6 %
2007***	865.759	268.379	31 %	158.284	18 %	56.393	7 %
2008	905.054	275.756	30 %	160.707	18 %	55.963	6 %
2009	942.081	293.173	31 %	164.825	17 %	57.456	6 %

* stationäre und ambulante Reha-Anteile in Kombination erbracht

** Neubildungen und Entwöhnungen werden in der Statistik der Deutschen Rentenversicherung als eigene Maßnahmeart dokumentiert und in dieser Tabelle nicht über die ICD-Diagnosen definiert.

*** Sondereffekt im Jahr 2007: inkl. zusätzlich nachgemeldeter Fälle der Vorjahre (rd. 1,5%)

Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 1995–2009

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
15	Rehabilitation im Licht der Statistik
15	Medizinische Rehabilitation
33	Berufliche Rehabilitation
47	Aufwendungen für Rehabilitation
52	Anhang

Nachsorge und Stufenweise Wiedereingliederung fördern die Rückkehr an den Arbeitsplatz.

in den letzten Jahren deutlich und kontinuierlich zugenommen. Waren es 2007 noch 72.198 Nachsorgeleistungen, stieg die Zahl in 2008 um 36 % auf 97.998. Im Jahr 2009 führte die Rentenversicherung insgesamt 124.338 Nachsorgeleistungen durch (Steigerungsrate 27 %).

Nach einer medizinischen Rehabilitation können manche Versicherte ihre berufliche Tätigkeit nicht sofort in vollem Umfang wieder aufnehmen. Seit dem SGB IX kann die Rentenversicherung bei Stufenweiser Wiedereingliederung (STW) unmittelbar nach der medizinischen Rehabilitation Übergangsgeld (als Entgeltersatzleistung) zahlen. Die an der STW Teilnehmenden werden dann schrittweise, in der Regel mit ansteigender Stundenzahl, an die volle Arbeitsbelastung herangeführt. Eine Stufenweise Wiedereingliederung kann von sechs Wochen bis zu sechs Monaten dauern. Im Jahr 2009 unterstützte die Rentenversicherung auf diese Weise in 32.957 Fällen den (Wieder-) Einstieg in die berufliche Tätigkeit.

Eine weitere Leistung im Angebotsspektrum der Rentenversicherung sind die so genannten medizinischen Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit, die sich an Versicherte in besonders gesundheitsgefährdenden Berufen wenden (§ 31 Abs.1 Nr. 2 SGB VI). Eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit ist bei diesen Leistungen keine notwendige Voraussetzung. Bisher werden diese Präventionsleistungen nur in geringem Maße durchgeführt – im Jahr 2009 waren es insgesamt 398. Durch eine von der Rentenversicherung angeregte und am 1. Januar 2009 in Kraft getretene Gesetzesänderung kann die Rentenversicherung nun solche Präventionsleistungen nicht nur stationär, sondern auch ambulant erbringen. Prävention kann so flexibler umgesetzt werden, was einen Anstieg dieser Leistungen in den kommenden Jahren erwarten lässt.

Krankheitsspektrum – Zeitliche Entwicklung

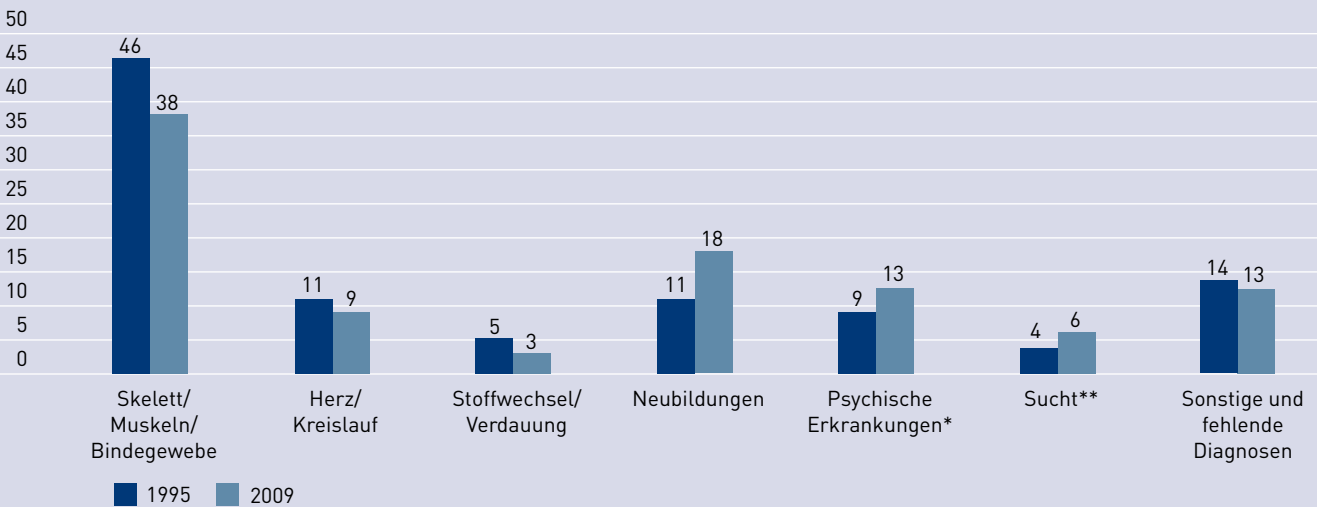
Fasst man stationäre und ambulante Leistungen zusammen, haben sich die medizinischen Reha-Leistungen der einzelnen Diagnosengruppen in den letzten Jahren unterschiedlich entwickelt (s. Abb. 2). Dies zeigt die Gegenüberstellung der Reha-Leistungen aus 2009 und aus 1995, dem letzten Jahr vor Einführung des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes (WFG).

Rehabilitation aufgrund von Krebserkrankungen und psychischen Störungen nimmt zu.

Der Anteil an Leistungen bei Skelett-, Muskel- und Bindegewebserkrankungen, nach wie vor die größte Diagnosengruppe, betrug 1995 noch 46 %, in 2009 nur noch 38 %. Ebenfalls rückläufig sind die Anteile der Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krankheiten des Stoffwechsels oder der Verdauungsorgane. Auf die anderen großen Diagnosengruppen wie Neubildungen und psychische Erkrankungen entfallen heute wesentlich mehr Leistungen. Diese zeitlichen Entwicklungen in den einzelnen Diagnosengruppen gehen bei Frauen und Männern in die gleiche Richtung.

Abb. 2 Krankheitsspektrum in der medizinischen Rehabilitation Erwachsener¹ (ambulant und stationär): 1995 und 2009

Anteile Reha-Leistungen in %



¹ ohne Fälle, bei denen die 1. Diagnose noch nicht erfasst ist

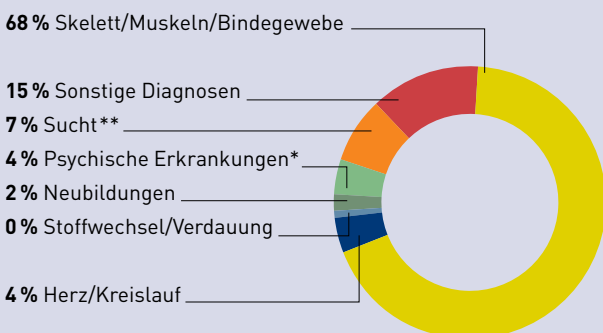
* ohne Sucht

** hier Entwöhnungsbehandlung als eigene Maßnahmeart und als einzige der hier genannten Diagnosengruppen nicht über ICD-Diagnosen definiert

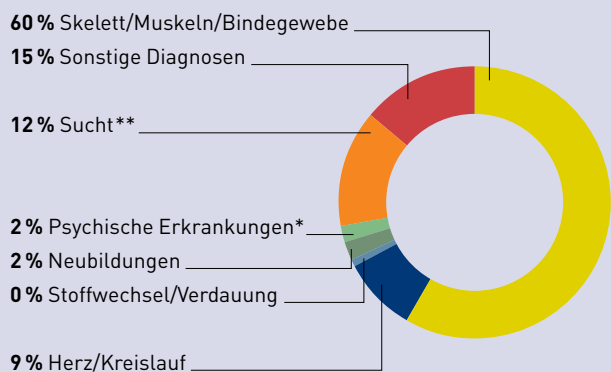
Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 1995 und 2009

Abb. 3 Ambulante medizinische Rehabilitation 2009: Krankheitsspektrum¹

Frauen



Männer



¹ ohne Fälle, bei denen die 1. Diagnose noch nicht erfasst ist

* ohne Sucht

** Entwöhnungsbehandlung wird als eigene Maßnahmeart dokumentiert und als einzige der hier genannten Diagnosengruppen nicht über die ICD-Diagnosen definiert

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2009

Erkrankungen von Muskeln, Skelett und Bindegewebe sind die häufigste Reha-Indikation.

Krankheitsspektrum im Jahr 2009

Vergleicht man die aktuelle Verteilung der Diagnosen in der medizinischen Rehabilitation in 2009 getrennt nach ambulanter und stationärer Reha-Form, stellt sich das Krankheitsspektrum unterschiedlich dar. Die Abbildungen 3 und 4 geben darüber hinaus auch Unterschiede im Krankheitsspektrum von Frauen und Männern wieder. Die dazugehörigen Zahlen und die je nach Diagnosengruppe unterschiedliche durchschnittliche Rehabilitationsdauer sind in Tabelle 4 enthalten.

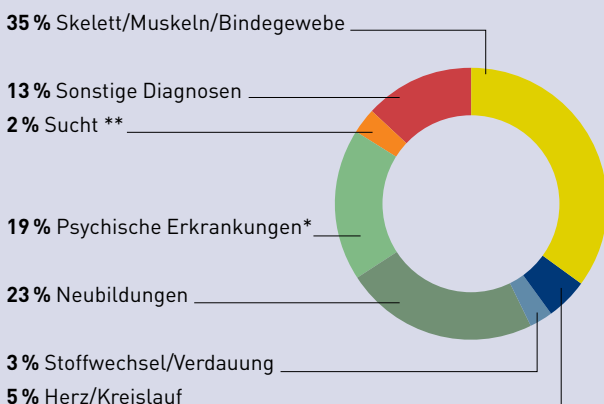
Eine stationäre medizinische Rehabilitation erhalten Frauen wie Männer zu gut einem Drittel wegen Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes. Medizinische Rehabilitation bei Neubildungen steht an zweiter Stelle (Frauen 23 %, Männer 16 %). Rang 3 belegen bei Frauen die psychischen Erkrankungen (19 %), bei Männern die Herz-Kreislauf-Erkrankungen (13 %). Bei Männern ist der Anteil psychischer Erkrankungen mit 10 % deutlich geringer als bei Frauen. Entwöhnungsbehandlungen sind bei Männern dagegen gut viermal so häufig wie bei Frauen (s. Abb. 3).

2009 betrug die durchschnittliche stationäre Reha-Dauer 30 Tage.

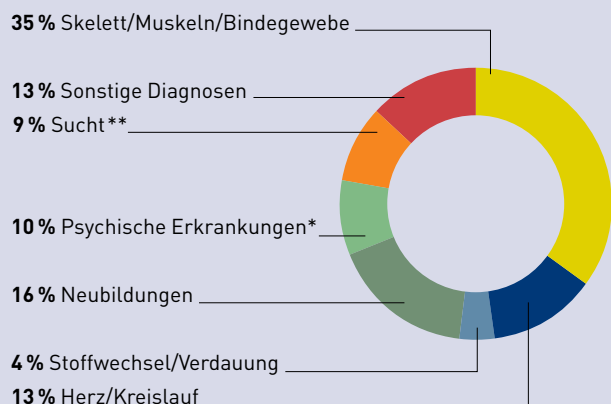
Im Durchschnitt befinden sich Rehabilitanden 30 Tage in ihrer stationären medizinischen Rehabilitation. Nimmt man Reha-Leistungen wegen psychischer Erkrankungen und Suchterkrankungen, die einer längeren Therapie bedürfen, davon aus, dauert die stationäre Rehabilitation in den einzelnen Diagnosengruppen zwischen 23 und 26 Tagen. Bei Frauen liegt die Rehabilitationsdauer – abgesehen von den Erkrankungen des Stoffwechsels oder der Verdauungsorgane –

Abb. 4 Stationäre medizinische Rehabilitation 2009: Krankheitsspektrum¹

Frauen



Männer



¹ ohne Fälle, bei denen die 1. Diagnose noch nicht erfasst ist

* ohne Sucht

** Entwöhnungsbehandlung wird als eigene Maßnahmeart dokumentiert und als einzige der hier genannten Diagnosengruppen nicht über die ICD-Diagnosen definiert

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2009

jeweils einen Tag höher als bei Männern (s. Tab. 4). Betrachtet man auch den Durchschnitt der Rehabilitationsdauer nach Geschlecht getrennt, ist eine medizinische Rehabilitation bei Frauen jedoch zwei Tage kürzer. Dies ist zurückzuführen auf die lange Dauer von Entwöhnungsbehandlungen, die von Männern wesentlich häufiger in Anspruch genommen werden (s. o.).

