

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
49	Berufliche Rehabilitation
65	Aufwendungen für Rehabilitation
71	Im Fokus
71	Ambulante Rehabilitation
79	Sozialmedizinischer Verlauf
88	Anhang

Inhalt - Ausführliche Gliederung

4 Vorwort

6 Fakten im Überblick

9 Aktuelle Entwicklungen

9 Rechtliche Entwicklungen

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

25 Krankheitsspektrum im Jahr 2008

29 Altersspezifische Inanspruchnahme

29 Altersstandardisierte Inanspruchnahme

33 Medizinische Rehabilitation: Prozess und Ergebnis

33 Aus Sicht der Rehabilitanden - Rehabilitandenzufriedenheit

35 Aus Sicht der Experten - Peer Review

37 Therapeutische Versorgung - KTL-Dokumentation

39 Behandlungserfolg aus Rehabilitandensicht

41 Behandlungserfolg - Sozialmedizinischer Verlauf

45 Medizinische Rehabilitation: Reha-Einrichtungen

45 Bettenzahlen

46 Anzahl stationärer Reha-Einrichtungen

47 Berufsgruppen

49 Berufliche Rehabilitation: Umfang und Struktur

49 Anträge, Bewilligungen und durchgeführte Leistungen

51 Zeitliche Entwicklung

52 Leistungsspektrum

53 Berufliche Bildung – Krankheitsspektrum

55 Berufliche Bildung – altersspezifische Inanspruchnahme

56 Berufliche Bildung - altersstandardisierte Inanspruchnahme

59 Berufliche Rehabilitation: Prozess und Ergebnis von Bildungsleistungen

59 Teilnehmerbefragung - Berliner Fragebogen

61 Erfolg beruflicher Bildung - Routinedaten der Rentenversicherung

65	Aufwendungen für Rehabilitation
65	Aufwendungen im Jahr 2008
66	Entwicklung ab 1995
67	Vergleich zu weiteren Ausgaben der Rentenversicherung
68	Rehabilitation rechnet sich – Amortisationsmodell 2008
71	Im Fokus
71	Ambulante Rehabilitation – Beispiel Orthopädie
71	Hintergrund
73	Rehabilitanden in der ambulanten und stationären Rehabilitation
73	Qualitätssicherung
77	Erwerbsverlauf nach ambulanter Rehabilitation
79	Sozialmedizinischer Verlauf
79	Erwerbsverlauf nach medizinischer Rehabilitation
80	Beschäftigung, Arbeitsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit
82	Ausgewählte Einflussfaktoren
88	Anhang

Vorwort



Präsident Dr. Herbert Rische



Direktor Dr. Axel Reimann

Mit dem Reha-Bericht, der in dieser Form erstmals erscheint, stellen wir Ihnen die wichtigsten Daten und Fakten zur Rehabilitation der Rentenversicherung zusammen. Wir wollen damit aktuelle und übersichtliche Informationen liefern und zugleich die Bedeutung sowie die Erfolge der medizinischen und beruflichen Rehabilitation aufzeigen.

Mehr als eine Million Rehabilitationsleistungen erbringt die Rentenversicherung jährlich für ihre Versicherten und wendet dafür einschließlich der erforderlichen Nebenleistungen wie z. B. Lohnersatz rund 5 Milliarden Euro auf. Die Kosten für dieses Leistungspaket tragen Arbeitnehmer, Arbeitgeber und Steuerzahler, die gleichermaßen vom Erfolg dieser Leistungen profitieren. Kosten und Nutzen sollen deshalb transparent und nachvollziehbar gegenübergestellt werden.

„Reha vor Rente“ – getreu diesem Grundsatz sind die medizinische und die berufliche Rehabilitation ein zentrales Aufgabenfeld der Deutschen Rentenversicherung. Die Rehabilitation hat das Ziel, die Krankheitsfolgen und ihre Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit zu verringern und den Betroffenen die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft zu erhalten. Auch die Bundesregierung benennt in ihrem Koalitionsvertrag die qualifizierte medizinische Rehabilitation als wichtige Voraussetzung zur Integration von Kranken in Beruf und Gesellschaft. Aus der gesundheitlichen Versorgung und dem System der sozialen Sicherung ist Rehabilitation nicht mehr wegzudenken.

Die Rehabilitation der Rentenversicherung unterliegt einer ständigen Weiterentwicklung. Im ersten Teil des Reha-Berichts finden Sie deshalb im Überblick aktuelle Entwicklungen in den Bereichen Reha-Recht, Reha-Qualitätssicherung, Sozialmedizin und Reha-Forschung.

Den Kern des Reha-Berichts bildet dann die statistische Berichterstattung zur Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung. Der Schwerpunkt liegt auf dem Jahr 2008. Wir berichten auf der Basis der routinemäßig erhobenen Statistikdaten sowie der Daten aus der Reha-Qualitätssicherung. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben stehen im Fokus.

Darüber hinaus werfen wir einen Blick auf ausgewählte, jeweils wechselnde Themen. In diesem Jahr berichten wir detailliert über die ambulante medizinische Rehabilitation sowie über den Erwerbsverlauf in den beiden Jahren nach einer medizinischen Rehabilitation.

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
49	Berufliche Rehabilitation
65	Aufwendungen für Rehabilitation
71	Im Fokus
71	Ambulante Rehabilitation
79	Sozialmedizinischer Verlauf
88	Anhang

Die Rehabilitation – nicht nur die der Rentenversicherung – steht vor großen Herausforderungen. Der demografische Wandel führt unter anderem zu einer Zunahme chronischer Erkrankungen. Das Krankheitsspektrum in der Rehabilitation ändert sich: Krebserkrankungen und psychische Störungen nehmen zu. Der Bedarf an Rehabilitation steigt, die dafür zur Verfügung stehenden Mittel sind begrenzt. Klar ist aber auch, dass die Versicherten, die Rentenversicherung und die Gesellschaft insgesamt Rehabilitation brauchen – nicht zuletzt aus ökonomischen Gründen, um Beschäftigungsfähigkeit zu erhalten und Erwerbsminderung zu verhindern.

Wir hoffen, mit diesem Bericht Ihnen – unseren Versicherten und Beitragszahlern, der Fachöffentlichkeit, der Politik und allen interessierten Bürgerinnen und Bürgern – einen aufschlussreichen Bericht über Funktion und Bedeutung der Rehabilitation vorzulegen und freuen uns über jegliche Form konstruktiver Rückmeldung.



Dr. Herbert Rische
Präsident der
Deutschen Rentenversicherung Bund



Dr. Axel Reimann
Direktor der
Deutschen Rentenversicherung Bund

Fakten im Überblick

Medizinische Rehabilitation

2008 wurden bei der Rentenversicherung 1,6 Millionen Anträge auf medizinische Rehabilitation gestellt.

Die Rentenversicherung führte 942.622 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch.

Davon entfielen 37.568 (4 %) auf die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen.

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

Die Anschlussrehabilitation (AHB) umfasste 2008 mit 276.000 Leistungen knapp ein Drittel aller medizinischen Reha-Leistungen.

Zur Reha-Nachsorge führte die Rentenversicherung 97.998 Leistungen durch.

30.373 Rehabilitanden erhielten durch die Stufenweise Wiedereingliederung Unterstützung bei ihrer beruflichen Wiedereingliederung.

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 69 % der Reha-Leistungen bei Frauen und 59 % bei den Männern.

Mit steigendem Alter wird häufiger Rehabilitation in Anspruch genommen.

Frauen in der Rehabilitation sind durchschnittlich etwas älter als Männer:

Medizinische Rehabilitation:

Frauen 51,2 Jahre, Männer 50,5 Jahre

Berufliche Rehabilitation:

Frauen 44,4 Jahre , Männer 43,6 Jahre.

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

Die durchschnittliche Dauer einer medizinischen Rehabilitation beträgt 30 Tage.

Rehabilitanden erhalten im Schnitt pro Woche ihrer medizinischen Reha 30 therapeutische Leistungen.

Rehabilitanden sind zum großen Teil mit ihrer medizinischen Rehabilitation zufrieden.

Nach Rehabilitation aufgrund körperlicher Erkrankungen schätzten 65 % der Rehabilitanden ihre Leistungsfähigkeit als gebessert ein.

Im Verlauf von zwei Jahren nach ihrer Rehabilitation sind 83 % der Rehabilitanden erwerbsfähig.

Die Rentenversicherung belegte 2008 rund 65.000 Betten in stationären Reha-Einrichtungen, den größten Teil davon in Vertragseinrichtungen.

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
49	Berufliche Rehabilitation
65	Aufwendungen für Rehabilitation
71	Im Fokus
71	Ambulante Rehabilitation
79	Sozialmedizinischer Verlauf
88	Anhang

Berufliche Rehabilitation

2008 gingen bei der Rentenversicherung 385.842 Anträge auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) ein.

121.069 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) wurden 2008 abgeschlossen.

Männer durchlaufen deutlich mehr LTA als Frauen. Allerdings hat der Anteil der Frauen in den letzten Jahren stetig zugenommen.

Etwa ein Viertel der LTA sind berufliche Bildungsleistungen. Dabei stehen Erkrankungen des Bewegungsapparates und des Bindegewebes als Ursachen an erster Stelle (Frauen 55 %, Männer 64 %).

Frauen, die 2008 eine berufliche Bildungsleistung abgeschlossen haben, waren im Durchschnitt 43,4 Jahre alt, Männer mit 42,7 Jahren nur wenig jünger.

Nur 12 % der Teilnehmer sind mit ihrer beruflichen Bildungsleistung unzufrieden.

Drei Viertel aller Teilnehmer schließen ihre berufliche Bildungsleistung erfolgreich ab.

Gut die Hälfte der Teilnehmer gibt an, nach der Bildungsleistung eine Beschäftigung aufgenommen zu haben (52 %).

Noch zwei Jahre nach Abschluss einer beruflichen Bildungsleistung nimmt die pflichtversicherte Beschäftigung zu (nach sechs Monaten 31 %, nach zwei Jahren 43 %).

Aufwendungen für Rehabilitation

2008 wendete die Rentenversicherung 5,1 Mrd. € für Rehabilitation auf, davon ca. 3,8 Mrd. € für medizinische Rehabilitation, ca. 1,1 Mrd. € für LTA und ca. 0,3 Mrd. € für Sozialversicherungsbeiträge.

Eine stationäre medizinische Rehabilitation bei körperlichen Erkrankungen kostet im Schnitt 2.478,- €.

Die um einiges längeren medizinischen Reha-Leistungen bei psychischen und Abhängigkeitserkrankungen sind mit durchschnittlich 6.227,- € deutlich teurer.

Aktuelle Entwicklungen

Die Rehabilitation der Rentenversicherung ist Teil eines sich ständig verändernden Sozial- und Gesundheitssystems. Der medizinische Fortschritt, ein sich wandelndes Krankheitspektrum, Veränderungen in der Arbeitswelt oder Vorgaben durch den Gesetzgeber stellen auch die Rentenversicherung vor neue Herausforderungen. Die Rentenversicherung gestaltet die Veränderungen aktiv mit: Dabei nutzt sie ihren Handlungsspielraum in der Umsetzung gesetzlicher Neuerungen; sie entwickelt und verbessert Konzepte und Verfahren zur Rehabilitation, Reha-Qualitätssicherung und Sozialmedizin; sie plant, finanziert und begleitet Reha-Forschung. Der erste Abschnitt des Reha-Berichts beleuchtet beispielhaft aktuelle Entwicklungen der Rehabilitation, auf die die Rentenversicherung wesentlich Einfluss nimmt.

Rechtliche Entwicklungen

Rehabilitation stärkt die Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung.

Die Einführung des 9. Sozialgesetzbuchs (SGB IX) im Jahr 2001 hat die Ausgestaltung der Rehabilitation grundlegend verändert. Im Vordergrund steht seitdem das Ziel, die Selbstbestimmung von behinderten Menschen oder von Menschen, die von Behinderung bedroht sind, zu stärken. Sie sollen gleichberechtigt am Leben in der Gesellschaft teilhaben – eine erfolgreiche Rehabilitation schafft dafür die Grundlage. Zur Umsetzung der Bestimmungen des SGB IX sollen die Träger der Rehabilitation, darunter auch die Rentenversicherung, kooperieren sowie gemeinsame Empfehlungen und Regelungen für Verwaltungsverfahren entwickeln. Sowohl bei der Errichtung der Gemeinsamen Servicestellen als Anlaufstellen in allen Fragen der Rehabilitation und Teilhabe, als auch bei der Erarbeitung der inzwischen elf gemeinsamen Empfehlungen, gestaltet die Rentenversicherung die Umsetzung des SGB IX von Beginn an maßgeblich mit.

Betriebliches Eingliederungsmanagement

Die Rentenversicherung unterstützt Arbeitgeber beim Betrieblichen Eingliederungsmanagement.

Das SGB IX stärkt auch den Präventionsgedanken: Das Gesetz zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung verpflichtet Arbeitgeber seit dem 1. Mai 2004 zum so genannten Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM). Das Gesetz fordert sie auf, aktiv zu werden, sobald einer ihrer Arbeitnehmer oder eine ihrer Arbeitnehmerinnen länger als sechs Wochen krankgeschrieben ist (§ 84 Abs. 2 SGB IX). Das bedeutet konkret, mit den Betroffenen Kontakt aufzunehmen und gemeinsam u. a. mit ihren Interessenvertretern, wie dem Betriebs- oder Personalrat und anderen Beteiligten, zu beraten, wie sie an ihrem Arbeitsplatz bleiben können: Dies kann zur Umgestaltung des Arbeitsplatzes führen, es kann aber auch heißen, rechtzeitig eine notwendige Rehabilitation in die Wege zu leiten. Neben der möglichst schnellen und unbürokratischen Einleitung erforderlicher Reha-Maßnahmen engagiert sich die Deutsche Rentenversicherung in der Beratung und Unterstützung von Arbeitgebern bei der Einführung des BEM. Auch die Gemeinsamen Servicestellen der Reha-Träger bieten Hilfestellung, z. B. bei der Reha-Antragstellung. Die Deutsche Rentenversicherung ist inzwischen – teilweise gemeinsam mit anderen Rehabilitationsträgern, Arbeitgebern oder Betriebs- und

Werksärzten – in viele Modellprojekte und Netzwerke zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement eingebunden. Die regionalen und überregionalen Modellprojekte, die auch Beratung der Unternehmen vor Ort vorsehen, sind erfolgreich angelaufen.

Persönliches Budget

Rehabilitation ist vor allem dann nachhaltig erfolgreich, wenn sie den Lebenskontext und die Möglichkeiten und Bedürfnisse des Rehabilitanden oder der Rehabilitandin in den Mittelpunkt stellt. Der Gesetzgeber hat daher die Selbstbestimmung und die Selbstverantwortung der Betroffenen gestärkt. Ein neuer Baustein ist das so genannte Persönliche Budget – seit 1. Januar 2008 besteht auf diese Leistungsform ein Rechtsanspruch. Es ermöglicht Behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen anstelle einer Sachleistung einen Geldbetrag oder einen Gutschein zu erhalten. Damit können sie sich die erforderliche Rehabilitationsleistung selbst organisieren und beschaffen. Um in der gesamten gesetzlichen Rentenversicherung Anträge zum Persönlichen Budget einheitlich und zügig zu bearbeiten, haben die Rentenversicherungsträger im April 2008 für die Sachbearbeitung einen gemeinsamen Handlungsleitfaden vorgelegt. Entsprechend ihrem gesetzlichen Auftrag sind auch die Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation verstärkt in die intensive Aufklärung und Beratung der Versicherten zum Persönlichen Budget eingebunden.

Ein Handlungsleitfaden unterstützt die Umsetzung des Persönlichen Budgets.

Individuelle betriebliche Qualifizierung

Das Ende 2008 in Kraft getretene „Gesetz zur Einführung Unterstützter Beschäftigung“ hat die individuelle betriebliche Qualifizierung im Rahmen Unterstützter Beschäftigung als neue Leistung in den Katalog der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben aufgenommen. Sie ermöglicht laut § 38a des Gesetzes „behinderten Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf“, sich in einem betrieblichen Umfeld so zu qualifizieren, dass sie auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung finden können. Das Angebot wendet sich vor allem an schwerbehinderte junge Menschen, die zwar besonderen Unterstützungsbedarf aufweisen, denen aber beim Übergang von der Schule in den Beruf eine Alternative zur Aufnahme in die Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) eröffnet werden soll.

Unterstützte Beschäftigung ermöglicht schwerbehinderten jungen Menschen eine Qualifizierung für den allgemeinen Arbeitsmarkt.

Die individuelle betriebliche Qualifizierung dauert in der Regel bis zu zwei Jahre. In dieser Zeit unterstützt ein Jobcoach den behinderten Menschen. Zur Qualifizierung gehören auch die Vermittlung berufsübergreifender Qualifikationen sowie die Weiterentwicklung der Persönlichkeit des jungen Menschen mit Behinderung. Ist ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis erreicht, aber weiterhin Unterstützung erforderlich, kann sich eine dauerhafte Berufsbegleitung anschließen. Sie wird durch das Integrationsamt gefördert. Auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) wird derzeit eine gemeinsame Empfehlung zur Konkretisierung und Weiterentwicklung der Qualitätsanforderungen an solche Leistungen erarbeitet.

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
49	Berufliche Rehabilitation
65	Aufwendungen für Rehabilitation
71	Im Fokus
71	Ambulante Rehabilitation
79	Sozialmedizinischer Verlauf
88	Anhang

Reha-Qualitätssicherung

Die Rentenversicherung sichert kontinuierlich die Qualität ihrer Reha-Leistungen.

Die Rentenversicherung finanziert jährlich über eine Million medizinische und berufliche Rehabilitationsleistungen. Damit ist sie der mit Abstand größte Reha-Träger in Deutschland – sie hat daher besonderes Interesse an einer hohen Qualität der Rehabilitationsleistungen. Die Deutsche Rentenversicherung hat im Jahre 1994 mit der Entwicklung eines Qualitätssicherungsprogramms für die medizinische Rehabilitation begonnen, welches seit 1997 in die Routine überführt ist. Mehr als 1.000 Reha-Einrichtungen oder Reha-Fachabteilungen nehmen derzeit an dem Verfahren teil. Seit 2004 erstreckt sich die Qualitätssicherung zusätzlich auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA; s. Info-Box S. 49), insbesondere auf berufliche Bildungsleistungen.

Die Rentenversicherung etabliert ein Bewertungssystem für die Qualität der Reha-Einrichtungen (BQR).

Reha-Einrichtungen im Qualitätsvergleich

Neben fachlich-medizinischen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten ist die Qualität der erbrachten Rehabilitationsleistungen ein wichtiger Faktor bei der Steuerung der Rehabilitation, z. B. bei der Zuweisung der Rehabilitanden in die am besten geeignete Reha-Einrichtung. Aus diesem Grund entwickelt die Rentenversicherung seit 2007 ein Bewertungssystem für die Qualität der durch die medizinischen Reha-Einrichtungen erbrachten Leistungen, kurz BQR genannt. Grundlage für die Bewertung sind Qualitätsindikatoren, die sich aus regelmäßig erhobenen Daten der Reha-Qualitätssicherung ableiten lassen.

Zu den Qualitätsindikatoren zählen Patientenangaben zur Behandlungszufriedenheit und zum subjektiven Behandlungserfolg. Des Weiteren wird die Qualität der Abläufe während der Rehabilitation einbezogen, die so genannte Prozessqualität. Außerdem sollen Merkmale der Strukturqualität in das Bewertungskonzept eingehen: Hat die Reha-Einrichtung das richtige Personal, sind geeignete Räume vorhanden? Vorgesehen ist auch, die Bewertung durch Ergebnisse von Einrichtungsbegehungen (Visitationen) abzurunden.

Die Einrichtungen werden – getrennt nach Indikationen – auf der Grundlage dieser Qualitätsindikatoren miteinander verglichen. Die Vergleiche berücksichtigen dabei sowohl eine ggf. unterschiedliche Patientenzusammensetzung in den verschiedenen Einrichtungen wie auch einrichtungsspezifische Faktoren, z. B. Spezialisierung der Einrichtung oder Baumaßnahmen. Nach jeder Bewertung treten die Rentenversicherungsträger und die Reha-Einrichtungen in einen Qualitätsdialog über Stärken und Schwächen der erbrachten Reha-Leistung – mit dem Ziel, von den Besten zu lernen.

Ergebnisse beruflicher Reha-Maßnahmen aus Teilnehmersicht

Nach Abschluss einer beruflichen Bildungsleistung, z. B. einer Umschulung, befragten die Rentenversicherungsträger die Teilnehmer erstmals 2007 mit Hilfe des „Berliner Fragebogens“. Dieser Fragebogen umfasst mehrere Be-

Teilnehmer beurteilen die Qualität der Bildungsleistungen überwiegend als gut.

reiche, von der Zufriedenheit mit der Vorbereitung der Rehabilitation als auch mit der Bildungsleistung selbst bis hin zum beruflichen Wiedereingliederungserfolg. Die Deutsche Rentenversicherung Bund wertet die Fragebögen aus und spiegelt die Ergebnisse an die Einrichtungen für berufliche Rehabilitation zurück.

Die Ergebnisse der zweiten Befragungswelle hat die Deutsche Rentenversicherung im Jahr 2009 an die Rentenversicherungsträger und Reha-Einrichtungen für berufliche Bildung zurückgemeldet (s. S. 59): Die Teilnehmer äußern sich sehr zufrieden zum Abschlussergebnis, der Wahl des Ausbildungsziels und zur Bildungseinrichtung selbst. Deutlich schlechter fällt die Zufriedenheit mit der Unterstützung durch die Einrichtung nach der Maßnahme aus. Auch die Vorbereitung der Wiedereingliederung noch während der Maßnahme sowie die individuelle Förderung durch die Bildungseinrichtung werden eher schlecht beurteilt.

Die Instrumente zur Reha-Qualitätssicherung stehen im Internet unter www.deutsche-rentenversicherung.de > **Rehabilitation** > **Reha-Qualitätssicherung** zur Verfügung.

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
49	Berufliche Rehabilitation
65	Aufwendungen für Rehabilitation
71	Im Fokus
71	Ambulante Rehabilitation
79	Sozialmedizinischer Verlauf
88	Anhang

Sozialmedizin

Die Rentenversicherung sichert die Qualität ihrer sozialmedizinischen Begutachtung.

Ob es sich um Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (s. Info-Box S. 21), zur Teilhabe am Arbeitsleben (s. Info-Box S. 49) oder um Renten wegen Erwerbsminderung handelt: Aus sozialmedizinischer Sicht steht immer die Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben im Vordergrund. Es geht darum, die individuellen Folgen von Krankheit und Behinderung zu bewerten. Als Ergebnis entsteht ein Gutachten, das die körperliche und psychische Belastbarkeit des Versicherten und die Belastungsgrenzen durch Krankheitsfolgen und Behinderung aufzeigt. Was können einzelne Versicherte noch? Was können sie nicht mehr? Das sozialmedizinische Gutachten weist ggf. auf Möglichkeiten zur medizinischen Rehabilitation hin oder empfiehlt Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Die Rentenversicherung entscheidet auf der Grundlage der sozialmedizinischen Begutachtungsergebnisse über die beantragten Leistungen.

Einheitliches Qualitätssicherungsverfahren

Wie sieht ein gutes sozialmedizinisches Gutachten aus? Derzeit entwickelt die Deutsche Rentenversicherung einen für alle ihre Träger gültigen Standard, d. h. einheitliche Kriterien für das Erstellen eines sozialmedizinischen Gutachtens. Auf der Grundlage dieses Standards wird in Zukunft ein Qualitätssicherungsverfahren eingesetzt, das eine bundesweit einheitliche Begutachtung von Versicherten gewährleisten soll. Mögliche Kriterien sind z. B. Nachvollziehbarkeit oder Verständlichkeit des Gutachtens, etwa durch die Verwendung einer allgemeinverständlichen Sprache.

Leitlinien zur sozialmedizinischen Begutachtung

Leitlinien zur sozialmedizinischen Begutachtung fassen Kenntnisse und Erfahrungen aus der Deutschen Rentenversicherung zusammen, ergänzt durch externes Expertenwissen. Sie ermöglichen die transparente und überprüfbare Beurteilung der Anträge auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe sowie auf Renten wegen Erwerbsminderung. Die Leitlinien sind auf krankheitsspezifische Beeinträchtigungen im Erwerbs- und Alltagsleben ausgerichtet und zeigen Beurteilungskriterien der körperlichen und psychischen Leistungsfähigkeit auf. Experten erörtern, bewerten und konsentieren diese Leitlinien. Sie dienen unter anderem den Sozialmedizinischen Diensten der Deutschen Rentenversicherung sowie externen Gutachtern dazu, die Qualität der sozialmedizinischen Begutachtung aufrechtzuerhalten und zu verbessern. Seit dem Jahr 2007 werden die Leitlinien schrittweise überarbeitet und mit Fachgesellschaften und allen Rentenversicherungsträgern neu abgestimmt. Aktuelle Beispiele sind die „Leitlinie zur sozialmedizinischen Beurteilung der Leistungsfähigkeit bei chronischen nicht-malignen Leber- und Gallenwegserkrankungen“ (Stand: 10.12.2008) und die „Leitlinie zur sozialmedizinischen Beurteilung der Leistungsfähigkeit bei Bandscheiben- und bandscheibenassoziierten Erkrankungen“ (Stand: 26.06.2009).

