

Die medizinische und berufliche Rehabilitation
der Rentenversicherung im Licht der Statistik

Inhalt

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
39	Berufliche Rehabilitation
53	Aufwendungen für Rehabilitation
58	Anhang

Inhalt - Ausführliche Gliederung

4 Vorwort

6 Fakten im Überblick

9 Aktuelle Entwicklungen

- 9 Recht und Politik
- 11 Reha-Qualitätssicherung
- 13 Sozialmedizin
- 15 Reha-Forschung und -Konzepte

19 Rehabilitation im Licht der Statistik

19 Medizinische Rehabilitation: Umfang und Struktur

- 19 Anträge, Bewilligungen und durchgeführte Leistungen
- 22 Verschiedene Formen der Rehabilitation
- 25 Krankheitsspektrum – Zeitliche Entwicklung
- 27 Krankheitsspektrum im Jahr 2011
- 29 Altersspezifische Inanspruchnahme
- 30 Altersstandardisierte Inanspruchnahme

35 Medizinische Rehabilitation: Ergebnis

- 35 Behandlungserfolg – Sozialmedizinischer Verlauf

39 Berufliche Rehabilitation: Umfang und Struktur

- 39 Anträge, Bewilligungen und durchgeführte Leistungen
- 41 Zeitliche Entwicklung
- 42 Leistungsspektrum
- 43 Berufliche Bildung – Krankheitsspektrum
- 45 Berufliche Bildung – altersspezifische Inanspruchnahme
- 47 Berufliche Bildung – altersstandardisierte Inanspruchnahme

49 Berufliche Rehabilitation: Ergebnis von Bildungsleistungen

- 49 Erfolg beruflicher Bildung – Routedaten der Rentenversicherung

53 Aufwendungen für Rehabilitation

- 53 Aufwendungen im Jahr 2011
- 53 Entwicklung der Aufwendungen ab 1995
- 55 Vergleich zu weiteren Ausgaben der Rentenversicherung

58 Anhang

Vorwort



Präsident Dr. Herbert Rische



Direktor Dr. Axel Reimann

Mit dem Reha-Bericht Update 2012 erhalten Sie die wichtigsten aktuellen Daten und Fakten zur Rehabilitation der Rentenversicherung – wieder in etwas kürzerer Form als im vorhergehenden Bericht. Da nicht alle Daten, die dem umfassenden Reha-Bericht zugrunde liegen, in gleicher Weise jährlich verfügbar sind, erscheint der Bericht im Wechsel einmal in der umfassenden Form und einmal als kürzeres „Update“.

Das Update 2012 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 2011. Die Routinedaten 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 thematischen Vertiefungen („Im Fokus“) erfolgt dann wieder im nächsten Reha-Bericht 2013.

Die Entwicklung der Rehabilitation der Rentenversicherung, dargestellt in Zahlen, macht wieder den Kern der Publikation aus. Darüber hinaus wollen wir Ihren Blick auch auf wichtige aktuelle Entwicklungen in der Rehabilitation der Rentenversicherung lenken:

So benötigten in den letzten Jahren immer mehr Versicherte Rehabilitationsleistungen der Deutschen Rentenversicherung, bedingt u. a. durch den demografischen Wandel und die Verlängerung der Lebensarbeitszeit. Das gesetzlich festgelegte Reha-Budget wird durch diesen wachsenden Reha-Bedarf immer stärker ausgeschöpft – das hat die Rentenversicherung deutlich gemacht. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales sieht nun im Entwurf für ein Alterssicherungsstärkungsgesetz (Stand August 2012) vor, die demografische Entwicklung bei der Berechnung des Reha-Budgets ab dem 1. Juli 2013 zu berücksichtigen. Damit würde die Zunahme des Reha-Bedarfs zumindest teilweise ausgeglichen.

Damit Kinder und Jugendliche – auch wenn sie chronisch krank sind – eine Chance haben, später einen Beruf zu erlernen und erfolgreich ausüben zu können, haben die Rentenversicherungsträger ihre Vorstellungen zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen in einem Positionspapier formuliert. Angestrebt wird z. B., den Zugang zu dieser Form der Rehabilitation einfacher zu gestalten und die Rehabilitation stärker mit Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zu vernetzen.

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
39	Berufliche Rehabilitation
53	Aufwendungen für Rehabilitation
58	Anhang

Die umfassende und dauerhafte Sicherung der Qualität unserer Rehabilitationsleistungen ist eine Grundlage unseres Handelns. Deshalb befragen wir im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung auch regelmäßig unsere Rehabilitanden. Jetzt liegen zum ersten Mal Angaben zur Zufriedenheit und zum Behandlungserfolg nach berufsbegleitender ambulanter Sucht-Rehabilitation vor. Die befragten Rehabilitanden bescheinigen ihr eine hohe Qualität.

Die sozialmedizinische Beurteilung von Anträgen auf Leistungen zur Teilhabe sowie auf Renten wegen Erwerbsminderung muss transparent und überprüfbar sein. Deshalb haben wir die Leitlinie für die sozialmedizinische Begutachtung bei psychischen und Verhaltensstörungen gründlich überarbeitet. Sie richtet sich in der neuen Fassung mit ausführlichen Krankheitsbeschreibungen auch an nicht fachlich vorgebildete Leserinnen und Leser.

Es ist unsere Aufgabe, den Rehabilitanden bedarfsgerechte Leistungen anzubieten. Dazu gehört auch, vorhandene psychische Störungen und Belastungen bei körperlich erkrankten Patienten zu erkennen und zu behandeln. Psychologische Interventionen sind deshalb seit langem ein wesentlicher Bestandteil der medizinischen Rehabilitation. Für den gezielten Einsatz psychologischer Interventionen in der medizinischen Rehabilitation wurden konkrete, praxisbezogene Empfehlungen für die psychologische Diagnostik und Behandlung entwickelt.

Wir hoffen, mit diesem Bericht Ihnen, unseren Versicherten und Beitragszahlern, der Fachöffentlichkeit, der Politik und allen interessierten Bürgerinnen und Bürgern, die 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

2011 wurden bei der Rentenversicherung rund 1,7 Millionen Anträge auf medizinische Rehabilitation gestellt.

Die Rentenversicherung führte 966.323 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch.

Davon entfielen 30.919 (3 %) auf die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen.

Die ambulanten Reha-Leistungen machen inzwischen 13 % aller medizinischen Reha-Leistungen aus.

Die Anschlussrehabilitation (AHB) umfasste 2011 mit 327.357 Leistungen ein gutes Drittel aller medizinischen Reha-Leistungen.

Zur Reha-Nachsorge führte die Rentenversicherung 152.688 Leistungen durch.

42.874 Rehabilitanden erhielten 2011 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 67 % 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 minimal älter als Männer:
Frauen 51,7 Jahre, Männer 51,4 Jahre.

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

Die durchschnittliche Dauer einer stationären medizinischen Rehabilitation wegen körperlicher Erkrankungen liegt, je nach Diagnosengruppe, bei 23 bis 24 Tagen (ohne neurologische Erkrankungen).

Im Verlauf von zwei Jahren nach ihrer Rehabilitation sind 86 % der Rehabilitanden erwerbsfähig.

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
39	Berufliche Rehabilitation
53	Aufwendungen für Rehabilitation
58	Anhang

Berufliche Rehabilitation

2011 gingen bei der Rentenversicherung 397.388 Anträge auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) ein.

130.888 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) wurden 2011 abgeschlossen.

Männer nehmen häufiger LTA in Anspruch als Frauen. Allerdings hat der Anteil der Frauen in den letzten Jahren stetig zugenommen. Dieser Trend setzte sich für das Jahr 2011 nicht weiter fort.

Frauen in der beruflichen Rehabilitation sind durchschnittlich geringfügig älter als Männer:
Frauen 45,6 Jahre, Männer 45,0 Jahre.

Knapp ein Viertel der LTA sind berufliche Bildungsleistungen. Dabei stehen Erkrankungen des Bewegungsapparates und des Bindegewebes als Ursachen an erster Stelle (Frauen 54 %, Männer 62 %).

Gut drei Viertel aller Teilnehmerinnen und Teilnehmer schließen ihre berufliche Bildungsleistung erfolgreich ab.

Noch zwei Jahre nach Abschluss einer beruflichen Bildungsleistung nimmt die pflichtversicherte Beschäftigung zu (nach sechs Monaten bei 40 %, nach zwei Jahren bei 46 % der Teilnehmer).

Aufwendungen für Rehabilitation

2011 wendete die Rentenversicherung rund 5,66 Mrd. € für Rehabilitation auf (brutto), davon ca. 4,1 Mrd. € für medizinische Rehabilitation, rund 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 2.625 €.

Die um einiges längeren medizinischen Reha-Leistungen bei psychischen und Abhängigkeitserkrankungen sind mit durchschnittlich 6.183 € deutlich teurer.

Aktuelle Entwicklungen

Recht und Politik

Reha-Bedarfsentwicklung und Reha-Budget

In den letzten Jahren stieg der Bedarf an Rehabilitationsleistungen der Deutschen Rentenversicherung stetig: Die bewilligten Leistungen nahmen deshalb von 2005 auf 2011 für die medizinische sowie die berufliche Rehabilitation um jeweils 24 % zu. Mit einem weiteren Anstieg ist zu rechnen.

Die Gründe sind vielfältig: Einerseits gelangt die „Baby-Boomer-Generation“ in ein Alter, in dem besonders häufig Rehabilitationsbedarf entsteht (demografische Entwicklung). Andererseits machen die Anhebung von Altersgrenzen für den Rentenbezug und der zunehmende Wegfall vorgezogener Formen von Altersrenten gezielte Rehabilitationsleistungen notwendig, um die Erwerbsfähigkeit der Versicherten bis zum Rentenalter zu erhalten. Hinzu kommen weitere relevante Entwicklungen wie z. B. die Zunahme der Anschlussrehabilitation (AHB), der psychischen Störungen mit Rehabilitationsbedarf, der onkologischen Rehabilitation, der Stufenweisen Wiedereingliederung zu Lasten der Rentenversicherung sowie der Ausbau präventiver Leistungen.

Die Ausgaben der Deutschen Rentenversicherung für Rehabilitationsleistungen werden durch ein gesetzlich festgelegtes Budget begrenzt. Dieses Reha-Budget orientiert sich in seiner Fortschreibung, d. h. seiner jährlichen Veränderung, nur an der Entwicklung der durchschnittlichen Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer (§ 220 SGB VI). Nicht berücksichtigt werden strukturelle Veränderungen des Reha-Bedarfs, die z. B. durch Änderungen der Bevölkerungsstruktur oder Gesetzesänderungen hervorgerufen werden.

Durch effizienten Mitteleinsatz konnte die Deutsche Rentenversicherung in den zurückliegenden Jahren das Budget dennoch einhalten. In den Jahren 2010 und 2011 wurde das Reha-Budget nun weitgehend vollständig ausgeschöpft. Der Reha-Bedarf wird in den nächsten Jahren weiter steigen. Es ist daher abzusehen, dass das Reha-Budget nur durch den Verzicht auf notwendige Leistungen weiter eingehalten werden kann. Dies würde aber in der Folge zu einer Zunahme von Erwerbsminderungsrenten führen und nicht zuletzt den Bemühungen um eine Verlängerung der Lebensarbeitszeit entgegenlaufen.

Aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung ist es deshalb notwendig, bei der Fortschreibung des Reha-Budgets künftig zumindest die Bevölkerungsentwicklung und die Verlängerung der Lebensarbeitszeit zu berücksichtigen. Dann läge das Budget 2017 um rund 5 % oder 300 Mio. Euro über dem Betrag, der sich aus der aktuellen Fortschreibungsregel ergibt. Ab 2018 werden die demografiebedingten Mehrausgaben wieder sinken, da keine weiteren geburtenstarken Jahrgänge folgen.



Der Reha-Bedarf wird weiter steigen.

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales sieht im Entwurf für ein Alterssicherungsstärkungsgesetz (Stand August 2012) vor, die demografische Entwicklung bei der Berechnung des Reha-Budgets ab dem 1. Juli 2013 zu berücksichtigen. Damit würde die Zunahme des Reha-Bedarfs zumindest teilweise ausgeglichen. Allerdings ist derzeit offen, ob eine entsprechende gesetzliche Regelung rechtzeitig die parlamentarischen Hürden nimmt.



Komplexere Anforderungen
an die Kinder- und Jugendlichen-
rehabilitation

Weiterentwicklung der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen

Krankheiten im Kindes- und Jugendalter können bei unzureichender Behandlung die weitere Entwicklung des Kindes bzw. Jugendlichen beeinträchtigen. Dann verschlechtert sich nicht nur die aktuelle Lebensqualität, sondern die Erkrankung kann sich auch negativ auf die spätere Berufstätigkeit auswirken. Ist das zu erwarten, muss rechtzeitig und angemessen interveniert werden. Die medizinische Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen durch die Rentenversicherung ist hierzu ein wichtiges Instrument. Sie fördert die Integration in Schule und Ausbildung sowie die spätere Eingliederung in das Erwerbsleben.