In der ambulanten Rehabilitation wird der weitaus überwiegende Teil der ambulanten Leistungen bei Frauen (68 %) wie bei Männern (60 %) wegen einer Erkrankung des Skeletts, der Muskeln oder des Bindegewebes durchgeführt; die Anteile sind wesentlich höher als in der stationären Rehabilitation. Dagegen werden nur etwa 2 % der ambulanten Rehabilitationsleistungen aufgrund von Neubildungen durchgeführt (s. Abb. 4). In Tabelle 4 sind auch die durchschnittlichen Behandlungstage für die ganztägig ambulante Rehabilitation der betrachteten Diagnosengruppen enthalten. Für eine ganztägig ambulante orthopädische Rehabilitation – also bei Erkrankungen des Skeletts, der Muskeln oder des Bindegewebes – werden durchschnittlich 17 Behandlungstage benötigt. Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen müssen im Schnitt an rund 37 Tagen die ambulante Reha-Einrichtung aufsuchen. Anders als in der stationären Rehabilitation von psychischen Störungen ist

Tab. 4 Ambulante und stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 2009: Krankheitsspektrum und Behandlungsdauer

	Insgesamt (inkl. sonst. Leistungen)	Skelett/ Muskeln/ Bindegew.	Herz/ Kreislauf	Stoff- wechsel/ Verdauung	Neu- bildun- gen	Psychische Erkran- kungen*	Sucht**	Sonstige Diagno- sen	Fehlende Diagno- sen****
Ambulant									
Frauen	44.152	28.240	1.500	47	868	1.659	2.825	6.101	2.912
Behandlungstage***	21	17	19	18	17	32	-	-	-
Männer	66.870	37.733	5.608	98	1.150	1.169	7.558	9.632	3.922
Behandlungstage***	21	17	18	18	17	41	-	-	-
Stationär									
Frauen	410.513	138.322	19.124	12.688	90.913	74.807	9.901	50.315	14.443
Pflegetage***	29	24	26	25	24	40	89	-	-
Männer	419.309	138.172	53.373	18.225	67.509	40.532	37.172	54.978	9.348
Pflegetage***	31	24	25	24	23	39	88	-	-

* alle in der ICD unter Buchstaben F verschlüsselten psychischen Störungen, ohne Sucht

** Entwöhnungsbehandlung wird in der Statistik der Deutschen Rentenversicherung als eigene Maßnahmeart dokumentiert und als einzige der hier genannten Diagnosengruppen nicht über die ICD-Diagnosen definiert.

*** stationär: inkl. Wochenende; ambulant: Behandlungstage, an denen die Rehabilitanden sich ganztägig in der ambulanten Reha-Einrichtung aufhalten. Ambulante Entwöhnungen finden oft berufsbegleitend statt, deshalb entfällt die Angabe von Behandlungstagen hierzu.

**** 1. Diagnose noch nicht erfasst

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2009

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
15	Rehabilitation im Licht der Statistik
15	Medizinische Rehabilitation
33	Berufliche Rehabilitation
47	Aufwendungen für Rehabilitation
52	Anhang

im ambulanten Bereich die Behandlungsdauer bei Frauen (32 Tage) niedriger als bei Männern (41 Tage).

Das Durchschnittsalter in der orthopädischen Rehabilitation liegt bei 49,9 Jahren, in der Suchtrehabilitation bei 40,5 Jahren.

Die Diagnosengruppen in der medizinischen Rehabilitation unterscheiden sich auch nach dem durchschnittlichen Alter der Rehabilitanden. Die deutlich jüngsten Rehabilitanden finden sich mit durchschnittlich 40,5 Jahren in der Suchtrehabilitation (Entwöhnungsbehandlung). Rehabilitanden mit psychischen Erkrankungen (ohne Entwöhnungsbehandlungen; 47,2 Jahre) oder mit Erkrankungen des Verdauungs- und Stoffwechselsystems (47,6 Jahre) sind im Schnitt etwa gleich alt, gefolgt von Rehabilitanden mit Erkrankungen des Skeletts, der Muskeln oder des Bindegewebes (49,9 Jahre) und mit Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems (52,2 Jahre). Mit im Mittel 61,4 Jahren sind Rehabilitanden mit Krebserkrankungen mit Abstand am ältesten. Während insgesamt zahlreiche krankheitsspezifische, personenbezogene und auch gesellschaftliche Faktoren zu den Altersunterschieden zwischen den Diagnosengruppen führen können, trägt hier eine gesetzliche Regelung dazu bei: Nach § 31 SGB VI führt die Rentenversicherung eine medizinische Rehabilitation bei Rehabilitanden mit Krebserkrankungen auch dann durch, wenn diese bereits im Rentenalter sind.

Altersspezifische Inanspruchnahme

Das Durchschnittsalter von Frauen, die 2009 eine medizinische Rehabilitation abgeschlossen haben, lag bei 51,3 Jahren. Männer waren mit 50,6 Jahren im Durchschnitt etwas jünger. Grundsätzlich nimmt mit dem Alter die Zahl chronisch Kranker zu. Ebenso werden mit höherem Alter mehr medizinische Rehabilitationsleistungen in Anspruch genommen. Die Inanspruchnahme wird pro 1.000 Versicherte dargestellt (Inanspruchnahmerate). Werden die Rehabilitanden zu Versicherten gleichen Alters in Beziehung gesetzt, erhält man die altersspezifische Inanspruchnahmerate.

Die Reha-Inanspruchnahme steigt mit zunehmendem Alter.

Die Ergebnisse sind eindeutig: Bei allen betrachteten Diagnosengruppen steigt 2009 die Inanspruchnahme mit dem Alter. Besonders ausgeprägt ist der Anstieg bei Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes etwa ab dem 37. Lebensjahr. Bei Neubildungen steigt die Inanspruchnahme ebenfalls mit dem Alter an, besonders deutlich ab dem 58. Lebensjahr. Diese Dynamik zeigt sich gleichermaßen bei Frauen und Männern. Auch bei Krankheiten des Stoffwechsels und der Verdauungsorgane steigt die Inanspruchnahme bei beiden Geschlechtern mit zunehmendem Alter, wenn auch moderat (s. Abb. 5 und 6). Eine für Frauen und Männer unterschiedliche Entwicklung der altersabhängigen Inanspruchnahme zeigt sich bei den psychischen Störungen und bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Die höchste Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen bei psychischen Erkrankungen (inkl. Abhängigkeitserkrankungen) liegt bei Frauen im Alter von Mitte bis Ende 50. Männliche Versicherte nehmen Rehabilitationsleistungen bei psychischen Störungen am häufigsten etwas früher in Anspruch, nämlich im Alter von Anfang bis Mitte 50. Für Herz-Kreislauf-Erkrankungen steigen die Reha-Leistungen männlicher Versicherter ab dem 36. Lebensjahr kontinuierlich.

Die Veränderung der Altersstruktur erfordert eine altersstandardisierte Betrachtung.

Bei Frauen setzt diese Entwicklung später ein und ist bis zum 61. Lebensjahr weniger stark ausgeprägt.

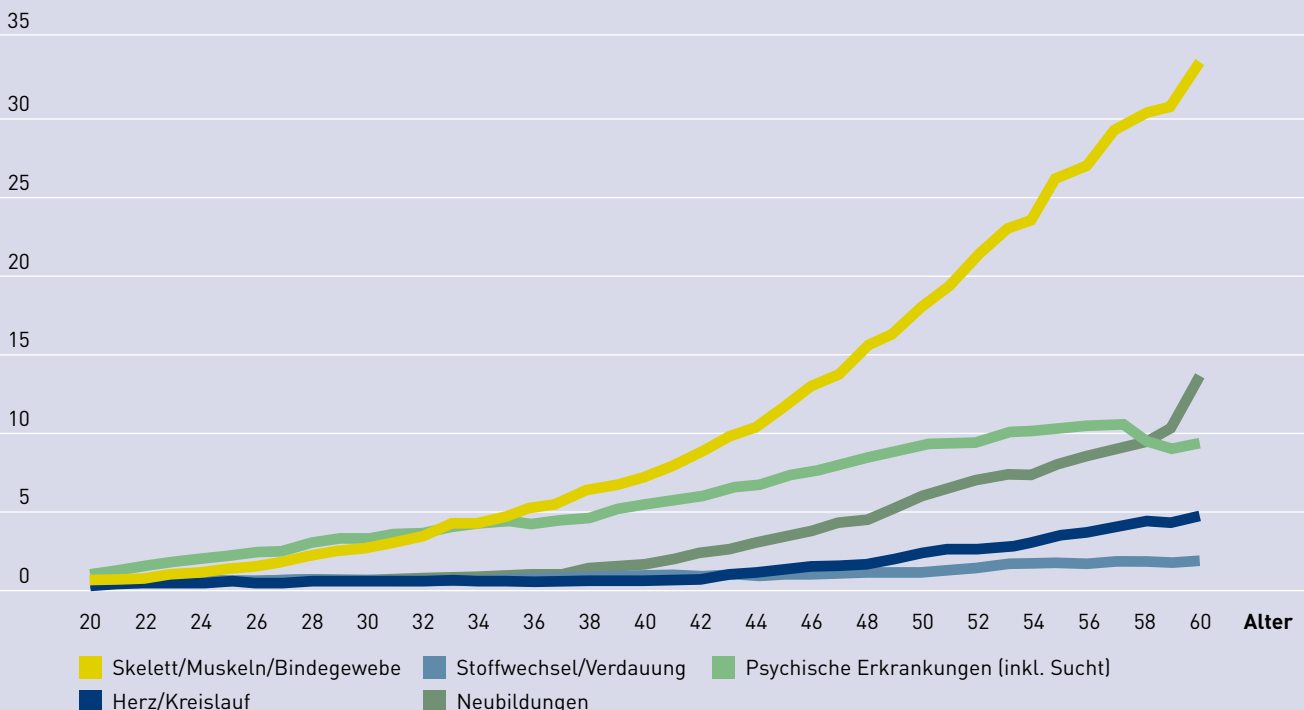
Altersstandardisierte Inanspruchnahme

Sei es Krankheitshäufigkeit, Sterblichkeit oder Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen – bei all diesen altersabhängigen Sachverhalten stellt sich die Frage, worauf ihre Schwankungen im Zeitablauf zurückzuführen sind. Bei der Betrachtung eines längeren Zeitraums kann sich nämlich sowohl die Größe der betrachteten Versichertenpopulation als auch deren Alterszusammensetzung verändert haben. Mit der Altersstandardisierung (s. Infobox S. 27) wird entsprechend sowohl der Einfluss der Größe der Population als auch der einer unterschiedlichen Alterszusammensetzung herausgerechnet (= altersstandardisierte Raten). Tabelle 5 (S. 28) gibt für Frauen und für Männer die altersstandardisierten Inanspruchnahmeraten insgesamt sowie für die wichtigsten fünf Diagnosengruppen zwischen 1995 und 2009 wieder.

Zu Beginn dieses Zeitraums haben in Deutschland altersstandardisiert 30 von 1.000 versicherten Frauen und 25 von 1.000 versicherten Männern eine medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung in Anspruch genommen.

Abb. 5 Medizinische Rehabilitation: Altersspezifische Inanspruchnahmeraten bei Frauen 2009

Anzahl abgeschlossene Reha-Leistungen pro 1.000 Versicherte



Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2009, „Versicherte“ 2008

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
15	Rehabilitation im Licht der Statistik
15	Medizinische Rehabilitation
33	Berufliche Rehabilitation
47	Aufwendungen für Rehabilitation
52	Anhang

Im Vergleich zu Männern nehmen Frauen häufiger medizinische Reha-Leistungen in Anspruch.