Die Leitlinien zur sozialmedizinischen Begutachtung stehen über den Internetauftritt der Deutschen Rentenversicherung zur Verfügung www.deutsche-rentenversicherung.de > **Spezielle Zielgruppen > Sozialmedizin und Forschung > Sozialmedizin > Sozialmedizinische Begutachtung.**

Wissenschaftliche Fundierung der sozialmedizinischen Begutachtung

An die 2001 von der WHO veröffentlichte Internationale Klassifikation von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) war die Erwartung geknüpft, bio-psycho-soziale Beeinträchtigungen durch Krankheit und Behinderung einheitlich zu erfassen und zu vermitteln. Ein laufendes Forschungsprojekt untersucht nun, inwieweit die Inhalte sozialmedizinischer Gutachten mit Kodierungen der ICF abgedeckt werden, und ob Auszüge aus der ICF (so genannte ICF-Core Sets) geeignet sind, um Sachverhalte für bestimmte Krankheitsgruppen oder Fragestellungen im Gutachten zu beschreiben. Für das Projekt werden anonymisierte Gutachten herangezogen, die für Versicherte der Deutschen Rentenversicherung mit lumbalen Rückenschmerzen oder generalisiertem Schmerzsyndrom erstellt wurden.

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
49	Berufliche Rehabilitation
65	Aufwendungen für Rehabilitation
71	Im Fokus
71	Ambulante Rehabilitation
79	Sozialmedizinischer Verlauf
88	Anhang

Reha-Forschung und -Konzepte

Versorgungsnahе Reha-Forschung unterstützt die Weiterentwicklung der Rehabilitation.

Wirksame Rehabilitation bedarf einer fortlaufenden und gut vernetzten Förderung der Reha-Forschung. Wichtige Ergebnisse dieser Forschung wollen in die Praxis überführt sein.

Umsetzung: von der Forschung in die Praxis

Der Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“ hat die Reha-Forschung in Deutschland auf eine systematische Grundlage gestellt. Gemeinsam mit dem Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) hat die Deutsche Rentenversicherung von 1998 bis 2007 rund 160 verschiedene Forschungsprojekte in acht regionalen Forschungsverbänden mit 40 Mio. Euro gefördert. Die Ergebnisse der Projekte beeinflussen nicht nur die medizinische Rehabilitation in der Praxis, sie erhöhen auch die Qualität der Rehabilitationsforschung und verbessern deren internationale Wettbewerbsfähigkeit.

Die Rentenversicherung setzt Ergebnisse aus der Reha-Forschung um.



Informationen zu diesem Förderschwerpunkt finden Sie auf der Website der Deutschen Rentenversicherung: www.deutsche-rentenversicherung.de > **Spezielle Zielgruppen** > **Sozialmedizin und Forschung** > **Reha-Wissenschaften** > **Förderschwerpunkte** > **Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“**

Damit Forschungsergebnisse den Weg in die Praxis finden, bedarf es der Information und engen Zusammenarbeit aller Beteiligten: der Entscheidungsträger in Selbstverwaltung und Politik, der Rentenversicherungsträger und der Reha-Einrichtungen vor Ort. Dort umgesetzt kommen die Forschungsergebnisse den Versicherten direkt zugute. Zurzeit stehen die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation, die Reha-Nachsorge und die Patientenschulung im Zentrum der Umsetzung.

Einige Rentenversicherungsträger erproben derzeit, Fragebögen zur Identifikation von besonderen beruflichen Problemlagen in das Reha-Antragsverfahren einzubinden. Ziel ist es, besondere berufliche Probleme schon bei der Reha-Antragstellung oder zu Beginn einer medizinischen Rehabilitation zu erkennen und speziell darauf abgestimmte Leistungen anzubieten. Wenn sich hierbei ein besonderer erwerbsbezogener Rehabilitationsbedarf herausstellt, was können Reha-Einrichtungen dann anbieten? Dazu entsteht ein Arbeitsbuch zu berufsbezogenen Angeboten in der medizinischen Rehabilitation (z. B. Belastungserprobung, Beratungsgespräch) und deren Umsetzung in den Reha-Einrichtungen.



Förderschwerpunkt „Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“

Die Deutsche Rentenversicherung setzt ihre Forschungsförderung gemeinsam mit dem BMBF sowie der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung fort: Im Förderschwerpunkt „Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“

tierung“ (www.forschung-patientenorientierung.de) werden sechs Jahre lang in zwei Förderphasen (2008 - 2011 und 2011 - 2013) versorgungsnahе Forschungsprojekte durchgeführt. Das gesamte Fördervolumen beträgt rund 21 Mio. Euro. Seit 2008 laufen in der ersten Förderphase 41 Projekte.

Im Mittelpunkt des Förderprogramms steht eine auf die Selbstbestimmung ausgerichtete Gestaltung der gesundheitlichen Versorgung – z. B. durch verstärkte Einbeziehung von Patienten bei medizinischen Entscheidungen. Wie sich Schulungskonzepte in der Rehabilitation bewerten lassen, welche Unterstützung die richtige ist, damit der Erfolg der Reha auch zu Hause im Alltag am besten erhalten bleibt, oder wie Patienteninformationen für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden aussehen sollen – so lauten nur einige der Fragen, die die Wissenschaftler untersuchen.

Rahmenkonzept Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)

Das Rahmenkonzept der Rentenversicherung beschreibt die Vielfalt der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA).

Hinter dem Begriff „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)“ (s. Info-box zu LTA S. 49) verbergen sich eine Reihe von Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation, die dazu führen sollen, dass Menschen mit gefährdeter oder geminderter Erwerbsfähigkeit weiterhin oder wieder ihrer Arbeit nachgehen können. Das Spektrum der Leistungen reicht von finanzieller Unterstützung bei Bewerbungen über Eingliederungszuschüsse an Arbeitgeber bis hin zu Umschulungen. Um diese Leistungen bekannt zu machen und ihre Umsetzung zu fördern, hat die Deutsche Rentenversicherung im Jahr 2009 ein Rahmenkonzept LTA herausgegeben.

Das Rahmenkonzept beschreibt zunächst Grundlagen, Ziele und Aufgaben der beruflichen Rehabilitation, Leistungsarten, und wer für die Erbringung der Leistungen und der Kosten zuständig ist. Ein weiterer Abschnitt befasst sich mit dem Zugang zu LTA und geht auf die Kooperation der Rentenversicherung mit anderen Trägern, Institutionen sowie der Selbsthilfe ein. Ergänzt wird das Rahmenkonzept durch Ausführungen zur Qualitätssicherung in diesem Leistungsbereich.

Das Rahmenkonzept „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ steht über den Internetauftritt der Deutschen Rentenversicherung zur Verfügung oder kann dort bestellt werden: www.deutsche-rentenversicherung.de > **Spezielle Zielgruppen > Sozialmedizin und Forschung > Konzepte und Systemfragen > Konzepte > Rahmenkonzept zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben**

Reha-Therapiestandards formulieren Anforderungen an die medizinische Rehabilitation.

Reha-Therapiestandards

Die Deutsche Rentenversicherung erstellt seit mehreren Jahren Reha-Therapiestandards für die medizinische Rehabilitation – bis zum Sommer 2009 galt dafür die Bezeichnung Reha-Leitlinien. Die Reha-Therapiestandards liefern Vorgaben dafür, welche Behandlungsbestandteile für eine gute Rehabilitation bei einer bestimmten Krankheit erforderlich sind. Alle Therapiestandards bestehen aus so genannten evidenzbasierten Therapiemodulen, den wissen-

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
49	Berufliche Rehabilitation
65	Aufwendungen für Rehabilitation
71	Im Fokus
71	Ambulante Rehabilitation
79	Sozialmedizinischer Verlauf
88	Anhang

schaftlich basierten Bausteinen der Rehabilitation. Ihre Inhalte reichen von der Bewegungstherapie über Schulung und psychologische Beratung bis zur Sozialarbeit. In den Therapiemodulen ist festgelegt, welcher Anteil der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden einer Reha-Einrichtung mindestens wie oft und wie viele Behandlungseinheiten erhalten muss. Als wichtiges Instrument zur Qualitätssicherung der Behandlungsabläufe in den Reha-Einrichtungen werden die Reha-Therapiestandards in die Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung integriert.

Aktuell wird das Indikationsspektrum durch drei neue Reha-Therapiestandards erweitert: Rehabilitation bei Depression, nach Hüft- bzw. Kniegelenksersatz und bei Kindern und Jugendlichen.

Die Reha-Therapiestandards können im Internet unter www.deutsche-rentenversicherung.de > **Spezielle Zielgruppen** > **Sozialmedizin und Forschung** > **Reha-Qualitätssicherung** heruntergeladen werden.

Rehabilitation im Licht der Statistik



Medizinische Rehabilitation: Umfang und Struktur

Wie viele Leistungen zur medizinischen Rehabilitation finanziert die Deutsche Rentenversicherung? Wie haben sich die verschiedenen Reha-Formen entwickelt? Wie stellen sich die Reha-Leistungen dar – je nach Erkrankung, Geschlecht und Alter der Rehabilitanden? Auf diese und andere Fragen nach Umfang und Struktur der medizinischen Rehabilitation (s. Info-Box S. 21) kann die Routinestatistik der Rentenversicherung Antwort geben (s. auch Anhang S. 88).

Routinedaten der Rentenversicherung

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

Anträge, Bewilligungen und durchgeführte Leistungen

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

1,6 Mio. Anträge auf medizinische Rehabilitation in 2008.

2008 gingen bei der Rentenversicherung 1,6 Mio. Anträge auf medizinische Rehabilitation ein. Circa 70 % davon wurden bewilligt, etwa 15 % abgelehnt – meist aus medizinischen (84 %), selten aus versicherungsrechtlichen (16 %) Gründen. Die restlichen 15 % der Anträge gehörten nicht in die Zuständigkeit der Rentenversicherung und wurden in der Regel an einen anderen 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 2008 von ca. 1.282.000 auf knapp 1,6 Mio., die Bewilligungen von rund 995.000 auf etwa 1.064.000 und die durchgeführten Leistungen von

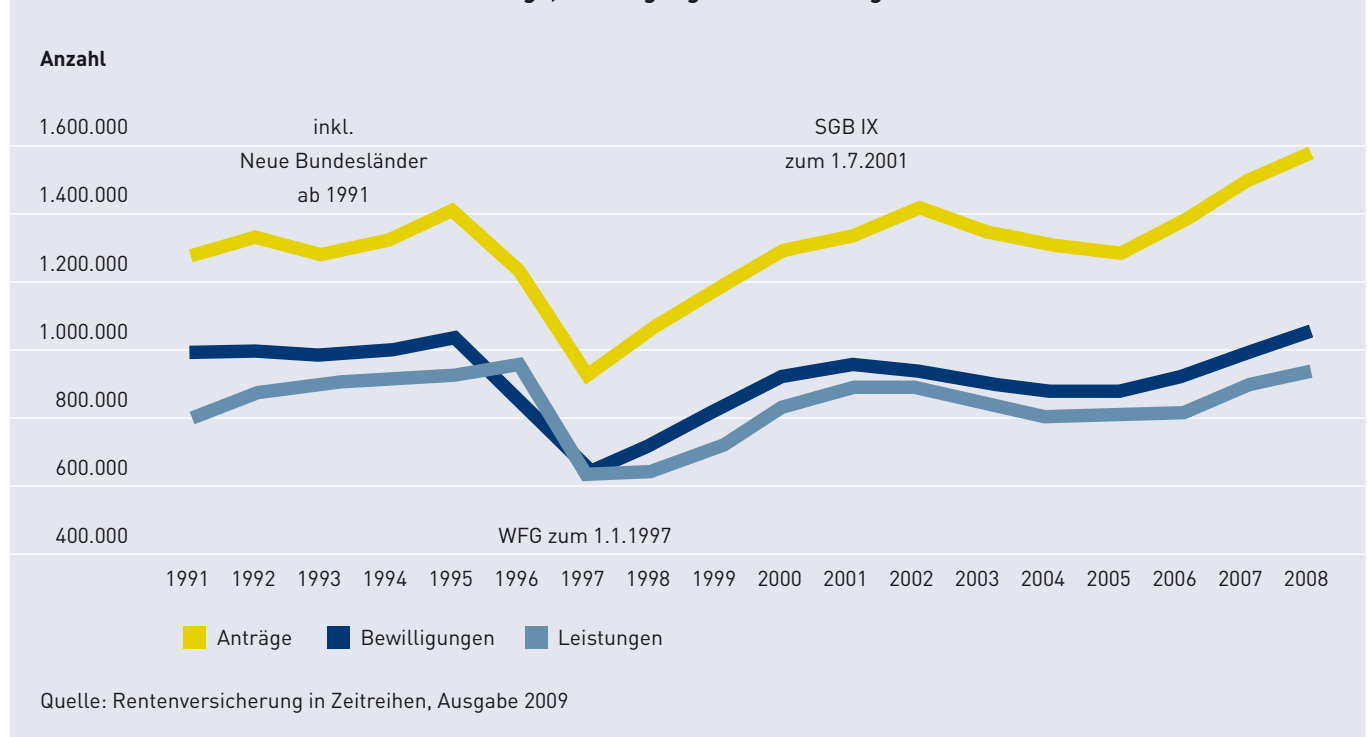
2008 erhielten Versicherte 943.000 medizinische Rehabilitationsleistungen.

840.000 auf etwa 943.000 gestiegen. Allerdings fällt auf, dass beispielsweise 1995 fast ebenso viele Bewilligungen wie 2008 erfolgten – bei wesentlich mehr Anträgen in 2008. 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

Abb. 1 Medizinische Rehabilitation – Anträge, Bewilligungen und Leistungen 1991-2008



4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
49	Berufliche Rehabilitation
65	Aufwendungen für Rehabilitation
71	Im Fokus
71	Ambulante Rehabilitation
79	Sozialmedizinischer Verlauf
88	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 ambulante medizinische Rehabilitation, d. h. in einer Klinik oder tagsüber in Wohnortnähe
- Anschlussrehabilitation (AHB), etwa nach Herzinfarkt, unmittelbar nach der Akutbehandlung
- Leistungen wegen psychischer Erkrankungen
- Entwöhnungsbehandlung bei Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit

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

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

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

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

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

Anträge gingen nach dem WFG (1996) um 34 % zurück.

der medizinischen Reha-Leistungen von vier auf drei Wochen gekürzt und die maximalen Zuzahlungen der Versicherten für stationäre Reha-Leistungen mehr als verdoppelt (im Westen von 12 auf 25 DM pro Tag, im Osten von 9 auf 20 DM) sowie 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 noch weiter fortsetzte. Gegenüber 1995 sank die Zahl der Anträge im Jahr 1997 um 34 %, die der Bewilligungen um 38 % und die der durchgeführten Reha-Leistungen um 36 %.

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

Nach diesem Einbruch stiegen die Anträge auf medizinische Rehabilitation wieder kontinuierlich an, gefolgt von den Bewilligungen und durchgeführten Leistungen. Der Trend wurde nur in den Jahren 2002-2005 durch eine moderate Abwärtsbewegung unterbrochen, die jedoch nicht annähernd die Rückgangsraten in Folge des WFG erreichte. Das Niveau der Anträge erreichte bereits 2002 das vor Einführung des WFG, die durchgeführten Leistungen liegen 2008 wieder knapp über den Zahlen in 1995.

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

Tab. 1 Medizinische Rehabilitation – Anzahl der Anträge, Bewilligungen und abgeschlossenen Leistungen 2007 und 2008			
	Anträge	Bewilligungen	Leistungen
2007	1.504.640	999.185	903.257
2008	1.589.104	1.064.005	942.622
Steigerungsrate 2007-2008	5,6%	6,5%	4,3%

Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2009

Verschiedene Formen der Rehabilitation

Gemäß dem Grundsatz „Reha vor Rente“ steht bei der Mehrzahl der medizinischen Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung die Sicherung der Erwerbsfähigkeit der Versicherten im Vordergrund. Für Tumorerkrankungen und Kinderrehabilitation ist dies jedoch keine notwendige Voraussetzung. Die Anschlussrehabilitation (AHB) wird direkt aus einem Aufenthalt im Akutkrankenhaus heraus eingeleitet. Für Alkohol-, Drogen-, Medikamenten- und Mehrfachabhängige gibt es die Entwöhnungsbehandlung als spezielle Form der medizinischen Rehabilitation. Auch die ganztägig ambulante Rehabilitation ist an dieser Stelle zu nennen. Diese Form der medizinischen Rehabilitation, bei der die Rehabilitanden nur tagsüber in die Rehabilitationseinrichtung kommen, wird seit 1997 für ausgewählte Indikationen angeboten. Voraussetzung war, dass die ambulante Rehabilitation in dafür geeigneten Fällen ebenso gute Behandlungserfolge vorweisen kann wie die stationäre

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
49	Berufliche Rehabilitation
65	Aufwendungen für Rehabilitation
71	Im Fokus
71	Ambulante Rehabilitation
79	Sozialmedizinischer Verlauf
88	Anhang

11 % der Rehabilitationsleistungen
2008 wurden ambulant durchgeführt.

Rehabilitation. Dies wurde in mehreren wissenschaftlichen Studien belegt (s. auch Fokus-Thema S. 71). Der weit überwiegende Teil medizinischer Rehabilitation erfolgt nach wie vor stationär. Allerdings sank der Anteil stationärer Leistungen für Erwachsene von 1995 bis 2008 von 91 % auf 85 %. Die ambulanten Leistungen für Erwachsene haben sich dagegen bis 2008 mehr als verzehnfacht: von rund 8.000 auf knapp 100.000 Leistungen. Sie machen derzeit ca. 11 % aller medizinischen Rehabilitationsleistungen aus.

2008 waren knapp ein Drittel aller
Reha-Leistungen Anschlussrehabilita-
tionen (AHB).

Die Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen („Kinderheilbehandlungen“) wird nur stationär durchgeführt. Ihr prozentualer Anteil an den Reha-Leistungen der Rentenversicherung insgesamt liegt über die letzten zwölf Jahre konstant bei 4 % (s. Tab. 2). Onkologische Rehabilitationsleistungen (in ca. 95 % der Fälle bei bösartigen Neubildungen) nehmen kontinuierlich zu. Derzeit ist knapp jede fünfte medizinische Rehabilitation für Erwachsene eine onkologische Reha-Leistung (18 % bzw. fast 161.000 Leistungen in 2008). Noch deutlich stärker als der Anstieg aller Reha-Leistungen ist der Zuwachs bei der Anschlussrehabilitation (AHB). Mit knapp 276.000 Leistungen stellt die AHB im Jahr 2008 einen Anteil von rund 30 % – verglichen mit 1995 eine

Tab. 2 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation: stationär und ambulant für Erwachsene sowie Kinder- und Jugendlichenrehabilitation

	Insgesamt (inkl. Mischfälle*)	Stationäre Leistungen für Erwachsene		Ambulante Leistungen für Erwachsene**		Kinderrehabilitation	
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%

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

** ambulante Leistungen erst ab 1997 statistisch auswertbar

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

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

Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 1995–2008

Verdoppelung des Anteils. Bei den Entwöhnungsbehandlungen zeigt sich ein nicht ganz so ausgeprägter Anstieg von etwa 34.000 auf knapp 56.000 Leistungen. Der Anteil der Entwöhnungsbehandlungen an den medizinischen Reha-Leistungen für Erwachsene insgesamt liegt heute bei 6 % (s. Tab. 3).

Mit einer medizinischen Rehabilitation, die in der Regel etwa drei Wochen dauert, können manche Reha-Ziele (z. B. Muskelaufbau) nicht vollständig erreicht und notwendige Änderungen des Lebensstils (z. B. mehr Bewegung) bei den Rehabilitanden nur angestoßen werden. Um die Reha-Erfolge langfristig zu sichern, können so genannte Nachsorgeleistungen in Anspruch genommen werden. Ein bekanntes Beispiel sind die „Herz-Gruppen“. 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. Im Jahr 2008 führte die Rentenversicherung insgesamt 97.998 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

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

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

* stationäre und ambulante Reha-Anteile in Kombination erbracht

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

Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 1995–2008

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
49	Berufliche Rehabilitation
65	Aufwendungen für Rehabilitation
71	Im Fokus
71	Ambulante Rehabilitation
79	Sozialmedizinischer Verlauf
88	Anhang

(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 2008 unterstützte die Rentenversicherung auf diese Weise in 30.373 Fällen den (Wieder-) Einstieg in die berufliche Tätigkeit.

Eine weitere Leistung im Angebotsspektrum der Rentenversicherung sind die so genannten medizinischen Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit, die sich an Versicherte in besonders gesundheitsgefährdenden Berufen wenden (§ 31 Abs.1 Nr. 2 SGB VI). Eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit ist bei diesen Leistungen keine notwendige Voraussetzung. Bisher werden diese Präventionsleistungen nur in geringem Maße durchgeführt – im Jahr 2008 waren es insgesamt 363. 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 2008 und aus 1995, dem letzten Jahr vor Einführung des WFG.

Rehabilitation aufgrund von Krebserkrankungen und psychischen Störungen nimmt zu.

Der Anteil an Leistungen bei Muskel-, Skelett- und Bindegewebserkrankungen, nach wie vor die größte Diagnosengruppe, betrug 1995 noch 46 %, in 2008 nur noch 38 %. Ebenfalls rückläufig sind die Anteile der Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krankheiten des Stoffwechsels oder der Verdauungsorgane. Auf die anderen großen Diagnosengruppen wie Neubildungen und psychische Störungen entfallen heute wesentlich mehr Leistungen. Diese zeitlichen Entwicklungen in den einzelnen Diagnosengruppen gehen bei Frauen und Männern in die gleiche Richtung.

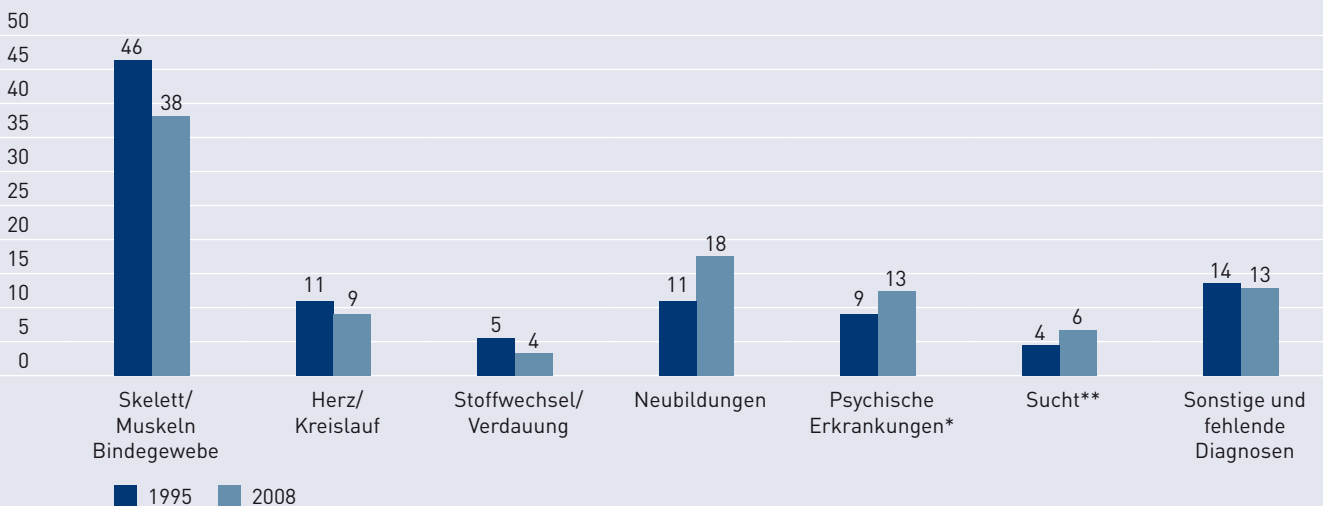
Krankheitsspektrum im Jahr 2008

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

Vergleicht man die aktuelle Verteilung der Diagnosen in der medizinischen Rehabilitation in 2008 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 Männer wieder. Die dazugehörigen Zahlen und die je nach Diagnosengruppe unterschiedliche durchschnittliche Rehabilitationsdauer sind in Tabelle 4 enthalten. Frauen wie Männer erhalten zu gut einem Drittel medizinische Rehabilitation wegen Krankheiten des Skeletts, der Muskeln

Abb. 2 Krankheitsspektrum in der medizinischen Rehabilitation Erwachsener¹ (ambulant und stationär): 1995 und 2008

Anteile Reha-Leistungen in %



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

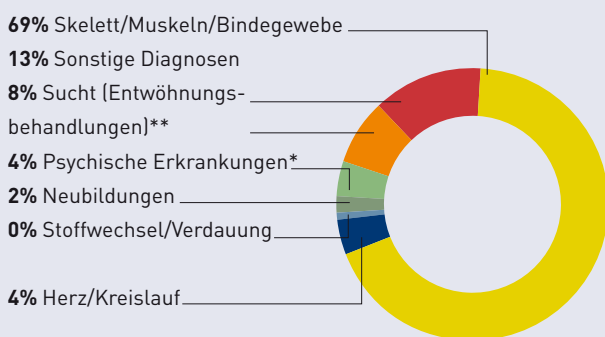
* ohne Sucht

** hier Entwöhnungsbehandlung als eigene Maßnahme, als einzige der hier genannten Diagnosengruppen nicht über ICD-Diagnosen definiert

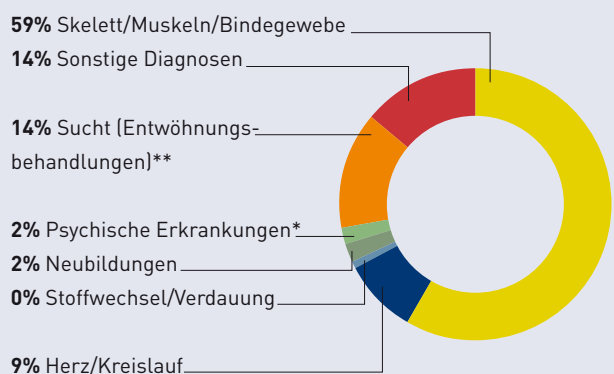
Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2008

Abb. 3 Ambulante medizinische Rehabilitation 2008: Krankheitsspektrum¹

Frauen



Männer



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

* ohne Sucht

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

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2008

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
49	Berufliche Rehabilitation
65	Aufwendungen für Rehabilitation
71	Im Fokus
71	Ambulante Rehabilitation
79	Sozialmedizinischer Verlauf
88	Anhang

und des Bindegewebes. Medizinische Rehabilitation bei Neubildungen steht an zweiter Stelle (Frauen 23 %, Männer 17 %). Rang 3 belegen bei Frauen die psychischen Störungen (18 %), bei Männern die Herz-Kreislauf-Erkrankungen (13 %). Bei Männern ist der Anteil psychischer Störungen mit 9 % deutlich geringer als bei Frauen. Entwöhnungsbehandlungen sind bei Männern dagegen dreimal so häufig wie bei Frauen.