Die weiterhin rückläufigen Geburtenzahlen führen zu sinkenden Antragszahlen. Aber nicht nur darauf muss sich die medizinische Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen einstellen. Große Herausforderungen ergeben sich durch die Veränderungen im Krankheitsspektrum: Psychische Störungen, chronische Krankheiten und Mehrfacherkrankungen nehmen zu. Sie machen die Anforderungen an die Kinder- und Jugendlichenrehabilitation zunehmend komplexer. Auch wird es immer wichtiger, den Reha-Erfolg durch nachfolgende Maßnahmen und Leistungen zu stabilisieren. So sollte z. B. bei Kindern mit schwerem Übergewicht der erreichte Reha-Erfolg durch nachfolgende Leistungen im Sinne einer langfristig angelegten ambulanten Betreuung verstetigt werden.

Vor diesem Hintergrund hat die Deutsche Rentenversicherung im Jahr 2012 ihre Vorstellungen zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen in einem Positionspapier formuliert. So wird z. B. angestrebt, den Zugang zur Rehabilitation einfacher zu gestalten, die Information adressatengerechter aufzubereiten und die Rehabilitation individueller auszugestalten. Auch wird angestrebt, die medizinische Rehabilitation stärker mit Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zu vernetzen.

Das Positionspapier der gesetzlichen Rentenversicherung zur Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen ist als Broschüre veröffentlicht und steht als Download zur Verfügung unter: www.deutsche-rentenversicherung.de → **Fachbereiche** → **Sozialmedizin & Forschung** → **Reha-Wissenschaften** → **Reha-Konzepte** → **Positionspapier Kinder- und Jugendlichen-Reha 2012**

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
39	Berufliche Rehabilitation
53	Aufwendungen für Rehabilitation
58	Anhang

Reha-Qualitätssicherung

Die Deutsche Rentenversicherung erbringt jährlich über eine Million medizinische und berufliche Rehabilitationen und hat daher besonderes Interesse daran, diese Leistungen kontinuierlich zu verbessern. Im Jahr 1994 wurde daher mit der Entwicklung eines Qualitätssicherungsprogramms für die medizinische Rehabilitation begonnen, welches seit 1997 in die Routine überführt ist und stetig weiterentwickelt wird. Fast 2.000 Reha-Einrichtungen oder Reha-Fachabteilungen vorwiegend der medizinischen, aber auch der beruflichen Rehabilitation nehmen derzeit an der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung teil.

Als ein Bestandteil der Reha-Qualitätssicherung führt die Deutsche Rentenversicherung seit 1998 Rehabilitandenbefragungen durch: Patientinnen und Patienten werden angeschrieben und zur Einschätzung ihrer Rehabilitation und des Reha-Ergebnisses befragt. Die Ergebnisse aus diesen Fragebogen werden den Einrichtungen zurückgemeldet.

Erste Ergebnisse der Rehabilitandenbefragung zur berufsbegleitenden ambulanten Sucht-Rehabilitation

Die Deutsche Rentenversicherung hat eine differenzierte rehabilitative Versorgung zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen aufgebaut, wie sie in keiner anderen Indikationsgruppe zu finden ist. Suchtkranke können beispielsweise sowohl stationär oder ganztägig ambulant wie auch berufsbegleitend ambulant rehabilitiert werden. Die berufsbegleitende ambulante Rehabilitation erfolgt wohnortnah und berufsbegleitend in speziellen Ambulanzen und Beratungsstellen. Sie dauert ca. sechs Monate und besteht aus rund 40 Therapieeinheiten für die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sowie vier Einheiten für deren Angehörige.

Nun liegen erstmalig Angaben zur Zufriedenheit und zum Behandlungserfolg nach berufsbegleitender ambulanter Sucht-Rehabilitation vor. Die vorliegenden Ergebnisse stützen sich auf die Daten von insgesamt 329 ambulanten Einrichtungen mit zusammen 4.233 Rehabilitandenfragebogen. Die Rehabilitanden wurden im Zeitraum zwischen Oktober 2009 und September 2011 einmalig befragt. Der Rücklauf betrug insgesamt 40 %.

Hohe Qualität der berufsbegleitend ambulanten Sucht-Rehabilitation

Der berufsbegleitenden ambulanten Sucht-Rehabilitation wird von den Rehabilitanden eine hohe Qualität bescheinigt: Die Rehabilitation wird insgesamt mit der Note 1,6 bewertet. Mit den therapeutischen Einzelgesprächen während der ambulanten Sucht-Rehabilitation zeigen sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Befragung besonders zufrieden (Note 1,3). Auch den Behandlungserfolg der ambulanten Entwöhnung bewertet die Mehrzahl (ca. 90 %) der Befragten mit sehr gut und gut. Fast alle (97 %) sind nach eigener Aussage in den vier Wochen vor Beantwortung des Fragebogens nicht rückfällig geworden.

Insgesamt 86 % der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sehen sich in der Lage, auch langfristig abstinent zu bleiben.

Aus Sicht der Befragten sollten dagegen z. B. Beratungen zu beruflichen, sozialen und rechtlichen Problemlagen und die Einbindung der Angehörigen in die Sucht-Rehabilitation verbessert werden. Zwischen den Einrichtungen bestehen noch große Unterschiede in der Qualität. Die nächste Auswertung wird zeigen, ob sich die Einrichtungsunterschiede verringern und sich die insgesamt guten Qualitätsergebnisse der ambulanten Sucht-Rehabilitation als zeitlich stabil erweisen.

Umgang mit neuen Studien- und Berufsabschlüssen in der Rehabilitation

Die Bologna-Reform – ein politischer Prozess zur Schaffung eines einheitlichen europäischen Hochschulraumes – hat zu gravierenden Veränderungen bei Studien- und Berufsabschlüssen geführt. Gab es früher beispielsweise Diplom-Psychologen und -Psychologinnen, werden heute Bachelor- und Masterabsolventen der Psychologie ausgebildet. Auch für andere Berufsgruppen, die in den Reha-Einrichtungen tätig sind, ist zukünftig ein Bachelor- oder Masterabschluss möglich. Die von der Rentenversicherung belegten Reha-Einrichtungen verfügen über eine große Anzahl von möglichen Arbeitsplätzen für diese Berufsgruppen.

Bachelor- und Masterabsolventen
in den Reha-Einrichtungen

Die Deutsche Rentenversicherung möchte frühzeitig festlegen, welche Aufgaben in den Rehabilitationseinrichtungen von Bachelor- oder Masterabsolventen übernommen werden können. Dies wirkt sich auch auf die Personalstärken der betroffenen Berufsgruppen aus. Zum einen übernimmt die Rentenversicherung dadurch Strukturverantwortung und sichert ein einheitliches Vorgehen der einzelnen Rentenversicherungsträger sowie eine weiterhin hohe Qualität der Rehabilitation. Zum anderen bietet sie den Studienabsolventinnen und -absolventen eine klare Orientierung, welche Möglichkeiten sie auf dem Beschäftigungsfeld der Rehabilitation haben.

Die Änderungen durch die Bologna-Reform werden daher bei der derzeitigen Überarbeitung der Strukturanforderungen an medizinische Reha-Einrichtungen berücksichtigt, die erstmalig im Mai 2010 veröffentlicht wurden. Es werden darin nun für alle betroffenen Berufsgruppen Einsatzmöglichkeiten sowohl für Bachelor- als auch für Masterabsolventen beschrieben.

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
39	Berufliche Rehabilitation
53	Aufwendungen für Rehabilitation
58	Anhang

Sozialmedizin

Wenn es um Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation) oder um Renten wegen Erwerbsminderung geht, steht aus sozialmedizinischer Sicht schwerpunktmäßig die Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben im Vordergrund. Im sozialmedizinischen Gutachten müssen die Anforderungen im Erwerbsleben mit dem individuellen Fähigkeitsprofil abgeglichen werden. Dabei ist die Frage zu klären, welche körperlichen und psychischen Anforderungen ein Versicherter trotz bestehender Beeinträchtigungen noch erfüllen kann und welche Tätigkeiten seine Belastungsgrenzen erreichen oder übersteigen. Anhand der Ergebnisse der sozialmedizinischen Begutachtung entscheidet die Rentenversicherung über die beantragten Leistungen.

Leitlinien sichern die Qualität der Begutachtung.

Die Leitlinien zur sozialmedizinischen Begutachtung geben Hinweise zur Beurteilung von krankheitstypischen Beeinträchtigungen im Erwerbs- und Alltagsleben und enthalten Kriterien für die Feststellung der körperlichen und psychischen Leistungsfähigkeit. Durch die Förderung einer transparenten und nachvollziehbaren Begutachtungspraxis sind sie wesentlicher Bestandteil der Qualitätssicherung.

Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung: Sozialmedizinische Beurteilung bei psychischen und Verhaltensstörungen

Die neueste Leitlinie der Deutschen Rentenversicherung für die sozialmedizinische Begutachtung betrifft die psychischen und Verhaltensstörungen. Sie fasst bestehende Leitlinien zu dieser Krankheitsgruppe zusammen, beschreibt die sozialmedizinische Beurteilung und gibt Hinweise zum Umgang mit Anträgen auf medizinische oder berufliche Rehabilitation sowie Anträgen auf Erwerbsminderungsrente.

Einige für die Begutachtung relevante Aspekte werden in der neuen Leitlinie ausführlicher als bisher behandelt oder erstmals aufgenommen. Es erfolgt beispielsweise eine ausführlichere Auseinandersetzung mit der Beschwerdvalidierung, d. h. mit der sicheren und unverfälschten Erfassung der Beschwerden und Beeinträchtigungen, die in der Begutachtungssituation vorgebracht werden und das Leistungsvermögen betreffen. Es werden geeignete psychodiagnostische Zusatzuntersuchungen angegeben, welche die Aussagekraft der sozialmedizinischen Beurteilung im individuellen Fall deutlich erhöhen können. Darüber hinaus wurden Beschwerdebilder aufgenommen, deren Beurteilung besonders schwierig ist oder die erst in jüngerer Zeit sozialmedizinische Relevanz erlangt haben, wie zum Beispiel das Burn-out-Syndrom oder das Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) bei Erwachsenen.



Die Leitlinie wurde erweitert und umfassend abgestimmt.

Ein eigener Abschnitt behandelt für das Erwerbsleben besonders wichtige Begutachungskriterien, beispielsweise „Durchhaltevermögen“ sowie „Flexibilität und Umstellungsfähigkeit“. Weitere Hinweise sind neu, etwa zur Begutachtung von Menschen mit Migrationshintergrund oder zur Rolle der Begleitperson bei Begutachtungen.

Die Leitlinie richtet sich mit ihren ausführlicheren Krankheitsbeschreibungen auch an nicht fachlich vorgebildete Leserinnen und Leser. Sie sollen sozialmedizinische Beurteilungen bei psychischen und Verhaltensstörungen ohne weitere Literaturrecherche nachvollziehen können.

Die Leitlinie wurde umfassend abgestimmt: Mit sozialmedizinischen Expertinnen und Experten, medizinischen Fachgesellschaften, allen Rentenversicherungsträgern, der Bundesagentur für Arbeit, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und der Selbsthilfe.

Die Leitlinien zur sozialmedizinischen Beurteilung bei psychischen und Verhaltensstörungen sind als Broschüre veröffentlicht und stehen als Download zur Verfügung unter: www.deutsche-rentenversicherung.de → **Fachbereiche** → **Sozialmedizin und Forschung** → **Sozialmedizin** → **Begutachtung** → **Leitlinien** → **Psychische und Verhaltensstörungen einschließlich Abhängigkeitserkrankungen**

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
39	Berufliche Rehabilitation
53	Aufwendungen für Rehabilitation
58	Anhang

Reha-Forschung und -Konzepte

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.

Die berufliche Orientierung in der Rehabilitation wird intensiviert

Längere Lebensarbeitszeit, Arbeitsverdichtung, stetige Flexibilität, lebenslanges Lernen und psychosoziale Belastungen charakterisieren die Entwicklung der Arbeitswelt. Schon heute besteht bei etwa einem Drittel der Versicherten, die eine medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung erhalten, eine besondere berufliche Problemlage. Deshalb richtet sich die medizinische Rehabilitation immer stärker auf die konkrete Erwerbssituation der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden aus.

Als Grundlage dafür hat die Rentenversicherung 2010 ein Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) für medizinische Reha-Einrichtungen erstellt. Es gilt inzwischen für alle Krankheitsbilder und die Anschlussrehabilitation mit Ausnahme der Abhängigkeitserkrankungen. Das Konzept legt die qualitativen Standards fest, die für eine intensivierete berufsbezogene Diagnostik und Therapie gelten. Es enthält zudem ein gestuftes Leistungsangebot, um so den unterschiedlich stark beruflich belasteten Rehabilitanden gerecht zu werden. Vor einer flächendeckenden Umsetzung wurde die Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation in sieben Reha-Einrichtungen mit orthopädischem Schwerpunkt erprobt und wissenschaftlich evaluiert.



Das MBOR-Angebot wird weiter abgestimmt.

In dem gemeinsam von der Medizinischen Hochschule Hannover (Dr. Schwarze) und der Universität Würzburg (Dr. Neudert) durchgeführten Modellprojekt „MBOR-Management“ erhielten Personen mit besonderen beruflichen Problemlagen gezielt berufsbezogene Therapien. Dabei war die Kombination von berufsorientierten Gruppenangeboten mit individuell zugeschnittenem Arbeitsplatztraining besonders wirksam. Wird die Therapie dabei durch ein gut zusammenarbeitendes multiprofessionelles Team erbracht, ist sie noch erfolgreicher. Gleichzeitig wurde deutlich, dass die Durchführung der MBOR zusätzliche zeitliche und personelle Ressourcen erfordert. Für die MBOR könnte eine Konsequenz daraus in besonderen Vergütungssätzen und/oder in einer Anpassung der Richtwerte für die Verweildauer liegen.