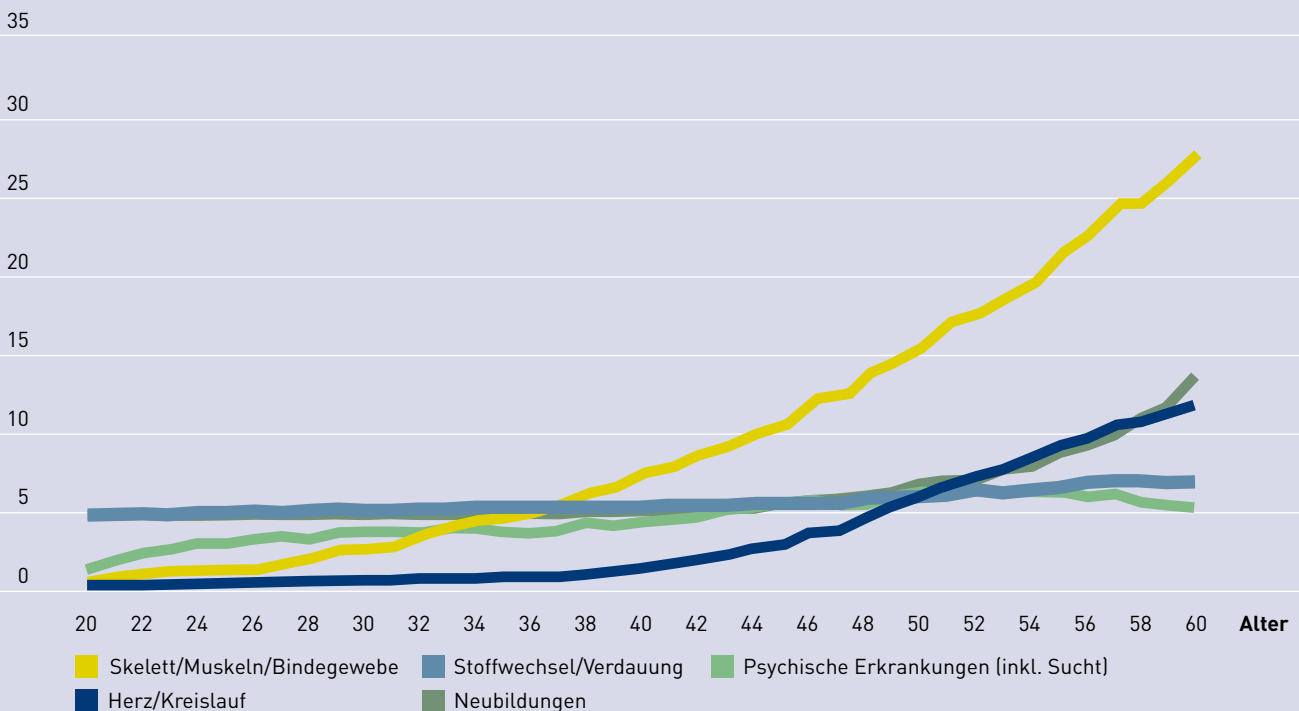
Zwei Jahre später (1997), nach Inkrafttreten des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes (WFG) betrug die altersstandardisierte Inanspruchnahmerate nur noch 19 von 1.000 versicherten Frauen und 17 von 1.000 versicherten Männern. Auch wenn die Leistungen in den Folgejahren wieder zunahm, liegen die Raten doch in allen weiteren Jahren deutlich unter denjenigen von 1995 (s. Tab. 5, S. 28).

Altersstandardisierung

Die Altersstandardisierung ist ein Rechenverfahren: Es vergleicht zwei oder mehr Untersuchungsgruppen unterschiedlicher Alterszusammensetzung in Bezug auf ein altersabhängiges Merkmal (z. B. Vorkommen eines Tumors). Der vorliegende Bericht verwendet die so genannte direkte Standardisierung. Sie gewichtet die altersspezifischen Reha-Raten der beobachteten Population (zum Beispiel eine Teilmenge der Reha-Leistungen) mit der Altersverteilung einer Standardpopulation (hier: Versicherte der Rentenversicherung 1992). Altersstandardisierte Reha-Raten sind keine wirklich beobachteten Zahlen. Sie beschreiben vielmehr, wie die Inanspruchnahmerate wäre, wenn die Altersstruktur der jeweils beobachteten Population der in der Standardpopulation entspräche. Dadurch wird eine Vergleichbarkeit über den Zeitverlauf hinweg möglich.

Abb. 6 Medizinische Rehabilitation: Altersspezifische Inanspruchnahmeraten bei Männern 2009

Anzahl abgeschlossene Reha-Leistungen pro 1.000 Versicherte



Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2009, „Versicherte“ 2008

Betrachtet man zum Vergleich die Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation in diesem Zeitraum in absoluten Zahlen (vgl. Tab. 2, S. 19), dann liegen diese Zahlen – ohne Altersstandardisierung – für 2009 über denen von 1995. Die deutliche Aufwärtsbewegung nach dem Einbruch im Jahr 1997 kann also zum Teil auf die veränderte Altersstruktur der Versichertenpopulation zurückgeführt werden. So kommen zum Beispiel die geburtenstarken Jahrgänge aus den 1960er Jahren zunehmend in das Alter, in dem sie vermehrt Rehabilitation benötigen.

Bei den Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes, den Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie den Krankheiten des Stoffwechsels und der Verdauungsorgane sind die altersstandardisierten Inanspruchnahmeraten im beobachteten Zeitraum rückläufig, wenn auch mit kleinen Schwankungen. Die Raten bei den Neubildungen ändern sich vergleichsweise wenig. Für die psychischen Erkrankungen (inkl. Abhängigkeitserkrankungen) nehmen die altersstandardisierten Raten sowohl bei Frauen als auch bei Männern zu.

Tab. 5 Ambulante und stationäre medizinische Leistungen¹ nach ausgewählten Diagnosegruppen pro 1.000 Versicherte – altersstandardisiert – Frauen und Männer 1995–2009

	Insgesamt (inkl. Sonstige Leistungen)		Skelett/Muskeln/ Bindegewebe		Herz/ Kreislauf		Stoffwechsel/ Verdauung		Neubildungen		Psychische Erkrankungen (inkl. Sucht)	
1995	29,7	25,0	13,3	11,8	1,9	3,8	1,2	1,4	3,7	1,3	4,3	3,0
1996	30,8	25,6	13,2	11,8	1,9	3,9	1,2	1,4	4,7	1,8	4,8	3,2
1997	19,1	16,9	7,9	6,5	1,8	3,6	0,8	0,8	3,3	1,4	3,4	2,8
1998	19,0	17,3	7,4	6,7	1,3	3,1	0,7	0,8	3,4	1,5	3,3	2,8
1999	21,3	19,7	8,7	8,0	1,4	3,2	0,8	1,0	3,5	1,6	3,7	3,0
2000	25,1	22,2	10,9	9,6	1,5	3,4	0,9	1,1	3,6	1,7	4,4	3,3
2001	26,3	23,0	11,4	10,1	1,5	3,4	0,9	1,1	3,7	1,8	5,0	3,6
2002	25,4	22,7	10,8	9,7	1,4	3,4	1,0	1,1	3,7	1,8	5,2	3,7
2003	24,1	22,0	10,3	9,2	1,3	3,2	0,9	1,0	3,5	1,8	4,7	3,5
2004	22,6	20,5	9,1	8,2	1,2	2,9	0,8	0,9	3,5	1,8	4,5	3,5
2005	22,6	20,1	9,0	7,8	1,2	2,7	0,8	0,8	3,5	1,7	4,6	3,5
2006	21,9	19,7	8,8	7,6	1,1	2,7	0,7	0,8	3,1	1,6	4,3	3,4
2007*	23,3	21,6	9,3	8,3	1,1	2,8	0,8	0,9	3,1	1,6	4,7	3,9
2008	24,4	22,1	9,8	8,5	1,2	2,8	0,8	0,9	3,1	1,6	5,1	4,0
2009	24,9	22,8	9,8	8,8	1,2	2,9	0,8	0,9	3,2	1,6	5,4	4,3

■ Frauen □ Männer

¹ Standardisierungspopulation: Summe Frauen u. Männer 1992 bis einschl. 64 Jahre

* Sondereffekt im Jahr 2007: inkl. zusätzlich nachgemeldeter Fälle der Vorjahre (rd. 1,5%)

Quelle: Statistiken „Rehabilitation“ 1995-2009, Statistiken „Versicherte“ 1994-2008



Medizinische Rehabilitation: Ergebnis

Die Erwerbsfähigkeit dauerhaft zu erhalten, ist ein Hauptziel der Rehabilitation der Rentenversicherung. Um den Erfolg einer medizinischen Rehabilitation zu erfassen, werden einerseits die Rehabilitanden nach ihrer Einschätzung/Bewertung gefragt (Rehabilitandenbefragung). Andererseits werden auch Routinedaten ausgewertet, die unter anderem zeigen, wie lange Versicherte nach der Rehabilitation im Erwerbsleben bleiben (Sozialmedizinischer Verlauf).

In der Rehabilitandenbefragung, einem Instrument der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung, können sich die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden durch Ausfüllen eines Fragebogens an der Qualitätssicherung beteiligen. Die Rehabilitandenbefragung erfasst unter anderem die Zufriedenheit mit der medizinischen Reha-Behandlung sowie den wahrgenommenen Behandlungserfolg aus Patientensicht.

Da die Aufbereitung der Daten der Reha-Qualitätssicherung zum Teil sehr aufwendig ist, werden die Ergebnisse nur in der umfassenden Version des Reha-Berichts der Rentenversicherung veröffentlicht. Wie sich Prozess und Ergebnis der medizinischen Rehabilitation aus Rehabilitandensicht darstellen, lesen Sie demnach wieder im Reha-Bericht 2012. Im übrigen wird auf den Reha-Bericht 2010 verwiesen.

Behandlungserfolg – Sozialmedizinischer Verlauf

Der Rehabilitationserfolg lässt sich objektiv an der Anzahl der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden messen, die nach dem Ende der Reha-Leistung dauerhaft erwerbsfähig sind. Dieser Erwerbsverlauf nach medizinischer Rehabilitation, der so genannte Sozialmedizinische Verlauf (SMV), wird mit jährlich erhobenen Routinedaten der Rentenversicherung dargestellt (s. Info-Box S. 29/30). Als „im Erwerbsleben verblieben“ gelten Personen, die Beiträge an die Rentenversicherung zahlen.

Sozialmedizinischer Verlauf

Rehabilitation der Rentenversicherung zielt darauf ab, eine vorzeitige Berentung der Versicherten zu vermeiden oder hinauszuschieben – sie will die Erwerbsfähigkeit der Versicherten möglichst auf Dauer erhalten. Als Indikator für die Erwerbsfähigkeit der Rehabilitanden wird der „Sozialmedizinische Verlauf“ im Anschluss an eine Rehabilitationsleistung nachgezeichnet: Er gibt Auskunft darüber, wie viele Rehabilitanden in einem bestimmten Zeitraum – zumeist zwei Jahre nach Rehabilitation – im Erwerbsleben verbleiben konnten und wie viele aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind.

Bei den im Erwerbsleben Verbliebenen wird zusätzlich danach unterschieden, ob in dem betrachteten Zeitraum 1. für jeden Monat Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt wurden („lückenlose Beiträge“) oder 2. für zumindest einen Monat keine Beiträge auf das Konto bei der Rentenversicherung eingingen („lückenhafte Beiträge“). Die Beitragszahlungen können aus versicherungspflichtiger Beschäftigung, längerfristiger Arbeitsunfähigkeit (Krankengeld/Übergangsgeld) oder Arbeitslosigkeit kommen.