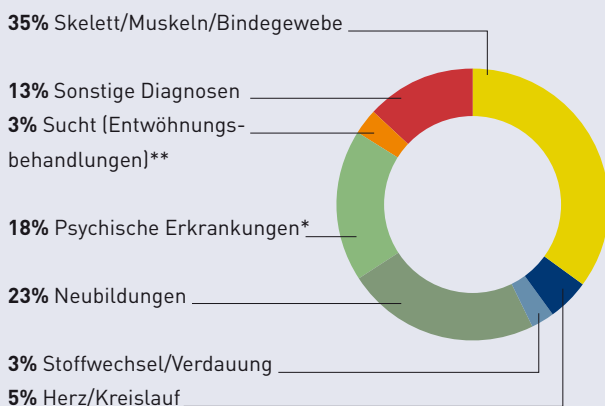
2008 betrug die durchschnittliche stationäre Reha-Dauer 30 Tage.

Im Durchschnitt befinden sich Rehabilitanden 30 Tage in ihrer stationären medizinischen Rehabilitation. Nimmt man Reha-Leistungen wegen psychischer Störungen und Suchterkrankungen, die einer längeren Therapie bedürfen, davon aus, dauert die stationäre Rehabilitation in den einzelnen Diagnosengruppen zwischen 23 und 26 Tagen (s. Tab. 4). Bei Frauen liegt die Rehabilitationsdauer – abgesehen von den Erkrankungen des Stoffwechsels oder der Verdauungsorgane – jeweils einen Tag höher als bei Männern. Bei psychischen und Abhängigkeitserkrankungen finden sich keine Geschlechtsunterschiede in der Rehabilitationsdauer.

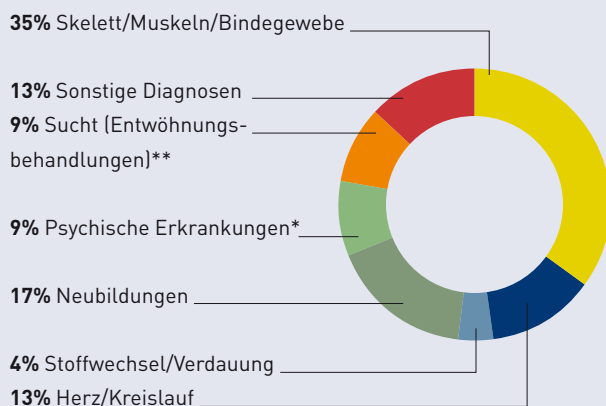
In der ambulanten Rehabilitation wird der weitaus überwiegende Teil der ambulanten Leistungen bei Frauen (69 %) wie bei Männern (59 %) wegen einer Erkrankung des Skeletts, der Muskeln oder des Bindegewebes durchgeführt; die Anteile sind wesentlich höher als in der stationären Rehabilitation. Dagegen werden nur etwa 2 % der ambulanten Rehabilitationsleistungen aufgrund von Neubildungen durchgeführt (s. Abb. 3). In Tabelle 4 sind auch die durchschnittlichen Behandlungstage für die ganztägig ambulante Reha-

Abb. 4 Stationäre medizinische Rehabilitation 2008: Krankheitsspektrum¹

Frauen



Männer



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

* ohne Sucht

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

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2008

bilitation der betrachteten Diagnosengruppungen enthalten. Für eine ganztägig ambulante orthopädische Rehabilitation – also bei Erkrankungen des Skeletts, der Muskeln oder des Bindegewebes – werden durchschnittlich 17 Behandlungstage benötigt. Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen müssen im Schnitt an 37 Tagen die ambulante Reha-Einrichtung aufsuchen. Anders als in der stationären Rehabilitation von psychischen Störungen ist im ambulanten Bereich die Behandlungsdauer bei Frauen (34 Tage) niedriger als bei Männern (41 Tage).

Das Durchschnittsalter in der orthopädischen Rehabilitation liegt bei 50,3 Jahren, in der Suchtrehabilitation bei 40,5 Jahren.

Die Diagnosengruppen in der medizinischen Rehabilitation unterscheiden sich auch nach dem durchschnittlichen Alter der Rehabilitanden. Die deutlich jüngsten Rehabilitanden finden sich mit durchschnittlich 40,5 Jahren in der Suchtrehabilitation (Entwöhnungsbehandlungen). Rehabilitanden mit psychischen Erkrankungen (46,9 Jahre) oder mit Erkrankungen des Verdauungs- und Stoffwechselsystems (47,5 Jahre) sind im Schnitt etwa gleich alt, gefolgt von Rehabilitanden mit Erkrankungen des Skeletts, der Muskeln oder des Bindegewebes (50,3 Jahre) und mit Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems (52,0 Jahre). Mit im Mittel 61,5 Jahren sind Rehabilitanden mit Krebserkrankungen mit Abstand am ältesten. Während insgesamt

Tab. 4 Stationäre und ambulante medizinische Rehabilitation 2008: Krankheitsspektrum und Behandlungsdauer

	Insgesamt (inkl. sonst. Leistungen)	Skelett/ Muskeln/ Bindegew.	Herz/ Kreislauf	Stoff- wechsel/ Verdauung	Neu- bildung- en	Psychische Erkrank- ungen*	Sucht**	Sonstige Diagno- sen	Fehlende Diagno- sen****
Ambulant									
Frauen	39.673	25.003	1.304	80	735	1.493	2.835	4.850	3.373
Behandlungstage***		17	19	19	18	34	-	-	-
Männer	60.147	32.375	4.815	103	1.107	972	7.937	7.932	4.906
Behandlungstage***		17	18	18	16	41	-	-	-
Stationär									
Frauen	397.437	136.503	18.432	12.646	85.569	69.330	9.527	47.795	17.635
Behandlungstage***	28	24	26	24	24	39	88	-	-
Männer	406.569	136.181	50.290	17.506	66.176	36.511	35.664	52.059	12.182
Behandlungstage***	31	23	25	24	23	39	88	-	-

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

**** 1. Diagnose noch nicht erfasst

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2008

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
49	Berufliche Rehabilitation
65	Aufwendungen für Rehabilitation
71	Im Fokus
71	Ambulante Rehabilitation
79	Sozialmedizinischer Verlauf
88	Anhang

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 2008 eine medizinische Rehabilitation abgeschlossen haben, lag bei 51,2 Jahren. Männer waren mit 50,5 Jahren im Durchschnitt etwas jünger. Grundsätzlich nimmt mit dem Alter die Zahl chronisch Kranker zu. Ebenso werden mit höherem Alter mehr medizinische Rehabilitationsleistungen in Anspruch genommen. Die Inanspruchnahme wird pro 1.000 Versicherte dargestellt (Inanspruchnahmerate). Werden die Rehabilitanden zu Versicherten gleichen Alters in Beziehung gesetzt, erhält man die altersspezifische Inanspruchnahmerate.

Die Reha-Inanspruchnahme steigt mit zunehmendem Alter.

Die Ergebnisse sind eindeutig: Bei allen betrachteten Diagnosengruppen steigt 2008 die Inanspruchnahme mit dem Alter. Besonders ausgeprägt ist der Anstieg bei Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes ab dem 37. Lebensjahr. Bei Neubildungen steigt die Inanspruchnahme ebenfalls mit dem Alter an, besonders deutlich ab dem 58. Lebensjahr. Diese Dynamik zeigt sich gleichermaßen bei Frauen und Männern. Auch bei Krankheiten des Stoffwechsels und der Verdauungsorgane steigt die Inanspruchnahme bei beiden Geschlechtern mit zunehmendem Alter, wenn auch moderat (s. Abb. 5 und 6). Eine für Frauen und Männer unterschiedliche Entwicklung der altersabhängigen Inanspruchnahme zeigt sich bei den psychischen Störungen und bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Die höchste Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen bei psychischen Störungen (inklusive Abhängigkeitserkrankungen) liegt bei Frauen im Alter von Mitte bis Ende 50. Männliche Versicherte nehmen Rehabilitationsleistungen bei psychischen Störungen am häufigsten etwas früher, nämlich im Alter von Anfang bis Mitte 50 in Anspruch. Für Herz-Kreislauf-Erkrankungen steigen die Reha-Leistungen männlicher Versicherter ab dem 40. 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. Mit der Altersstandardisierung (s. Infobox S. 30) wird sowohl der Einfluss der Größe der Population als auch der einer unterschiedlichen Alterszusammensetzung herausgerechnet (= altersstandardisierte Raten). Die Tabelle 5 (S. 32) gibt

Die Veränderung der Altersstruktur erfordert eine altersstandardisierte Betrachtung.

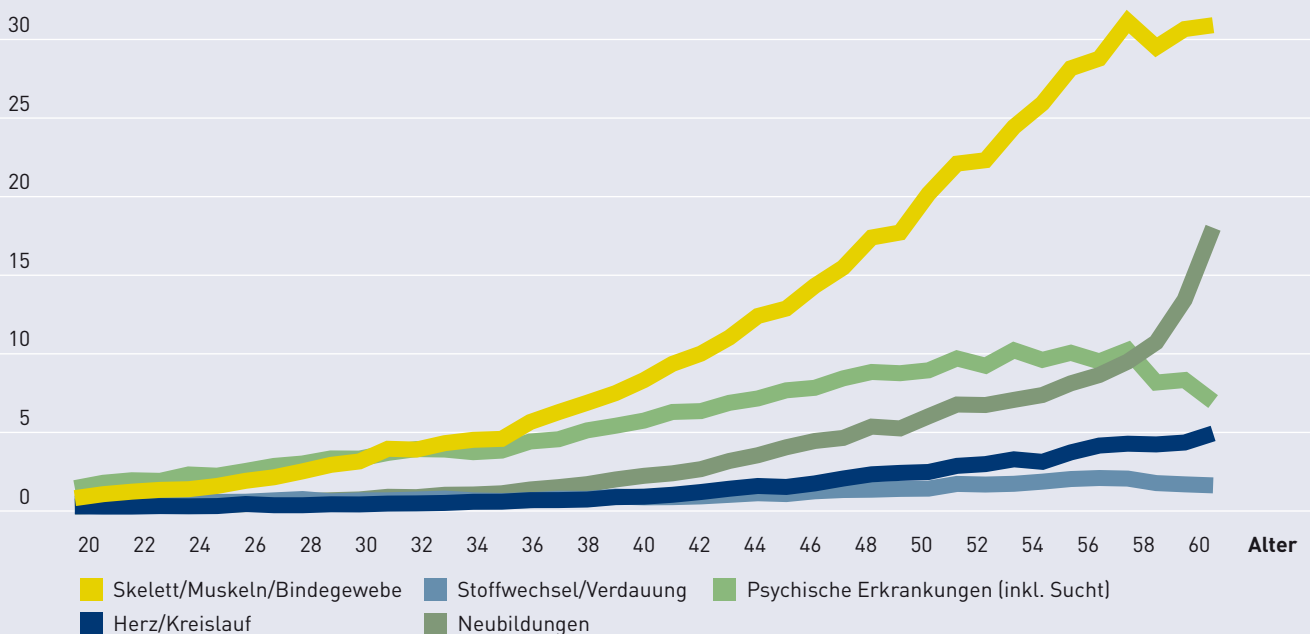
für Frauen und für Männer die altersstandardisierten Inanspruchnahmeraten insgesamt sowie für die wichtigsten fünf Diagnosengruppen zwischen 1995 und 2008 wieder.

Zu Beginn dieses Zeitraums haben in Deutschland altersstandardisiert 30 von 1.000 versicherten Frauen und 25 von 1.000 versicherten Männern eine medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung in Anspruch genommen. Zwei Jahre später (1997), nach Inkrafttreten des Wachstums- und Beschäf-

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 Inanspruchnahme-Rate wäre, wenn die Altersstruktur der jeweils beobachteten Population der in der Standardpopulation entspräche.

Abb. 5 Medizinische Rehabilitation: Altersspezifische Inanspruchnahmeraten bei Frauen 2008
Anzahl Reha-Leistungen pro 1.000 Versicherte



Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2008, „Versicherte“ 2007

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
49	Berufliche Rehabilitation
65	Aufwendungen für Rehabilitation
71	Im Fokus
71	Ambulante Rehabilitation
79	Sozialmedizinischer Verlauf
88	Anhang

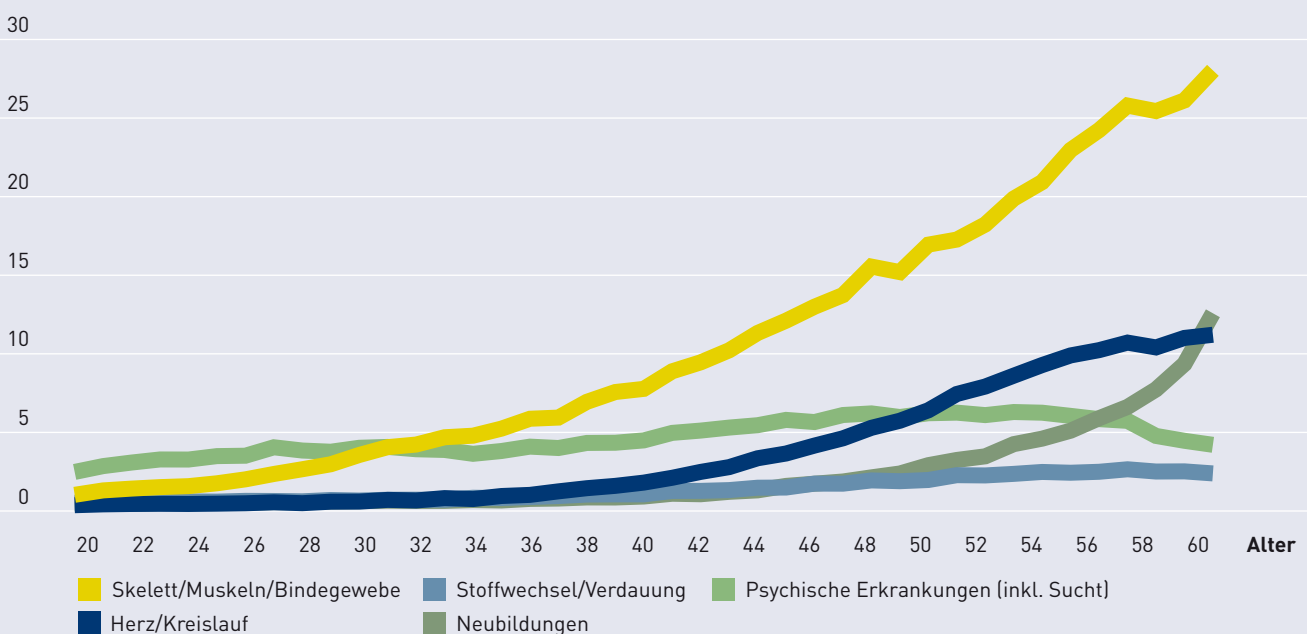
Im Vergleich zu Männern nehmen Frauen häufiger medizinische Reha-Leistungen in Anspruch.

tigungsförderungsgesetzes (WFG) betragen die altersstandardisierten Inanspruchnahmeraten nur noch 19 von 1.000 versicherten Frauen und 17 von 1.000 versicherten Männern. Auch wenn die Leistungen in den Folgejahren wieder zunahm, liegen die Raten doch in allen weiteren Jahren deutlich unter denjenigen von 1995 (s. Tab. 5 S. 32).

Betrachtet man zum Vergleich die Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation in diesem Zeitraum in absoluten Zahlen (vgl. Tab. B1.2), dann liegen diese Zahlen – ohne Altersstandardisierung – für 2008 über denen von 1995. Die deutliche Aufwärtsbewegung nach dem Einbruch im Jahr 1997 kann also zum Teil auf die veränderte Altersstruktur der Versichertenpopulation zurückgeführt werden. So kommen zum Beispiel die geburtenstarken Jahrgänge aus den 1960er Jahren zunehmend in das Alter, in dem sie vermehrt Rehabilitation benötigen.

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

Abb. 6 Medizinische Rehabilitation: Altersspezifische Inanspruchnahmeraten bei Männern 2008
Anzahl Reha-Leistungen pro 1.000 Versicherte



Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2008, „Versicherte“ 2007

Tabelle 5 Stationäre und ambulante medizinische Leistungen nach ausgewählten Diagnosengruppen pro 1.000 Versicherte – altersstandardisiert* – Frauen und Männer

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

■ Frauen □ Männer

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

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

Quelle: Statistiken „Rehabilitation“ 1995-2008; Statistiken „Versicherte“ 1994-2007



Medizinische Rehabilitation: Prozess und Ergebnis

Der folgende Berichtsteil behandelt die Durchführung der medizinischen Reha-Leistungen und ihre Wirksamkeit. Wesentliche Informationen hierzu stammen aus der Reha-Qualitätssicherung (Reha-QS) der Rentenversicherung (s. Anhang S. 89). Diese bezieht sich auf Rehabilitationseinrichtungen, die federführend durch die Rentenversicherung belegt werden.

Aus Sicht der Rehabilitanden - Rehabilitandenzufriedenheit

Die Zufriedenheit der Rehabilitanden wird mit einem Fragebogen erfasst (s. Info-Box unten). Neben der Gesamtzufriedenheit mit dem Aufenthalt in der Reha-Einrichtung wird nach einzelnen Aspekten gefragt, beispielsweise nach der Betreuung durch das Reha-Team, den erhaltenen Behandlungen und Schulungen sowie dem Therapieablauf und der Vorbereitung auf die Zeit nach der Rehabilitation.

Rehabilitandenbefragung

Bei der Qualitätsbewertung des Reha-Prozesses ist es der Rentenversicherung ein zentrales Anliegen, auch die Rehabilitanden und Rehabilitandinnen mit einzubinden. Seit 1997 können sie sich durch Ausfüllen eines Fragebogens an der Qualitätssicherung beteiligen. Diese Rehabilitandenbefragung erfasst unter anderem die Zufriedenheit mit der medizinischen Reha-Behandlung sowie den wahrgenommenen Behandlungserfolg aus Patientensicht. Die Befragung erfolgt kontinuierlich: Monatlich werden jeweils rund 20 Patientinnen und Patienten einer Reha-Einrichtung zufällig ausgewählt, acht bis 12 Wochen nach ihrer Rehabilitation angeschrieben und zu ihrer Einschätzung der Rehabilitation befragt. Pro Jahr werden etwa 120.000 Fragebögen verschickt. Für körperliche und psychische Erkrankungen (inkl. Abhängigkeitserkrankungen) gibt es unterschiedliche Fragebögen.

Wie zufrieden sind Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die körperlich erkrankt sind, mit ihrer medizinischen Rehabilitation? Abbildung 7 gibt einen Überblick:

Rehabilitation bei körperlichen
Erkrankungen erhält
die Gesamtnote 2,1.

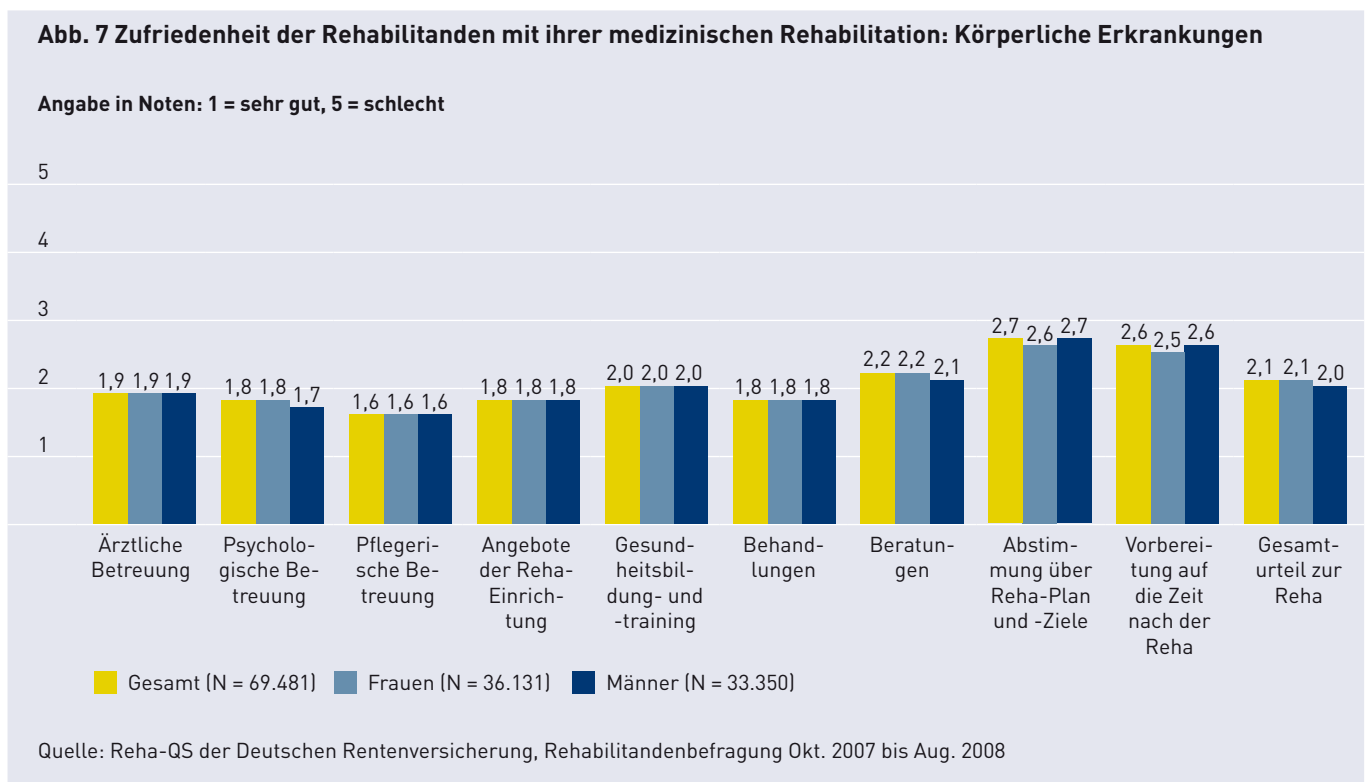
Die Rehabilitanden und Rehabilitandinnen bewerten ihre Rehabilitation auf einer Skala von „1“ für sehr gut bis „5“ für schlecht. Das durchschnittliche Gesamturteil zur somatischen Rehabilitation lautet „gut“ (Note 2,1). Zu der hohen Zufriedenheit scheint vor allem das Reha-Team beizutragen (ärztliche, psychologische und pflegerische Betreuung). Am zufriedensten sind Rehabilitanden mit der Betreuung durch die Pflegekräfte (Note 1,6). Weiterhin schätzen sie die gesundheitsbezogenen Angebote (z. B. Schulungen: Note 2,0;

Bei der Reha-Zufriedenheit bestehen kaum Geschlechtsunterschiede.

Behandlungen, z. B. die physikalische Therapie: Note 1,8). Die Auswertung zeigt aber auch, dass sowohl die Unterstützung für die Zeit nach der Rehabilitation (Note 2,6) als auch die Abstimmung der Rehabilitationsplanung und -zielsetzung mit den Rehabilitanden (Note 2,7) intensiviert werden können. Die Geschlechtszugehörigkeit beeinflusst das Ausmaß der Zufriedenheit kaum. Frauen beurteilen die psychologische Betreuung, die erhaltenen Beratungen und die Rehabilitationsmaßnahme insgesamt etwas besser, Männer die Arzt-Patient-Abstimmung und die Vorbereitung auf die Zeit nach der Rehabilitation.

Abbildung 8 fasst die Zufriedenheit der Rehabilitanden zusammen, die wegen einer psychischen oder Abhängigkeitserkrankung eine medizinische Rehabilitation durchgeführt haben.