Auf Grundlage der Projektergebnisse wurde das MBOR-Anforderungsprofil überarbeitet. Der berufsorientierten Diagnostik und Motivation kommt jetzt ein besonders hoher Stellenwert zu. Parallel zur Weiterentwicklung des MBOR-Anforderungsprofils wurde das Praxishandbuch zur arbeits- und berufsbezogenen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation überarbeitet

und um neue MBOR-Bausteine ergänzt. Derzeit bereiten die Rentenversicherungsträger in Zusammenarbeit mit den Reha-Einrichtungen den weiteren Ausbau des MBOR-Angebots vor.

Das 2012 aktualisierte Anforderungsprofil und das Praxishandbuch stehen als Download zur Verfügung unter: www.reha-wissenschaften-drv.de → **Reha-Konzepte** → **Konzepte** → **Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR)**

Weitere Informationen zur MBOR finden Sie unter: www.medizinisch-berufliche-orientierung.de

Chronisch Erkrankte sind oft auch psychisch belastet.

Weiterentwicklung der Reha-Psychologie

Psychische Störungen bestimmen immer stärker das Spektrum der Krankheitsdiagnosen in Deutschland. Nicht zuletzt bei chronischen körperlichen Krankheiten sind psychische Belastungen und Störungen häufig: Rund 20 % der chronisch körperlich Erkrankten leiden darunter. Man spricht dann von psychischer Komorbidität. Neben psychischen Störungen mit Krankheitswert sind chronisch kranke Personen oft von psychischen Belastungen betroffen. Dies betrifft vielfach Ängste, beispielsweise vor Verschlimmerung der Erkrankung, oder depressive Störungen, beispielsweise als Folge von erlebten Einschränkungen der körperlichen Leistungsfähigkeit.

Die Notwendigkeit und Wirksamkeit psychologischer Interventionen bei Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit chronischen Erkrankungen ist wissenschaftlich gesichert. Psychologische Interventionen sind deshalb seit langem ein wesentlicher Bestandteil der medizinischen Rehabilitation. Die konkrete Praxis unterscheidet sich allerdings erheblich zwischen den Reha-Einrichtungen. Ziel der hier vorgestellten Projekte war es deshalb, praxisbezogene Empfehlungen für die psychologische Diagnostik und Behandlung zu entwickeln, um den Einsatz psychologischer Interventionen in der medizinischen Rehabilitation zu unterstützen.

Verbesserte psychologische Diagnostik in der medizinischen Rehabilitation

Um für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden eine bedarfsgerechte Versorgung zu gewährleisten, müssen vorhandene psychische Störungen und Belastungen erst einmal erkannt werden. Darauf zielte das Projekt „Diagnostik, Indikation und Behandlung von psychischen Störungen in der medizinischen Rehabilitation“ (Prof. Bengel, Universität Freiburg). Es wurde ein „Leitfaden zur Implementierung eines psychodiagnostischen Stufenplans in der medizinischen Rehabilitation“ entwickelt und in der Praxis erprobt.

Der Leitfaden beschreibt die praktische Anwendung eines Stufenplans zur Diagnostik von psychischen Störungen in Reha-Einrichtungen. Der Stufenplan des Leitfadens sieht vier Schritte vor: Erstens ein Eingangsscreening zur psychischen Belastung bei allen Patienten zu Beginn der Rehabilitation.



4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
39	Berufliche Rehabilitation
53	Aufwendungen für Rehabilitation
58	Anhang

Vorhandene psychische Störungen werden besser erkannt.

Wenn sich dabei Hinweise auf psychische Belastungen ergeben, schließt sich zweitens für die betroffenen Rehabilitanden eine vertiefte psychodiagnostische Untersuchung an. Im dritten Schritt werden geeignete Interventionen festgelegt und durchgeführt. Im vierten erfolgt die Dokumentation, die im Rahmen des ärztlichen Entlassungsberichts auch Behandlungsempfehlungen für die Zeit nach der Rehabilitation enthält. Zusätzlich enthält der Leitfaden geeignete psychodiagnostische Instrumente wie z. B. Screeninginstrumente sowie Empfehlungen zur Einführung des Stufenplans.

Der Leitfaden ist als konkrete Praxishilfe für ambulante und stationäre Reha-Einrichtungen konzipiert. Er öffnet die Möglichkeit, einen wissenschaftlich entwickelten und auf Umsetzbarkeit geprüften psychodiagnostischen Stufenplan in die Klinikroutine einzuführen bzw. vorhandene psychodiagnostische Routinen anzupassen.

Psychologische Behandlungen bei Herzerkrankungen und Rückenschmerzen

Mit psychologischen Behandlungsansätzen in der Rehabilitation beschäftigte sich das Projekt „Psychologische Interventionen in der Rehabilitation von Patienten und Patientinnen mit chronischen Rückenschmerzen oder koronarer Herzerkrankung: Systematische Entwicklung von Praxisempfehlungen“ von Prof. Mittag (Universität Freiburg). Die beiden ausgewählten Krankheitsbilder sind häufig die Ursache von Rehabilitationsleistungen bei erwerbstätigen Versicherten und oftmals mit psychischen Belastungen verbunden.

Praxisempfehlungen als Entscheidungshilfe und Handlungsanleitung

Im Rahmen des Projekts wurden reha-relevante Störungen und Problemlagen beschrieben und diese mit psychologischen Interventionen verknüpft. Die daraus abgeleiteten Empfehlungen für bedarfsgerechte Behandlungspfade sind evidenzbasiert, d. h. ihre Wirksamkeit ist hinreichend belegt. Für Reha-Einrichtungen sind sie eine praktische Entscheidungshilfe und Handlungsanleitung, um Patientinnen und Patienten mit entsprechenden Problemlagen gezielt geeignete Interventionen anbieten zu können. Dies führt zu einer guten Wirksamkeit der medizinischen Rehabilitation, bei gleichzeitig gezieltem und damit effizientem Personaleinsatz, sowie zu einer hohen Zufriedenheit bei Patienten und Mitarbeitern. Neben Vertretern der Wissenschaft und der Patienten wurden in die Entwicklung der Empfehlungen auch die orthopädischen und kardiologischen Rehabilitationseinrichtungen einbezogen.



Der Leitfaden „Psychische Komorbidität“ und die Praxisempfehlungen „Psychologische Interventionen“ sind als Broschüren der Deutschen Rentenversicherung veröffentlicht und stehen als Download zur Verfügung unter:

www.reha-wissenschaften-drv.de → **Reha-Konzepte** → **Konzepte**

Beide Publikationen können auch bestellt werden:

reha-wissenschaften@drv-bund.de

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 kann die Routinestatistik der Rentenversicherung Antwort geben (s. auch Anhang S. 58).

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 (s. Info-Box S. 21) in Anspruch nehmen möchte, muss zunächst selbst die Initiative ergreifen und einen Antrag stellen. Dies geschieht 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 bei 3 % aller bewilligten Anträge der Fall.

Rund 1,7 Mio. Anträge auf
medizinische Rehabilitation

2011 gingen bei der Rentenversicherung rund 1,7 Mio. Anträge auf medizinische Rehabilitation ein. Rund 64 % der erledigten Anträge wurden bewilligt, etwa 20 % abgelehnt – meist aus medizinischen (92 %), selten aus dann meist versicherungsrechtlichen (8 %) Gründen. Die restlichen 16 % der erledigten Anträge gehörten nicht in die Zuständigkeit der Rentenversicherung und wurden in der Regel zum jeweils zuständigen Rehabilitationsträger weitergeleitet.

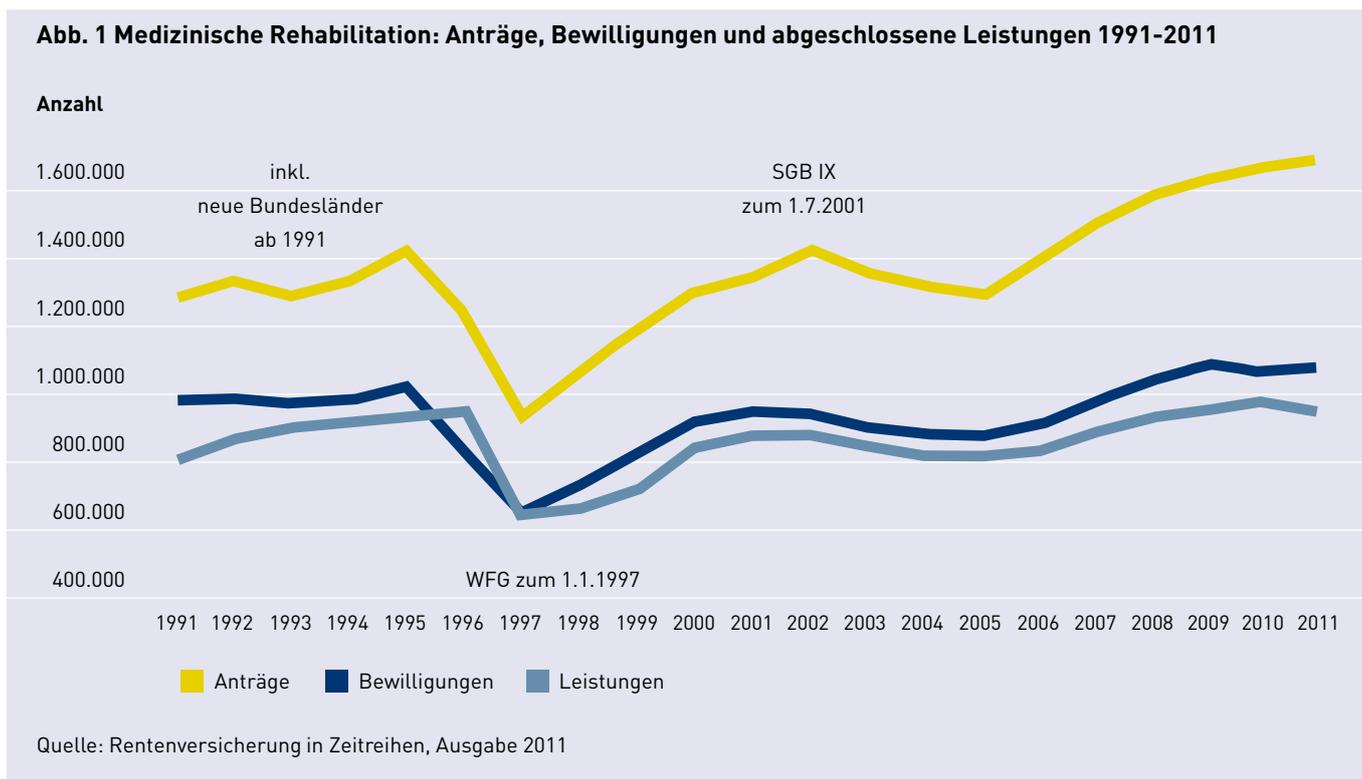
Abbildung 1 zeigt die Entwicklung von Anträgen, Bewilligungen und durchgeführten medizinischen Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung. Gewählt wurde der Zeitraum ab 1991, da seit diesem Jahr die Versicherten der neuen Bundesländer mit ausgewiesen werden. Die Anträge sind zwischen 1991 und 2011 von ca. 1.282.000 auf rund 1.690.818, die Bewilligungen von rund 995.000 auf rund 1.088.000 und die durchgeführten Leistungen von 803.000 auf rund 966.000 gestiegen.

2011 erhielten Versicherte rund 966.000 medizinische Reha-Leistungen.

Allerdings fällt auf, dass beispielsweise 1995 fast ebenso viele Bewilligungen wie 2011 erfolgten – bei wesentlich mehr Anträgen in 2011. 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



4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
39	Berufliche Rehabilitation
53	Aufwendungen für Rehabilitation
58	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.

Die so genannten Ergänzenden Leistungen ergänzen 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 im Zuge des WFG zwischen 1995 und 1997 um 34 % zurück.

Reha-Leistungen von vier auf drei Wochen gekürzt. 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 %.

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 lagen 2009 erstmals wieder deutlich über den Zahlen in 1995 (s. Abb. 1).

Tabelle 1 wirft noch einmal einen Blick auf die Veränderungen von 2010 auf 2011: Die Anträge sind um 1,3 % (2009 auf 2010: + 1,9 %), die Bewilligungen um 2,4 % gestiegen (2009 auf 2010: - 3,6 %), die durchgeführten Reha-Leistungen um 3 % zurückgegangen (2009 auf 2010: + 1,8 %). Der Rückgang geht vermutlich zum Teil auf die von 2009 auf 2010 zurückgegangenen Bewilligungen zurück.

Tab. 1 Medizinische Rehabilitation: Anzahl der Anträge, Bewilligungen und abgeschlossenen Leistungen 2010 und 2011

	Anträge	Bewilligungen	Leistungen
2010	1.669.142	1.062.500	996.154
2011	1.690.818	1.087.785	966.323
Steigerungsrate 2009-2010	+1,3 %	+2,4 %	-3,0 %

Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2011

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 die onkologische Rehabilitation nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3, insbesondere für Rentnerinnen und Rentner sowie deren Angehörige, 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.