Bei den aus dem Erwerbsleben ausgeschiedenen Rehabilitanden unterscheidet man Teilgruppen: 1. die wegen geminderter Erwerbsfähigkeit oder aus Altersgründen berentet werden sowie 2. die aus dem Erwerbsleben heraus versterben. In den Sozialmedizinischen Verlauf geht also nicht die Gesamterblichkeit ein, da bei dieser Auswertung in erster Linie das Rentengeschehen interessiert. Grundlage für diese Analysen ist die Reha-Statistik-Datenbasis (RSD), die das Rehabilitations- und Berentungsgeschehen im Zeitverlauf wiedergibt (s. Anhang S. 52).

Im Verlauf von zwei Jahren nach Rehabilitation sind 85 % der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erwerbsfähig.

Abbildung 7 zeigt den Erwerbsverlauf von pflichtversicherten Rehabilitanden des Jahres 2006 für die nachfolgenden zwei Jahre. Nur 15 % der Personen scheiden nach einer medizinischen Rehabilitation aus dem Erwerbsleben aus: 10 % erhalten eine Erwerbsminderungsrente, 4 % eine Altersrente und 1 % verstirbt 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 85 % der Personen weiterhin erwerbsfähig und zahlen entweder lückenlos (71 %) oder mit Unterbrechungen (15 %) ihre Beiträge. Das Ergebnis zeigt den Erfolg der medizinischen Rehabilitation, wenn man bedenkt, dass vor der Rehabilitation eine erheblich gefährdete oder sogar bereits geminderte Erwerbsfähigkeit vorlag.

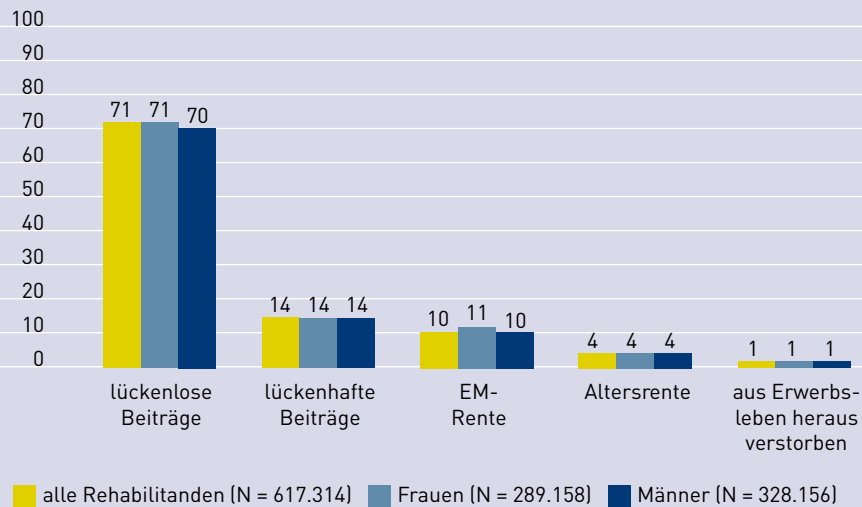
Die Erwerbsfähigkeit nach Rehabilitation unterscheidet sich erheblich zwischen den Diagnosengruppen.

Geschlechtsspezifische Unterschiede sind kaum erkennbar. Große Unterschiede zeigen sich dagegen zwischen den Diagnosengruppen (s. Abb. 8). So bleiben nach einer orthopädischen Rehabilitation mit 90 % wesentlich mehr Personen erwerbsfähig als beispielsweise nach einer onkologischen Rehabilitation (66 % bei Zusammenfassung der Kategorien lückenlose und lückenhafte Beiträge). Das Durchschnittsalter der Rehabilitanden mit Neubildungen unterscheidet sich mit 51 Jahren kaum von dem anderer Diagnosengruppen, da in die Betrachtung des Erwerbsverlaufs nur pflichtversicherte Rehabilitanden im erwerbsfähigen Alter eingehen. Diejenigen Rehabilitanden, die nach § 31 SGB VI ihre onkologische Rehabilitation erhalten und im Rentenalter sein können, fallen hier weg. Grund für die z. T. deutlichen Unterschiede zwischen den Diagnosengruppen sind die krankheitsspezifischen Verläufe, die bei Tumorerkrankungen ungünstiger sind als bei vielen nicht bösartigen Erkrankungen. Dies spiegelt sich auch im größeren Anteil an Erwerbsminderungsrenten (21 %) und in der höheren Sterblichkeit (5 %) von onkologischen Rehabilitanden wider.

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
15	Rehabilitation im Licht der Statistik
15	Medizinische Rehabilitation
33	Berufliche Rehabilitation
47	Aufwendungen für Rehabilitation
52	Anhang

Abb. 7 Sozialmedizinischer 2-Jahres-Verlauf nach medizinischer Rehabilitation in 2006 (pflichtversicherte Rehabilitanden)

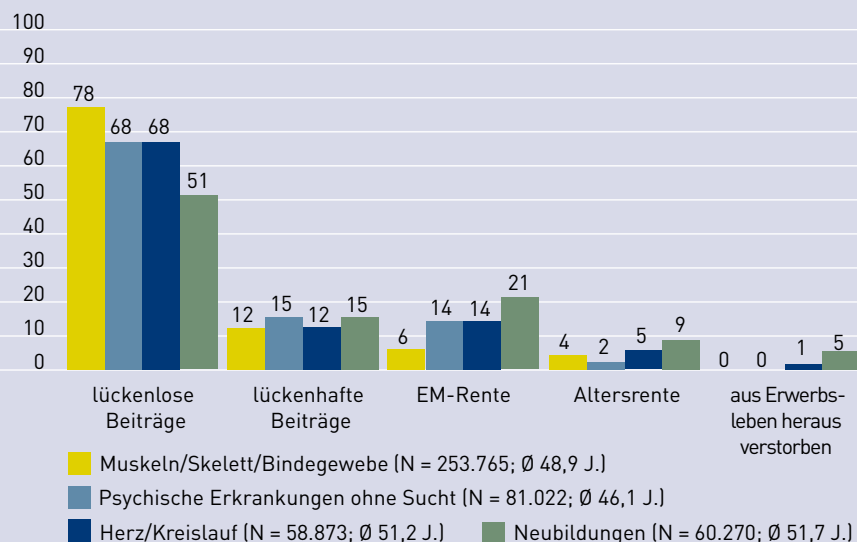
Anteile Rehabilitanden in %



Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2001–2008

Abb. 8 Sozialmedizinischer 2-Jahres-Verlauf nach medizinischer Rehabilitation in 2006 für verschiedene Diagnosengruppen (pflichtversicherte Rehabilitanden)

Anteile Rehabilitanden in %



Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2001–2008



Berufliche Rehabilitation: Umfang und Struktur

Die berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung zielt ebenso wie medizinische Reha-Leistungen auf eine dauerhafte Eingliederung von Menschen mit chronischen Krankheiten oder Behinderungen in das Erwerbsleben. Das Spektrum dieser Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) der Rentenversicherung ist breit gefächert (s. Info-Box unten). Auch für die berufliche Rehabilitation stellt die Routinestatistik der Rentenversicherung (s. Info-Box S. 15; s. Anhang S. 52) Informationen zu Anzahl, Art und Verteilung der Reha-Leistungen zur Verfügung.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben umfassen alle Hilfen, die erforderlich sind, um die Erwerbsfähigkeit der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zu bessern oder wiederherzustellen und ihnen eine berufliche Wiedereingliederung auf Dauer zu ermöglichen. Die Erhaltung eines bestehenden Arbeitsplatzes hat dabei Vorrang.

- Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes inkl. Kraftfahrzeughilfen, um trotz Behinderung/Einschränkung den Arbeitsplatz erreichen zu können
- Berufsvorbereitung einschließlich der wegen der Behinderung eventuell notwendigen Grundausbildung
- Berufliche Anpassung, Ausbildung und Weiterbildung wie z. B. Umschulungen
- Gründungszuschuss bei Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit
- Eingliederungszuschüsse an Arbeitgeber
- Leistungen in einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM)

Anträge, Bewilligungen und durchgeführte Leistungen

Wie bei der medizinischen ist auch bei der beruflichen Rehabilitation (= Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, LTA) zunächst die Initiative der Versicherten gefragt. Im Jahr 2009 reichten die Versicherten knapp 400.000 Anträge auf LTA bei der Rentenversicherung ein (wobei ein Versicherter auch mehrere Leistungen gleichzeitig beantragen kann). 73 % dieser Anträge wurden bewilligt, 17 % abgelehnt und 10 % anderweitig erledigt, z. B. an den letztlich zuständigen Rehabilitationsträger weitergeleitet. Die Ablehnungen erfolgten zu knapp 69 % aus medizinischen Gründen. In den restlichen Fällen waren zumeist versicherungsrechtliche Voraussetzungen nicht erfüllt. 5 % der bewilligten Leistungen traten die Versicherten nicht an, häufig wegen familiärer Probleme oder einer Verschlechterung ihres Gesundheitszustands.

399.688 Anträge auf LTA gingen 2009 bei der Rentenversicherung ein.

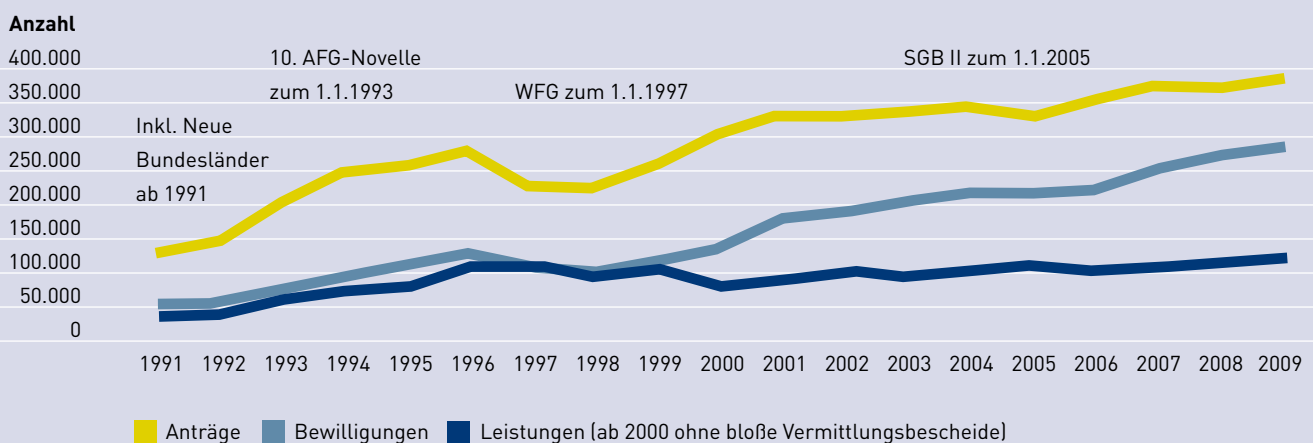
Vermittlungsbescheide

Eine Besonderheit bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind die so genannten Vermittlungsbescheide: Sie sind eine Zusage weiterer Leistungen für den Fall, dass Versicherte nach einer beruflichen Umschulung einen Arbeitsplatz finden, der ihren krankheitsbedingten Beeinträchtigungen gerecht wird. Dabei handelt es sich beispielsweise um Lohnzuschüsse an den Arbeitgeber oder die Kostenerstattung für eine behindertengerechte Umgestaltung des Arbeitsplatzes. Ein erheblicher Teil dieser Vermittlungsbescheide mündet jedoch nicht in eine Leistung (z. B. Lohnzuschuss), da kein geeigneter Arbeitsplatz gefunden wird. Seit 2000 werden bloße Vermittlungsbescheide, die nicht zu einer Leistung geführt haben, statistisch nicht mehr als abgeschlossene Leistungen erfasst.

Unschärfen ergeben sich bei statistischen Betrachtungen eines Kalenderjahres durch wechselnde Bezugsgrößen: Beispielsweise werden Anträge eines Jahres nicht immer im gleichen Jahr erledigt. Manchmal vergeht nach einer Beantragung eine gewisse Zeit, bis eine Leistung abgeschlossen wird, beispielsweise dauern berufliche Bildungsmaßnahmen bis zu zwei Jahre.