Das durchschnittliche Gesamturteil für die psychosomatische Rehabilitation (inkl. Abhängigkeitserkrankungen) lautet ebenfalls „gut“ (2,3), auch wenn die Rehabilitanden in der psychosomatischen Rehabilitation etwas weniger zufrieden zu sein scheinen als diejenigen in der somatischen Rehabilitation (Note 2,1, s. o.). Ein Grund dafür könnte sein, dass Rehabilitanden häufig eine vorwiegend medizinische, an körperlichen Symptomen orientierte Behandlung ihrer Beschwerden erwarten, stattdessen aber auch zur Auseinandersetzung mit der psychischen Seite ihrer Erkrankung angeregt werden, was sie ggf. als unangenehm erleben. Weniger zufrieden sind die



4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
49	Berufliche Rehabilitation
65	Aufwendungen für Rehabilitation
71	Im Fokus
71	Ambulante Rehabilitation
79	Sozialmedizinischer Verlauf
88	Anhang

Rehabilitanden mit der Beurteilung ihrer Arbeits- und Erwerbsfähigkeit durch den Arzt oder die Ärztin der Rehabilitationseinrichtung (Note 2,5). Im Vergleich der Indikationsgruppen Psychische Erkrankungen und Suchterkrankungen fällt auf, dass Rehabilitanden mit einer Suchterkrankung im Durchschnitt zufriedener mit ihrer Rehabilitation sind als solche mit einer psychischen Störung (als Hauptdiagnose).

Aus Sicht der Experten – Peer Review

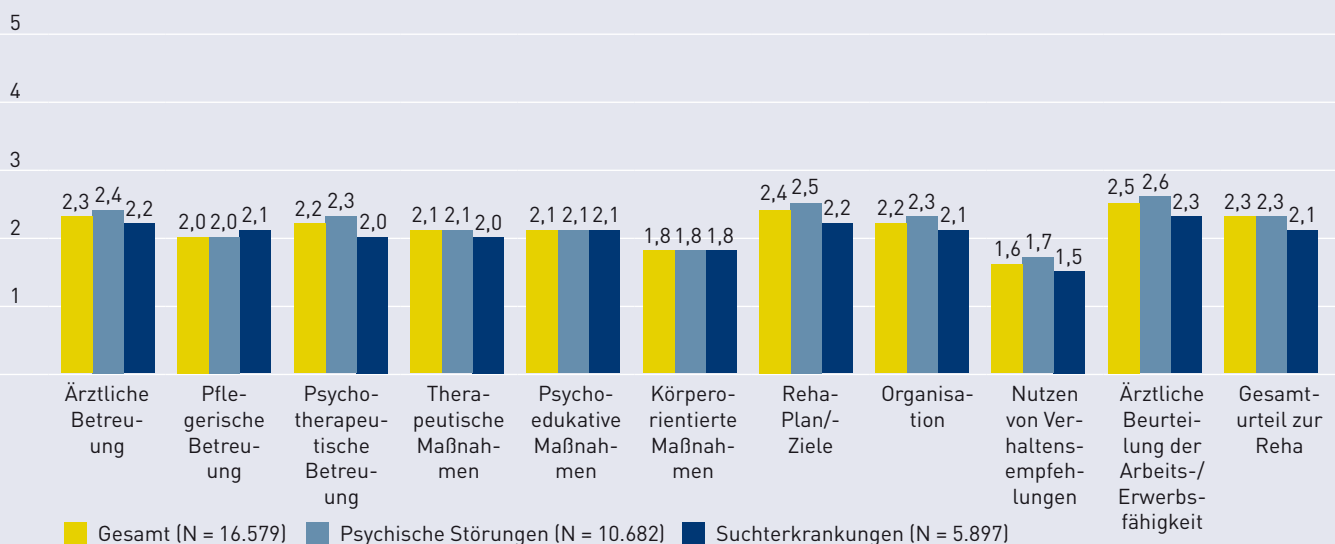
Der Reha-Prozess wird nicht nur über die Befragung von Rehabilitanden, sondern auch durch ausgewiesene Experten bewertet. Die Ergebnisse dieses seit über zehn Jahren rentenversicherungswweit durchgeführten Peer Review Verfahrens (s. Textbox S. 36) zeigen heute verglichen zu der Anfangsphase eindeutige Verbesserungen der Prozessqualität in den Reha-Einrichtungen. Der Anteil deutlicher und gravierender Mängel (auch als substanzielle Mängel zusammengefasst) ging in allen Bereichen, sowohl bei den somatischen als auch bei den psychosomatischen und suchtbefugenen Indikationen, zurück. Die jüngsten Peer Review Verfahren von 2010 für somatische Indikationen und 2009 für psychosomatische und suchtbefugene Indikationen bestätigen den hohen Qualitätsstandard.

Im Peer Review erfasste Mängel gehen langsam zurück.

Die folgenden Abbildungen stellen Auswertungen im Zeitvergleich von 10.160 Rehabilitationsfällen mit körperlichen Erkrankungen (Abb. 9) und 4.578 Rehabilitationsfällen mit psychischen Störungen einschließlich Suchterkrankungen

Abb. 8 Zufriedenheit der Rehabilitanden mit ihrer Rehabilitation: Psychische Erkrankungen inkl. Sucht

Angabe in Noten: 1 = sehr gut, 5 = schlecht



Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Rehabilitandenbefragung April 2008 bis März 2009

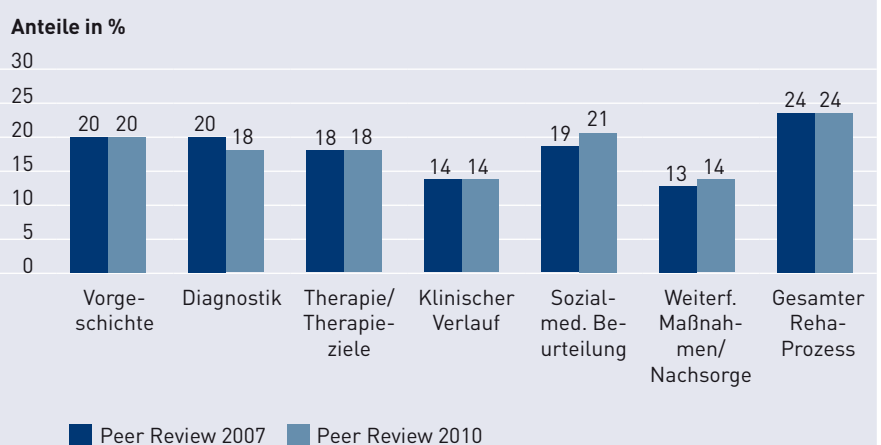
Peer Review

Speziell geschulte Ärztinnen und Ärzte von Reha-Einrichtungen beurteilen als so genannte Peers anhand anonymisierter Reha-Entlassungsberichte anderer Reha-Einrichtungen die Abläufe der Rehabilitation. Die Beurteilung bezieht sich auf alle Bereiche der Rehabilitation: Erhebung der Krankheitsgeschichte (Anamnese), Diagnostik, Therapieziele und Therapie, klinischer Verlauf, sozialmedizinische Beurteilung sowie weiterführende Maßnahmen und Nachsorge. Alle wichtigen Einzelmerkmale dieser Bereiche sind in einem Manual mit Checkliste abgebildet und werden den Peers in einer mehrtägigen Schulung vermittelt. Die Einschätzungen der Peers zu den einzelnen Bereichen wird den Reha-Einrichtungen in einem Bericht zurückgemeldet.

kungen (Abb. 10) gegenüber. Bei der Indikation Psychosomatik und Sucht ist ein weiterer leichter Rückgang deutlicher und gravierender Mängel in allen Bereichen zu beobachten. Bei der somatischen Rehabilitation zeigt sich eher ein konstantes Ergebnis. Die zusammenfassende Beurteilung "Gesamter Reha-Prozess" – über eine gesonderte Frage im Fragebogen – weist bei rund einem Viertel der Bewertungen bei somatischer Rehabilitation (Abb. 9) und bei etwa einem Fünftel der Bewertungen bei psychosomatischer bzw. suchtbezogener Rehabilitation (Abb. 10) substanzielle Mängel auf.

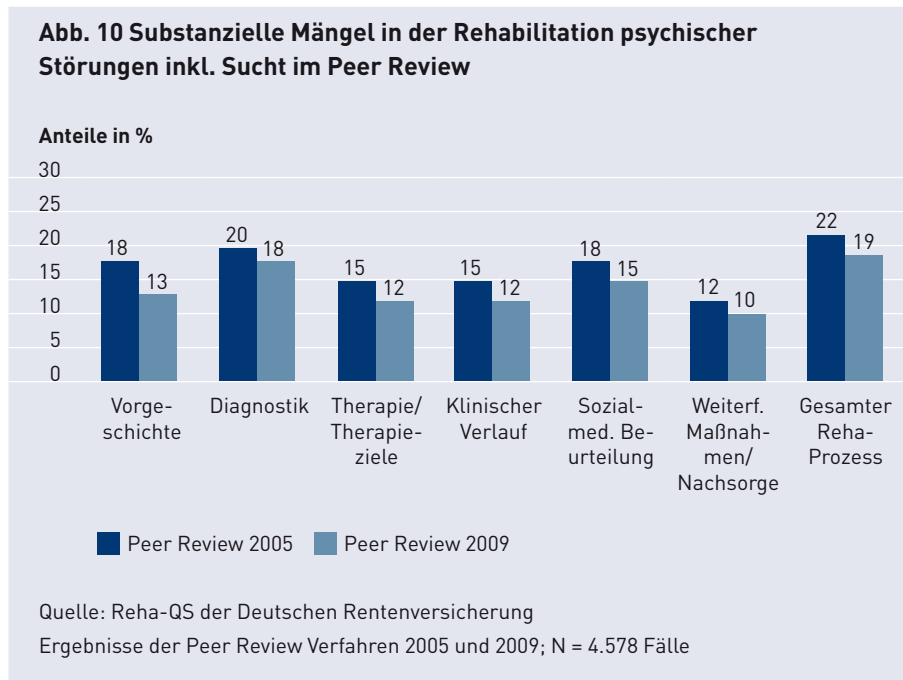
Beurteilt man die Reha-Entlassungsberichte nach den dokumentierten Einzelmerkmalen der Bereiche, lassen sich die Rehabilitationsverläufe sehr detailliert auswerten und konkrete Schwachstellen aufzeigen. Zum Beispiel

Abb. 9 Substanzielle Mängel in der somatischen Rehabilitation im Peer Review



Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Ergebnisse der Peer Review-Verfahren 2007 und 2010, N = 10.160 Fälle

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
49	Berufliche Rehabilitation
65	Aufwendungen für Rehabilitation
71	Im Fokus
71	Ambulante Rehabilitation
79	Sozialmedizinischer Verlauf
88	Anhang



sind die Übereinstimmung zwischen Patient und Arzt (Bereich Diagnostik), die Selbsteinschätzung des Patienten zur Teilhabe am Arbeitsleben (Bereich Sozialmedizinische Beurteilung) sowie sein Krankheitsverständnis und seine Krankheitsverarbeitung (Bereich Vorgeschichte) in den Entlassungsberichten nicht immer verständlich und nachvollziehbar dargestellt.

Peer Review zeigt Verbesserungsmöglichkeiten im Rehabilitationsprozess auf.

Trotz der erfreulichen Entwicklung in den vergangenen Jahren deckt das Peer Review Verfahren bei diesen und weiteren Einzelmerkmalen, sowohl in der somatischen als auch in der psychosomatischen Rehabilitation, Verbesserungspotenziale auf. Dies gilt insbesondere bei Merkmalen, die die aktive Beteiligung der Patienten am Rehabilitationsgeschehen betreffen, sowie bei Merkmalen, in denen die Kommunikation zwischen Ärzten und Rehabilitanden über die Reha-Ziele im Vordergrund steht.

Therapeutische Versorgung – KTL-Dokumentation

Alle Reha-Einrichtungen, die pro Jahr für mindestens 12 Rehabilitanden der Deutschen Rentenversicherung einen Reha-Entlassungsbericht mit KTL-Kodierungen erstellen, erhalten jährlich von der Rentenversicherung einen Ergebnisbericht zur therapeutischen Versorgung (s. Info-Box S. 38).

Anfang 2009 erhielten 986 Reha-Einrichtungen eine solche Auswertung mit Daten aus rund 478.000 Reha-Entlassungsberichten des Jahres 2007. Tabelle 6 gibt einen Überblick über die therapeutischen Leistungen, gegliedert nach den Kapiteln der KTL. Sie zeigt die Anzahl der Rehabilitanden, welche 2008 mindestens eine Leistung aus dem jeweiligen KTL-Kapitel erhalten haben. Zwei Beispiele: 99 % aller Rehabilitanden bekamen mindestens eine Schulung,

Rehabilitanden erhielten 2008 rund 30 KTL-Leistungen pro Woche.

Die Klassifikation Therapeutischer Leistungen (KTL) zeigt das breite Leistungsspektrum der medizinischen Rehabilitation.

einen Vortrag oder eine andere Leistung aus dem Kapitel C – Information, Motivation und Schulung. Aus dem Kapitel G – Psychotherapie erhielten nur 21 % der Rehabilitanden insgesamt mindestens eine Leistung. Der geringe Anteil ist darauf zurückzuführen, dass psychotherapeutische Leistungen in der Hauptsache in der psychosomatischen Rehabilitation durchgeführt werden, dem im Vergleich zur somatischen Rehabilitation wesentlich kleineren Indikationsbereich. Zusätzlich gibt die Tabelle an, wie oft die Leistungen bei Rehabilitanden, die jeweils mindestens eine Leistung des jeweiligen KTL-

Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL)

Für jeden Rehabilitanden bzw. jede Rehabilitandin wird zum Ende des Rehabilitationsaufenthaltes ein Reha-Entlassungsbericht erstellt. Dieser enthält u. a. Angaben über die Anzahl und Dauer der therapeutischen Leistungen, die die Rehabilitanden jeweils erhalten haben. Die therapeutischen Leistungen der medizinischen Rehabilitation werden seit 1997 routinemäßig anhand der so genannten Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) kodiert. Leistungen eines therapeutischen Bereiches sind in der KTL in jeweils einem Kapitel aufgeführt (z. B. Kapitel A = Sport- und Bewegungstherapie). Die KTL wurde 2007 überarbeitet und dem aktuellen Versorgungsstand angepasst. Sie gilt sowohl für die stationäre als auch für die ambulante medizinische Rehabilitation von Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern.

Tab. 6 Therapeutische Versorgung in den durch die Rentenversicherung belegten Reha-Einrichtungen 2008

Kapitel der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL)	Rehabilitanden mit mindestens einer Leistung*		pro Rehabilitand mit mindestens einer Leistung	
	Anzahl	Anteil	Leistungen pro Woche	Dauer (Std.) pro Woche
A - Sport und Bewegungstherapie	590.533	94 %	7,0	4,2
B - Physiotherapie	541.811	86 %	5,3	2,7
C - Information, Motivation, Schulung	620.457	99 %	5,2	3,1
D - Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie	366.512	58 %	0,9	0,5
E - Ergotherapie, Arbeitstherapie und andere funktionelle Therapien	282.406	45 %	2,1	1,7
F - Klinische Psychologie, Neuropsychologie	479.947	76 %	2,3	1,9
G - Psychotherapie	133.634	21 %	3,3	3,7
H - Reha-Pflege	230.553	37 %	2,7	0,7
K - Physikalische Therapie	569.348	91 %	6,8	2,3
L - Rekreationstherapie	249.746	40 %	3,6	2,4
M - Ernährung	218.205	35 %	7,8	2,4

* Mehrfachnennungen möglich; N = 628.262 stationäre und ambulante Reha-Leistungen

Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2008

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
49	Berufliche Rehabilitation
65	Aufwendungen für Rehabilitation
71	Im Fokus
71	Ambulante Rehabilitation
79	Sozialmedizinischer Verlauf
88	Anhang

Kapitels erhielten, pro Woche stattfanden und wie viele Stunden sie pro Woche gedauert haben. Betrachtet man alle Rehabilitanden, hat im Jahr 2008 jeder Rehabilitand während seines Reha-Aufenthaltes im Durchschnitt 31,7 Leistungen pro Woche erhalten, die sich auf 16,7 Stunden Therapiezeit verteilen. In der Tabelle 6 wird außerdem deutlich, wie breit gefächert (multimodal) die therapeutische Versorgung in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung ist. Behandlungsschwerpunkte sind zum einen Information, Motivation und Schulung (z. B. Patientenschulungen bei Asthma, allgemeine Gesundheitsbildung), aber auch Sport- und Bewegungstherapie (z. B. Muskelaufbau an Medizinischen Trainingsgeräten) sowie physikalische Behandlungen (z. B. Inhalationen, Wärme- und Kälteanwendungen).

Behandlungserfolg aus Rehabilitandensicht

Der Erfolg einer medizinischen Rehabilitation wird sowohl anhand der Einschätzung durch die Rehabilitanden (Rehabilitandenbefragung) beschrieben, als auch mit Blick auf Routinedaten, die unter anderem zeigen, wie lange Versicherte nach der Rehabilitation im Erwerbsleben bleiben (Sozialmedizinischer Verlauf).

Rehabilitandinnen und Rehabilitanden werden nicht nur nach der Zufriedenheit mit ihrer Rehabilitation gefragt (s. S. 33), sondern auch nach dem Erfolg der durchgeführten Rehabilitation. Die befragten Rehabilitanden beurteilen Gesundheitszustand und Leistungsfähigkeit, indem sie sich an den Zustand vor der Rehabilitation erinnern: „Wenn Sie jetzt noch einmal an Ihre Zeit vor der Rehabilitation denken, haben sich Ihre Beschwerden durch die Rehabilitation verbessert?“. Für körperliche Erkrankungen und den Bereich Psychosomatik, einschließlich Abhängigkeitserkrankungen, existieren unterschiedliche Fragebögen.

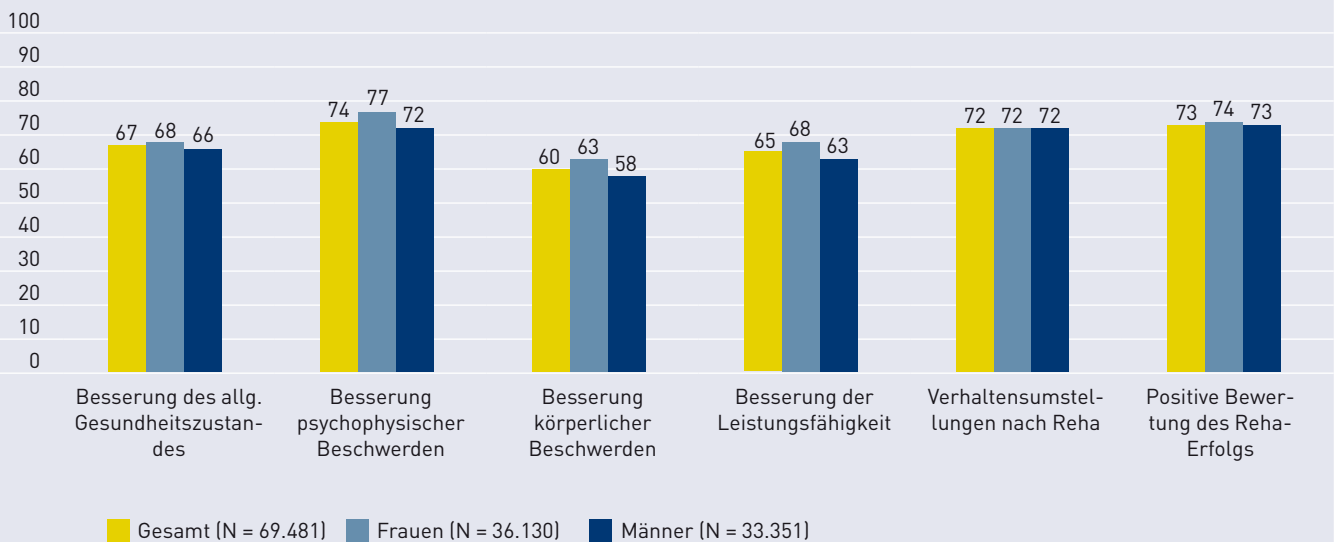
Drei von vier Rehabilitanden werten ihre Reha als Erfolg.

Abbildung 11 zeigt, welche Bereiche sich aus Sicht der Rehabilitanden durch die somatische Rehabilitation 2007/2008 verbessert haben: Knapp drei von vier Patientinnen und Patienten (73 %) sehen in der Rehabilitation einen Erfolg. Die Mehrzahl der Befragten (74 %) gibt eine Linderung ihrer psychophysischen Beschwerden an. Das heißt, der subjektive Behandlungserfolg betrifft eher Krankheitssymptome, welche sowohl eine psychische als auch eine körperliche Komponente aufweisen, z. B. Erschöpfung, Niedergeschlagenheit oder Schlafstörungen. Ihre rein körperlichen Beschwerden schätzen dagegen lediglich 60 % der Rehabilitanden als gebessert ein, was durch den chronischen, oft langjährigen Verlauf der vorliegenden Erkrankung erklärbar ist. Fast Dreiviertel der Rehabilitanden (72 %) sehen sich durch die Rehabilitation dazu motiviert, ihr Verhalten im Alltag umzustellen, sich zum Beispiel einer Selbsthilfegruppe anzuschließen, sich sportlich zu betätigen oder sich anderweitig gesundheitsbewusst zu verhalten. Im Geschlechtervergleich bewerten Frauen die Rehabilitation tendenziell positiver: Dies gilt sowohl bei den psychophysischen und körperlichen Beschwerden als auch in Bezug auf ihre Leistungsfähigkeit.

Frauen bewerten die Rehabilitation etwas positiver.

Abb. 11 Behandlungserfolg aus Sicht der Rehabilitanden: Ergebnisse für körperliche Erkrankungen

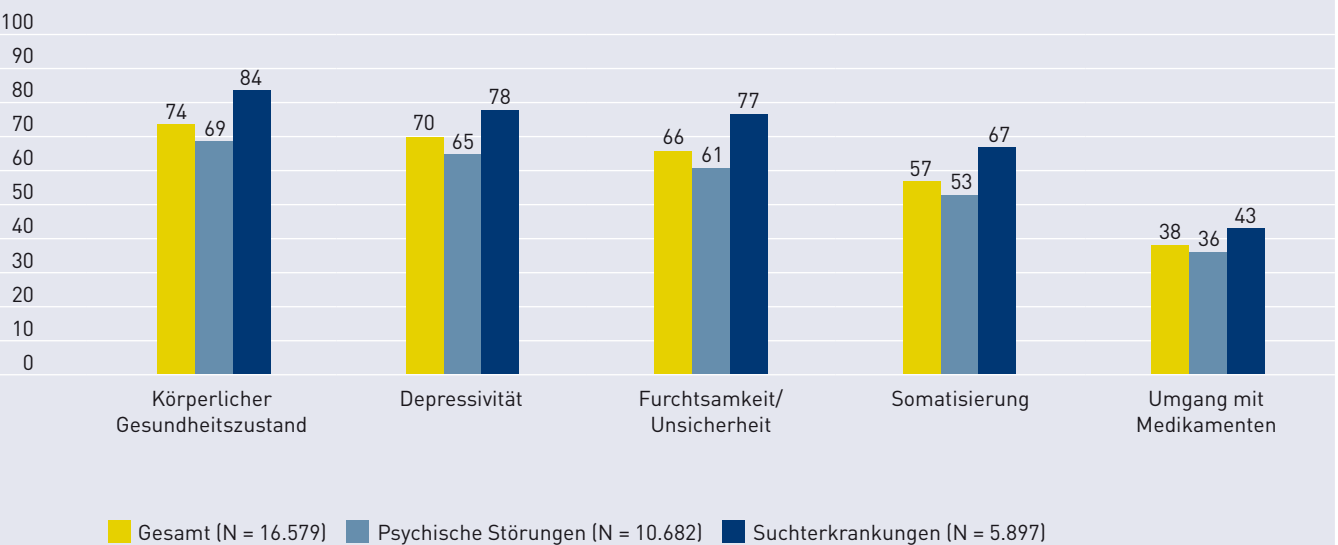
Anteile Rehabilitanden in %



Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Rehabilitandenbefragung Okt. 2007 bis Sept. 2008

Abb. 12 Behandlungserfolg aus Sicht der Rehabilitanden: Ergebnisse für psychische Erkrankungen inkl. Sucht

Anteile Rehabilitanden in %



Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Rehabilitandenbefragung April 2008 bis März 2009

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
49	Berufliche Rehabilitation
65	Aufwendungen für Rehabilitation
71	Im Fokus
71	Ambulante Rehabilitation
79	Sozialmedizinischer Verlauf
88	Anhang

Abbildung 12 fasst die Ergebnisse zum subjektiven Rehabilitationserfolg für die Rehabilitanden mit psychischen bzw. suchtbefragten Störungen 2008/2009 zusammen. Auffällig ist, dass – anders als bei den körperlich erkrankten Rehabilitanden, dort sind es 60 % – fast Dreiviertel aller Rehabilitanden, die wegen einer psychischen Störung oder Abhängigkeitserkrankung behandelt werden, über eine Verbesserung ihrer körperlichen Gesundheit nach der Rehabilitation berichten. Die psychischen Symptome (Depressivität, Furchtsamkeit, Somatisierung, d. h. wenn sich psychische Befindlichkeit in körperlichen Symptomen niederschlägt), stufen sie dagegen als deutlich weniger gebessert ein. Lediglich 38 % der Rehabilitanden bejahen einen positiven Einfluss der Rehabilitation auf ihren Umgang mit Medikamenten.