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
39	Berufliche Rehabilitation
53	Aufwendungen für Rehabilitation
58	Anhang

13 % aller medizinischen Reha-Leistungen 2011 wurden ambulant durchgeführt.

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 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 überwiegende Teil medizinischer Rehabilitation erfolgt nach wie vor stationär. Allerdings sank der Anteil stationärer Leistungen für Erwachsene von 1995 bis 2011 von 91 % auf 84 %. Die ambulanten Leistungen für Erwachsene haben sich dagegen bis 2011 fast verfünffach, von gut 8.000 (1997) auf über 120.000 Leistungen. Sie machen derzeit ca. 13 % aller medizinischen Rehabilitationsleistungen aus.

Die Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen wird nur stationär durchgeführt. Ihr prozentualer Anteil an den Reha-Leistungen der Rentenversi-

Tab. 2 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 1995–2011: stationär und ambulant für Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche

Jahr	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 %
2010	996.154	837.864	84 %	122.835	12 %	34.223	3 %
2011	966.323	810.664	84 %	122.726	13 %	30.919	3 %

* stationäre und ambulante Reha-Anteile in Kombination erbracht; nur in Insgesamt-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“ 1995–2011

2011 waren gut ein Drittel aller Reha-Leistungen Anschlussrehabilitationen (AHB).

cherung insgesamt liegt über die letzten Jahre konstant bei rund 4 %, im Jahr 2011 bei 3 % (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 (18 % bzw. rund 164.000 Leistungen in 2011). Noch deutlich stärker als der Anstieg aller Reha-Leistungen ist der Zuwachs bei der Anschlussrehabilitation (AHB). Mit über 327.000 Leistungen stellt die AHB im Jahr 2011 einen Anteil von 35 % – verglichen mit 1995 mehr als eine Verdoppelung des Anteils. Bei den Entwöhnungsbehandlungen zeigt sich ein nicht ganz so ausgeprägter Anstieg von etwa 34.000 auf rund 54.000 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-

Tab. 3 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 1995–2011: besondere Leistungsformen für Erwachsene

Jahr	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 %
2010	961.931	318.118	33 %	170.658	18 %	56.997	6 %
2011	935.404	327.357	35 %	163.946	18 %	53.965	6 %

* stationäre und ambulante Reha-Anteile in Kombination erbracht

** Neubildungen und Entwöhnungen werden in der Statistik der Deutschen Rentenversicherung als eigene Maßnahmengattung 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“ 1995–2011

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
39	Berufliche Rehabilitation
53	Aufwendungen für Rehabilitation
58	Anhang

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 in den letzten Jahren deutlich und kontinuierlich zugenommen. Waren es 2008 noch 97.998 Nachsorgeleistungen, stieg die Zahl bis 2009 um 27 %, bis 2010 wiederum um 17 %. 2011 führte die Rentenversicherung insgesamt 152.688 Nachsorgeleistungen durch.

Nachsorge und Stufenweise Wiedereingliederung fördern die Rückkehr an den Arbeitsplatz.

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 2011 unterstützte die Rentenversicherung auf diese Weise in 42.874 Fällen den (Wieder-)Einstieg in die berufliche Tätigkeit.

Die Rentenversicherung erbringt auch Präventionsleistungen.

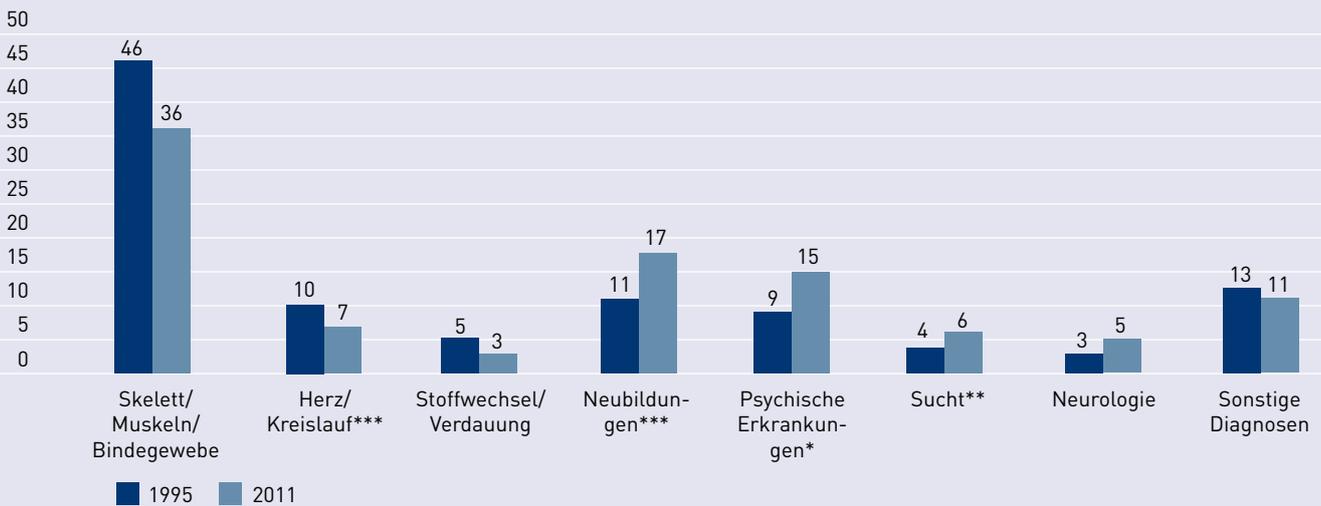
Eine weitere Leistung im Angebotsspektrum der Rentenversicherung sind die so genannten medizinischen Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit, die sich an Versicherte in besonders gesundheitsgefährdenden Berufen wenden (§ 31 Abs.1 Nr. 2 SGB VI). Eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit ist bei diesen Leistungen keine notwendige Voraussetzung. Bisher werden diese Präventionsleistungen nur in geringem Maße durchgeführt – im Jahr 2011 waren es insgesamt 693 (2010: 653). 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 2011 und aus 1995, dem letzten Jahr vor Einführung des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes (WFG). Der Anteil an Leistungen bei Muskel-, Skelett- und Bindegewebserkrankungen, nach wie vor die größte Diagnosengruppe, betrug 1995 noch 46 %, in 2011 nur noch 36 %. Ebenfalls rückläufig sind die Anteile der Herz-Kreislauf-Erkrankungen und der Krankheiten des Stoffwechsels oder der Verdauungsorgane.

Abb. 2 Krankheitsspektrum in der medizinischen Rehabilitation Erwachsener¹ (ambulant und stationär): 1995 und 2011

Anteile Reha-Leistungen in %



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

* ohne Sucht

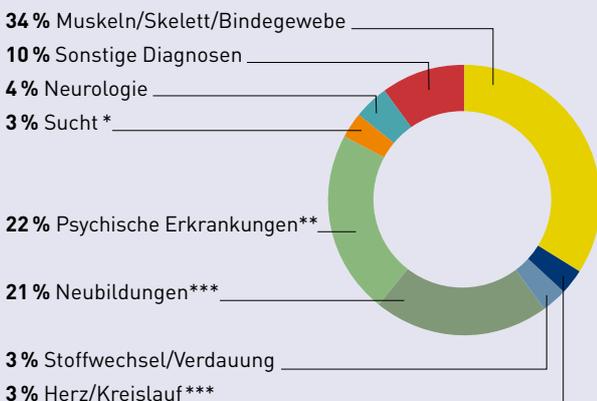
** hier Entwöhnungsbehandlung als eigene Maßnahmeart und als einzige der hier genannten Diagnosengruppen nicht über ICD-Diagnosen definiert

*** ohne neurologische Krankheitsbilder

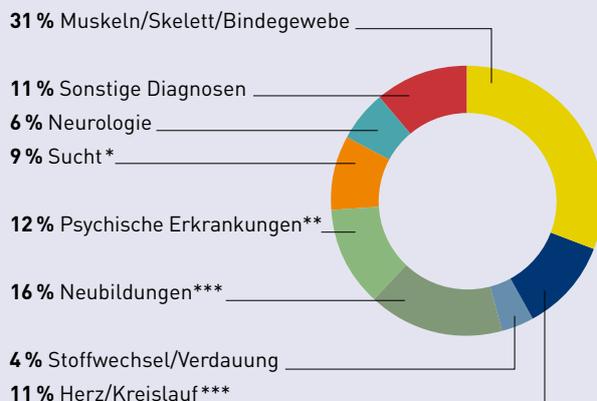
Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 1995 und 2011

Abb. 3 Stationäre medizinische Rehabilitation 2011: Krankheitsspektrum¹

Frauen



Männer



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

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

** ohne Sucht

*** ohne neurologische Krankheitsbilder

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2011

Rehabilitation bei Krebserkrankungen und psychischen Störungen nimmt im Vergleich zu 1995 zu.

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.

Krankheitsspektrum im Jahr 2011

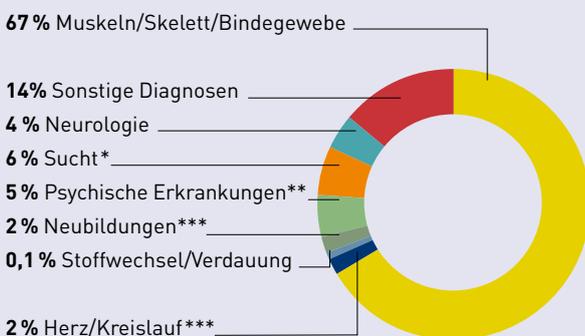
Vergleicht man die aktuelle Verteilung der Diagnosen in der medizinischen Rehabilitation in 2011 getrennt nach stationärer und ambulanter Reha-Form, stellt sich das Krankheitsspektrum unterschiedlich dar. Die Abbildungen 3 und 4 geben darüber hinaus auch Unterschiede im Krankheitsspektrum von Frauen und Männern wieder. Die dazugehörigen Zahlen und die je nach Diagnosengruppe unterschiedliche durchschnittliche Rehabilitationsdauer sind in Tabelle 4 (s. S. 28) enthalten.

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

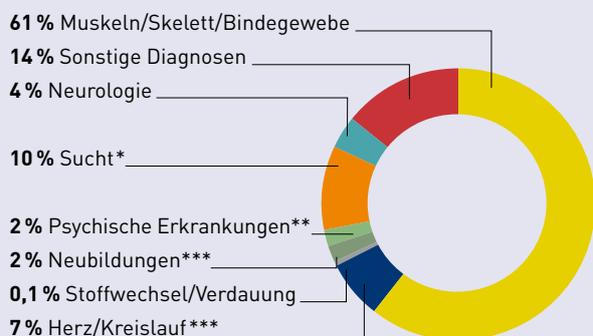
Eine stationäre medizinische Rehabilitation erhalten Frauen wie Männer zu etwa einem Drittel wegen Krankheiten der Muskeln, des Skeletts oder des Bindegewebes. Rang 2 belegt bei Frauen die medizinische Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen (22 %), dicht gefolgt von Rehabilitation bei Neubildungen (21 %). Bei Männern ist der Anteil psychischer Erkrankungen mit 12 % nach wie vor deutlich geringer als bei Frauen. Dennoch liegt die medizinische Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen bei Männern nach der Rehabilitation bei Neubildungen (16 %) inzwischen an dritter Stelle. Entwöhnungsbehandlungen (Sucht) sind bei Männern gut dreimal so häufig wie bei Frauen (s. Abb. 3).

Abb. 4 Ambulante medizinische Rehabilitation 2011: Krankheitsspektrum¹

Frauen



Männer



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

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

** ohne Sucht

*** ohne neurologische Krankheitsbilder

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2011

Eine stationäre Rehabilitation dauerte im Schnitt 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 24 Tage (s. Tab. 4).

Betrachtet man die Rehabilitationsdauer getrennt nach Geschlecht für die einzelnen Diagnosengruppen, unterscheiden sich Frauen und Männer nicht – nur die Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen ist bei Frauen einen Tag kürzer (s. Tab. 4). Im Durchschnitt über alle Krankheitsbilder gesehen, ist eine medizinische Rehabilitation bei Frauen drei Tage kürzer. Dies ist auf die lange Dauer von Entwöhnungsbehandlungen zurückzuführen, 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 (67 %) wie bei Männern (60 %) wegen

Tab. 4 Ambulante und stationäre medizinische Rehabilitation 2011: Krankheitsspektrum und Behandlungsdauer

	Insgesamt (inkl. sonst. Leistungen)	Muskeln/ Skelett/ Binde- gewebe	Herz/ Kreislauf*	Stoff- wechsel/ Verdauung	Neu- bildun- gen*	Psychische Erkran- kungen**	Sucht***	Neurologie	Sonstige Diagno- sen	Fehlende Diagno- sen****
Ambulant										
Frauen	50.549	32.332	1.144	70	834	2.413	2.769	1.862	6.689	2.436
Behandlungs- tage****	21	17	22	16	17	31	–	21	–	–
Männer	72.177	41.656	5.149	104	1.243	1.612	6.782	2.765	9.902	2.964
Behandlungs- tage****	21	17	22	17	15	39	–	22	–	–
Stationär										
Frauen	403.226	128.216	12.777	10.911	82.558	84.478	10.115	16.949	39.487	17.735
Pflegetage****	28	23	24	24	23	37	88	30	–	–
Männer	407.438	124.574	42.058	16.345	66.364	46.713	34.299	22.106	42.650	12.329
Pflegetage****	31	23	24	24	23	38	88	30	–	–

* ohne neurologische Krankheitsbilder

** alle in der ICD unter Buchstaben F verschlüsselten psychische 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 ganztätig in der ambulanten Reha-Einrichtung aufhalten. Ambulante Entwöhnungen finden oft berufsbegleitend statt, deshalb entfällt die Angabe von Behandlungstagen.