Die Zahl der Anträge, Bewilligungen und abgeschlossenen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unterliegt wie bei medizinischen Leistungen (vgl. S. 16) zeitlichen Schwankungen, wenn auch nicht so ausgeprägt (s. Abb. 9). Von 1991 bis 2009 ist die Zahl der Anträge von etwa 145.000 auf knapp 400.000 und damit auf das 2,8-fache gestiegen. Die Zahl der Bewilligungen hat sich in diesem Zeitraum sogar verfünffacht. Dagegen beträgt die Zahl

Abb. 9 Teilhabe am Arbeitsleben – Anträge, Bewilligungen und abgeschlossene Leistungen 1991–2009



AFG = Arbeitsförderungsgesetz; WFG = Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz; SGB = Sozialgesetzbuch

Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2010

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
15	Rehabilitation im Licht der Statistik
15	Medizinische Rehabilitation
33	Berufliche Rehabilitation
47	Aufwendungen für Rehabilitation
52	Anhang

der abgeschlossenen Leistungen im Jahr 2009 wiederum nur das 2,8-fache des Jahres 1991. Diese Diskrepanz ist im Wesentlichen auf die Vermittlungsbescheide (s. Info-Box S. 34) zurückzuführen, die zwar bewilligt werden, aber sich ab 2000 nicht in einer vergleichbar höheren Zahl abgeschlossener Leistungen niederschlagen.

Doch auch Gesetze beeinflussen die Entwicklung: Durch das Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz (WFG) von 1997 beispielsweise gingen – wie bei der medizinischen Rehabilitation, wenngleich in geringerem Ausmaß – die Anträge und Bewilligungen sowie zeitlich verzögert auch die abgeschlossenen beruflichen Leistungen zurück. In den Folgejahren – mit Ausnahme des Jahres 2005 – zeigt sich wieder ein kontinuierlicher Anstieg von Anträgen und Bewilligungen. Für die abgeschlossenen Leistungen ist diese Entwicklung ähnlich – wenn auch auf einem niedrigeren Niveau (s. Abb. 9). Der Rückgang der Anträge auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) in 2005 lässt sich unter anderem auf die Einführung des SGB II (Grundsicherung für Arbeitssuchende) mit einer veränderten Zuständigkeit für Langzeitarbeitslose und auch deren Rehabilitation zurückführen. Seit 2006 zeigt sich wieder ein steigender Trend. Die Bewilligungen (+ 7,9 %) und durchgeführten Leistungen (+ 9,2 %) sind 2009 in ähnlichem Ausmaß wie 2008 weiter gestiegen (s. Tab. 6). Auch der leichte Rückgang der Anträge von 2007 auf 2008 (- 0,5 %) wurde von einer Steigerung von 2008 auf 2009 abgelöst (+ 3,7 %).

Von 2008 auf 2009 stiegen die LTA um rund 9 %.

Zeitliche Entwicklung

Tabelle 7 unterlegt die zeitliche Entwicklung der abgeschlossenen LTA mit Zahlen. In dem hier dargestellten Zeitraum ab 1995 (= letztes Jahr vor dem Wachstums- und Förderungsgesetz) wurden im Jahr 2009 mit 132.259 die meisten LTA abgeschlossen. Nach dem leichten Rückgang 2005 auf 2006 wegen der Einführung des Sozialgesetzbuches (SGB) II (s. o.) nahmen die durchgeführten LTA wieder deutlich zu. Auch wenn sich die Anzahl abgeschlossener Leistungen bei Frauen von 1995 bis 2009 etwas mehr als verdoppelt hat, schlossen sie 2009 immer noch deutlich weniger LTA ab als Männer. Das Verhältnis von Frauen und Männern ist in der beruflichen Rehabilitation demnach erheblich zu Gunsten der Männer verschoben.

Tab. 6 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben: Anzahl der Anträge, Bewilligungen und abgeschlossenen Leistungen 2008 und 2009

	Anträge	Bewilligungen	Leistungen
2008	385.364	269.240	121.069
2009	399.688	290.526	132.259
Steigerungsrate 2008 – 2009	+ 3,7 %	+ 7,9 %	+ 9,2 %

Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2010

Tab. 7 Abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 1995–2009

Jahr	Insgesamt	Männer	Frauen
1995	86.331	63.261	23.070
1996	111.931	81.858	30.073
1997	110.546	81.050	29.496
1998	99.646	74.520	25.126
1999	105.047	79.340	25.707
2000*	86.352	65.106	21.246
2001	99.347	75.934	23.413
2002	102.149	75.535	26.614
2003	99.142	70.711	28.431
2004	102.773	71.958	30.815
2005	110.329	76.069	34.260
2006	104.159	70.193	33.966
2007	110.809	72.909	37.900
2008	121.069	77.912	43.157
2009	132.259	82.571	49.688

* ab 2000 ohne statistisch gesondert erfasste bloße Vermittlungsbescheide
Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 1995–2009

Leistungsspektrum

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben umfassen ganz unterschiedliche Leistungen, mit denen die Rentenversicherung individuell und flexibel auf die unterschiedlichen Bedürfnisse der Versicherten und ihrer Arbeitgeber reagiert (s. Abb. 10).

Das Spektrum der LTA unterscheidet sich zwischen Frauen und Männern.

Die Verteilung der verschiedenen LTA fällt bei Frauen und Männern unterschiedlich aus: Leistungen zum Erlangen oder Erhalt eines Arbeitsplatzes – hierzu gehören beispielsweise Hilfen zur Berufsausübung (z. B. technische Arbeitshilfen wie orthopädische Sitzhilfen), Kraftfahrzeughilfen (z. B. behindertengerechte Zusatzausstattung des Kfz) und Mobilitätshilfen (z. B. Umzugskostenbeihilfe bei einer auswärtigen Arbeitsaufnahme) – nehmen vor allem bei Frauen einen großen Raum (46 %) ein, sind aber auch bei den Männern mit 34 % der größte Leistungsbereich.

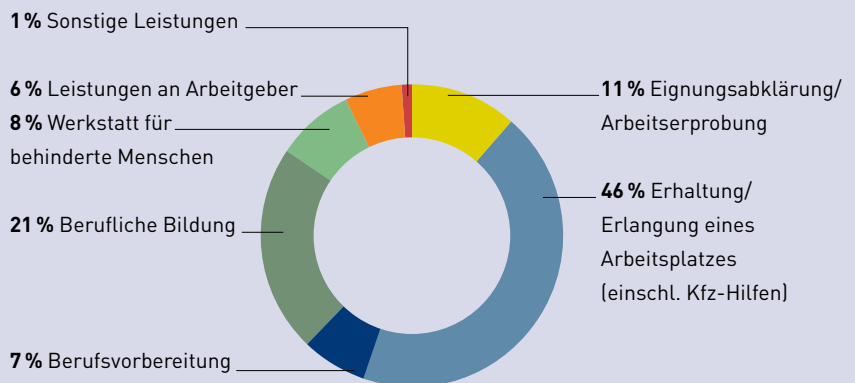
Einen weiteren großen Block bilden Leistungen zur beruflichen Bildung, die für Frauen (21 %) wie Männer (23 %) eine ähnlich große Bedeutung haben. Hierbei stehen vor allem Weiterbildungen (Umschulung, Fortbildung) und berufliche Anpassung im Vordergrund. Ebenfalls für Frauen und Männer ungefähr gleich bedeutsam sind die Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen und zur Berufsvorbereitung. Männer nehmen dagegen Leistungen zur Eignungsabklärung und Arbeitserprobung (16 %) sowie Leistungen an Arbeitgeber (9 %) häufiger in Anspruch als Frauen (11 % bzw. 6 %).

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
15	Rehabilitation im Licht der Statistik
15	Medizinische Rehabilitation
33	Berufliche Rehabilitation
47	Aufwendungen für Rehabilitation
52	Anhang

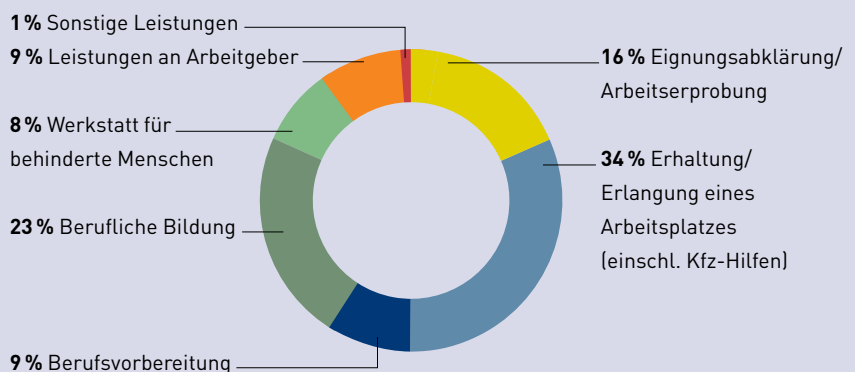
Bei den Leistungen an Arbeitgeber ist zwar der Arbeitgeber Begünstigter, beantragt werden sie jedoch von den Versicherten. Diese Leistungen unterstützen Arbeitgeber darin, behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen wieder ins Arbeitsleben einzugliedern.

Abb. 10 Spektrum der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei Frauen und Männern 2009 – abgeschlossene Leistungen

Frauen: 49.688 Leistungen



Männer: 82.571 Leistungen



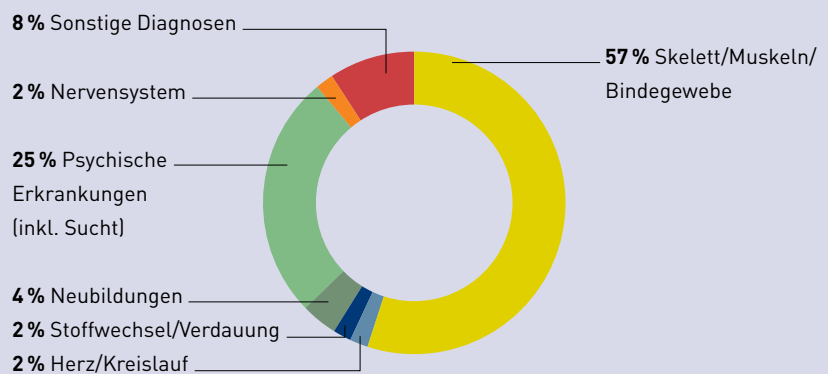
Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2009

Berufliche Bildung – Krankheitsspektrum

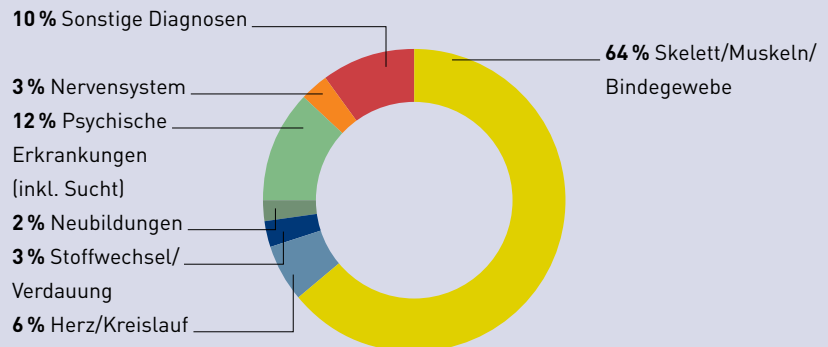
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind sehr vielfältig. Sie reichen von finanziellen Zuschüssen bis hin zur beruflichen Umschulung, die mehrere Jahre dauern kann. Die folgende Darstellung konzentriert sich auf berufliche Bildungsleistungen, die aufgrund der langen Dauer sehr kostenintensiv sind (s. Info-Box S. 38).

Abb. 11 Krankheitsspektrum bei Bildungsleistungen von Frauen und Männern 2009 – abgeschlossene Leistungen

Frauen: 10.485 Bildungsleistungen



Männer: 19.236 Bildungsleistungen



Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2009

Berufliche Bildung

Die berufliche Bildung umfasst Leistungen zur beruflichen Anpassung (Schließen von Lücken im beruflichen Wissen, s. Info-Box zu LTA S. 33), Weiterbildung und Ausbildung. Durchgeführt werden diese von Berufsförderungswerken, privaten Bildungsträgern, staatlichen Fachschulen und Betrieben – in der Regel in Vollzeit, unter bestimmten (behinderungsbedingten oder familiären) Voraussetzungen auch in Teilzeit.