Beim Vergleich der Diagnosengruppen zeigt sich, dass Rehabilitanden mit psychischen Störungen (ohne Sucht) den Erfolg ihrer medizinischen Rehabilitation kritischer beurteilen als abhängigkeitskranke Rehabilitanden. Analog fällt das Ergebnis bei der Zufriedenheit mit dem Reha-Prozess aus (s. S. 34).

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. 41). Als „im Erwerbsleben verblieben“ gelten Personen, die Beiträge an die Rentenversicherung zahlen.

Im Verlauf von zwei Jahren nach Rehabilitation sind 83 % der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erwerbsfähig.

Abbildung 13 zeigt den Erwerbsverlauf von pflichtversicherten Rehabilitanden des Jahres 2005 für die nachfolgenden zwei Jahre. Nur 17 % der Personen scheiden nach einer medizinischen Rehabilitation aus dem Erwerbsleben aus: 12 % erhalten eine Erwerbsminderungsrente, 4 % eine Altersrente und 1 % verstirbt aus dem Erwerbsleben heraus. Bei dem weitaus größten Anteil der Rehabilitanden wird das Ziel einer dauerhaf-

Sozialmedizinischer Verlauf

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

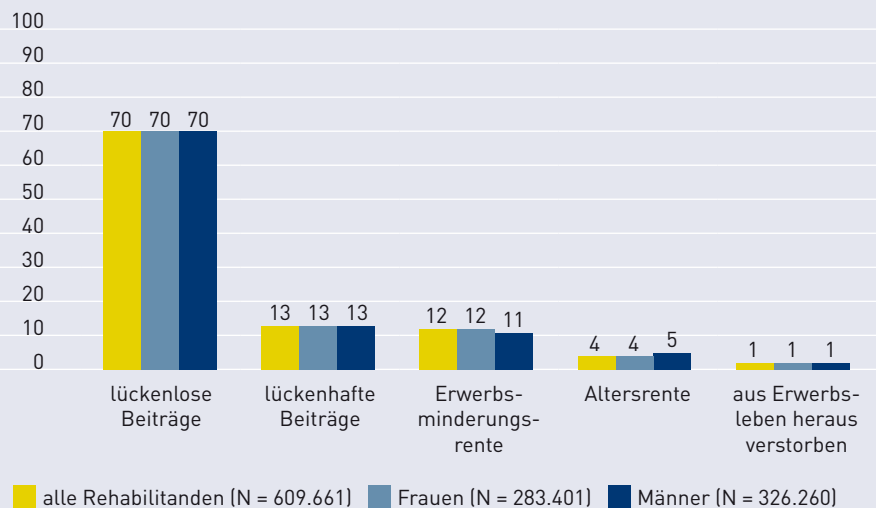
Bei den im Erwerbsleben Verbliebenen wird zusätzlich danach unterschieden, ob in dem betrachteten Zeitraum 1. für jeden Monat Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt wurden („lückenlose Beiträge“) oder 2. für zumindest einen Monat keine Beiträge auf das Konto bei der Rentenversicherung eingingen („lückenhafte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

Auch bei den aus dem Erwerbsleben ausgeschiedenen Rehabilitanden unterscheidet man Teilgruppen: 1. die wegen geminderter Erwerbsfähigkeit oder aus Altersgründen berentet werden sowie 2. die aus dem Erwerbsleben heraus versterben. In den Sozialmedizinischen Verlauf geht also nicht die 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. 88).

ten Erwerbsfähigkeit erreicht. Innerhalb der ersten 24 Monate nach der medizinischen Rehabilitation sind immerhin 83 % der Personen weiterhin erwerbsfähig und zahlen entweder lückenlos (70 %) oder mit Unterbrechungen (13 %) 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.

Abb. 13 Sozialmedizinischer 2-Jahres-Verlauf nach medizinischer Rehabilitation in 2005 (pflichtversicherte Rehabilitanden)

Anteile Rehabilitanden in %



Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2000–2007

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
49	Berufliche Rehabilitation
65	Aufwendungen für Rehabilitation
71	Im Fokus
71	Ambulante Rehabilitation
79	Sozialmedizinischer Verlauf
88	Anhang

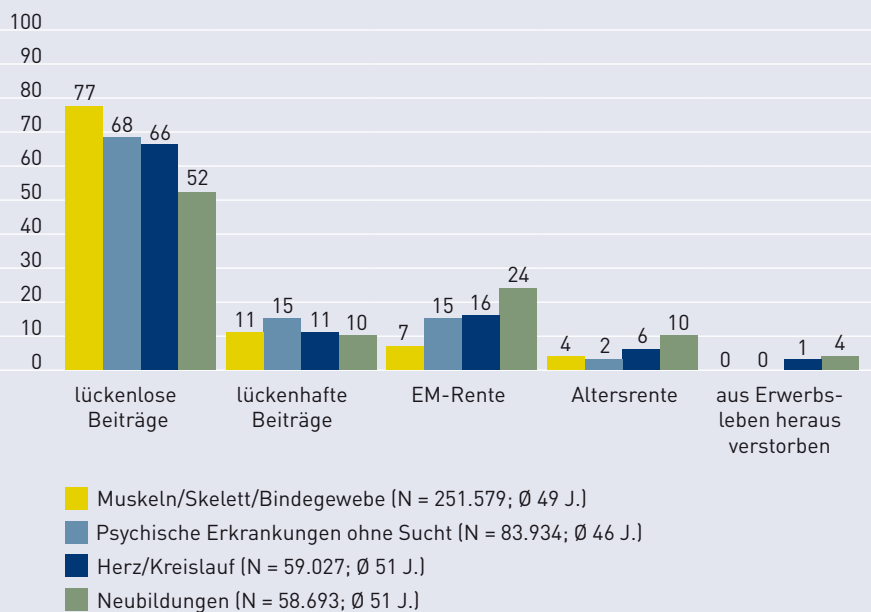
Die Erwerbsfähigkeit nach Rehabilitation unterscheidet sich erheblich zwischen den Diagnosengruppen.

Geschlechtsspezifische Unterschiede sind kaum erkennbar. Große Unterschiede zeigen sich dagegen zwischen den Diagnosengruppen (siehe Abb. 14). So bleiben nach einer orthopädischen Rehabilitation mit 88 % wesentlich mehr Personen erwerbsfähig als beispielsweise nach einer onkologischen Rehabilitation (62 % bei Zusammenfassung der Kategorien lückenlose und lückenhafte Beiträge). Das Durchschnittsalter der Rehabilitanden mit Neubildungen unterscheidet sich mit 51 Jahren kaum von dem anderer Diagnosengruppen, da in die Betrachtung des Erwerbsverlaufs nur pflichtversicherte Rehabilitanden im erwerbsfähigen Alter eingehen. Diejenigen Rehabilitanden, die nach § 31 SGB VI ihre onkologische Rehabilitation erhalten und im Rentenalter sein können, fallen hier weg.

Grund für die z. T. deutlichen Unterschiede zwischen den Diagnosengruppen sind die krankheitsspezifischen Verläufe, die bei Tumorerkrankungen ungünstiger sind als bei vielen nicht bösartigen Erkrankungen. Dies spiegelt sich auch im größeren Anteil an Erwerbsminderungsrenten und in der höheren Sterblichkeit (4 %) von onkologischen Rehabilitanden wider.

Abb. 14 Sozialmedizinischer 2-Jahres-Verlauf nach medizinischer Rehabilitation in 2005 für verschiedene Diagnosengruppen (pflichtversicherte Rehabilitanden)

Anteile Rehabilitanden in %



Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2000–2007



Medizinische Rehabilitation: Reha-Einrichtungen

Die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung findet überwiegend in Vertragseinrichtungen statt.

In Deutschland gibt es 1.227 stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen.

2008 hat die Rentenversicherung über 65.000 Betten in Reha-Einrichtungen belegt.

Die Rentenversicherung arbeitet bei der medizinischen Rehabilitation ihrer Versicherten mit einer Vielzahl von stationären und ambulanten medizinischen Reha-Einrichtungen zusammen. Neben den rentenversicherungseigenen Reha-Einrichtungen (2008: N = 79 sowie N = 4 speziell für Kinderrehabilitation) sind dies überwiegend Vertragseinrichtungen, die zwar von anderen – größtenteils privaten – Trägern betrieben werden, mit denen die Rentenversicherung aber je nach Bedarf auch längerfristige Verträge abschließt. Die Reha-Einrichtungen sind – zum Teil historisch bedingt – regional nicht gleichmäßig verteilt. Sie haben verschiedene medizinische Schwerpunkte (z. B. Orthopädie, Kardiologie) und Belegungskapazitäten.

Einen ersten Eindruck über die Größenordnung der Reha-Einrichtungen geben Zahlen des Statistischen Bundesamtes. 2008 gab es demnach in Deutschland 1.227 stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Eine weitere Unterteilung in Vorsorge-Einrichtungen, die überwiegend präventive Angebote vorhalten und nicht von der Rentenversicherung belegt werden, und Rehabilitationseinrichtungen vollzieht das Statistische Bundesamt jedoch nicht.

Näherungsweise lässt sich die Zahl stationärer Reha-Einrichtungen anhand von Daten der Rentenversicherung ermitteln, zum einen über die Rehabilitationsleistungen, zum anderen über die Fachabteilungen der Reha-Einrichtungen, die von der Rentenversicherung belegt werden und deshalb an ihrer Reha-Qualitätssicherung teilnehmen.

Bettenzahlen

Ausgehend von den Reha-Leistungen der Rentenversicherung lässt sich der Bedarf an Betten für die stationäre Rehabilitation pro Jahr ermitteln. Dieser Bettenbedarf ergibt sich aus der Anzahl abgeschlossener Reha-Leistungen in einem Jahr multipliziert mit den durchschnittlichen Pflgetagen (Behandlungsdauer) des gleichen Jahres und geteilt durch 365 Tage (Berechnungszeitraum). Für das Jahr 2008 wurde demnach rechnerisch ein Bedarf an 65.178 Betten ermittelt. Dieser Bedarf wird überwiegend in Vertragseinrichtungen gedeckt (47.473 Betten). Rund ein Viertel der durch die Rentenversicherung belegten Betten steht in rentenversicherungseigenen Reha-Einrichtungen (14.183). Insgesamt wurden in den eigenen Einrichtungen 15.533 Betten belegt, denn auch andere Reha-Träger wie Kranken- und Unfallversicherung führen dort Reha-Leistungen durch.

990 stationäre Fachabteilungen nehmen an der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung teil.

Die Belegung von Reha-Kliniken mit Versicherten der Rentenversicherung verteilt sich regional sehr unterschiedlich: Dabei stehen in den Bundesländern Baden-Württemberg und Bayern mit Abstand die meisten Betten, gefolgt von Hessen und Nordrhein-Westfalen. In Stadtstaaten findet dagegen die wohnortnahe ambulante Rehabilitation zunehmend Verbreitung (s. Im Fokus: Ambulante Rehabilitation S. 71).

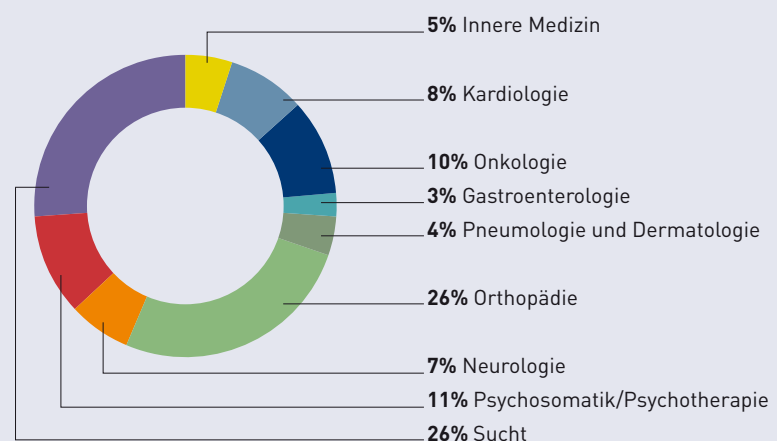
Anzahl stationärer Reha-Einrichtungen

Medizinische Reha-Einrichtungen haben häufig nicht nur einen Behandlungsschwerpunkt (z. B. Kardiologie), sondern verfügen oft über verschiedene Fachabteilungen (z. B. Kardiologie und Orthopädie). Alle stationären medizinischen Reha-Einrichtungen, die von der Rentenversicherung federführend belegt werden, nehmen mit ihren insgesamt 990 Fachabteilungen an der Reha-Qualitätssicherung durch die Rentenversicherung teil.

Der prozentuale Anteil der verschiedenen Fachabteilungen (s. Abb. 15) entspricht dem Reha-Bedarf für verschiedene Krankheitsbilder. Bei der Interpretation der Anteile müssen allerdings auch die Bettenanzahl der Einrichtung und die Behandlungsdauer in den jeweiligen Indikationen berücksichtigt werden: So gibt es zwar genauso viele Fachabteilungen für orthopädische (26%) wie für Entwöhnungsbehandlungen (26%), trotzdem werden deutlich mehr orthopädische Reha-Leistungen durchgeführt als Entwöhnungsbehandlungen. Spezielle Fachabteilungen für Entwöhnungsbehandlungen haben im Durchschnitt wesentlich weniger Betten als orthopädische Fachabteilungen. Zudem dauern Leistungen der somatischen Rehabilitation in der Regel nur drei bis vier Wochen, Entwöhnungsbehandlungen dagegen mehrere Monate.

Stationäre Fachabteilungen	Zahl
Orthopädie	258
Sucht	258
Neurologie	66
Psychosomatik/Psychotherapie	106
Onkologie	100
Kardiologie	82
Innere Medizin	52
Pneumologie/Dermatologie	41
Gastroenterologie	27
Summe Fachabteilungen	990

Abb. 15 Fachabteilungen in stationären Reha-Einrichtungen



Quelle: Strukturerhebung der Deutschen Rentenversicherung 2007/8

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
49	Berufliche Rehabilitation
65	Aufwendungen für Rehabilitation
71	Im Fokus
71	Ambulante Rehabilitation
79	Sozialmedizinischer Verlauf
88	Anhang

Nach Orthopädie und Entwöhnung folgen mit deutlichem Abstand und mit einem Anteil zwischen 11 % und 7 % psychosomatisch-psychotherapeutische, onkologische, kardiologische und neurologische Fachabteilungen. Analog zur geringeren Häufigkeit entsprechender Erkrankungen in der Rehabilitation ist der Anteil gastroenterologischer, pneumologischer, dermatologischer oder internistischer Fachabteilungen noch kleiner (s. Abb. 15).

Viele verschiedene Berufsgruppen arbeiten in der Rehabilitation zusammen.

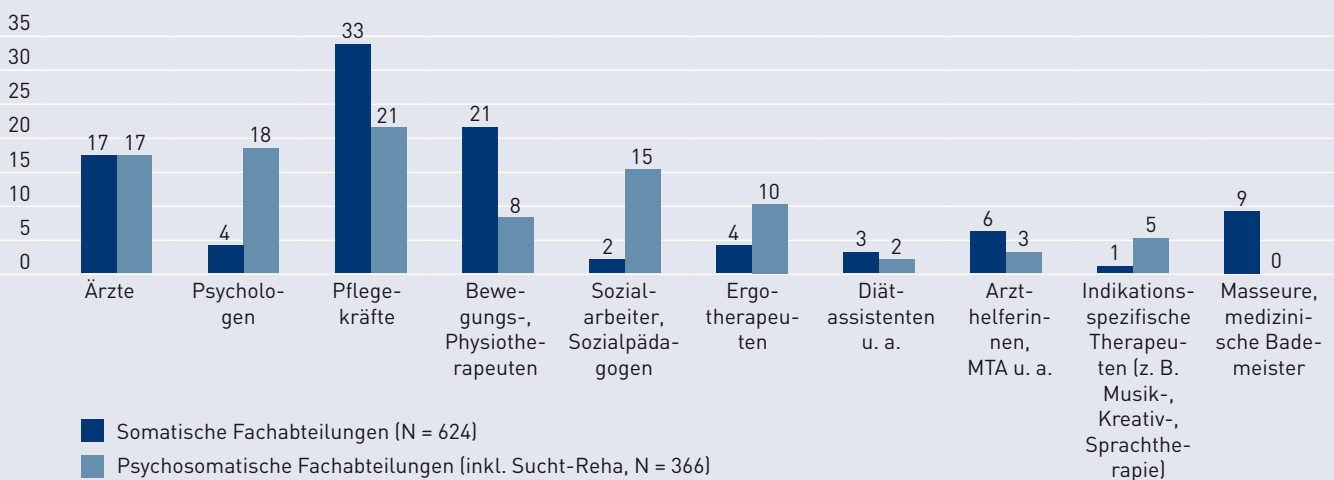
Berufsgruppen

Bei der medizinischen Rehabilitation wirken zahlreiche Berufsgruppen mit. Der interdisziplinäre Ansatz ermöglicht zum einen, die Rehabilitation an der zukünftigen Berufstätigkeit zu orientieren – entsprechend dem Auftrag der Rentenversicherung. Zum anderen berücksichtigt der Ansatz, dass verschiedene Faktoren das Entstehen und Erleben von Krankheiten beeinflussen. Die einzelnen Berufsgruppen arbeiten dabei nicht unabhängig voneinander, sondern stimmen in der Gruppe, als Reha-Team, ihre professionsspezifischen Behandlungen anhand eines mit dem Rehabilitanden vereinbarten Reha-Zieles aufeinander ab.

Welche Berufsgruppen in der medizinischen Rehabilitation tätig sind, zeigt die Strukturerhebung der Rentenversicherung. Mit diesem Instrument der Reha-Qualitätssicherung wird die personelle, technische und räumliche Ausstattung der einzelnen Fachabteilungen in den Reha-Einrichtungen erhoben. Abbildung 16 stellt die in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung tätigen Berufsgruppen dar.

Abb. 16 Berufsgruppen in Fachabteilungen der medizinischen Rehabilitation: Somatische und psychosomatische Fachabteilungen (inkl. Sucht)

Anteile in %



Quelle: Strukturerhebung der Deutschen Rentenversicherung 2007/2008

Die Gegenüberstellung der somatischen und psychosomatischen Fachabteilungen zeigt, dass die Reha-Teams fachspezifisch (krankheitsbezogen) aufgestellt sind. Beispielsweise zählen psychotherapeutische Leistungen in der Rehabilitation bei psychischen Störungen und Abhängigkeitserkrankungen zum Behandlungsstandard, so dass bei diesen Indikationen der Anteil an Psychologinnen und Psychologen (18 %) höher ist als in Fachabteilungen, in denen körperliche Erkrankungen behandelt werden (4 %).

Ein Drittel der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in somatischen Reha-Einrichtungen gehört zum Pflegepersonal, in psychosomatischen Fachabteilungen sind es nur 21 %. Dies weist auf die krankheitsbedingt höhere Pflegebedürftigkeit körperlich erkrankter Rehabilitanden hin.

Der mit 15 % deutlich höhere Anteil an Mitarbeitern des sozialen und pädagogischen Dienstes bei psychosomatischer und Suchtrehabilitation (2 % im somatischen Bereich) lässt sich vor allem auf spezifische Behandlungskonzepte im Suchtbereich zurückführen, in denen Sozialarbeiter oder Sozialpädagogen mit speziellen Qualifikationen an suchtbezogenen Therapien mitwirken.



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. 88) Informationen zu Anzahl, Art und Verteilung der Reha-Leistungen zur Verfügung.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)

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

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

Anträge, Bewilligungen und durchgeführte Leistungen

Wie bei der medizinischen ist auch bei der beruflichen Rehabilitation (= Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) zunächst die Initiative der Versicherten gefragt. Im Jahr 2008 reichten die Versicherten ca. 385.000 Anträge auf LTA bei der Rentenversicherung ein (wobei ein Versicherter auch mehrere Leistungen gleichzeitig beantragen kann). 71 % dieser Anträge wurden bewilligt, 16 % abgelehnt und 13 % anderweitig erledigt, z. B. an den letztlich zuständigen Rehabilitationsträger inner- oder außerhalb der Rentenversicherung weitergeleitet. Die Ablehnungen erfolgten zu 90 % aus medizinischen Gründen. In den restlichen Fällen waren versicherungsrechtliche Voraussetzungen nicht erfüllt. 5 % der bewilligten Leistungen traten die Versicherten nicht an, häufig wegen familiärer Probleme oder einer Verschlechterung ihres Gesundheitszustands.

385.865 Anträge auf LTA gingen 2008 bei der Rentenversicherung ein.

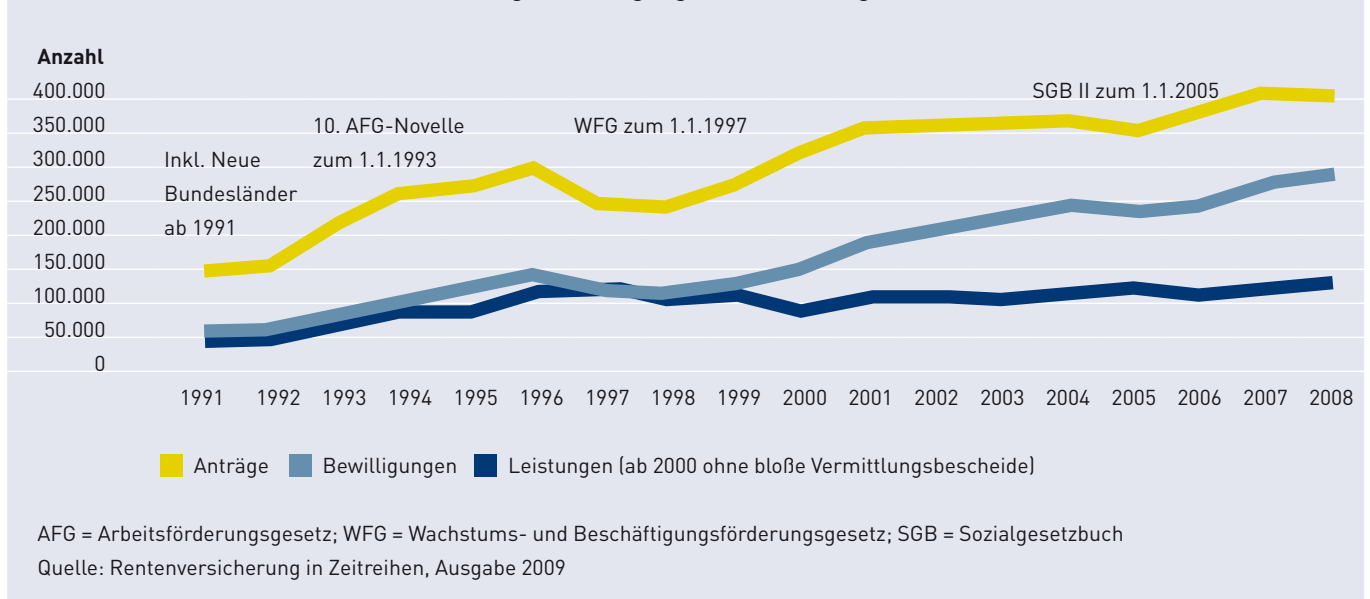
Vermittlungsbescheide

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

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

Die Zahl der Anträge, Bewilligungen und abgeschlossenen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unterliegt wie bei medizinischen Leistungen (vgl. S. 20) zeitlichen Schwankungen, wenn auch nicht so ausgeprägt (s. Abb. 17). Von 1991 bis 2008 ist die Zahl der Anträge von etwa 145.000 auf 385.000 und damit auf das 2,7-fache gestiegen. Die Zahl der Bewilligungen hat sich in diesem Zeitraum sogar fast verfünffacht. Dagegen beträgt die Zahl der ab-

Abb. 17 Teilhabe am Arbeitsleben – Anträge, Bewilligungen und Leistungen



4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
49	Berufliche Rehabilitation
65	Aufwendungen für Rehabilitation
71	Im Fokus
71	Ambulante Rehabilitation
79	Sozialmedizinischer Verlauf
88	Anhang

geschlossenen Leistungen im Jahr 2008 wiederum nur das 2,6-fache des Jahres 1991. Diese Diskrepanz ist im Wesentlichen auf die Vermittlungsbescheide (s Info-Box S. 50) zurückzuführen, die zwar bewilligt werden, aber sich ab 2000 nicht in einer vergleichbar höheren Zahl abgeschlossener Leistungen niederschlagen.

Von 2007 auf 2008 stiegen die LTA um rund 9 %.

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. 17). 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. Nach einem erneuten Anstieg 2006 sind die Anträge auf LTA von 2007 auf 2008 wieder leicht zurückgegangen, obwohl die Bewilligungen noch um 6 %, die durchgeführten LTA sogar um 9,3 % gestiegen sind (s. Tab. 7). LTA dauern zum Teil bis zu zwei Jahre, so dass sich der Rückgang bei den abgeschlossenen Leistungen erst später zeigen wird.