***** 1. Diagnose noch nicht erfasst

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2011

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
39	Berufliche Rehabilitation
53	Aufwendungen für Rehabilitation
58	Anhang

Eine ganztägig ambulante Rehabilitation dauerte im Schnitt 21 Behandlungstage.

einer Erkrankung der Muskeln, des Skeletts 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 der Muskeln, des Skeletts oder des Bindegewebes – werden durchschnittlich 17 Behandlungstage benötigt. Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen suchen im Schnitt an rund 35 Tagen die ambulante Reha-Einrichtung auf. Anders als in der stationären Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen ist im ambulanten Bereich die Behandlungsdauer bei Frauen deutlich niedriger (31 Tage) als bei Männern (39 Tage).

Das Durchschnittsalter in der orthopädischen Rehabilitation lag 2011 bei 50,7 Jahren, in der Suchtrehabilitation bei 40,9 Jahren.

Die Diagnosengruppen in der medizinischen Rehabilitation unterscheiden sich auch nach dem durchschnittlichen Alter der Rehabilitanden. Die deutlich jüngsten Rehabilitanden finden sich mit durchschnittlich 40,9 Jahren in der Suchtrehabilitation (Entwöhnungsbehandlung). Rehabilitanden mit psychischen Erkrankungen (ohne Entwöhnungsbehandlungen; 47,8 Jahre) oder mit Erkrankungen des Verdauungs- und Stoffwechselsystems (48,3 Jahre) sind im Schnitt etwa gleich alt, gefolgt von Rehabilitanden mit neurologischen Erkrankungen (49,1 Jahre), orthopädischen Erkrankungen (50,7 Jahre) und Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems (52,9 Jahre). Mit im Mittel 62,1 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 2011 eine medizinische Rehabilitation abgeschlossen haben, lag bei 51,7 Jahren. Männer waren mit 51,4 Jahren im Durchschnitt geringfügig 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.

Versicherte nehmen mit zunehmendem Alter häufiger Reha-Leistungen in Anspruch.

Die Ergebnisse sind eindeutig: Bei allen betrachteten Diagnosengruppen steigt 2011 die Inanspruchnahme mit dem Alter. Besonders ausgeprägt ist der Anstieg bei Krankheiten der Muskeln, des Skeletts oder des Bindegewebes etwa ab dem 38. 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 Erkrankungen und bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Die höchste Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen bei psychischen Erkrankungen (inkl. Abhängigkeitserkrankungen) liegt bei Frauen wie Männern im Alter von Mitte bis Ende 50. Für Herz-Kreislauf-Erkrankungen steigen die Reha-Leistungen männlicher Versicherter ab dem 33. Lebensjahr kontinuierlich. Bei Frauen setzt diese Entwicklung später ein und ist bis zum 61. Lebensjahr weniger stark ausgeprägt.

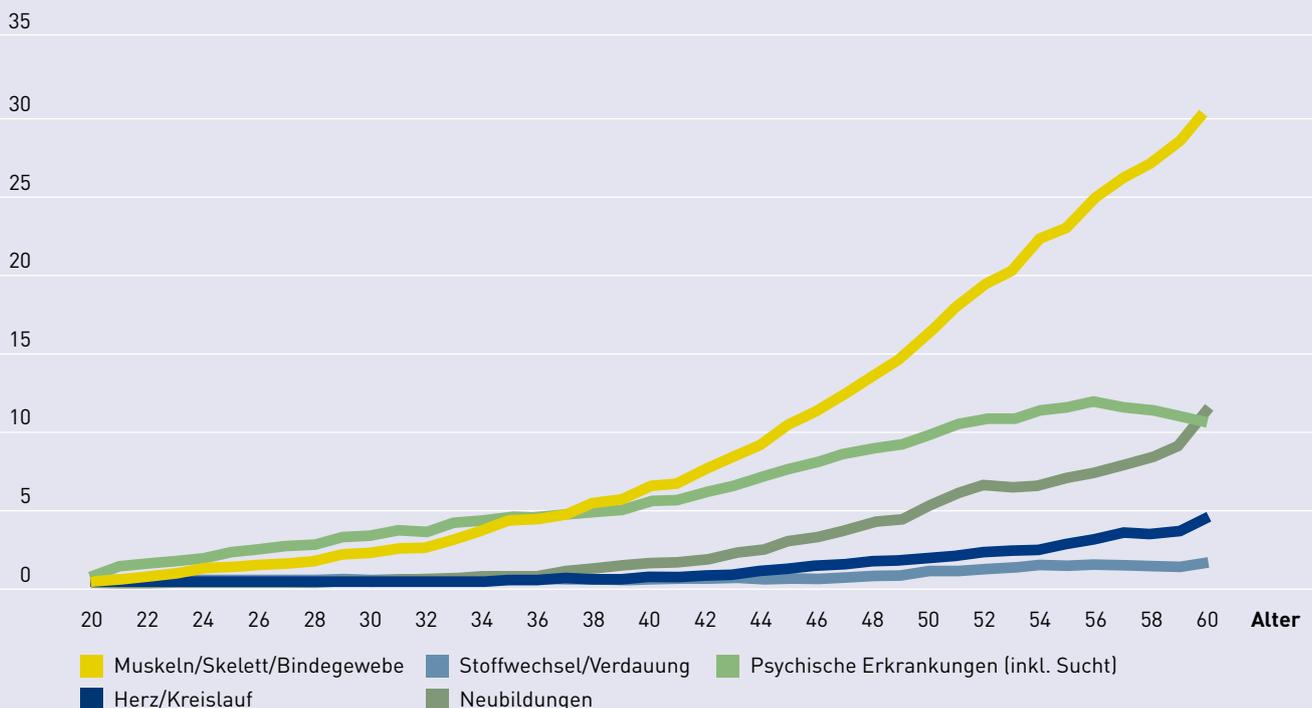
Altersstandardisierte Inanspruchnahme

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.

Unterschiedliche Altersstrukturen erfordern eine altersstandardisierte Betrachtung.

Abb. 5 Medizinische Rehabilitation: Altersspezifische Inanspruchnahmeraten bei Frauen 2011

Anzahl Reha-Leistungen pro 1.000 Versicherte



Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2011, „Versicherte“ 2009/2010

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
39	Berufliche Rehabilitation
53	Aufwendungen für Rehabilitation
58	Anhang

Mit der Altersstandardisierung (s. Infobox) wird entsprechend sowohl der Einfluss der Größe der Population als auch der einer unterschiedlichen Alterszusammensetzung herausgerechnet (= altersstandardisierte Raten).

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 2011

Anzahl abgeschlossene Reha-Leistungen pro 1.000 Versicherte

35

30

25

20

15

10

5

0

20 22 24 26 28 30 32 34 36 38 40 42 44 46 48 50 52 54 56 58 60 **Alter**

■ Muskeln/Skelett/Bindegewebe
 ■ Stoffwechsel/Verdauung
 ■ Psychische Erkrankungen (inkl. Sucht)
■ Herz/Kreislauf
 ■ Neubildungen

Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2011, „Versicherte“ 2009/2010

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

Tabelle 5 gibt für Frauen und für Männer die altersstandardisierten Inanspruchnahmeraten insgesamt sowie für die wichtigsten fünf Diagnosengruppen zwischen 1995 und 2011 wieder. Zu Beginn dieses Zeitraums haben in Deutschland altersstandardisiert rund 30 von 1.000 versicherten Frauen und 25 von 1.000 versicherten Männern eine medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung in Anspruch genommen. Zwei Jahre später (1997), nach Inkrafttreten des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes (WFG) betrugen die altersstandardisierten Inanspruchnahmeraten nur noch 19 pro 1.000 versicherte Frauen und 17 pro 1.000 versicherte Männer. Auch wenn die Leistungen in den Folgejahren wieder zunahmten, liegen die Raten doch in allen weiteren Jahren deutlich unter denjenigen von 1995.

Betrachtet man zum Vergleich die Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation in diesem Zeitraum in absoluten Zahlen (vgl. Tab. 2, S. 23), dann liegen die Zahlen ohne Altersstandardisierung für 2011 über denen von 1995.

Tab. 5 Ambulante und stationäre medizinische Leistungen 1995–2011 nach ausgewählten Diagnosengruppen pro 1.000 Versicherte – altersstandardisiert¹ – Frauen und Männer

Jahr	Insgesamt (inkl. sonstige Leistungen)		Muskeln/Skelett/ 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	19,3	17,2	6,8	6,3	1,2	2,8	0,7	0,8	3,1	1,4	3,3	2,7
1998	19,3	17,8	7,5	6,9	1,3	3,1	0,7	0,8	3,4	1,5	3,4	2,9
1999	21,7	20,4	8,9	8,3	1,4	3,3	0,8	1,0	3,5	1,6	3,7	3,0
2000	25,7	23,1	11,2	10,0	1,5	3,4	1,0	1,1	3,6	1,7	4,5	3,4
2001	27,0	24,1	11,9	10,6	1,6	3,5	1,0	1,1	3,7	1,8	5,1	3,6
2002	26,5	24,2	11,4	10,4	1,4	3,5	1,0	1,1	3,8	1,8	5,3	3,8
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
2010	24,9	22,7	9,7	8,6	1,2	2,8	0,7	0,9	3,2	1,6	5,7	4,5
2011	23,6	21,4	8,9	7,9	1,1	2,7	0,7	0,8	2,8	1,5	5,8	4,5

■ Frauen □ Männer

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

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

Quelle: Statistiken „Rehabilitation“ 1995–2011, Statistiken „Versicherte“ 1994–2010

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
39	Berufliche Rehabilitation
53	Aufwendungen für Rehabilitation
58	Anhang

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.

Die Inanspruchnahme von Reha-Leistungen bei psychischen Erkrankungen nimmt zu.

Bei den Krankheiten der Muskeln, des Skeletts 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.



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 bzw. 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 2013. Im Übrigen wird auf den Reha-Bericht 2012 verwiesen.

Behandlungserfolg – Sozialmedizinischer Verlauf

Die Erwerbsfähigkeit dauerhaft zu erhalten, ist ein Hauptziel der Rehabilitation der Rentenversicherung. Der Erfolg einer Rehabilitation wird nicht nur subjektiv von den Rehabilitanden selbst eingeschätzt. Er lässt sich auch objektiv an der Anzahl der Rehabilitanden messen, die nach dem Ende der Reha-Leistung dauerhaft erwerbsfähig sind. Dieser Erwerbsverlauf nach medizinischer Rehabilitation, der so genannte Sozialmedizinische Verlauf (SMV), wird mit Routinedaten der Rentenversicherung dargestellt (s. Info-Box S. 36). Als „im Erwerbsleben verblieben“ gelten Personen, die Beiträge an die Rentenversicherung zahlen.

Routinedaten zum Erfolg der
Rehabilitation

Bei den aus dem Erwerbsleben ausgeschiedenen Rehabilitanden unterscheidet man folgende Teilgruppen: Versicherte, die wegen geminderter Erwerbsfähigkeit oder aus Altersgründen berentet werden, sowie solche, die aus dem Erwerbsleben heraus versterben. In den Sozialmedizinischen Verlauf geht also nicht die Gesamtsterblichkeit 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. 58).

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 für jeden Monat Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt wurden („lückenlose Beiträge“) oder für mindestens 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 stammen.

In den zwei Jahren nach Rehabilitation waren 86 % der Rehabilitanden erwerbsfähig.

Abbildung 7 zeigt den Erwerbsverlauf von pflichtversicherten Rehabilitanden des Jahres 2008 für die nachfolgenden zwei Jahre. Nur 14 % der Personen scheiden nach einer medizinischen Rehabilitation aus dem Erwerbsleben aus: 9 % 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 86 % 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.

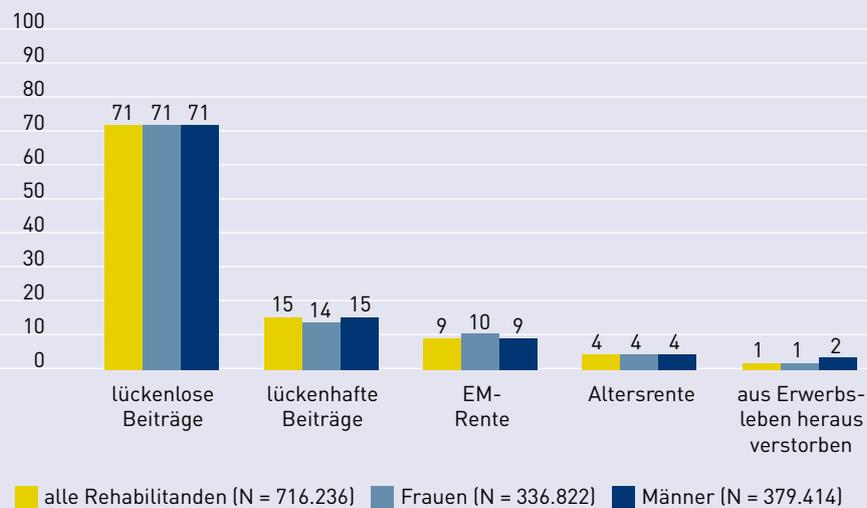
Die Erwerbsfähigkeit nach Rehabilitation unterscheidet sich erheblich zwischen den Diagnosengruppen.