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
15	Rehabilitation im Licht der Statistik
15	Medizinische Rehabilitation
33	Berufliche Rehabilitation
47	Aufwendungen für Rehabilitation
52	Anhang

Vor allem orthopädische und psychische Erkrankungen führen zu beruflichen Bildungsleistungen.

Vor allem zwei Diagnosengruppen führen zu beruflichen Bildungsleistungen (s. Abb. 11). 57 % der beruflichen Bildungsleistungen für Frauen und sogar 64 % der für Männer gingen 2009 auf Krankheiten des Skeletts, der Muskeln oder des Bindegewebes zurück. Ebenfalls von erheblicher Bedeutung sind die psychischen Erkrankungen (inkl. Abhängigkeitserkrankungen), insbesondere bei Frauen. Hier waren sie für ein Viertel aller Bildungsleistungen der Grund, bei Männern für etwa 12 %. Erkrankungen des Herz-Kreislauf-System spielen eine geringere Rolle und führen häufiger bei Männern (6 %) als bei Frauen (2 %) zu einer beruflichen Bildungsleistung.

Berufliche Bildung – Altersspezifische Inanspruchnahme

Rehabilitanden, die Bildungsleistungen in Anspruch nehmen, sind im Durchschnitt wesentlich jünger als Rehabilitanden in der medizinischen Rehabilitation (s. Abschnitt S. 25). Das Durchschnittsalter von Frauen, die in 2008 eine berufliche Bildungsleistung abgeschlossen haben, liegt bei 44,1 Jahren. Männer waren im Durchschnitt mit 43,2 Jahren etwas jünger. Betrachtet man alle LTA, sind sowohl Frauen als auch Männer im Schnitt etwas älter als in der Teilgruppe mit beruflichen Bildungsleistungen (Frauen 45,0 Jahre, Männer 44,0 Jahre).

Der Altersgipfel für Bildungsleistungen liegt bei etwa 45 Jahren.

Auch die Inanspruchnahme beruflicher Bildungsleistungen hängt, wie die Inanspruchnahme medizinischer Reha-Leistungen, mit dem Alter zusammen. Die Inanspruchnahme wird als Inanspruchnahmerate dargestellt, d. h. als Leistungen pro 10.000 Versicherte. Werden die Rehabilitanden zu Versicherten gleichen Alters in Beziehung gesetzt, erhält man die altersspezifische Inanspruchnahme. Je nach der Leistungsart ergibt sich ein unterschiedlicher altersspezifischer Verlauf bei der Inanspruchnahme beruflicher Bildungsleistungen (s. Abb. 12).

Die beruflichen Bildungsleistungen lassen sich in drei Leistungsarten unterteilen: 1. Berufliche Aus- und Weiterbildung, 2. Leistungen zur Integration, 3. Qualifizierungsmaßnahmen. Bei den Leistungen zur beruflichen Aus- und Weiterbildung wird zwischen Aus- und Fortbildung sowie Umschulung unterschieden. Berufliche Ausbildung ist die erste nach der allgemeinen Schulbildung zu einem Abschluss führende berufliche Bildungsmaßnahme. Für die Erstausbildung ist in der Regel die Bundesagentur für Arbeit zuständig. Die berufliche Fortbildung zielt auf eine Weiterqualifizierung im bisherigen Beruf ab. Eine Umschulung hat dagegen den Übergang in eine andere geeignete berufliche Tätigkeit zum Ziel und sollte mit einer formalen Qualifikation (z. B. Prüfung vor der Industrie- und Handelskammer, Handwerkskammer) abgeschlossen werden.

Aus- und Weiterbildungen als berufliche Bildungsleistung steigen im Jahr 2009 bis zum Alter von 38 Jahren stetig an. Anders als im Vorjahr haben Aus- und Weiterbildungen nicht bei diesen 38 Jahren, sondern bei 41 Jahren ihr

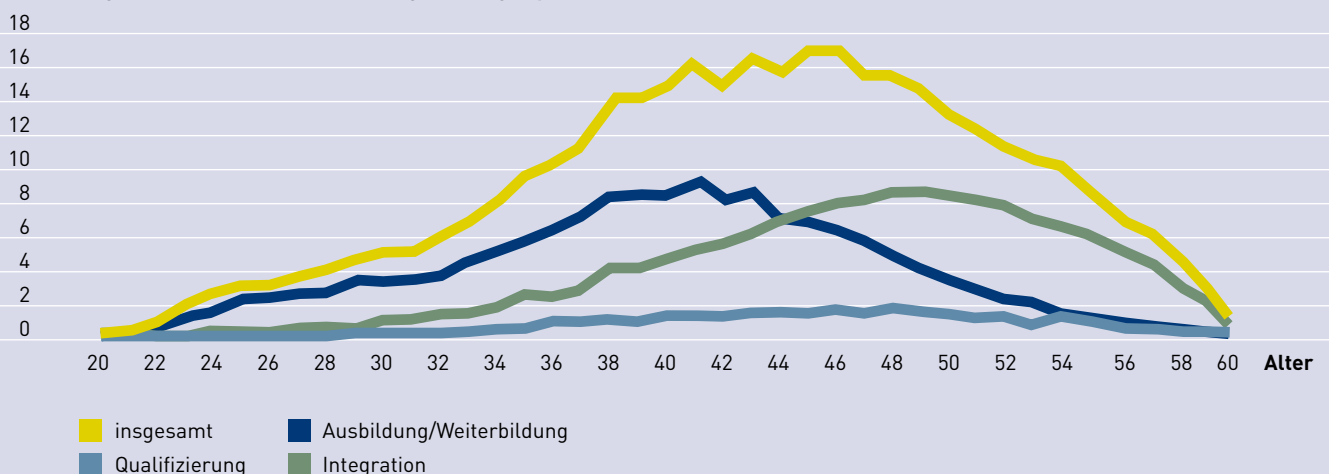
Maximum (knapp zehn Rehabilitanden auf 10.000 Versicherte) und nehmen dann, abgesehen mit einer weiteren Spitze bei 43 Jahren wieder ab (s. Abb. 12). Diese relativ kostenintensiven Leistungen mit einer Dauer von etwa zwei Jahren kommen also überwiegend jüngeren Versicherten zugute, bei denen noch vermehrt die Bereitschaft und auch die Fähigkeit für diese recht anspruchsvolle Qualifizierung vorhanden sind.

Leistungen zur Anpassung bzw. Integration sind darauf ausgerichtet, berufliches Wissen zu erweitern oder wiederzuerlangen. Überwiegend werden sie im Rahmen von Praktika durchgeführt und dauern je nach individuellem Bedarf etwa sechs bis neun Monate. Sie können auch auf eine erfolgreich abgeschlossene Weiterbildung folgen, wenn die Rehabilitanden trotz Vermittlungsbemühungen arbeitssuchend bleiben und die Bildungsleistung die Chancen auf eine dauerhafte Eingliederung in Arbeit und Beruf verbessert. Ähnlich wie bei den Aus- und Weiterbildungen, nur zeitlich etwas versetzt, steigt auch hier die Inanspruchnahme mit dem Alter bis zum Maximum bei 48 Jahren (9/10.000 Versicherte gleichen Alters); in höherem Alter sinkt die Inanspruchnahme dann wieder.

Bei speziellen Qualifizierungsmaßnahmen handelt es sich im Unterschied zur Aus- und Weiterbildung um etwa einjährige Teilausbildungen ohne Abschluss bei einer Kammer. Auch hier gibt es einen – wenngleich moderaten – Anstieg der Inanspruchnahme mit zunehmendem Alter (Maximum = 48 Jahre; 2/10.000 Versicherte gleichen Alters).

Abb. 12 Berufliche Bildungsleistungen: Altersspezifische Inanspruchnahmeraten 2009

Anzahl abgeschlossene berufliche Bildungsleistungen pro 10.000 Versicherte



Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2009, „Versicherte“ 2008

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
15	Rehabilitation im Licht der Statistik
15	Medizinische Rehabilitation
33	Berufliche Rehabilitation
47	Aufwendungen für Rehabilitation
52	Anhang

Berufliche Bildung – Altersstandardisierte Inanspruchnahme

Wie im vorhergehenden Abschnitt dargestellt, gibt es einen Zusammenhang zwischen der Nutzung der unterschiedlichen Bildungsleistungen und dem Alter der Rehabilitanden und Rehabilitandinnen. Um die Inanspruchnahme dieser Leistungen in verschiedenen Jahren mit einander vergleichen zu können, wird das Verfahren der Altersstandardisierung angewandt (s. Info-Box S. 27). Die altersstandardisierten Inanspruchnahmeraten für Frauen und Männer (s. Tab. 8) sind für die Jahre 2000 bis 2009 wiedergegeben. Die Inanspruchnahme von Bildungsleistungen schwankt im betrachteten Zeitraum zwischen 10,2 und 13,1 Rehabilitanden und zwischen 4,7 und 7 Rehabilitandinnen pro 10.000 Versicherte. Von 2000 bis 2005 nimmt die Inanspruchnahme tendenziell bei beiden Geschlechtern zu, gefolgt von einem Rückgang ab 2006. Allerdings zeigt sich bei den Frauen erneut ein Anstieg seit 2007, bei den Männern ein Jahr später - von 10,2 Männer in 2008 auf 10,7 Männer pro 10.000 Versicherte in 2009. Die einzelnen Leistungsbereiche (Qualifizierung, Aus- und Weiterbildung, Integration) entwickeln sich unterschiedlich: Qualifizierungsmaßnahmen sind bei Frauen wie Männern eher rückläufig. Integrationsleistungen nehmen dagegen – vor allem bei Frauen – deutlich zu. Sie haben sich seit 2000 verdoppelt: von 1,5 auf 3 Rehabilitandinnen pro 10.000 Versicherte im Jahr 2009. Die Inanspruchnahmeraten von Aus- und Weiterbildungen entwickeln sich ähnlich wie die der Bildungsleistungen insgesamt.

Die Anzahl der Bildungsleistungen steigt vor allem bei Frauen.

Tab. 8 Leistungen zur beruflichen Bildung 2000–2009 nach Art der Bildungsleistung (altersstandardisiert – Leistungen pro 10.000 Versicherte¹)

	Insgesamt		Qualifizierungsmaßnahmen		Ausbildung/Weiterbildung		Integrationsleistungen	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
2000	4,7	10,6	0,9	1,8	2,4	5,7	1,5	3,1
2001	4,7	12,4	1,4	4,3	1,7	4,5	1,6	3,6
2002	5,2	13,1	1,3	4,3	2,0	5,1	1,9	3,7
2003	5,6	11,6	0,9	2,1	2,7	6,0	2,0	3,5
2004	6,6	12,2	0,8	1,8	3,6	6,6	2,1	3,8
2005	7,0	12,5	0,8	1,6	3,8	6,8	2,4	4,1
2006	6,0	10,9	0,6	1,2	3,2	6,0	2,2	3,7
2007	5,8	10,3	0,5	1,0	2,8	5,3	2,5	4,0
2008	6,3	10,2	0,7	1,1	2,9	5,0	2,8	4,1
2009	6,9	10,7	0,8	1,1	3,1	5,2	3,0	4,4

■ Frauen □ Männer

¹ Aktiv Versicherte am 31.12. des Berichtsvorjahres, ohne geringfügig Beschäftigte ohne Verzicht auf die Versicherungsfreiheit. Standardisierungspopulation: Summe Männer und Frauen 1999.

Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2000–2009, „Versicherte“ 2000–2008



Berufliche Rehabilitation: Ergebnis von Bildungsleistungen

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) sind Angebote der beruflichen Rehabilitation und ermöglichen die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben. Zu ihnen gehören unter anderem die beruflichen Bildungsleistungen, die auch in einer neuen Ausbildung (Umschulung) bestehen können (s. S. 37). Die Rentenversicherung hat zur Sicherung der Qualität dieser Leistungen ein eigenes Konzept entwickelt: Besondere Bedeutung kommt der Bewertung der Qualität durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu. Seit 2006 erhalten alle Teilnehmer ein halbes Jahr nach Ende der Rehabilitation einen Fragebogen zu ihrer beruflichen Bildungsleistung, den so genannten „Berliner Fragebogen“. Die Teilnehmerbefragung bezieht sich auf den Verlauf der Bildungsleistung (z. B. individuelle Förderung während der Maßnahme) und auf deren Ergebnis (z. B. erfolgreicher Abschluss oder Wiedereingliederung in das Erwerbsleben nach Ende der Rehabilitation).