Zeitliche Entwicklung

Tabelle 8 unterlegt die zeitliche Entwicklung der abgeschlossenen LTA mit Zahlen. In dem hier dargestellten Zeitraum ab 1995 (= letztes Jahr vor dem Wachstums- und Förderungsgesetz) wurden 2008 die meisten LTA abgeschlossen. Nach dem leichten Rückgang 2005 auf 2006 wegen der Einführung des Sozialgesetzbuches (SGB) II (s. o.) nahmen die durchgeführten LTA wieder deutlich zu. Auch wenn sich die Anzahl abgeschlossener Leistungen bei Frauen von 1995 bis 2008 nahezu verdoppelt hat, schlossen sie 2008 immer noch deutlich weniger LTA ab als Männer. Das Verhältnis von Frauen und Männern ist in der beruflichen Rehabilitation demnach erheblich zu Gunsten der Männer verschoben.

**Tab. 7 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA):
Anzahl der Anträge, Bewilligungen und abgeschlossenen Leistungen**

	Anträge	Bewilligungen	Leistungen
2007	387.153	254.035	110.809
2008	385.365	269.240	121.069
Steigerungsrate 2007 - 2008	- 0,5 %	+ 6,0 %	+ 9,3 %

Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2009

Tab. 8 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 1995 - 2008

Jahr	Insgesamt	Männer	Frauen
1995	86.331	63.261	23.070
1996	111.931	81.858	30.073
1997	110.545	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

* ab 2000 ohne statistisch gesondert erfasste bloße Vermittlungsbescheide

Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 1995–2008

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. 18).

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 (44 %) ein, sind aber auch bei den Männern mit 33 % der größte Leistungsbereich.

Einen weiteren großen Block bilden Leistungen zur beruflichen Bildung, die für Frauen (22 %) wie Männer (23 %) eine ähnlich große Bedeutung haben. Hierbei stehen vor allem Weiterbildungen (Umschulung, Fortbildung) und berufliche Anpassung im Vordergrund. Ebenfalls für Frauen und Männer ungefähr gleich bedeutsam sind die Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen und zur Berufsvorbereitung. Männer nehmen dagegen Leistungen zur Eignungsabklärung und Arbeitserprobung (16 %) sowie Leistungen an Arbeitgeber (10 %) häufiger in Anspruch als Frauen (12 % bzw. 6 %). Bei den Leistungen an Arbeitgeber ist zwar der Arbeitgeber Begünstigter, beantragt

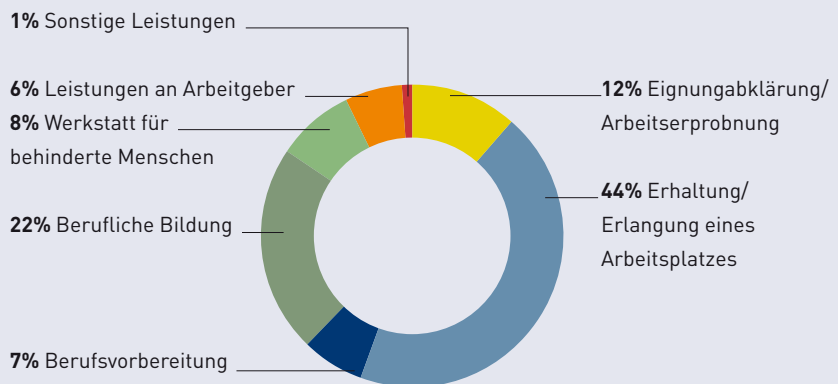
4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
49	Berufliche Rehabilitation
65	Aufwendungen für Rehabilitation
71	Im Fokus
71	Ambulante Rehabilitation
79	Sozialmedizinischer Verlauf
88	Anhang

Das Spektrum der LTA unterscheidet sich zwischen Frauen und Männern.

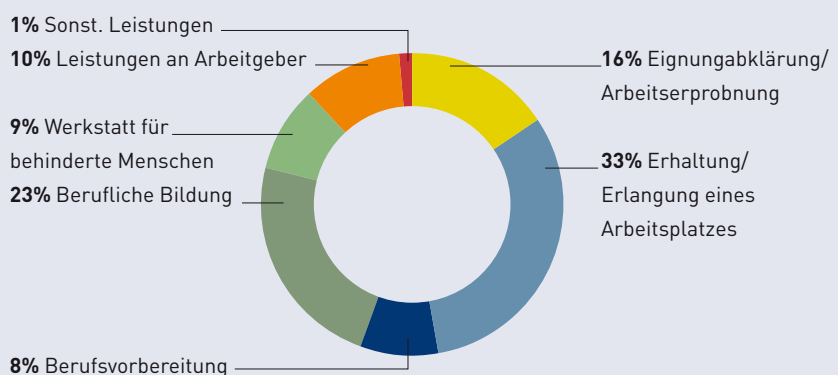
werden sie jedoch von den Versicherten. Diese Leistungen unterstützen Arbeitgeber darin, behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen wieder ins Arbeitsleben einzugliedern.

Abb. 18 Spektrum der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei Frauen und Männern 2008 - abgeschlossene Leistungen

Frauen: 43.157 Leistungen



Männer: 77.912 Leistungen



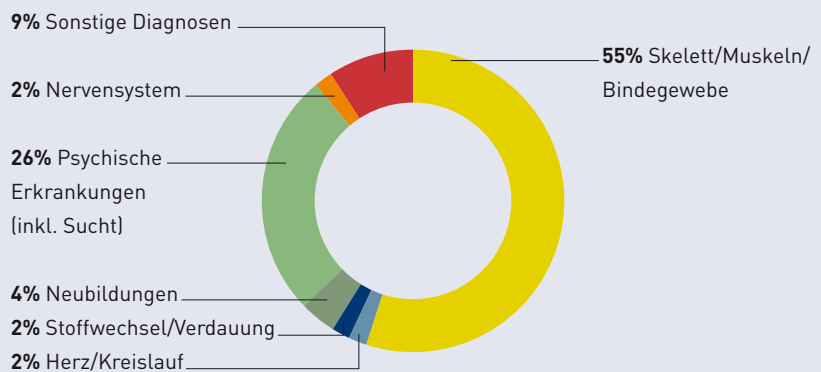
Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2008

Berufliche Bildung – Krankheitsspektrum

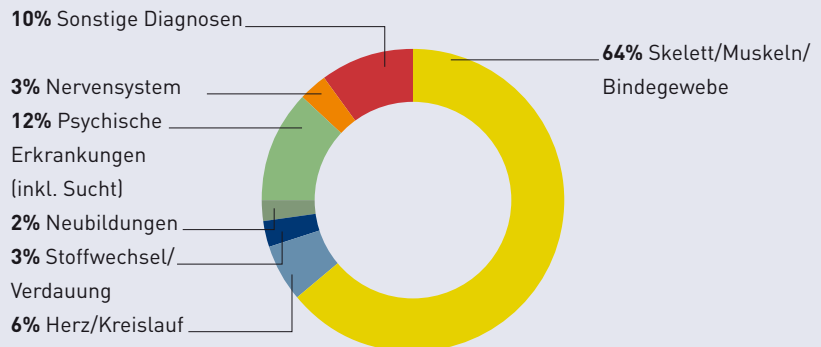
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind sehr vielfältig. Sie reichen von finanziellen Zuschüssen bis hin zur beruflichen Umschulung, die mehrere Jahre dauern kann. Die folgende Darstellung konzentriert sich auf berufliche Bildungsleistungen, die aufgrund der langen Dauer sehr kostenintensiv sind. Vor allem zwei Diagnosengruppen führen zu beruflichen Bildungsleistungen

Abb. 19 Krankheitsspektrum bei Bildungsleistungen von Frauen und Männern 2008 - abgeschlossene Leistungen

Frauen: 9.569 Bildungsleistungen



Männer: 18.162 Bildungsleistungen



Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2008

Berufliche Bildung

Die berufliche Bildung umfasst Leistungen zur beruflichen Anpassung (Schließen von Lücken im beruflichen Wissen, s. Info-Box zu LTA S. 49), Weiterbildung und Ausbildung. Durchgeführt werden diese von Berufsförderungswerken, privaten Bildungsträgern, staatlichen Fachschulen und Betrieben – in der Regel in Vollzeit, unter bestimmten (behinderungsbedingten oder familiären) Voraussetzungen auch in Teilzeit.

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
49	Berufliche Rehabilitation
65	Aufwendungen für Rehabilitation
71	Im Fokus
71	Ambulante Rehabilitation
79	Sozialmedizinischer Verlauf
88	Anhang

Vor allem orthopädische und psychische Erkrankungen führen zu beruflichen Bildungsleistungen.

(s. Abb. 19). 55 % der beruflichen Bildungsleistungen für Frauen und sogar 64 % der für Männer gingen 2008 auf Krankheiten des Skeletts, der Muskeln oder des Bindegewebes zurück. Ebenfalls von erheblicher Bedeutung sind die psychischen Störungen einschließlich Abhängigkeitserkrankungen, insbesondere bei Frauen. Hier waren sie für gut ein Viertel aller Bildungsleistungen der Grund, bei Männern für etwa 12 %. Erkrankungen des Herz-Kreislauf-System spielen eine geringere Rolle und führen etwas häufiger bei Männern (6 %) als bei Frauen (2 %) zu einer beruflichen Bildungsleistung.

Berufliche Bildung – Altersspezifische Inanspruchnahme

Rehabilitanden, die Bildungsleistungen in Anspruch nehmen, sind insgesamt im Schnitt wesentlich jünger als Rehabilitanden in der medizinischen Rehabilitation (s. Abschnitt S. 29). Das Durchschnittsalter von Frauen, die in 2008 eine berufliche Bildungsleistung abgeschlossen haben, liegt bei 43,4 Jahren. Männer waren im Durchschnitt mit 42,7 etwas jünger. Bei LTA insgesamt sind sowohl Frauen als auch Männer im Schnitt etwas älter (Frauen 44,4 Jahre, Männer 43,6 Jahre).

Der Altersgipfel für Bildungsleistungen liegt bei etwa 45 Jahren.

Auch die Inanspruchnahme beruflicher Bildungsleistungen hängt, wie die Inanspruchnahme medizinischer Reha-Leistungen, mit dem Alter zusammen. Die Inanspruchnahme wird als Inanspruchnahmerate dargestellt, d. h. als Leistungen pro 10.000 Versicherte. Werden die Rehabilitanden zu Versicherten gleichen Alters in Beziehung gesetzt, erhält man die altersspezifische Inanspruchnahme. Je nach der Leistungsart ergibt sich ein etwas unterschiedlicher altersspezifischer Verlauf bei der Inanspruchnahme beruflicher Bildungsleistungen (s. Abb. 20).

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

Aus- und Weiterbildungen als berufliche Bildungsleistung steigen bis zum Alter von 37 Jahren stetig an, haben in diesem Alter ihr Maximum von neun Rehabilitanden auf 10.000 Versicherte und nehmen dann wieder ab. Diese relativ kostenintensiven Leistungen mit einer Dauer von etwa zwei Jahren kommen also überwiegend jüngeren Versicherten zugute, bei denen noch vermehrt die Bereitschaft und auch die Fähigkeit für diese recht anspruchsvolle Qualifizierung vorhanden sind.

Leistungen zur Anpassung bzw. Integration sind darauf ausgerichtet, berufliches Wissen zu erweitern oder wiederzuerlangen. Überwiegend werden sie im Rahmen von Praktika durchgeführt und dauern je nach individuellem Bedarf etwa sechs bis neun Monate. Sie können auch auf eine erfolgreich abgeschlossene Weiterbildung folgen, wenn die Rehabilitanden trotz Vermittlungsbemühungen arbeitssuchend bleiben und die Bildungsleistung die Chancen auf eine dauerhafte Eingliederung in Arbeit und Beruf verbessert. Ähnlich wie bei den Aus- und Weiterbildungen, nur zeitlich etwas versetzt, steigt auch hier die Inanspruchnahme mit dem Alter (Maximum = 49 Jahre; 8/10.000 Versicherte gleichen Alters).

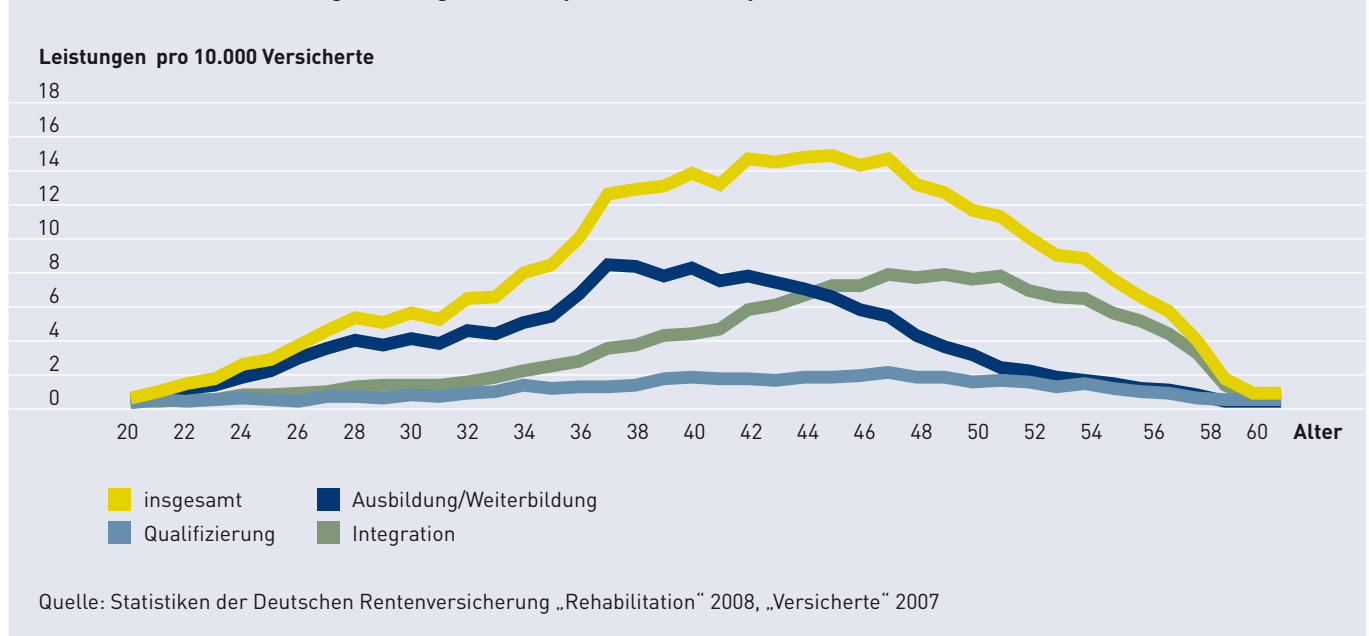
Bei speziellen Qualifizierungsmaßnahmen handelt es sich im Unterschied zur Aus- und Weiterbildung um etwa einjährige Teilausbildungen ohne Abschluss bei einer Kammer. Auch bei den speziellen Qualifizierungsmaßnahmen gibt es einen – wenngleich moderaten – Anstieg der Inanspruchnahme mit zunehmendem Alter (Maximum = 47 Jahre; 2/10.000 Versicherte gleichen Alters).

Berufliche Bildung – Altersstandardisierte Inanspruchnahme

Wie im vorhergehenden Abschnitt dargestellt, gibt es einen Zusammenhang zwischen der Nutzung der unterschiedlichen Bildungsleistungen und dem Alter der Rehabilitanden und Rehabilitandinnen. Um die Inanspruchnahme dieser Leistungen in verschiedenen Jahren mit einander vergleichen zu können, wird das Verfahren der Altersstandardisierung angewandt (s. Info-Box S. 30). Die altersstandardisierten Inanspruchnahmeraten für Frauen und Männer (s. Tab. 14) sind für die Jahre 2000 bis 2008 wiedergegeben. Die Inanspruchnahme von Bildungsleistungen schwankt im betrachteten Zeitraum

2008 haben die Leistungen zur beruflichen Bildung bei Frauen zugenommen, bei Männern blieben sie nahezu gleich.

Abb. 20 Berufliche Bildungsleistungen: Altersspezifische Inanspruchnahmeraten 2008



4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
49	Berufliche Rehabilitation
65	Aufwendungen für Rehabilitation
71	Im Fokus
71	Ambulante Rehabilitation
79	Sozialmedizinischer Verlauf
88	Anhang

Die Anzahl der Bildungsleistungen steigt vor allem bei Frauen.

zwischen 10,2 und 13,1 Rehabilitanden und zwischen 4,7 und 7 Rehabilitandinnen pro 10.000 Versicherte. Von 2000 bis 2005 nimmt die Inanspruchnahme tendenziell bei beiden Geschlechtern zu, ab 2006 eher wieder ab. Bei den Frauen zeigt sich 2008 erneut ein Anstieg – von 5,8 auf 6,3 Frauen pro 10.000 Versicherte. Die einzelnen Leistungsbereiche (Qualifizierung, Aus- und Weiterbildung, Integration) entwickeln sich unterschiedlich: Spezielle Qualifizierungen sind bei Frauen wie Männern eher rückläufig. Integrationsleistungen nehmen dagegen – vor allem bei Frauen – deutlich zu. Sie haben sich seit 2000 nahezu verdoppelt: von 1,5 auf 2,8 Rehabilitandinnen pro 10.000 Versicherte im Jahr 2008. Die Inanspruchnahmeraten von Aus- und Weiterbildungen entwickeln sich ähnlich wie die der Bildungsleistungen insgesamt, wobei auch hier der Rückgang seit 2006 eher die Männer betrifft.

Tab. 14 Leistungen zur beruflichen Bildung nach Art der Bildungsleistung (altersstandardisiert – Leistungen pro 10.000 Versicherte¹)

	Insgesamt		Qualifizierungsmaßnahmen ¹		Ausbildung/ Weiterbildung		Integrationsmaßnahmen	
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

■ 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“ 2000-2008, „Versicherte“ 1999-2007



Berufliche Rehabilitation: Prozess und Ergebnis von Bildungsleistungen

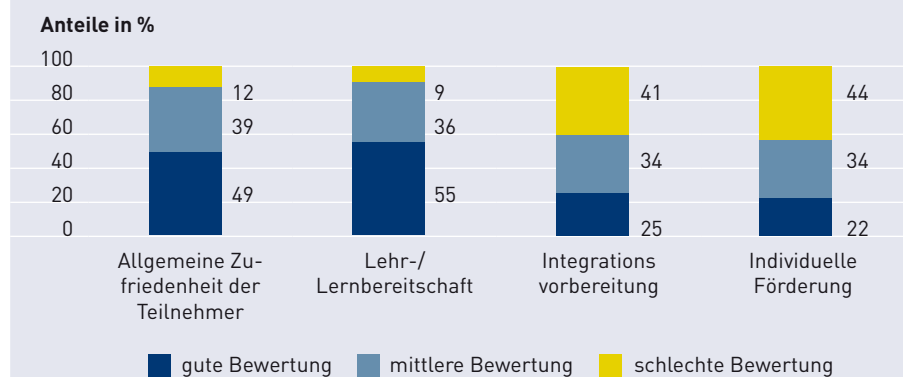
Teilnehmerbefragung – Berliner Fragebogen

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. 53). Die Rentenversicherung hat zur Sicherung der Qualität dieser Leistungen ein eigenes Konzept entwickelt: Besondere Bedeutung kommt der Bewertung der Qualität durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu. Seit 2006 erhalten alle Teilnehmer ein halbes Jahr nach Ende der Bildungsleistung per Post den so genannten „Berliner Fragebogen“. Die Befragung berücksichtigt Strukturdaten (z. B. Ausstattung), Prozesskriterien (z. B. individuelle Förderung während der Maßnahme) und ergebnisorientierte Aspekte (z. B. erfolgreicher Abschluss oder Wiedereingliederung in das Erwerbsleben nach Ende der Rehabilitation). Für Bildungsleistungen aus den Jahren 2007 und 2008 liegen Daten von etwa 11.000 Teilnehmerinnen und Teilnehmern vor. Jede Bildungseinrichtung, aus der mindestens 20 Teilnehmende den Fragebogen ausgefüllt haben, erhält einen Bericht zur Qualitätssicherung mit einer Auswertung der Teilnehmerurteile.

Nur 12 % der Teilnehmenden sind mit ihrer beruflichen Bildungsleistung unzufrieden.

Frauen und Männer unterscheiden sich kaum bei den Bewertungen der Bildungsleistungen. Im Großen und Ganzen sind sie mit der Bildungsmaßnahme zufrieden, nur 12 % sind unzufrieden (s. Abb. 21).

Abb. 21 Teilnehmerbefragung nach beruflicher Bildungsleistung: Zusammenfassende Beurteilung ausgewählter Bereiche



Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Ergebnisse aus Bildungsleistungen, abgeschlossen in 2007 und 1. Halbjahr 2008

Berufliche Rehabilitation: Prozess und Ergebnis von Bildungsleistungen

Einzelne Aspekte werden deutlich unterschiedlich beurteilt. Eher gut bewerten mehr als die Hälfte der Befragten (55 %) die Lehr- und Lernbedingungen, dazu gehören die personelle Besetzung, die Räumlichkeiten sowie die technische Ausstattung in der Bildungseinrichtung. Als Schwachpunkte empfinden die Teilnehmenden zum einen die Angebote, die ihnen die Bildungseinrichtung zur Vorbereitung der Wiedereingliederung bietet (Integrationsvorbereitung nur 25 % gute Bewertung), z. B. die Vermittlung von Kontakten zu potenziellen Arbeitgebern. Zum anderen wird die individuelle Förderung während der Maßnahme bemängelt (nur 22 % gute Bewertung), also die laufende Einschätzung des individuellen Ausbildungsstandes und die darauf ausgerichtete Förderung seitens der Bildungseinrichtung.

52 % der Teilnehmenden sind nach Abschluss der Bildungsleistung in Beschäftigung.

Der Berliner Fragebogen thematisiert auch die Eingliederung in den Arbeitsmarkt nach der Rehabilitation. 52 % der Befragten geben an, im Anschluss an die Bildungsleistung eine Beschäftigung aufgenommen zu haben. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede sind auch hier gering (s. Tab. 10). Bei knapp der Hälfte der aufgenommenen Beschäftigungen handelt es sich um ein unbefristetes Arbeitsverhältnis. Ihre Beschäftigung nahmen die Rehabilitanden durchschnittlich drei Monate nach Ende der Bildungsleistung auf. Zwei Drittel der Befragten bezeichneten die Bildungsleistung als notwendige Voraussetzung bzw. als wichtige Hilfe zur Erlangung des Arbeitsplatzes. Absolventen von Bildungsleistungen, die nicht berufstätig sind, geben als wesentliche Gründe dafür an: schlechter regionaler Arbeitsmarkt (Frauen 62 %, Männer 63 %), verschlechterter Gesundheitszustand (47 % bzw. 44 %) sowie zu wenig Unterstützung bei der Stellensuche (42 % bzw. 44 %).

Zwei Drittel der Befragten halten die berufliche Bildungsleistung für notwendig, um einem Arbeitsplatz zu erlangen.

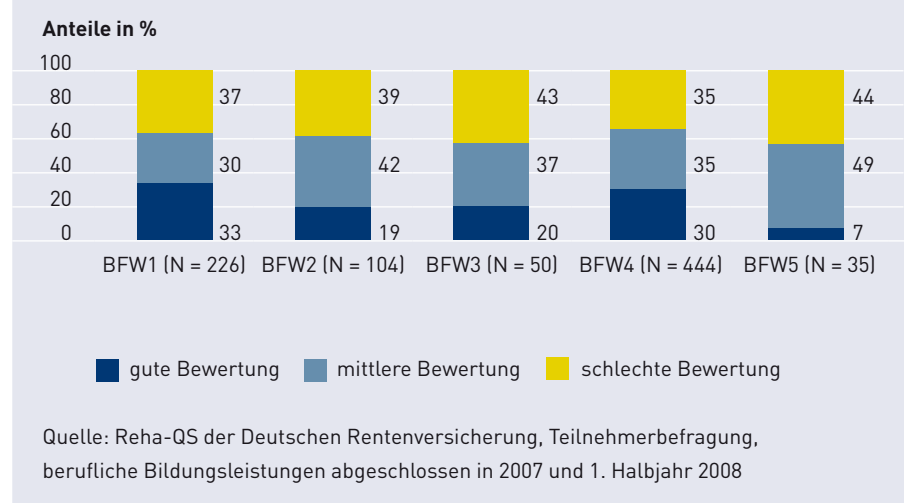
Tab. 10 Eingliederung der Versicherten in den Arbeitsmarkt

	Frauen (N = 3.551)	Männer (N = 5.280)
Im Anschluss an die Maßnahme eine Beschäftigung aufgenommen	51 %	53 %
Davon unbefristetes Arbeitsverhältnis	42 %	47 %
Beschäftigung wurde angetreten	2,8 Monate nach Reha-Ende	2,6 Monate nach Reha-Ende
Die Qualifizierung war....	Bewertung:	Bewertung:
...eine notwendige Voraussetzung	41%	39%
...eine wichtige Hilfe	32%	30%
...von geringer Bedeutung	10%	12%
...ohne Bedeutung	9%	12%
...keine Einschätzung möglich	8%	7%
Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Teilnehmerbefragung, berufliche Bildungsleistungen abgeschlossen in 2007 und 1. Halbjahr 2008		

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
49	Berufliche Rehabilitation
65	Aufwendungen für Rehabilitation
71	Im Fokus
71	Ambulante Rehabilitation
79	Sozialmedizinischer Verlauf
88	Anhang

Die Reha-Qualitätssicherung soll die Qualität der Bildungsleistungen verbessern. Dafür fasst die Rentenversicherung für jede Bildungseinrichtung die Angaben ihrer Teilnehmer zusammen. Die Ergebnisse fallen für die einzelnen Einrichtungen sehr unterschiedlich aus. Am Beispiel der Vorbereitung auf die berufliche Wiedereingliederung schon während der Bildungsmaßnahme sind in Abbildung 22 die Teilnehmerbewertungen für fünf Berufsförderungswerke (BFW, Bildungseinrichtungen für Teilnehmer mit erhöhtem Förderbedarf) dargestellt. Während in BFW5 nur wenige Teilnehmer (7 %) die Integrationsvorbereitung als gut bewerten, liegt dieser Anteil in BFW1 und BFW4 mit 33 %, beziehungsweise 30 % deutlich höher.