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 (70 % bei Zusammenfassung der Kategorien lückenlose und lückenhafte Beiträge). Das Durchschnittsalter der Rehabilitanden mit Neubildungen unterscheidet sich mit rund 52 Jahren nicht sehr von dem anderer somatischer 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, werden hier nicht erfasst. Grund für die z. T. deutlichen Unterschiede zwischen den Diagnosengruppen sind die krankheitsspezifischen Verläufe, die bei Tumorerkrankungen ungünstiger sind als bei vielen anderen Erkrankungen. Dies spiegelt sich auch im größeren Anteil an Erwerbsminderungsrenten (16 %) und in der höheren Sterblichkeit (6 %) von onkologischen Rehabilitanden wider.

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
39	Berufliche Rehabilitation
53	Aufwendungen für Rehabilitation
58	Anhang

Abb. 7 Sozialmedizinischer 2-Jahres-Verlauf nach medizinischer Rehabilitation in 2008 (pflichtversicherte Rehabilitanden)

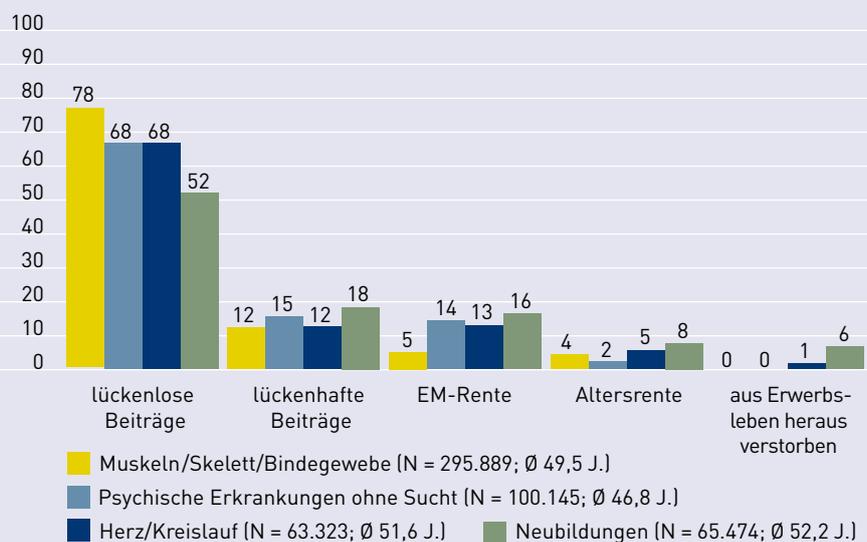
Anteile Rehabilitanden in %



Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2003–2010

Abb. 8 Sozialmedizinischer 2-Jahres-Verlauf nach medizinischer Rehabilitation in 2008 für verschiedene Diagnosengruppen (pflichtversicherte Rehabilitanden)

Anteile Rehabilitanden in %



Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2003–2010



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. 19; s. Anhang S. 58) 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 Bildung: Ausbildung (i.d.R. keine Leistung der Rentenversicherung), berufliche Anpassung, spezifische Qualifizierung 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 zunächst die Initiative der Versicherten gefragt. Im Jahr 2011 reichten die Versicherten 397.388 Anträge auf LTA bei der Rentenversicherung ein (wobei ein Versicherter auch mehrere Leistungen gleichzeitig beantragt haben kann). 68 % der erledigten Anträge wurden bewilligt, 24 % abgelehnt und 8 % anderweitig erledigt, z. B. an den letztlich zuständigen Rehabilitationsträger weitergeleitet. Die Ablehnungen erfolgten zu 75 % aus medizinischen Gründen. In den restlichen Fällen waren zumeist versicherungsrechtliche Voraussetzungen nicht erfüllt. 4 % der bewilligten Leistungen traten die Versicherten nicht an, häufig wegen familiärer Probleme oder einer Verschlechterung ihres Gesundheitszustands.

397.388 Anträge auf LTA gingen 2011 bei der Rentenversicherung ein.

Vermittlungsbescheide

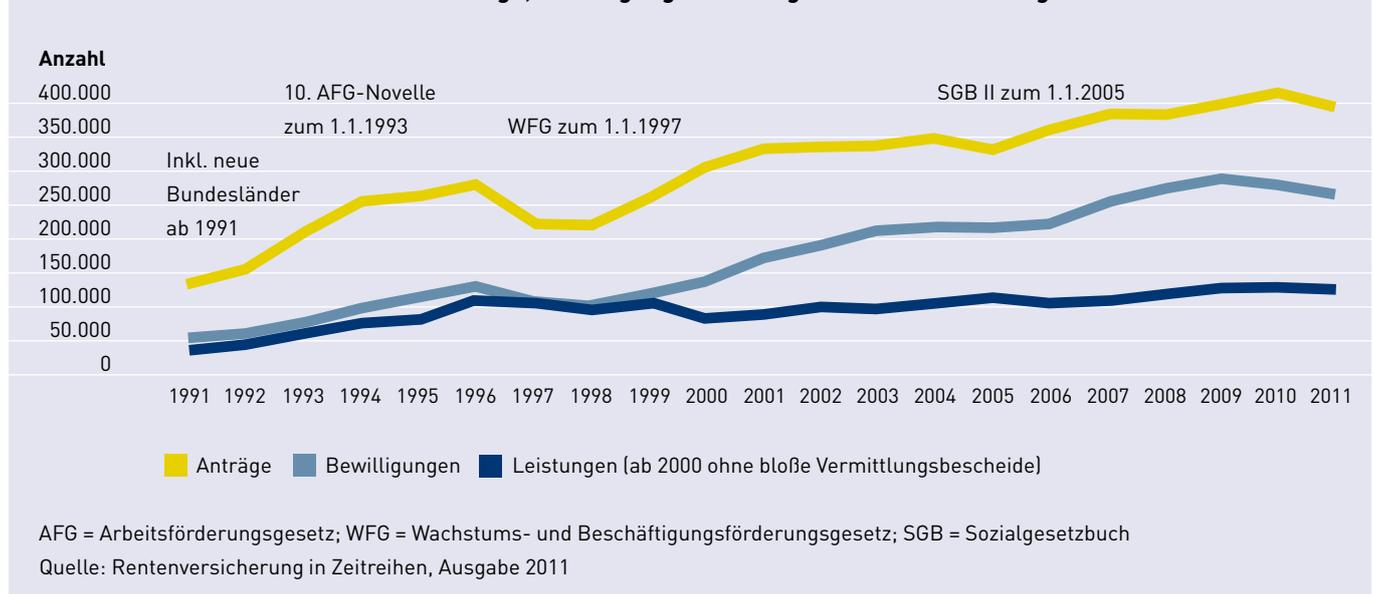
Eine Besonderheit bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind die so genannten Vermittlungsbescheide: Sie sind eine Zusage weiterer Leistungen für den Fall, dass Versicherte nach einer beruflichen Umschulung einen Arbeitsplatz finden, der ihren krankheitsbedingten Beeinträchtigungen gerecht 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. Abb. 1, S. 20) zeitlichen Schwankungen, wenn auch nicht so ausgeprägt (s. Abb. 9). Von 1991 bis 2011 ist die Zahl der Anträge von etwa 145.000 auf rund 400.000 und damit etwa auf das 2,7-fache gestiegen. Die Zahl der Bewilligungen hat sich in diesem Zeitraum nahezu verfünffacht.

Seit 1991 hat sich die Anzahl der Anträge auf LTA fast verdreifacht.

Abb. 9 Teilhabe am Arbeitsleben: Anträge, Bewilligungen und abgeschlossene Leistungen 1991–2011



4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
39	Berufliche Rehabilitation
53	Aufwendungen für Rehabilitation
58	Anhang

Dagegen beträgt die Zahl der abgeschlossenen Leistungen im Jahr 2011 wiederum nur das 2,8-fache des Jahres 1991. Diese Diskrepanz ist im Wesentlichen auf die Vermittlungsbescheide (s. Info-Box S. 40) 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. Von 2006 bis 2010 zeigte sich wieder ein steigender Trend. In 2011 (s. Tab. 6) fielen allerdings sowohl die Anträge (- 3,8 %) als auch die Bewilligungen (- 4,6 %) und die durchgeführten Leistungen (- 3,2 %) wieder etwas geringer aus als in 2010.

Von 2010 auf 2011 nahmen die LTA um 3 % ab.

Tab. 6 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben: Anzahl der Anträge, Bewilligungen und abgeschlossenen Leistungen 2010 und 2011

	Anträge	Bewilligungen	Leistungen
2010	412.966	284.848	135.211
2011	397.388	271.714	130.888
Steigerungsrate 2010–2011	-3,8 %	-4,6 %	-3,2 %

Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2011

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 2010 mit 135.211 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. 2011 lagen die durchgeführten LTA allerdings mit 130.888 wieder unter der Zahl von 2009. Auch wenn sich die Anzahl abgeschlossener Leistungen bei Frauen von 1995 bis 2011 etwas mehr als verdoppelt hat, schlossen sie 2011 immer noch deutlich weniger LTA ab als Männer. Das Verhältnis von Frauen und Männern ist in der beruflichen Rehabilitation demnach erheblich zugunsten der Männer verschoben.

Männer nehmen LTA erheblich häufiger wahr als Frauen.

Tab. 7 Abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 1995–2011

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
2010	135.211	83.608	51.603
2011	130.888	81.933	48.955

* ab 2000 ohne statistisch gesondert erfasste bloße Vermittlungsbescheide

Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 1995–2011

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).

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 (45 %) ein, sind aber auch bei den Männern mit 37 % der größte Leistungsbereich.

Einen weiteren großen Block bilden Leistungen zur beruflichen Bildung, die von Frauen wie Männer zu einem Anteil von 23 % genutzt werden. 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

Leistungen zum Erlangen oder Erhalten eines Arbeitsplatzes

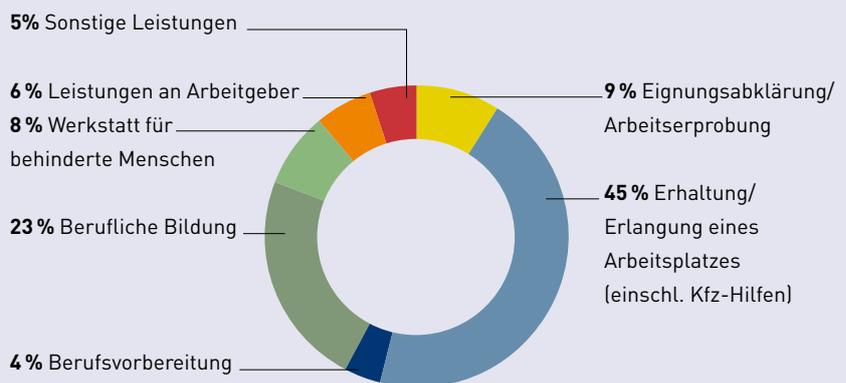
Leistungen zur beruflichen Bildung

und Arbeitserprobung (13 %) sowie Leistungen an Arbeitgeber (10 %) häufiger in Anspruch als Frauen (9 % bzw. 6 %). 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.

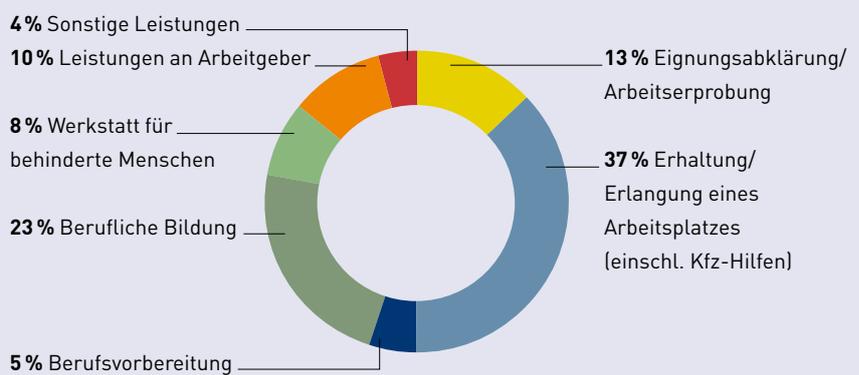
Unterschiedliches Leistungsspektrum bei Frauen und Männern

Abb. 10 Spektrum der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei Frauen und Männern 2011 – abgeschlossene Leistungen

Frauen: 48.955 Leistungen



Männer: 81.933 Leistungen



Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2011

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. 44).

Berufliche Bildung

Die beruflichen Bildungsleistungen der Rentenversicherung lassen sich im Wesentlichen in drei Leistungsarten unterteilen:

Berufliche Weiterbildung

Bei den Leistungen zur beruflichen Weiterbildung wird zwischen Fortbildung und Umschulung unterschieden. 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 oder Handwerkskammer) abgeschlossen werden. Für die berufliche Erstausbildung ist in der Regel die Bundesagentur für Arbeit zuständig.