Da die Aufbereitung der Daten der Reha-Qualitätssicherung zum Teil sehr aufwendig ist, werden die Ergebnisse nur in der umfassenden Version des Reha-Berichts der Rentenversicherung veröffentlicht. Wie sich Prozess und Ergebnis der beruflichen Rehabilitation aus Rehabilitandensicht darstellen, lesen Sie demnach wieder im Reha-Bericht 2012.

Erfolg beruflicher Bildung – Routinedaten der Rentenversicherung

Berufliche Bildungsleistungen haben die dauerhafte Erwerbstätigkeit möglichst vieler Rehabilitanden zum Ziel. Eine wichtige Voraussetzung dafür ist der erfolgreiche Abschluss der Reha-Leistung, der nicht nur subjektiv von den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden angegeben wird (s. o.), sondern sich auch in den jährlich erhobenen Routinedaten der Rentenversicherung niederschlägt.

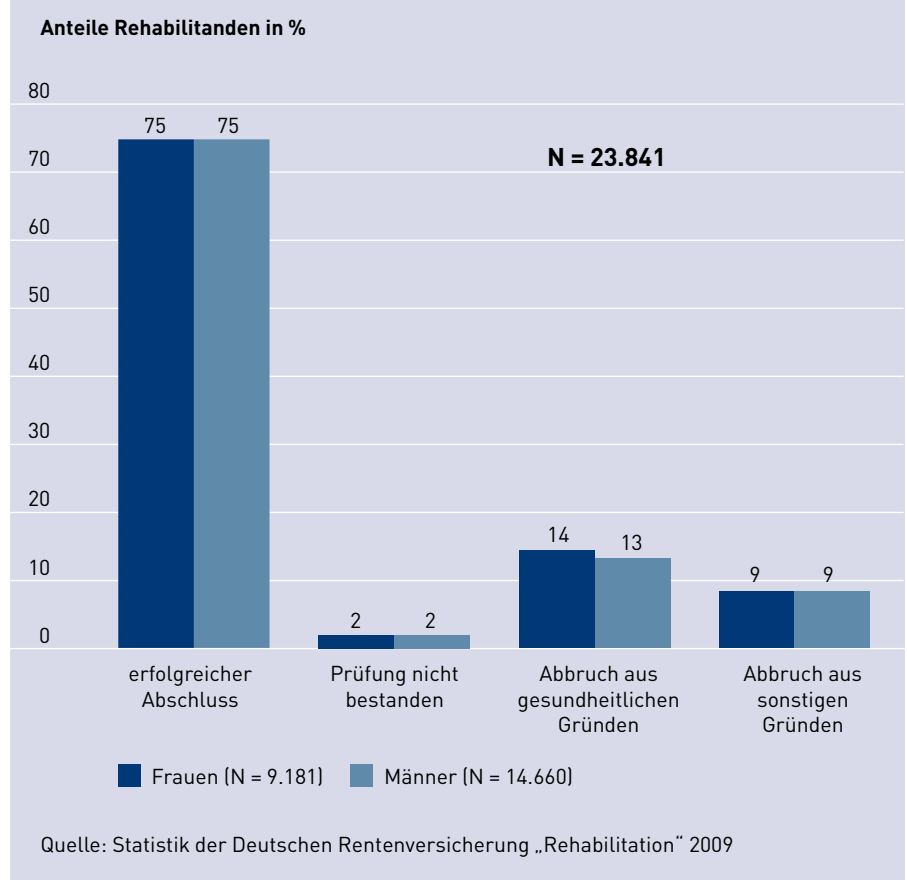
Drei Viertel der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden schließen ihre Bildungsleistungen erfolgreich ab, davon ein knappes Drittel mit einem staatlich anerkannten Abschluss. Etwa jeder Fünfte bricht die Bildungsleistung ab, davon mehr als die Hälfte aus gesundheitlichen Gründen – hier ist der Anteil der Frauen etwas höher (s. Abb. 13). Meist werden die Bildungsmaßnahmen von den Versicherten selbst abgebrochen, selten vom Rentenversicherungsträger.

Der Erfolg der beruflichen Bildungsleistungen bemisst sich wesentlich am Anteil der Rehabilitanden und Rehabilitandinnen, der anschließend dauerhaft erwerbstätig ist. Die Routinedaten der Rentenversicherung ermöglichen dazu eine Betrachtung über die beiden Jahre nach der Bildungsleistung (s. Abb. 14). Die berufliche Wiedereingliederung der Rehabilitanden und Rehabilitandinnen, die 2006 ihre Bildungsleistung abgeschlossen haben, nimmt im Verlauf

Drei Viertel der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden beenden ihre Bildungsleistungen erfolgreich.

Berufliche Rehabilitation: Ergebnis von Bildungsleistungen

Abb. 13 Abschluss der beruflichen Bildungsleistung 2009 nach Geschlecht (soweit Informationen über Abschluss vorhanden)



der beiden folgenden Jahre zu: Sind im sechsten Monat nach Ende der Bildungsleistung 37 % pflichtversichert beschäftigt, erhöht sich dieser Anteil nach zwei Jahren auf immerhin 48 %. Im selben Zeitraum sinkt der Anteil der Arbeitslosen von anfänglich 39 % auf 25 %.

Der Anteil der langfristig Arbeitsunfähigen nimmt im Nachbetrachtungszeitraum geringfügig ab. Ein Teil von ihnen erhält eine Erwerbsminderungsrente (EM-Rente). Während im ersten Jahr nach der Bildungsleistung noch etwa 8 % eine weitere LTA benötigen, beispielsweise eine Integrationsmaßnahme, sind es zum Ende des zweiten Jahres nur noch 3 %. Für jeden Siebten bis Zehnten liegen nach der beruflichen Rehabilitation keine weiteren Daten vor, z. B. weil sie als Selbständige keine Beiträge an die Rentenversicherung zahlen. Frauen und Männern unterscheiden sich teilweise hinsichtlich ihrer Wiedereingliederung. Zwei Jahre nach der Bildungsleistung sind etwas weniger Frauen als Männern pflichtversichert beschäftigt (Frauen 42 %, Männer 50 %) bzw. arbeitslos (Frauen 24 %, Männer 25 %). Der Anteil an EM-Renten ist bei Frauen mit 9 % höher als bei Männern mit 5 %.

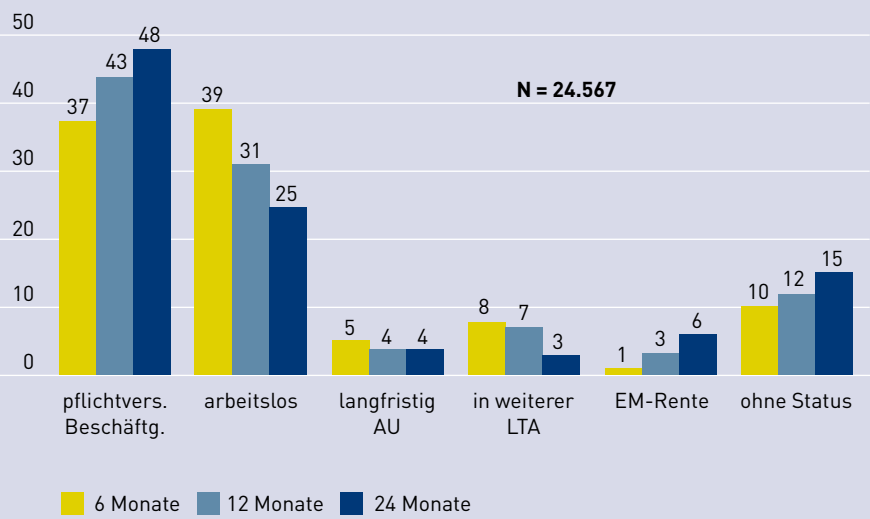
Frauen sind nach einer Bildungsleistung etwas seltener pflichtversichert beschäftigt als Männer.

- 4 Vorwort
- 6 Fakten im Überblick
- 9 Aktuelle Entwicklungen
- 15 Rehabilitation im Licht der Statistik
- 15 Medizinische Rehabilitation
- 33 Berufliche Rehabilitation**
- 47 Aufwendungen für Rehabilitation
- 52 Anhang

Noch zwei Jahre nach der Bildungsleistung nimmt die Beschäftigungsrate zu.

Abb. 14 Wiedereingliederungsstatus im 6., 12. und 24. Monat nach beruflicher Bildungsleistung im Jahr 2006

Anteile der Rehabilitanden in %



Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2001-2008



Aufwendungen für Rehabilitation

Die in den vorhergehenden Abschnitten beschriebenen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) haben selbstverständlich ihren Preis.

Aufwendungen im Jahr 2009

2009 gab die Rentenversicherung 5,3 Mrd. Euro für Rehabilitationsleistungen aus (netto).

2009 gab die Deutsche Rentenversicherung insgesamt ca. 5,4 Mrd. € für Rehabilitation aus (Bruttoaufwendungen). Da diesen Ausgaben auch Einnahmen, z. B. aus Zuzahlungen der Versicherten gegenüberstehen, entstanden 2009 Nettoaufwendungen in Höhe von 5,26 Mrd. € (Steigerungsrate von 2008 auf 2009: + 6,3 %). Damit blieb die Rentenversicherung im Rahmen des Budgets, das der Rentenversicherung für Reha-Leistungen gesetzlich vorgegeben ist und für 2009 auf 5,36 Mrd. € festgesetzt wurde.

Die Aufwendungen für Rehabilitation enthalten neben den Kosten, die in den Reha-Einrichtungen anfallen, auch Entgeltersatzleistungen (Übergangsgelder) und Sozialversicherungsbeiträge für Rehabilitanden (s. auch Tab. 9, S. 49). Von den Gesamtaufwendungen für Rehabilitation in 2009 entfielen 886,7 Mio. € brutto (16,3 %) auf Übergangsgelder, die zum Beispiel dann anfallen, wenn Rehabilitanden aufgrund von länger dauernden Maßnahmen, dem Bezug von Krankengeld oder bei Arbeitslosigkeit keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung haben. Dagegen leisteten die Rehabilitanden in der medizinischen Rehabilitation in 2009 insgesamt 57,8 Mio. € Zuzahlungen, das sind im Durchschnitt 59 € pro Reha-Leistung.

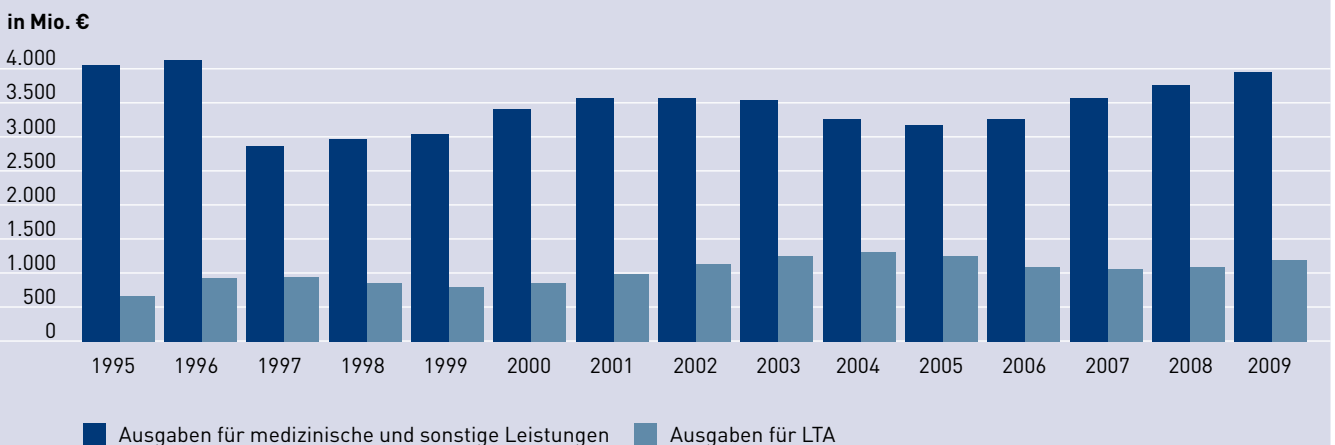
Die durchschnittliche stationäre medizinische Rehabilitation kostete 2.499 Euro.