Abb. 22 Rehabilitandenzufriedenheit mit der Integrationsvorbereitung: Fünf Berufsförderungswerke (BFW) im Vergleich



Erfolg beruflicher Bildung – Routinedaten

Berufliche Bildungsleistungen haben die dauerhafte Erwerbstätigkeit möglichst vieler Rehabilitanden zum Ziel. Eine wichtige Voraussetzung dafür ist der erfolgreiche Abschluss der Reha-Leistung, der in den Routinedaten der Rentenversicherung gespeichert wird.

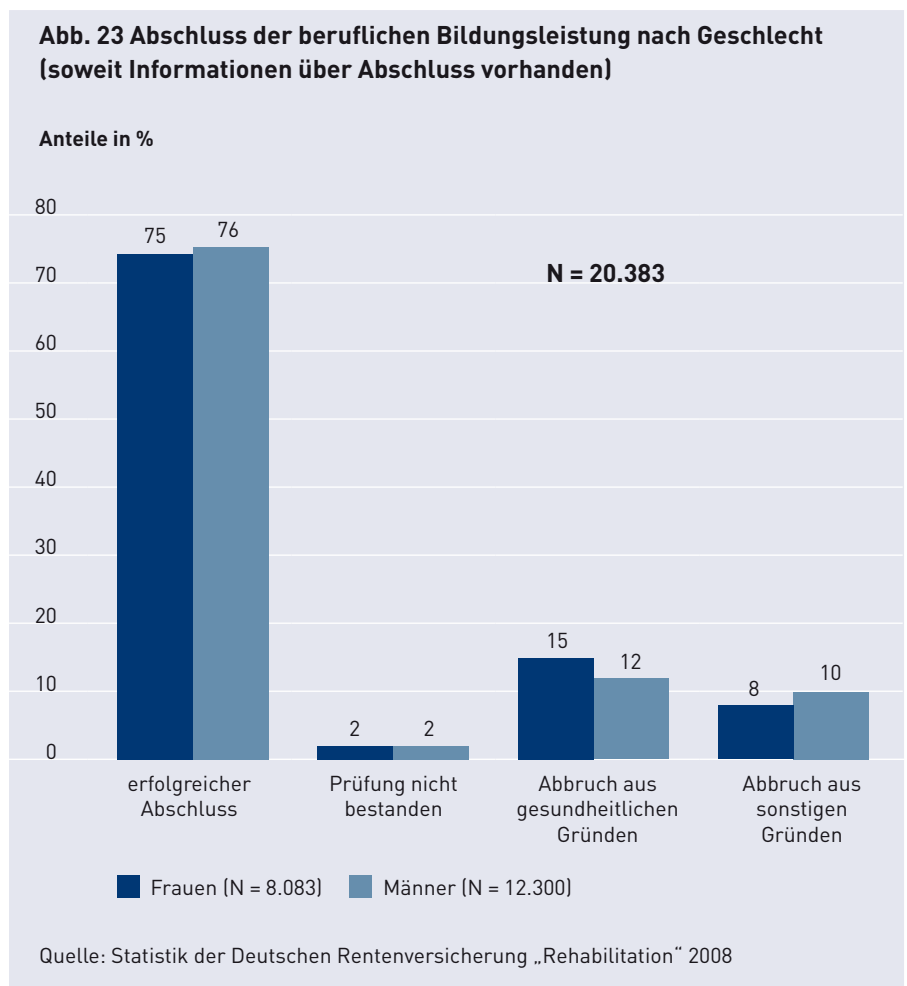
Etwa drei Viertel der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden schließen ihre Bildungsleistungen erfolgreich ab, rund ein Viertel mit einem staatlich anerkannten Abschluss. Etwa jeder Fünfte bricht die Bildungsleistung ab, davon mehr als 50 % aus gesundheitlichen Gründen – hier ist der Anteil der Frauen höher (s. Abb. 23). Meist beenden die Versicherten selbst die Bildungsmaßnahme, selten der Rentenversicherungsträger. Der Erfolg der beruflichen Bildungsleistungen bemisst sich wesentlich am Anteil der Rehabilitanden und Rehabilitandinnen, der anschließend dauerhaft erwerbstätig ist. Die Routinedaten der Rentenversicherung ermöglichen dazu eine Betrachtung über die beiden Jahre nach der Bildungsleistung (s. Abb. 24).

Berufliche Rehabilitation: Prozess und Ergebnis von Bildungsleistungen

Noch zwei Jahre nach der Bildungsleistung nimmt die Beschäftigungsrate zu.

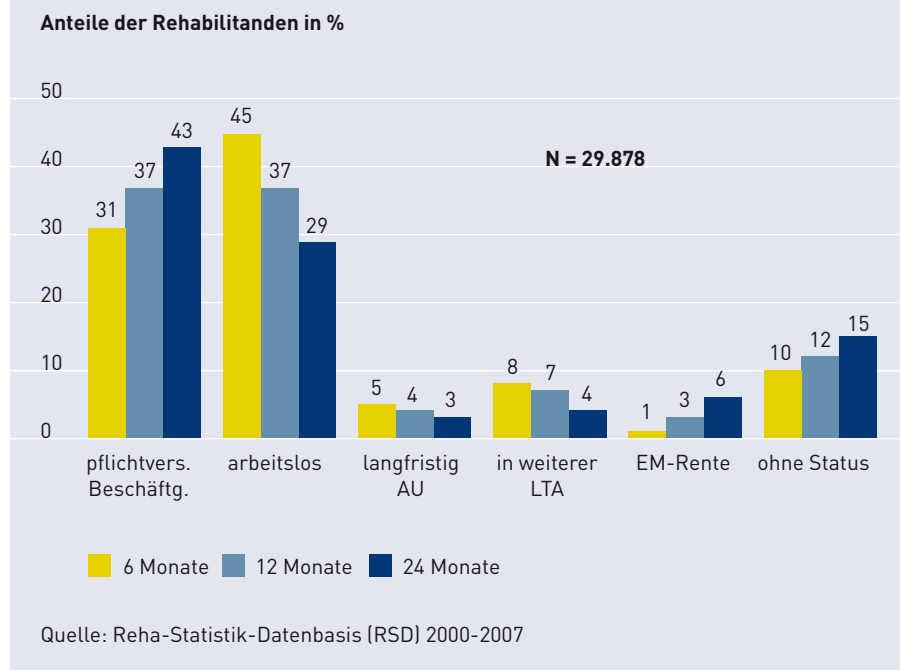
Die berufliche Wiedereingliederung der Rehabilitanden und Rehabilitandinnen, die 2005 ihre Bildungsleistung abgeschlossen haben, nimmt im Verlauf der beiden folgenden Jahre zu: Sind im sechsten Monat nach Ende der Bildungsleistung 31 % pflichtversichert beschäftigt, erhöht sich dieser Anteil nach zwei Jahren auf immerhin 43 %. Im selben Zeitraum sinkt der Anteil der Arbeitslosen von anfänglich 45 % auf 29 %.

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



4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
49	Berufliche Rehabilitation
65	Aufwendungen für Rehabilitation
71	Im Fokus
71	Ambulante Rehabilitation
79	Sozialmedizinischer Verlauf
88	Anhang

Abb. 24 Wiedereingliederungsstatus im 6., 12. und 24. Monat nach beruflicher Bildungsleistung im Jahr 2005



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

Frauen und Männern unterscheiden sich teilweise hinsichtlich ihrer Wiedereingliederung. Zwei Jahre nach der Bildungsleistung sind etwas weniger Frauen als Männer pflichtversichert beschäftigt (Frauen 39 %, Männer 45 %) bzw. arbeitslos (Frauen 28 %, Männer 30 %). Der Anteil an EM-Renten ist bei Frauen mit 8 % höher als bei Männern mit 5 %.



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 2008

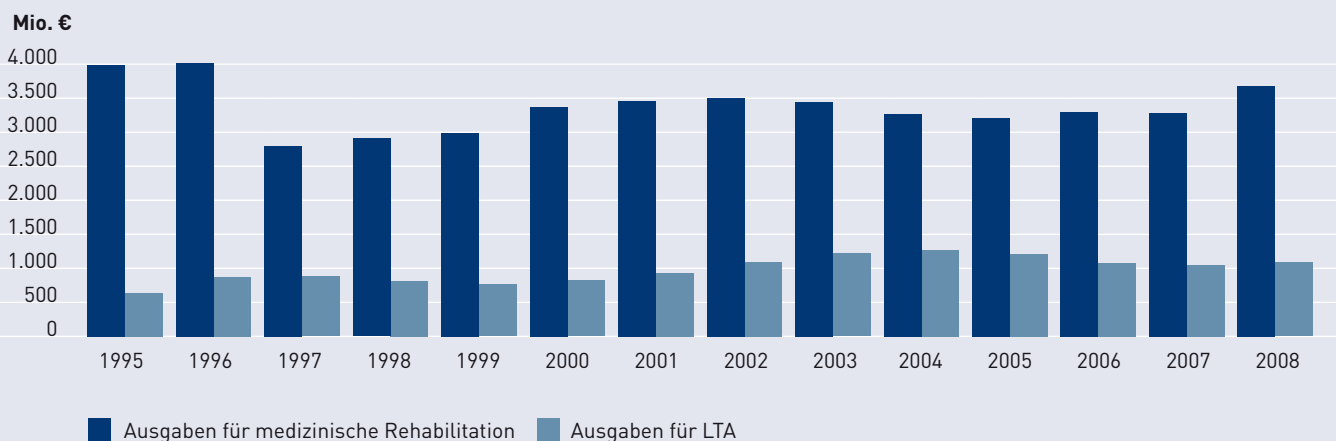
2008 gab die Rentenversicherung 5,1 Mrd. Euro für Rehabilitationsleistungen aus.

2008 gab die Deutsche Rentenversicherung insgesamt ca. 5,1 Mrd. € dafür aus (Steigerungsrate von 2007 auf 2008: 5,25 %). Damit blieb sie im Rahmen des Budgets, das der Rentenversicherung für Reha-Leistungen gesetzlich vorgegeben ist und das für 2008 auf 5,3 Mrd. € festgesetzt wurde.

Die Aufwendungen für Rehabilitation enthalten neben den Kosten, die in den Reha-Einrichtungen anfallen, auch Entgeltersatzleistungen (Übergangsgelder) und Sozialversicherungsbeiträge für Rehabilitanden. Von den Gesamtaufwendungen für Rehabilitation in 2008 entfielen 807,6 Mio. € (15,8 %) 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 2008 insgesamt 56,6 Mio. € Zuzahlungen, das sind im Durchschnitt etwa 60,- € pro medizinischer Reha-Leistung.

Für eine einzelne stationäre medizinische Rehabilitation bei somatischen Indikationen betragen die direkten Behandlungskosten – ohne ergänzende Leistungen wie Übergangsgeld oder Reisekosten – im Schnitt 2.478,- €.

Abb. 25 Aufwendungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) inkl. Übergangsgeld



Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2009

Aufwendungen für Rehabilitation

Die durchschnittliche stationäre medizinische Rehabilitation kostet 2.478,- Euro.

Ambulant erbrachte Reha-Leistungen im somatischen Bereich kosten durchschnittlich 1.528,- €. Die geringeren Kosten der ambulanten Rehabilitation lassen sich unter anderem durch den Wegfall der Hotelkosten erklären. Allerdings können durch das tägliche Aufsuchen der Reha-Einrichtung höhere Fahrtkosten anfallen. Bei psychischen oder Abhängigkeitserkrankungen liegen die mittleren Kosten mit 6.227,- € pro stationärer Rehabilitation deutlich höher, was sich durch ihre längere Dauer, vor allem bei Suchterkrankungen, erklären lässt.

Entwicklung ab 1995

Abbildung 25 gibt die Entwicklung der Aufwendungen ab 1995 wieder. Tabelle 11 gewährt einen differenzierten Einblick zu den Kosten nach Leistungsgruppen. Nach dem Inkrafttreten des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes (WFG) am 1.1.1997 sanken die Ausgaben für Rehabilitation um knapp 1,3 Mrd. €, zunächst zu Lasten der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, 1998-1999 dann auch für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Seitdem nehmen die Aufwendungen für Rehabilitation insgesamt, bis auf einen leichten Rückgang in den Jahren 2004-2006, wieder zu. Sie liegen 2008 wieder etwas über denen des Jahres 1995. Die Zahlen der beiden Jahre sind aufgrund von Inflations- und Preiseffekten

Tab. 11 Brutto-Aufwendungen¹ für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben in Mio. €

	Aufwendungen für Rehabilitation insgesamt	Medizinische und sonst. Leistungen	Übergangsgeld für med. und sonst. Leistungen	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	Übergangsgeld für 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

¹ Brutto-Aufwendungen sind Reha-Ausgaben zuzügl. Erstattungen

Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2009

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
49	Berufliche Rehabilitation
65	Aufwendungen für Rehabilitation
71	Im Fokus
71	Ambulante Rehabilitation
79	Sozialmedizinischer Verlauf
88	Anhang

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 noch etwas unter dem Niveau von 1995 liegen, haben sich diejenigen für LTA im Vergleich zu 1995 nahezu verdoppelt (s. Tab. 11): 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, das WFG bewirkt einen Rückgang (-30,5 %) in 1997 auf 2,8 Mrd. €. Ab 1998 steigen die Ausgaben bis zum Jahr 2002 wieder an. Nach Rückgängen in den Jahren 2003 bis 2005 nehmen die Ausgaben für medizinische Rehabilitation seit 2006 wieder zu, ohne jedoch das Niveau von 1995 (vor dem WFG) erreicht zu haben.

Die Ausgaben für LTA haben seit 1995 deutlich zugenommen.

Insgesamt hat sich im betrachteten Zeitraum das Verhältnis der Aufwendungen für medizinische Rehabilitation zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zugunsten letzterer verändert: Lag 1995 das Verhältnis noch bei 6:1, machen 2008 die Ausgaben für medizinische Rehabilitationen nur noch gut das Dreifache der Ausgaben für LTA aus (s. Abb. 25).

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 12 werden die Aufwendungen für Rehabilitation den Aufwendungen der Rentenversicherung insgesamt sowie für verschiedene Rentenarten gegenüber gestellt.

Trotz ihrer großen Bedeutung beanspruchen die Leistungen zur Teilhabe, d. h. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben, mit 2,1 % nur einen geringen Anteil an allen Aufwendungen der Rentenversicherung. Die Aufwendungen für Rehabilitation stehen zu denjenigen für Erwerbsminderungsrenten (5,9 %) im Verhältnis 1:3.

Aufwendungen für Rehabilitation

Tab. 12 Ausgaben der gesetzlichen Rentenversicherung 2008 nach Ausgabearten in Mio. €

Ingesamt	Rehabilitation*	EM-Renten	Altersrenten	Hinterbliebenen-Renten	sonst. Ausgaben (insbes. KVdR)	Verwaltungs- und Verfahrenskosten
240.430	4.948	14.205	163.784	38.193	15.557	3.575
100%	2,1%	5,9%	68,1%	15,9%	6,5%	1,5%

* Nettoaufwendungen, d. h. nach Abzug von Einnahmen/Erstattungen KVdR Krankenversicherung der Rentner

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung - Rechnungsergebnisse

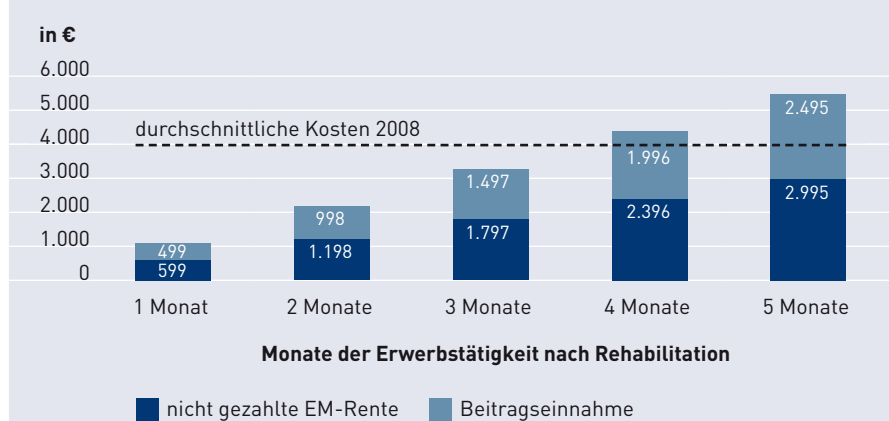
Ausgaben für Rehabilitation entsprechen nur 2,1 % der Gesamtausgaben der Rentenversicherung.

Rehabilitation rechnet sich – Amortisationsmodell 2008

Rechnet sich die medizinische Rehabilitation? Berechnungen zum Verhältnis von Kosten und Nutzen aus der Perspektive der Rentenversicherung zeigen, dass sich schon durch das Hinausschieben des Bezuges einer Erwerbsminderungsrente um nur vier Monate die medizinische Rehabilitation amortisiert. Grundlage bildet das Modell der Amortisation (Schneider 1989), das nur die direkten Kosten und den Nutzen für die Rentenversicherung einbezieht (s. Abb. 26).

Dies sind auf der Kostenseite die Aufwendungen für die medizinische Rehabilitation, die 2008 im Durchschnitt ca. 4.000 € betragen (Zuzahlungen der Versicherten und anteilige Verwaltungskosten werden dabei nicht berücksichtigt). Als Nutzen werden Beitragseinnahmen und nicht erfolgte Rentenzahlungen wegen Erwerbsminderung erfasst. Pro Monat der Erwerbstätigkeit erhält die Rentenversicherung Beiträge in Höhe von im Mittel 499 € und

Abb. 26 Amortisationsmodell der medizinischen Rehabilitation (ohne sonstige Leistungen nach § 31 SGB VI)



Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2008, eigene Berechnungen

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
49	Berufliche Rehabilitation
65	Aufwendungen für Rehabilitation
71	Im Fokus
71	Ambulante Rehabilitation
79	Sozialmedizinischer Verlauf
88	Anhang

Die Rehabilitation rechnet sich für die Rentenversicherung.

spart gleichzeitig die Erwerbsminderungsrente mit einer durchschnittlichen Höhe im Rentenzugang von 599 €; zusammen ergibt sich also ein Nutzen von 1.098 € pro Monat. Im Ergebnis zeigen diese – zugegeben groben – Überlegungen, dass sich die medizinische Rehabilitation bereits in kurzfristiger Perspektive bezahlt macht, wenn sie die Erwerbsminderung um mindestens vier Monate hinausschiebt.

Schneider M.: Die Kosten-Wirksamkeit der Rehabilitation von Herzinfakt-patienten. In: Deutsche Rentenversicherung 8-9/1989, S. 487-493.

Der folgende Abschnitt richtet den Blick auf ausgewählte Themen. In diesem Jahr wird zum einen die ambulante Rehabilitation näher beleuchtet, mit dem Schwerpunkt auf Orthopädie. Das zweite Thema beschäftigt sich mit der Frage: Was wird aus den Rehabilitanden, wenn sie die Rehabilitation beendet haben? Kehren sie in den Beruf zurück? Dazu liefert der so genannte Sozialmedizinische Verlauf Informationen aus den Routinedaten der Rentenversicherung.

Ambulante Rehabilitation – Beispiel Orthopädie

Die ambulante Rehabilitation ist als eigenständige Leistungsform infolge der Weiterentwicklung von Rehabilitationskonzepten, dem Wunsch nach flexibleren Leistungsangeboten und dem Bedarf nach wohnortnaher Versorgung entstanden. Unterstützt durch Rahmenempfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) entwickelte sich seit dem Jahr 2000 eine leistungsfähige ambulante Versorgungsstruktur. Die Rentenversicherung konzentriert sich auf die ganztägig ambulante Rehabilitation, bei der die Rehabilitanden in der Regel an fünf Tagen der Woche tagsüber in der Reha-Einrichtung behandelt werden, aber zu Hause übernachten. Wie bei der stationären Rehabilitation arbeiten ärztliche, physiotherapeutische, psychologische und andere therapeutische Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen im Reha-Team zusammen. Die Wohnortnähe ermöglicht es, Angehörige, Hausarzt, Betriebsarzt sowie Nachsorgestrukturen in die Rehabilitation einzubeziehen. Darüber hinaus ist eine Zusammenarbeit mit dem beruflichen Umfeld möglich.

Ganztägig ambulante Rehabilitation findet in der Regel an fünf Tagen pro Woche statt.

Hintergrund

Seit Einführung der ganztägig ambulanten Rehabilitation nimmt die Inanspruchnahme dieser neuen Leistungsform deutlich zu – 1997 waren es nur 8.418 ambulante Reha-Leistungen, 2003 bereits 52.285. Mit 80.063 Reha-Leistungen im Jahr 2008 ist diese Zahl noch einmal um fast 40 % angestiegen. Durch die Zunahme der ambulanten Reha-Leistungen wächst auch die Anzahl ambulanter, vor allem orthopädischer Reha-Einrichtungen. Abbildung 27 zeigt für das Jahr 2008, wie sich die ambulanten Reha-Leistungen auf die einzelnen Indikationsbereiche verteilen. Während onkologische oder neurologische Erkrankungen kaum vertreten sind, überwiegen die orthopädischen Erkrankungen mit 78 %. Daher konzentriert sich die folgende Darstellung auf ganztägig ambulante Leistungen zur orthopädischen Rehabilitation.

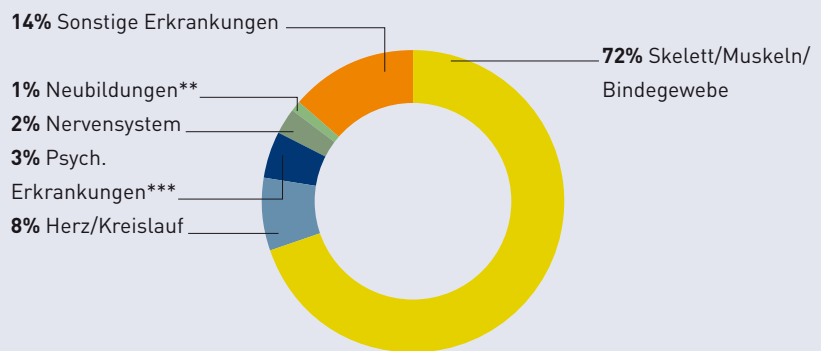
80.063 ambulante Reha-Leistungen wurden 2008 durchgeführt.

Im Bundesdurchschnitt werden 17 % aller orthopädischen Reha-Leistungen ambulant durchgeführt. Der regionale Vergleich zeigt, dass Versicherte besonders in Ballungsräumen mit guter Versorgungsstruktur und guter Erreichbarkeit der Einrichtungen eine ambulante Rehabilitation in Anspruch nehmen. Die Durchführung einer bedarfsgerechten und flächendeckenden ambulanten Rehabilitation in dünn besiedelten Regionen stößt an Grenzen.

Vor allem die orthopädische Rehabilitation wird ambulant durchgeführt.