Leistungen zur Anpassung bzw. Integration

Integrationsleistungen 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.

Qualifizierungsmaßnahmen

Bei Qualifizierungsmaßnahmen handelt es um etwa einjährige Teilausbildungen ohne Abschluss bei einer Kammer.

Durchgeführt werden die beruflichen Bildungsleistungen von Berufsförderungswerken, privaten Bildungsträgern, staatlichen Fachschulen und Betrieben – in der Regel in Vollzeit, unter bestimmten (behinderungsbedingten oder familiären) Voraussetzungen auch in Teilzeit.

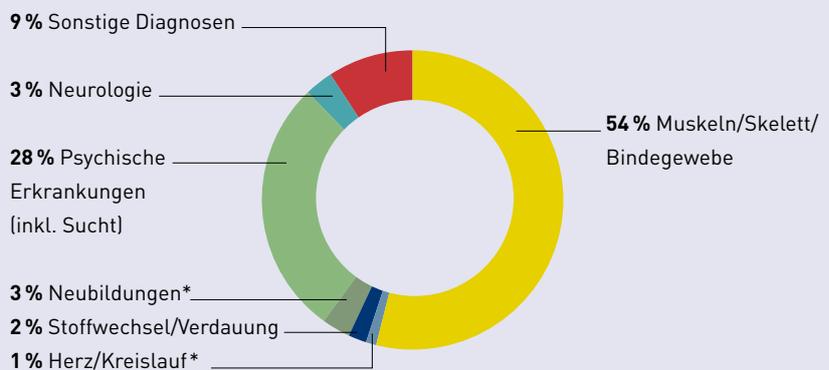
Vor allem zwei Diagnosengruppen führen zu beruflichen Bildungsleistungen (s. Abb. 11). 54 % der beruflichen Bildungsleistungen für Frauen und 62 % der Leistungen für Männer gingen 2011 auf Krankheiten der Muskeln, des Skeletts oder des Bindegewebes zurück. Ebenfalls von erheblicher Bedeutung sind die psychischen Erkrankungen, insbesondere bei Frauen. Hier waren sie für mehr als ein Viertel aller Bildungsleistungen der Grund, bei Männern für etwa 15 %. Erkrankungen des Nervensystems und des Herz-Kreislauf-Systems spielen eine geringere Rolle, führen aber häufiger bei Männern (5 %; 4 %) als bei Frauen (3 %; 1 %) zu einer beruflichen Bildungsleistung.

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
39	Berufliche Rehabilitation
53	Aufwendungen für Rehabilitation
58	Anhang

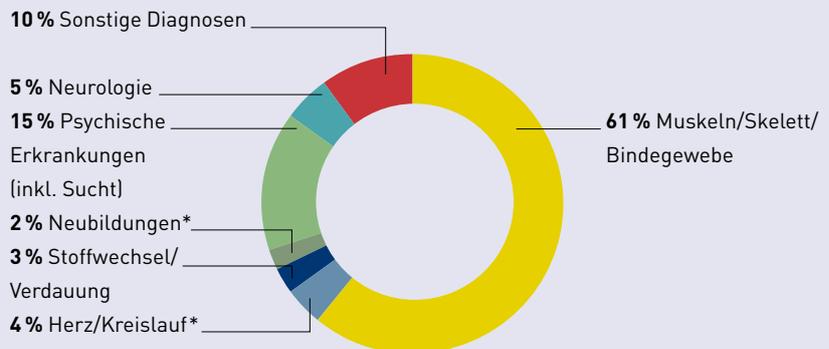
Vor allem orthopädische und psychische Erkrankungen führen zu beruflichen Bildungsleistungen.

Abb. 11
Krankheitsspektrum bei Bildungsleistungen von Frauen und Männern 2011 – abgeschlossene Leistungen¹

Frauen: 11.340 Bildungsleistungen



Männer: 18.555 Bildungsleistungen



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

* ohne neurologische Krankheitsbilder

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2011

Berufliche Bildung – altersspezifische Inanspruchnahme

Rehabilitanden, die Bildungsleistungen in Anspruch nehmen, sind im Durchschnitt wesentlich jünger als Rehabilitanden in der medizinischen Rehabilitation (s. S. 29). Das Durchschnittsalter von Frauen, die in 2011 eine berufliche Bildungsleistung abgeschlossen haben, liegt bei 44,4 Jahren. Männer waren im Durchschnitt mit 43,3 Jahren etwas jünger. Betrachtet man alle LTA, sind sowohl Frauen als auch Männer im Schnitt etwas älter als Frauen und Männer in der Teilgruppe mit beruflichen Bildungsleistungen (Frauen 45,6 Jahre, Männer 45,0 Jahre).

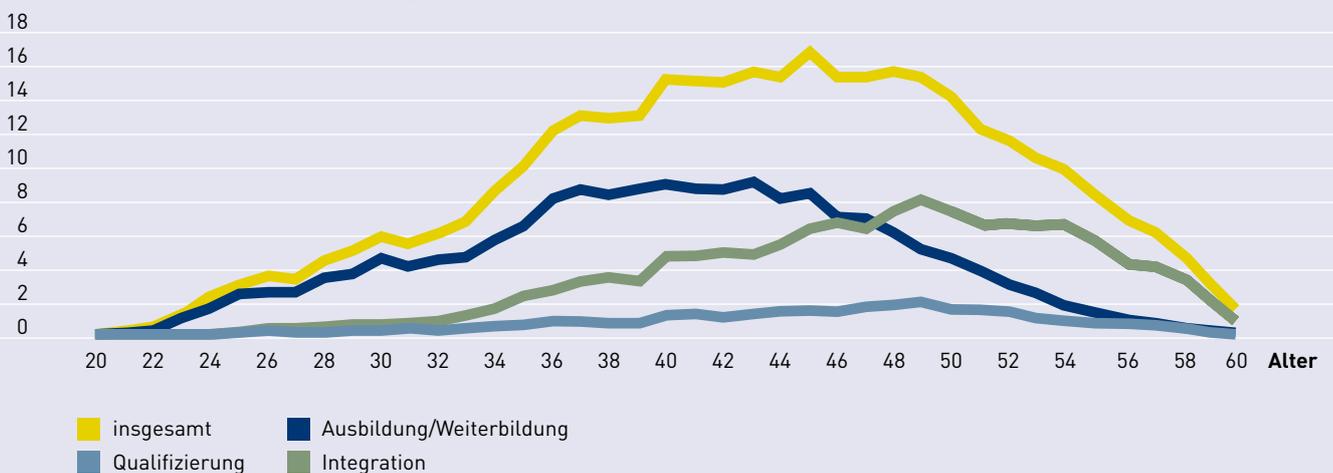
Auch die Inanspruchnahme beruflicher Bildungsleistungen hängt, wie die Inanspruchnahme medizinischer Reha-Leistungen, mit dem Alter zusammen. Die Inanspruchnahme wird als Inanspruchnahmerate dargestellt, d. h. als Leistungen pro 10.000 Versicherte. Werden die Rehabilitanden zu Versicherten gleichen Alters 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).

Der Altersgipfel für Bildungsleistungen insgesamt liegt bei etwa 45 Jahren.

Weiterbildungen als berufliche Bildungsleistung steigen im Jahr 2011 bis zum Alter von 37 Jahren stetig an. Ihr Maximum haben Weiterbildungen bei 40 Jahren (neun Rehabilitanden auf 10.000 Versicherte) und nehmen dann, abgesehen von einer weiteren Spitze bei 43 bzw. 45 Jahren wieder ab (s. Abb. 12). Diese relativ kostenintensiven Leistungen – vor allem Umschulungen 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 ist. Ähnlich wie bei den Weiterbildungen, nur zeitlich etwas versetzt, steigt auch bei den Integrationsleistungen die Inanspruchnahme mit dem Alter bis zum Maximum bei 49 Jahren (rund 8/10.000 Versicherte gleichen Alters); in höherem Alter sinkt die Inanspruchnahme dann wieder. Bei den Qualifizierungsmaßnahmen gibt es ebenfalls einen – wenngleich moderaten – Anstieg der Inanspruchnahme mit zunehmendem Alter (Maximum: 48 Jahre: rund 2/10.000 Versicherte gleichen Alters).

Abb. 12 Berufliche Bildungsleistungen: Altersspezifische Inanspruchnahmeraten 2011

Anzahl abgeschlossene berufliche Bildungsleistungen pro 10.000 Versicherte



Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2011, „Versicherte“ 2009/2010

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
39	Berufliche Rehabilitation
53	Aufwendungen für Rehabilitation
58	Anhang

Berufliche Bildung – altersstandardisierte Inanspruchnahme

Wie im vorhergehenden Abschnitt dargestellt, gibt es einen Zusammenhang zwischen der Nutzung der unterschiedlichen Bildungsleistungen und dem Alter der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden. Um die Inanspruchnahme dieser Leistungen in verschiedenen Jahren mit einander vergleichen zu können, wird das Verfahren der Altersstandardisierung angewandt (s. Info-Box S. 33). Die altersstandardisierten Inanspruchnahmeraten für die Jahre 2000 bis 2011 sind getrennt für Frauen und Männer in Tabelle 8 wiedergegeben. Die Inanspruchnahme von Bildungsleistungen schwankt im betrachteten Zeitraum bei Rehabilitandinnen zwischen 4,7 und 7,5 Leistungen, bei Rehabilitanden zwischen 10,2 und 13,1 Leistungen 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 ab 2007, bei den Männern ein Jahr später. Bei Frauen steigt die Inanspruchnahme von 6,9 pro 10.000 versicherte Frauen in 2009 auf 7,5 im Jahr 2010. Bei den Männern steigt sie von 10,8 pro 10.000 Versicherte in 2009 auf 11,4 in 2010 ebenfalls weiter an. Im Jahr 2011 geht die Inanspruchnahme bei Frauen (7,3 pro 10.000 Versicherte) wie Männern (10,6 pro 10.000 Versicherte) wieder etwas zurück.

2011 sind die Bildungsleistungen bei Frauen und Männern leicht zurückgegangen.

Tab. 8 Leistungen zur beruflichen Bildung 2000–2011 nach Art der Bildungsleistung (altersstandardisiert – Leistungen pro 10.000 Versicherte¹)

Jahr	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	10,8	0,8	1,1	3,1	5,3	3,0	4,4
2010	7,5	11,4	0,8	1,2	3,6	5,7	3,1	4,4
2011	7,3	10,6	0,8	1,1	3,7	5,7	2,9	3,7

■ 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“ 2000-2011, „Versicherte“ 2000-2010



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. 44). 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 Teilnehmerinnen und 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 2013.

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 beenden ihre Bildungsleistungen erfolgreich.

Etwa drei Viertel der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden schließen ihre Bildungsleistungen erfolgreich ab, rund 30 % davon 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, S. 50). Meist beenden die Versicherten selbst die Bildungsmaßnahme vorzeitig, selten der Rentenversicherungsträger.

Der Erfolg der beruflichen Bildungsleistungen bemisst sich wesentlich am Anteil der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, der anschließend dauerhaft erwerbstätig ist. Die Routinedaten der Rentenversicherung ermöglichen dazu eine Betrachtung über die beiden Jahre nach der Bildungsleistung (s. Abb. 14, S. 51). Die berufliche Wiedereingliederung der Rehabilitanden und Rehabilitandinnen, die 2008 ihre Bildungsleistung abgeschlossen haben, nimmt im Verlauf der beiden folgenden Jahre zu: Sind im sechsten Monat nach Ende

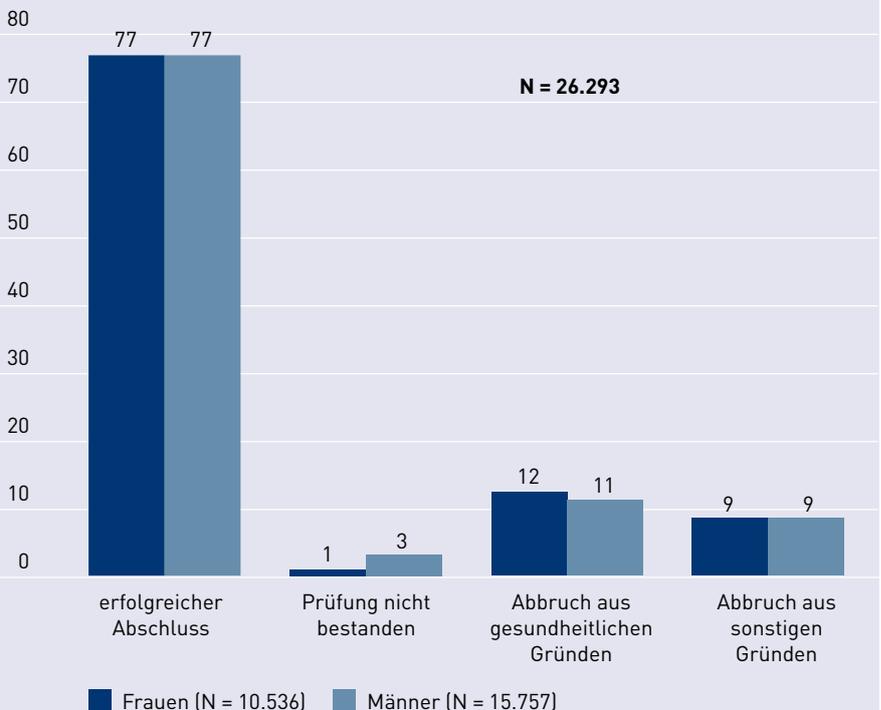
Berufliche Rehabilitation: Ergebnis von Bildungsleistungen

der Bildungsleistung 40 % pflichtversichert beschäftigt, erhöht sich dieser Anteil nach zwei Jahren auf 46 %. Im selben Zeitraum sinkt der Anteil der Arbeitslosen von anfänglich 33 % auf 25 %.