Für eine einzelne stationäre medizinische Rehabilitation bei körperlichen Erkrankungen betragen die direkten Behandlungskosten – ohne ergänzende Leistungen wie Übergangsgeld oder Reisekosten – im Schnitt 2.499 €. Ambulant erbrachte Reha-Leistungen bei körperlichen Erkrankungen kosten durchschnittlich 1.522 €. Die geringeren Kosten der ambulanten Rehabilitation lassen sich unter anderem durch den Wegfall der so genannten Hotelkosten erklären. Allerdings können durch das tägliche Aufsuchen der Reha-Einrichtung höhere Fahrtkosten anfallen. Bei psychischen oder Abhängigkeitserkrankungen liegen die mittleren Kosten mit 6.241 € pro stationärer Rehabilitation deutlich höher, was sich durch ihre längere Dauer, vor allem bei Suchterkrankungen, erklärt.

Entwicklung der Aufwendungen ab 1995

Abbildung 15 gibt die Entwicklung der Aufwendungen ab 1995 wieder. Tabelle 9 gewährt einen differenzierten Einblick zu den Kosten nach Leistungsgruppen. Nach dem Inkrafttreten des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes (WFG) am 1.1.1997 sanken die Ausgaben für Rehabilitation um knapp 1,3 Mrd. €, zunächst zu Lasten der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, 1998-1999 dann auch für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Abb. 15 Aufwendungen¹ für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) 1995-2009 (inkl. Übergangsgeld, ohne Sozialversicherungsbeiträge)



¹ Bruttoaufwendungen, d. h. Reha-Ausgaben zzgl. Erstattungen

Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2009

Seitdem nehmen die Aufwendungen für Rehabilitation insgesamt, bis auf einen leichten Rückgang in den Jahren 2004-2006, wieder zu. Sie liegen 2009 wieder über denen des Jahres 1995. Die Zahlen dieser beiden Jahre sind aufgrund von Inflations- und Preiseffekten jedoch nicht direkt vergleichbar. Der Blick auf die Ausgabenentwicklung für medizinische Rehabilitation und LTA zeigt eine dynamische Entwicklung bei den LTA. Während die Aufwendungen für medizinische Reha-Leistungen 2009 gerade einmal knapp über dem Niveau von 1995 liegen, haben sich diejenigen für LTA im Vergleich zu 1995 verdoppelt (s. Tab. 9): Ein erster auffällig starker Ausgabenanstieg um etwa 38 % fand 1995 (647,6 Mio. € inkl. Übergangsgeld) auf 1996 (892,3 Mio. € inkl. Übergangsgeld) statt. Auslöser war im Wesentlichen die 10. Novelle des Arbeitsförderungsgesetzes (AFG; Erweiterung des § 11 SGB VI) im Jahr 1993, durch die die Rentenversicherung eine erweiterte Zuständigkeit für die berufliche Rehabilitation erhalten hat. Aufgrund der durchschnittlich längeren Maßnahmedauern von LTA macht sich die Gesetzesänderung mit einer zeitlichen Verzögerung von etwa zwei Jahren bemerkbar. Nach sinkenden Aufwendungen in den Jahren 1998 und 1999 steigen die Ausgaben für LTA in den Folgejahren wieder an.

Gegenüber den Aufwendungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben haben sich die Aufwendungen für medizinische Rehabilitationsleistungen nahezu gegenläufig entwickelt. In den Jahren 1995 und 1996 machen die Aufwendungen für medizinische Rehabilitation noch knapp 4,1 Mrd. € aus (inkl. Übergangsgeld). Das WFG bewirkte einen Rückgang (-30,5 %) in 1997 auf 2,8 Mrd. €. Ab 1998 steigen die Ausgaben bis zum Jahr 2002 wieder an. Nach leichten Rückgängen in den Jahren 2003 bis 2005 nehmen die

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
15	Rehabilitation im Licht der Statistik
15	Medizinische Rehabilitation
33	Berufliche Rehabilitation
47	Aufwendungen für Rehabilitation
52	Anhang

Auf Seite 49 wurde gegenüber der ursprünglichen Druckversion der letzte Satz des zweiten Textabsatzes revidiert.

Tab. 9 Bruttoaufwendungen¹ für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben 1995–2009 in Mio. €

	Aufwendungen für Rehabilitation insgesamt*	Medizinische und Sonst. Leistungen (ohne ÜG**)	Übergangsgeld für med. und Sonst. Leistungen	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA, ohne ÜG**)	Übergangsgelder bei LTA	Sozialversicherungsbeiträge
1995	5.012,0	3.396,1	666,7	369,7	277,9	301,6
1996	5.332,3	3.392,7	705,3	517,2	375,1	342,0
1997	4.088,5	2.283,5	564,3	513,7	383,8	343,2
1998	4.087,9	2.397,4	565,1	491,1	337,7	296,6
1999	4.098,4	2.537,6	512,9	462,6	314,6	270,8
2000	4.553,1	2.894,8	536,2	509,0	327,0	286,1
2001	4.782,7	2.984,0	539,1	548,0	406,2	305,4
2002	5.019,2	3.047,0	526,6	655,2	458,1	332,4
2003	5.090,6	3.045,9	468,8	735,6	504,2	336,1
2004	4.932,8	2.927,2	406,3	769,8	517,9	311,6
2005	4.782,1	2.887,9	379,7	745,9	487,1	281,4
2006	4.726,1	2.965,3	389,2	689,3	412,9	269,4
2007	4.860,3	3.130,1	408,8	682,6	381,6	257,2
2008	5.115,9	3.319,3	427,1	724,1	382,8	262,6
2009	5.434,3	3.470,4	462,0	769,5	424,7	307,7

¹ Bruttoaufwendungen, d.h. Reha-Ausgaben zuzügl. Erstattungen

* Summe der übrigen Spalten

** ÜG = Übergangsgeld

Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2010

Ausgaben für medizinische Rehabilitation seit 2006 wieder zu, ohne jedoch das Niveau von 1995 (vor dem WFG) erreicht zu haben.

Die Ausgaben für LTA haben seit 1995 deutlich zugenommen.

Insgesamt hat sich im betrachteten Zeitraum das Verhältnis zwischen den Aufwendungen für medizinische Rehabilitation und berufliche Rehabilitation zugunsten Letzterer verändert: Lag 1995 das Verhältnis noch bei 6:1, betragen die Ausgaben für LTA 2009 schon fast ein Viertel der Gesamtausgaben (s. Abb. 15).

Vergleich zu weiteren Ausgaben der Rentenversicherung

Ausgaben für Rehabilitation entsprechen nur 2,1 % der Gesamtausgaben der Rentenversicherung.

Mit den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben verfolgt die Rentenversicherung das gesetzlich vorgegebene Ziel, die Erwerbsfähigkeit ihrer Versicherten zu erhalten und eine drohende Berentung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit abzuwenden oder zumindest aufzuschieben. In Tabelle 10 werden die Aufwendungen für Rehabilitation den Aufwendungen der Rentenversicherung insgesamt sowie für verschiedene Rentenarten gegenüber gestellt.

Aufwendungen für Rehabilitation

Trotz ihrer großen Bedeutung beanspruchen die Leistungen zur Teilhabe, d. h. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben, im Jahr 2009 mit 2,1 % nur einen geringen Anteil aller Aufwendungen der Rentenversicherung. Die Aufwendungen für Rehabilitation stehen zu denjenigen für Erwerbsminderungsrenten (5,8 %) etwa im Verhältnis 1:3.

Tab. 10 Ausgaben der gesetzlichen Rentenversicherung 2009 nach Ausgabearten in Mio. €

Ingesamt	Rehabilitation*	Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit	Altersrenten	Hinterbliebenen-Renten	sonst. Ausgaben (v. a. KVdR**)	Verwaltungs- und Verfahrenskosten
245.833	5.260	14.248	167.985	38.608	16.124	3.608
100 %	2,1 %	5,8 %	68,3 %	15,7 %	6,6 %	1,5 %

* Nettoaufwendungen, d. h. nach Abzug von Einnahmen/Erstattungen
 ** KVdR = Krankenversicherung der Rentner
 Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung - Rechnungsergebnisse

Der Reha-Bericht: Update 2011 basiert auf den Routinedaten aus der Statistik der Rentenversicherung.

Routinedaten der Rentenversicherung

Grundlage der statistischen Daten sind die Verwaltungsvorgänge bei den Rentenversicherungsträgern. Dazu gehören u. a. die Mitteilung der Rentenversicherungsbeiträge durch den Arbeitgeber, die Erfassung von Anträgen und Bescheiden (Rehabilitation, Rente) oder auch die Informationen aus dem ärztlichen Entlassungsbericht nach einer durchgeführten medizinischen oder beruflichen Rehabilitation. Man spricht daher auch von prozessproduzierten Daten. Diese Daten über die Erwerbsbeteiligung, über Reha-Anträge und Reha-Leistungen bis zum aktuellen Berichtsjahr – einschließlich ggf. einer Berentung – werden in der von allen Rentenversicherungsträgern bereit gestellten Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) dokumentiert. Die RSD enthält somit personenbezogene Merkmale zur Soziodemographie, zu Leistungen zur Rehabilitation und Rente sowie zu Beitragszeiten über einen Zeitraum von mehreren Jahren.

Für den Reha-Bericht: Update 2011 wurden die folgenden jährlichen Statistiken über Routinedaten der Rentenversicherung herangezogen:

Der umfangreiche Tabellenband „Rehabilitation“ (ca. 280 Seiten) enthält Fachstatistiken zu Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben: Art, Dauer und Ergebnis der Leistung, Diagnosen, Berufsgruppen, Aufwendungen und Erträge sowie Bettenbestand in eigenen Reha-Einrichtungen.



Rehabilitation

Statistik der Deutschen Rentenversicherung

Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund

Ausgaben für die Jahre 1995 bis 2009



Die Fachstatistik „Versicherte“ beschreibt zu Versicherten, die Beiträge an die Rentenversicherung zahlen oder Anrechnungszeiten für die Rente erwerben, Umfang und Höhe der Rentenversicherungsbeiträge sowie verschiedene soziodemographische Merkmale.

Versicherte

(ehemals „Aktiv Versicherte“)

Statistik der Deutschen Rentenversicherung

Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund

Ausgaben für die Jahre 1994 bis 2008

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
15	Rehabilitation im Licht der Statistik
15	Medizinische Rehabilitation
33	Berufliche Rehabilitation
47	Aufwendungen für Rehabilitation
52	Anhang



Trends und Eckzahlen im Zeitablauf finden sich in der jährlichen Broschüre „Rentenversicherung in Zeitreihen“.

Rentenversicherung in Zeitreihen

Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund

Ausgabe 2010

DRV-Schriften, Band 22

Statistikpublikationen der Deutschen Rentenversicherung können auf der Internetseite www.deutsche-rentenversicherung.de heruntergeladen werden (> **Statistik** > **Fachstatistiken** > **Statistik-Broschüren**). Auszüge findet man im Forschungsportal der Deutschen Rentenversicherung www.forschung.deutsche-rentenversicherung.de (> **Statistik**).

Für Ihre Notizen

Für Ihre Notizen

Für Ihre Notizen

Impressum

Herausgeber

Deutsche Rentenversicherung Bund
Ruhrstr, 2, D-10709 Berlin
Postanschrift: 10704 Berlin
Telefon: 030 865-0
Telefax: 030 865 27379
Internet: www.deutsche-rentenversicherung.de
Bezug über: Vordruckversand@drv-bund.de

Koordination

Verena Pimmer, verena.pimmer@drv-bund.de
Dr. Rolf Buschmann-Steinhage, rolf.buschmann-steinhage@drv-bund.de
Bereich Reha-Wissenschaften

Thomas Bütetisch, thomas.buetefisch@drv-bund.de
Bereich Statistische Analysen

Autorinnen und Autoren

Wir danken folgenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für ihre Mitwirkung:
Dr. Hans-Günter Haaf, Berthold Lindow, Elisabeth Röckelein, Pia Zollmann

Fotos

Deutsche Rentenversicherung Bund

Satz und Layout

de-sign-network, Berlin

Druck

abcdruck, Heidelberg

Auflage

6.500

Berlin, März 2011