Der Anteil der langfristig Arbeitsunfähigen nimmt im Nachbetrachtungszeitraum kaum ab. Ein Teil von ihnen erhält eine Erwerbsminderungsrente (EM-Rente). Während ein Jahr nach der Bildungsleistung noch etwa 8 % der Personen eine weitere LTA benötigen, beispielsweise eine Integrationsmaßnahme, so halbiert sich dieser Anteil zum Ende des zweiten Jahres. Für etwa jeden Zehnten liegen nach der beruflichen Rehabilitation keine weiteren Daten vor, zum Beispiel weil sie als Selbständige keine Beiträge an die Rentenversicherung zahlen.

Abb. 13 Abschluss der beruflichen Bildungsleistung 2011¹ nach Geschlecht

Anteile Rehabilitanden in %



¹ soweit Informationen über Abschluss vorhanden

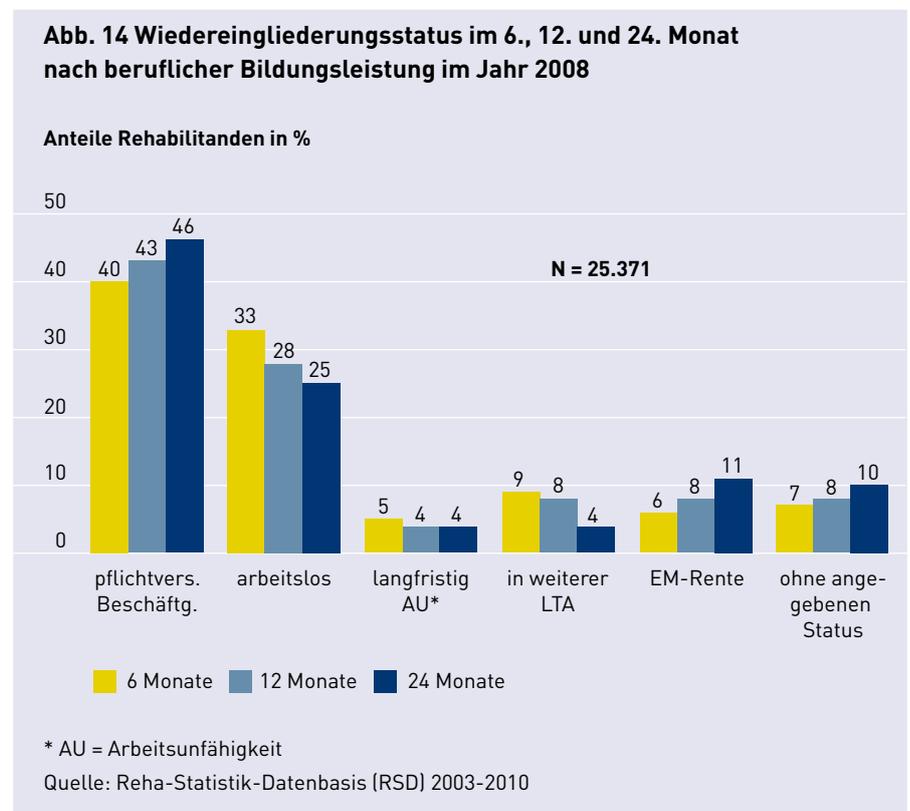
Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2011

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
39	Berufliche Rehabilitation
53	Aufwendungen für Rehabilitation
58	Anhang

Frauen sind zwei Jahre nach einer Bildungsleistung seltener arbeitslos als Männer.

Frauen und Männer unterscheiden sich teilweise hinsichtlich ihrer Wiedereingliederung. Im 24. Monat nach der Bildungsleistung sind Männer wie Frauen nahezu gleich häufig pflichtversichert beschäftigt (Frauen 46 %, Männer 45 %). Dagegen sind Frauen seltener arbeitslos als Männer (Frauen 22 %, Männer 27 %). Der Anteil an EM-Renten ist wiederum bei Frauen mit 13 % höher als bei Männern mit 10 %.

Noch zwei Jahre nach der Bildungsleistung nimmt die Beschäftigungsrate zu.





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 2011

2011 gab die Rentenversicherung rund 5,66 Mrd. Euro für Rehabilitation aus.

2011 gab die Deutsche Rentenversicherung insgesamt ca. 5,66 Mrd. € für Rehabilitation aus (Bruttoaufwendungen). Da diesen Ausgaben auch Einnahmen, z. B. aus Zuzahlungen der Versicherten gegenüberstehen, entstanden 2011 Nettoaufwendungen in Höhe von 5,48 Mrd. €. Dies entspricht einer Steigerungsrate von + 1,9 % von 2010 auf 2011. Damit blieb die Rentenversicherung im Rahmen des Budgets, das der Rentenversicherung für Reha-Leistungen gesetzlich vorgegeben ist und für 2011 auf 5,53 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. 55). Von den Gesamtaufwendungen für Rehabilitation in 2011 entfielen 949,6 Mio. € brutto (16,8 %) 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 2011 insgesamt rund 56 Mio. € Zuzahlungen, das sind im Durchschnitt 58 € pro Reha-Leistung.

Die durchschnittliche stationäre medizinische Rehabilitation kostete 2.625 Euro.

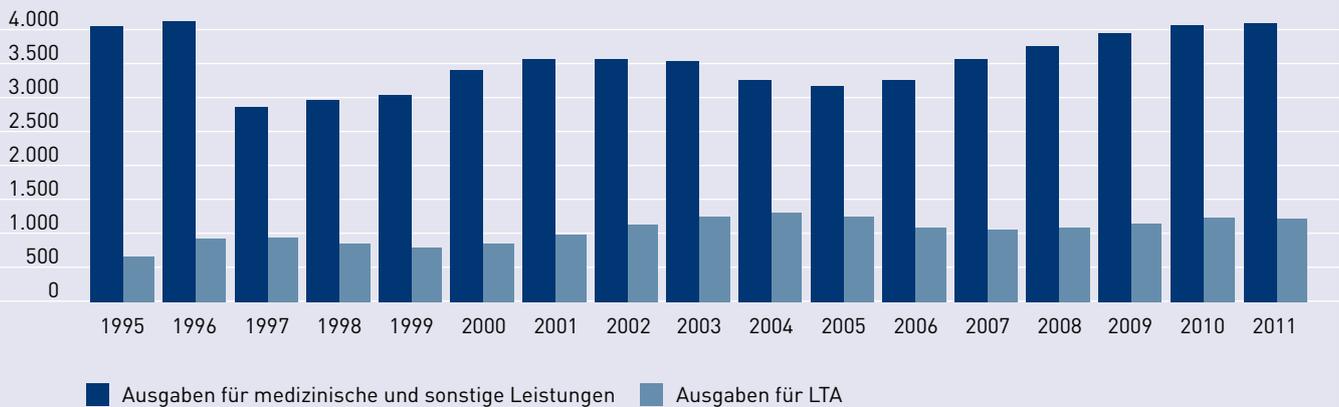
Für eine einzelne stationäre medizinische Rehabilitation bei körperlichen Erkrankungen betragen die direkten Behandlungskosten – ohne ergänzende Leistungen wie Übergangsgeld oder Reisekosten – im Jahr 2011 im Schnitt 2.625 €. Ambulant erbrachte Reha-Leistungen bei körperlichen Erkrankungen kosteten durchschnittlich 1.689 €. 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 lagen die mittleren Kosten mit 6.183 € 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 bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Abb. 15 Aufwendungen¹ für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) 1995-2011 (inkl. Übergangsgeld, ohne Sozialversicherungsbeiträge)

in Mio. €



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

Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2011

Gesetze beeinflussen die Ausgabenentwicklung.

Seitdem nehmen die Aufwendungen für Rehabilitation insgesamt, bis auf einen leichten Rückgang in den Jahren 2004-2006, wieder zu. Sie liegen 2011 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 2011 etwa 1,5 % über dem Niveau von 1995 liegen, haben sich diejenigen für LTA im Vergleich zu 1995 fast 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.

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
39	Berufliche Rehabilitation
53	Aufwendungen für Rehabilitation
58	Anhang

Tab. 9 Aufwendungen¹ für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben 1995–2011 in Mio. €

Jahr	Aufwendungen für Rehabilitation insgesamt*	Medizinische und sonst. Leistungen	Übergangsgeld für med. und sonst. Leistungen	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	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
2010	5.559,3	3.510,0	504,1	811,0	450,7	283,6
2011	5.657,8	3.596,6	525,7	804,3	423,9	307,3

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

* Summe der übrigen Spalten, ab 2011 ist „Persönliches Budget“ enthalten.

Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2011

Nach leichten Rückgängen in den Jahren 2003 bis 2005 nehmen die Ausgaben für medizinische Rehabilitation seit 2006 wieder zu.

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 2011 rund 23 % der Gesamtausgaben für Rehabilitation (ohne Sozialversicherungsbeiträge, s. Abb. 15).

Vergleich zu weiteren Ausgaben 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

Ausgaben für Rehabilitation entsprachen 2011 nur 2,2 % der Gesamtausgaben der Rentenversicherung.

Trotz ihrer großen Bedeutung beanspruchen die Leistungen zur Teilhabe, d. h. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben, im Jahr 2011 mit 2,2 % nur einen geringen Anteil aller Aufwendungen der Rentenversicherung. Die Aufwendungen für Rehabilitation stehen zu denjenigen für Erwerbsminderungsrenten (5,9 %) im Verhältnis 1:2,7.

Tab. 10 Ausgaben der gesetzlichen Rentenversicherung 2011 nach Ausgabearten in Mio. €

Ingesamt	Rehabilitation*	Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit	Altersrenten	Hinterbliebenenrenten	sonst. Ausgaben (v. a. KVdR**)	Verwaltungs- und Verfahrenskosten
251.045	5.475	14.738	171.758	38.915	16.582	3.577
100 %	2,2 %	5,9 %	68,4 %	15,5 %	6,6 %	1,4 %

* Nettoaufwendungen, d. h. nach Abzug von Einnahmen/Erstattungen
 ** KVdR = Krankenversicherung der Rentner
 Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung – Rechnungsergebnisse 2011

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
39	Berufliche Rehabilitation
53	Aufwendungen für Rehabilitation
58	Anhang

Grundlage des Reha-Berichts: Update 2012 bilden 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 Soziodemografie, zu Leistungen zur Rehabilitation und Rente sowie zu Beitragszeiten über einen Zeitraum von mehreren Jahren.

Für den vorliegenden Bericht wurden die folgenden jährlichen Publikationen 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.

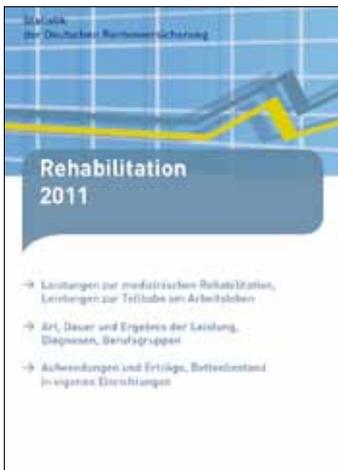
Rehabilitation

Statistik der Deutschen Rentenversicherung
Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund
Ausgaben für die Jahre 1995 bis 2011

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 soziodemografische Merkmale.

Versicherte

(ehemals „Aktiv Versicherte“)
Statistik der Deutschen Rentenversicherung
Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund
Ausgaben für die Jahre 1994 bis 2010



4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
39	Berufliche Rehabilitation
53	Aufwendungen für Rehabilitation
58	Anhang



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

Rentenversicherung in Zeitreihen

Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund

Ausgabe 2011

DRV-Schriften, Band 22

Statistikpublikationen der Deutschen Rentenversicherung können auf der Internetseite www.deutsche-rentenversicherung.de heruntergeladen werden: **→ Themen → Deutsche Rentenversicherung → Fakten und Wissen → Statistiken**. Auszüge findet man im Forschungsportal der Deutschen Rentenversicherung www.forschung.deutsche-rentenversicherung.de (**→ Statistiken**).

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

www.reha-berichte-drv.de

Koordination

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

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

Mitwirkende

Wir danken folgenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für ihre Mitwirkung:
Verena Bonn, Anja Druckenmüller, Sabine Erbstößer, Dr. Johannes Falk,
Dr. Hans-Günter Haaf, Elisabeth Röckelein, Daniela Sewöster, Dr. Teresia Widera,
Pia Zollmann

Fotos

Deutsche Rentenversicherung Bund

Satz und Layout

de-sign-network, Berlin

Druck

NN

Auflage

6.000

Berlin, Dezember 2012

ISSN 2193-5718 (Reha-Bericht)

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliographie.