Abb. 27 Ambulante Rehabilitation 2008 – Krankheitsspektrum (abgeschlossene Leistungen*)

N = 79.981



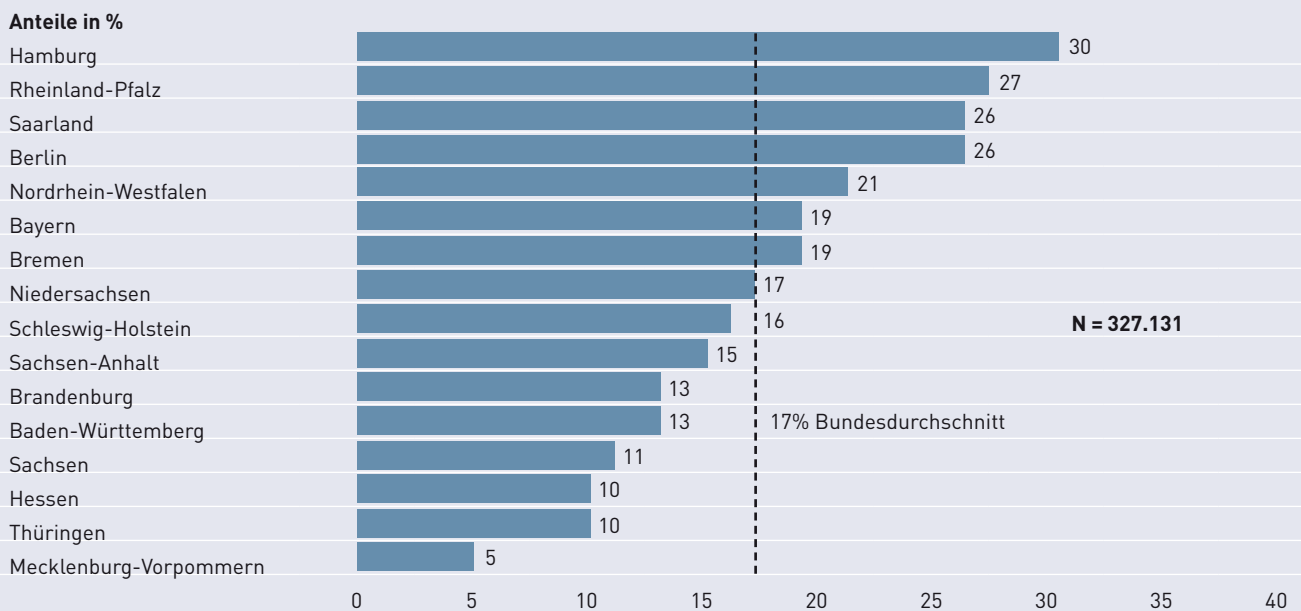
* ohne Fälle, bei denen die 1. Diagnose noch nicht erfasst ist

** ohne onkologische Reha-Leistungen nach §31 SGB VI

*** ohne Sucht

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2008

Abb. 28 Ambulante orthopädische Reha-Leistungen. Anteil an allen durchgeführten orthopädischen Reha-Leistungen 2008 nach Bundesland



Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2008

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
49	Berufliche Rehabilitation
65	Aufwendungen für Rehabilitation
71	Im Fokus
71	Ambulante Rehabilitation
79	Sozialmedizinischer Verlauf
88	Anhang

Die ambulante Rehabilitation wird regional unterschiedlich in Anspruch genommen.

Werden ambulante Reha-Leistungen und -Zentren regional gefördert – wie in Rheinland-Pfalz, einer Region mit wenig Ballungszentren – sind auch dort relativ hohe Anteile ambulanter Reha-Leistungen möglich (27 %, s. Abb. 28).

Seit ihrer Einführung hat sich die ambulante Rehabilitation zu einer grundsätzlich gleichwertigen Alternative zur stationären Rehabilitation entwickelt. Damit stellt sich die Frage nach den Unterschieden zwischen ambulanter und stationärer Rehabilitation.

Rehabilitanden in der ambulanten und stationären Rehabilitation

16 % der Frauen, 19 % der Männer gehen in die ambulante Rehabilitation.

Tabelle 13 zeigt, dass Männer in der ambulanten Rehabilitation etwas stärker vertreten sind als Frauen. Rehabilitanden in der ambulanten Rehabilitation sind mit einem mittleren Alter von 46 Jahren im Schnitt 4,4 Jahre jünger als solche in der stationären Rehabilitation.

In der stationären Rehabilitation finden sich psychische Begleiterkrankungen häufiger als Diagnose im Entlassungsbericht als in der ambulanten Rehabilitation. Andererseits sind ambulante Rehabilitanden vor ihrer Rehabilitation häufiger mindestens drei Monate arbeitsunfähig. Sie werden am Ende der Rehabilitation als etwas leistungsfähiger eingestuft als Versicherte, die eine stationäre Rehabilitation durchlaufen haben. Plausibel ist der höhere Anteil an Rehabilitanden mit Nachsorgeleistungen und stufenweiser Wiedereingliederung nach ambulanter Rehabilitation als Ausdruck der Wohnort- und Arbeitsplatznähe. Hier sind die Möglichkeiten der Kontaktaufnahme und Vorbereitung einfacher und werden entsprechend genutzt. Bezüglich anderer sozialer Merkmale, wie z. B. Arbeitslosigkeit vor der Rehabilitation, lassen sich kaum Unterschiede feststellen.

In ambulanter orthopädischer Rehabilitation haben weniger Rehabilitanden psychische Begleiterkrankungen als in stationärer.

Qualitätssicherung

Gleiche Therapiestandards für ambulante und stationäre Rehabilitation.

Die Rentenversicherung erwartet bei der stationären und ambulanten Rehabilitation vergleichbare Qualitätsstandards und setzt bei beiden Rehabilitationsformen die Instrumente der Reha-Qualitätssicherung ein. Dazu gehört die Dokumentation der therapeutischen Versorgung auf Basis der Klassifikation Therapeutischer Leistungen (KTL; s. S. 38), die allerdings zurzeit noch nicht für alle Rehabilitationsleistungen statistisch auswertbar vorliegt (daher das kleinere N in Tab. 14). In beiden Leistungsformen – stationär wie ambulant – nimmt der überwiegende Teil der Rehabilitanden (95 % - 99 %) mehrere Therapieangebote in folgenden Bereichen wahr: Sport- und Bewegungstherapie, Physiotherapie und physikalische Therapie, sowie Informations-, Motivations- und Schulungsangebote. Die Therapieintensität der Leistungen, d. h. deren Dauer, ist im ambulanten Bereich, vor allem bei Leistungen aus Sport- und Bewegungstherapie, höher als im stationären (s. Tab. 14).

In einigen Bereichen erhalten die Versicherten in der ambulanten Rehabilitation andere Therapieangebote als in der stationären – bei vergleichbarer Therapieintensität. Beispielsweise bekommen stationäre Rehabilitanden häufiger Pflegeleistungen – wer sich in eine stationäre Rehabilitation begibt,

Ambulante Rehabilitation bietet mehr Bewegungstherapie, Psychologie und Sozialarbeit als stationäre.

ist oft älter und auch schwerer erkrankt. Umgekehrt nehmen ambulante Rehabilitanden mehr Ergotherapie, Arbeitstherapie und Sozialarbeit in Anspruch, was für eine engere Einbindung des beruflichen Umfeldes in die

Tab. 13 Ambulante und stationäre orthopädische Rehabilitanden: ausgewählte Merkmale 2008

	Ambulante orthopädische Rehabilitanden N = 65.746	Stationäre orthopädische Rehabilitanden N = 295.111
Frauen	43 %	50 %
Männer	57 %	50 %
Alter:		
- 18 bis 29 Jahre	7 %	3 %
- 30 bis 39 Jahre	18 %	9 %
- 40 bis 49 Jahre	36 %	30 %
- 50 bis 59 Jahre	34 %	47 %
- > 60 Jahre	6 %	11 %
Durchschnittsalter	46,2 Jahre	50,6 Jahre
Arbeitsunfähigkeit (AU) vor Reha:		
- keine AU-Zeiten	14 %	16 %
- bis unter 3 Monate AU	48 %	51 %
- 3 bis unter 6 Monate AU	20 %	14 %
- 6 und mehr Monate AU	15 %	13 %
- nicht erwerbstätig	3 %	6 %
Leistungsfähigkeit in der letzten Beschäftigung:		
- 6 Stunden und mehr	82 %	76 %
- 3 bis unter 6 Stunden	6 %	8 %
- unter 3 Stunden	11 %	13 %
- keine Angaben erforderlich	1 %	3 %
Psychische Begleiterkrankung	16 %	24 %
Anteil Anschlussrehabilitation (AHB)	26 %	32 %
Nachsorgeleistungen (z. B. IRENA)	36 %	13 %
Stufenweise Wiedereingliederung (SGB IX)	9 %	4 %
Arbeitslos nach SGB III	7 %	8 %

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2008

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
49	Berufliche Rehabilitation
65	Aufwendungen für Rehabilitation
71	Im Fokus
71	Ambulante Rehabilitation
79	Sozialmedizinischer Verlauf
88	Anhang

Rehabilitation spricht. Ein weiteres Instrument zur Beurteilung der Prozessqualität ist das Peer Review-Verfahren. Es prüft stichprobenartig an Hand der Reha-Entlassungsberichte und der dazugehörigen Therapiepläne die Qualität des Rehabilitationsprozesses (s. S. 36).

Die Peer Review-Auswertungen einzelner Bereiche sowie des gesamten Reha-Prozesses zeigen für die ambulante orthopädische Rehabilitation etwas bessere Ergebnisse als für die stationäre (s. Abb. 29). Beispielsweise stellen die

Tab. 14 Therapeutische Versorgung (KTL) 2008 - Ambulante und stationäre orthopädische Rehabilitation (ambulant N = 33.676, stationär N = 233.827)

Kapitel in der KTL	Anteil behandelter Rehabilitanden		Dauer der Reha-Leistungen in Stunden pro Woche	
	ambulant	stationär	ambulant	stationär
Sport- und Bewegungstherapie	98 %	95 %	6,9	4,4
Physiotherapie	99 %	97 %	3,6	3,2
Information, Motivation, Schulung	98 %	99 %	3,2	2,9
Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie	66 %	52 %	0,3	0,3
Ergotherapie, Arbeitstherapie und andere funktionelle Therapie	61 %	44 %	0,9	1,0
Klinische Psychologie, Neuropsychologie	79 %	66 %	1,6	1,6
Reha-Pflege	18 %	29 %	0,3	0,4
Physikalische Therapie	98 %	97 %	2,7	2,8
Rekreationstherapie	14 %	35 %	1,0	2,1
Ernährung	26 %	35 %	2,9	2,6

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2008

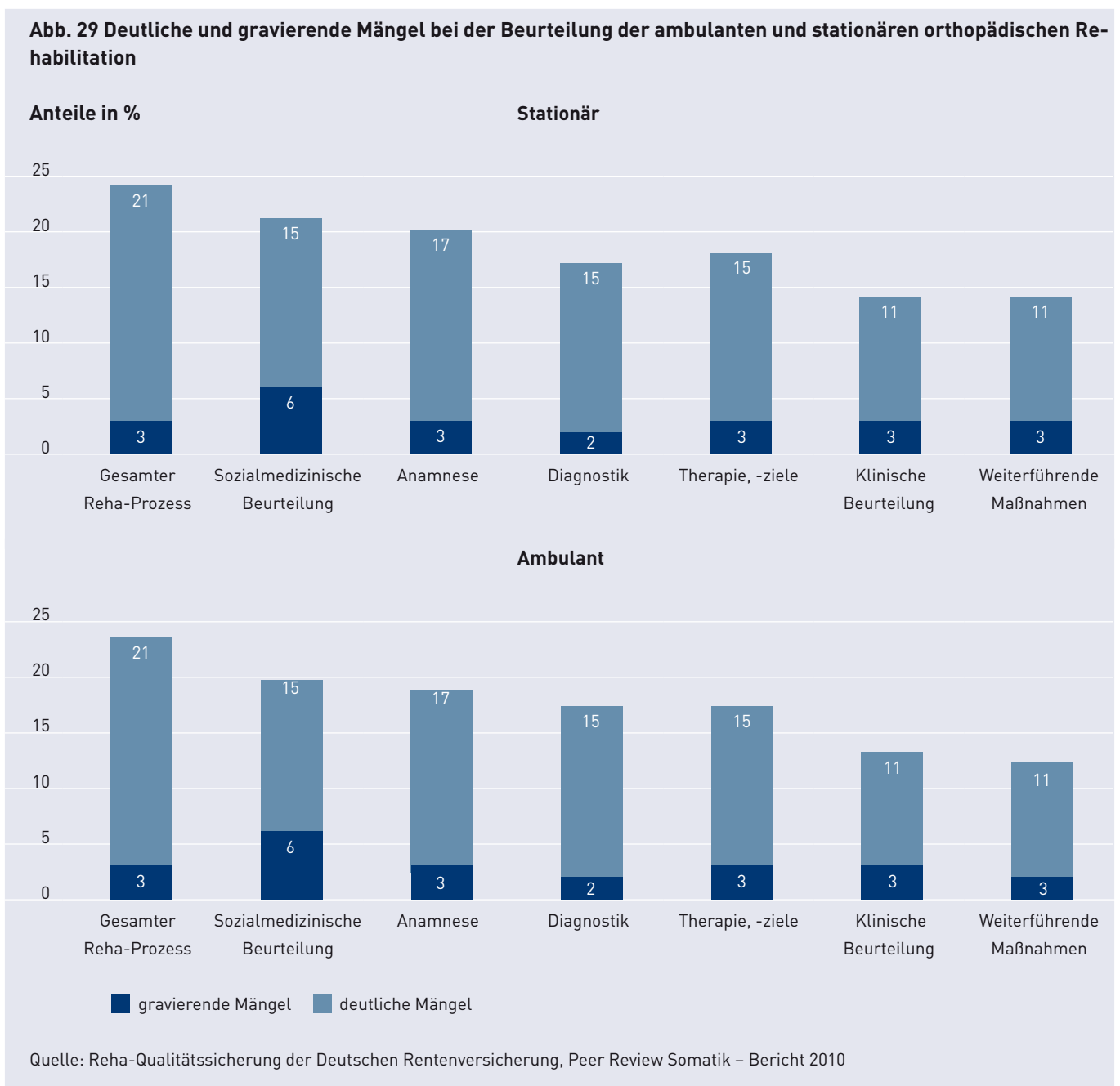
Die Prozessqualität ambulanter und stationärer Rehabilitation ist vergleichbar.

Gutachter bei der ambulanten Rehabilitation in der Beurteilung des Reha-Prozesses insgesamt in 20 % der Berichte deutliche und gravierende Mängel fest. Bei der stationären waren es 24 %. Der Anteil der Mängel ist in beiden Leistungsformen in den letzten Jahren gesunken und jeweils eher gering, was für ein vergleichbar gutes Qualitätsniveau spricht.

Gemeinsam mit den anderen Reha-Trägern wurden auch Kriterien für die Strukturqualität ambulanter Reha-Einrichtungen erarbeitet: insgesamt gibt es mehr als 100 Strukturmerkmale für die räumliche, technische und personelle Ausstattung. Eine erste Auswertung der Daten von 15 orthopädischen ambulanten Reha-Einrichtungen bescheinigte diesen eine mit stationären Einrichtungen vergleichbare Strukturqualität. Voraussichtlich ab 2010 wird auch in der ambulanten medizinischen Rehabilitation routinemäßig eine Rehabilitandenbefragung durchgeführt – in der stationären Rehabilitation ist sie schon seit 1997 üblich (vgl. S. 33).

Erwerbsverlauf nach ambulanter Rehabilitation

Die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung soll dafür sorgen, dass Rehabilitanden weiter langfristig am Erwerbsleben teilnehmen. Der so genannte Sozialmedizinische Verlauf (SMV) beschreibt das Erwerbsleben von



4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
49	Berufliche Rehabilitation
65	Aufwendungen für Rehabilitation
71	Im Fokus
71	Ambulante Rehabilitation
79	Sozialmedizinischer Verlauf
88	Anhang

Rehabilitanden in den beiden Jahren nach Abschluss ihrer medizinischen Rehabilitation anhand bestimmter Merkmale, z. B. ob Rentenversicherungsbeiträge (lückenlos oder lückenhaft) gezahlt wurden (s. Info-Box zum SMV S. 41). Beeinflusst wird der sozialmedizinische Verlauf von Alter, Art und Schwere der Erkrankung und verbleibenden gesundheitlichen Einschränkungen oder Behinderungen, aber auch von der Qualifikation des Rehabilitanden, einer möglichen Arbeitslosigkeit und der aktuellen Arbeitsmarktsituation.

Der sozialmedizinische Verlauf nach ambulanter und stationärer Rehabilitation zeigt keine wesentlichen Unterschiede.

Mit der medizinischen Rehabilitation erreichte die Rentenversicherung 2005 ihre Ziele „Erhalt der Erwerbsfähigkeit“ und „Vermeidung von Erwerbsminderung“ bei der überwiegenden Zahl der orthopädischen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden: Der Anteil lückenloser und lückenhafter Beitragszahler nach Rehabilitation ist mit zusammengenommen gut 90% hoch und unterstreicht die Wirksamkeit der Rehabilitation insgesamt. Die für beide Leistungsformen der Rehabilitation ganz ähnlichen Ergebnisse belegen, dass die ambulante Rehabilitation bei dafür geeigneten Versicherten ebenso wirksam ist wie die stationäre (s. Abb. 30 und 31).

Fazit

Bei einem seit Jahren anhaltenden Trend steigender Rehabilitationsleistungen fällt der Zuwachs ambulanter Leistungen überproportional hoch aus. Soziodemografische und krankheitsbezogene Merkmale von ambu-

Abb. 30 Sozialmedizinischer 2-Jahres-Verlauf nach orthopädischer Rehabilitation 2005 - ambulant (pflichtversicherte Rehabilitanden)

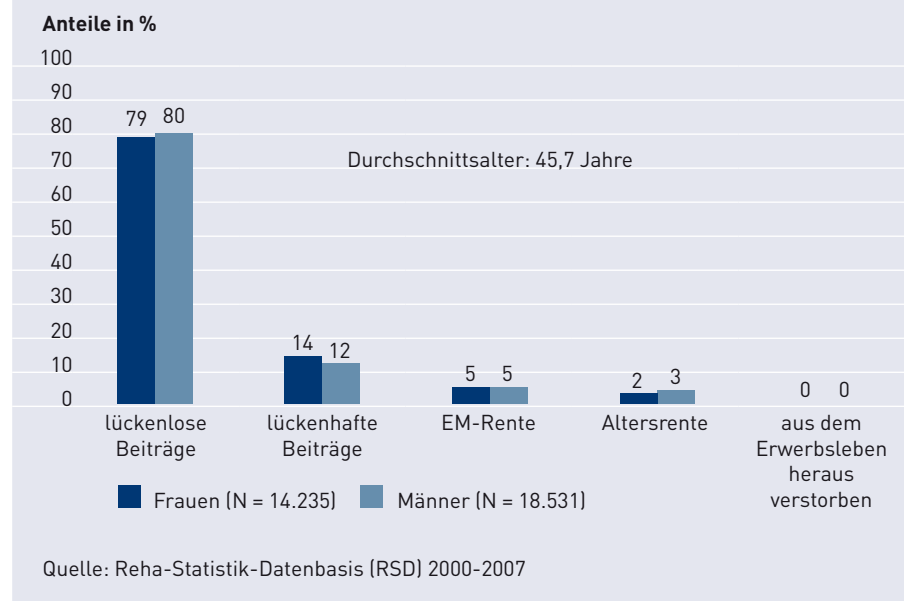
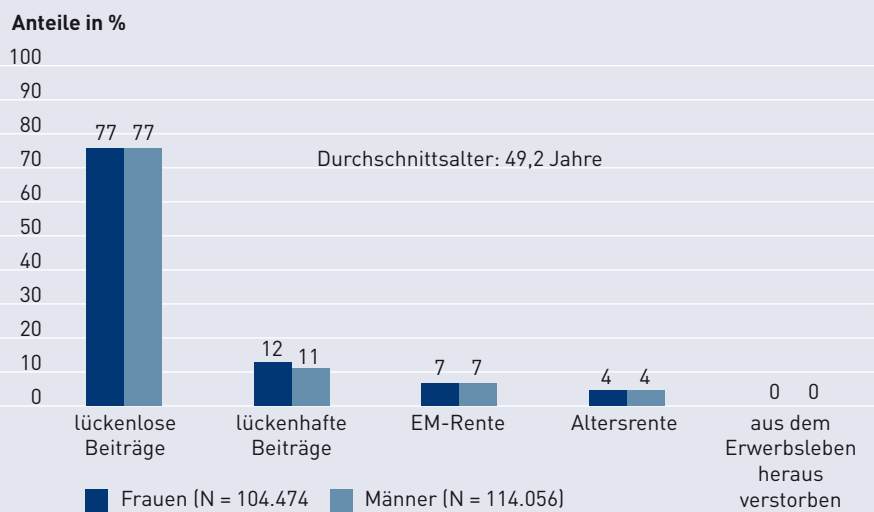


Abb. 31 Sozialmedizinischer 2-Jahres-Verlauf nach orthopädischer Rehabilitation 2005 - stationär (pflichtversicherte Rehabilitanden)



ambulanten und stationären Rehabilitanden unterscheiden sich kaum. Ambulanten Einrichtungen bescheinigt die Qualitätssicherung der Rentenversicherung ein insgesamt gutes und mit dem der stationären Reha-Kliniken vergleichbares Qualitätsniveau.

Die ambulante medizinische Rehabilitation hat sich bewährt.

Teilweise unterscheiden sich die Behandlungsschwerpunkte von ambulanten (mehr Sport und Bewegungstherapie, mehr Sozialarbeit) und stationären Reha-Leistungen (mehr Pflege, mehr Rekreationstherapien). Auch im sozialmedizinischen Verlauf erzielen beide Formen der medizinischen Rehabilitation einen ähnlich hohen Rehabilitationserfolg – Erwerbsminderung kann in der überwiegenden Mehrheit der Fälle vermieden werden. Die ambulante orthopädische Rehabilitation hat sich gut etabliert. Die Zukunft wird zeigen, ob sich dieser Erfolg auch auf andere Indikationen mit deutlich geringeren Fallzahlen (z. B. in der Kardiologie) übertragen lässt. Ebenso bleibt abzuwarten, inwieweit sich die ambulante Rehabilitation auch in weniger bevölkerungsdichten Regionen durchsetzen wird.

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
49	Berufliche Rehabilitation
65	Aufwendungen für Rehabilitation
71	Im Fokus
71	Ambulante Rehabilitation
79	Sozialmedizinischer Verlauf
88	Anhang

Sozialmedizinischer Verlauf

Der Sozialmedizinische Verlauf (SMV) misst den Erfolg der Wiedereingliederung.

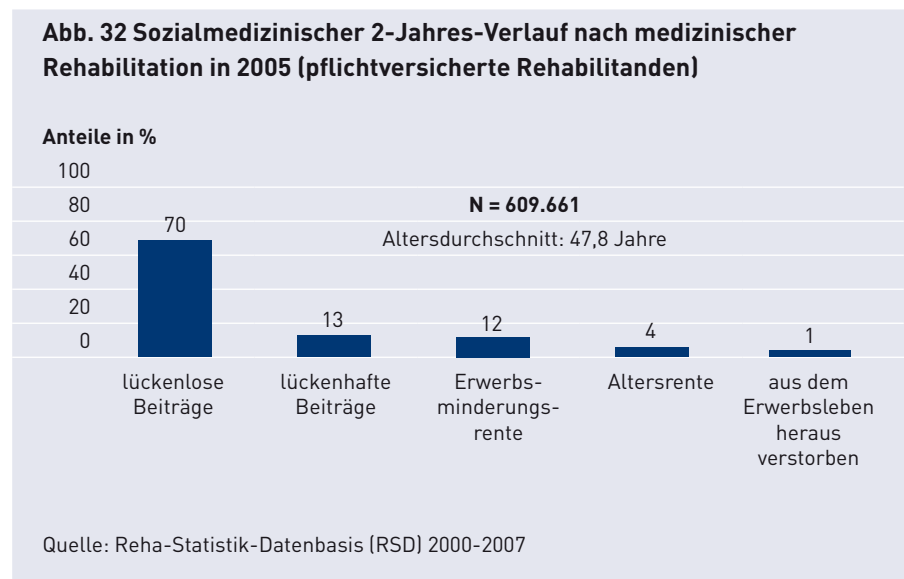
Die Rehabilitation der Rentenversicherung dient vor allem dem Ziel, die vorzeitige Berentung der Versicherten zu vermeiden oder hinaus zu schieben. Positiv ausgedrückt will sie die Erwerbsfähigkeit der Versicherten möglichst auf Dauer erhalten. Der so genannte Sozialmedizinische Verlauf (SMV) (s. Info-Box S. 41) liefert dazu wichtige Hinweise. Er gibt darüber Auskunft, ob in einem bestimmten Zeitraum (zumeist zwei Jahre) nach der abgeschlossenen Rehabilitationsleistung Beiträge auf das Rentenversicherungskonto der Rehabilitanden eingehen – was bedeutet, dass sie erwerbsfähig sind – oder ob sie aus dem Erwerbsleben ausscheiden. In diesem Fall wird danach unterschieden, ob der Rehabilitand vorzeitig (Erwerbsminderungsrente) oder aus Altersgründen berentet wird oder aus dem Erwerbsleben heraus verstirbt.

Inwieweit die erhaltene Erwerbsfähigkeit auch in eine Erwerbstätigkeit einmündet, hängt von vielen Faktoren ab, insbesondere von den Bedingungen am Arbeitsmarkt. Diese Faktoren bilden einen Schwerpunkt in der zweiten Vertiefung dieses Berichts: Es geht um die Rückkehr zur Arbeit, Arbeitslosigkeit und längerfristige Arbeitsunfähigkeit sowie um zeitliche Aspekte der Wiedereingliederung in den Beruf. Zudem werden wichtige Einflussfaktoren auf die Erwerbssituation nach der medizinischen Rehabilitation aufgezeigt.

83 % verbleiben in den zwei Jahren nach ihrer Rehabilitation im Erwerbsleben.

Erwerbsverlauf nach medizinischer Rehabilitation

Abb. 32 stellt den sozialmedizinischen Zwei-Jahres-Verlauf für pflichtversicherte Rehabilitanden dar, die im Jahr 2005 ihre medizinische Rehabilitation beendet hatten. Insgesamt 83 % der Rehabilitanden verblieben im Erwerbsleben. Für den weitaus größten Teil (70 %) gingen Monat für Monat Beiträge



zur Rentenversicherung ein („lückenlose Beiträge“). Bei einem kleineren Teil der Rehabilitanden (13 %) gibt es in den zwei Jahren nach Rehabilitation auch Monate, für die die Rentenversicherung keine Beiträge verzeichnet („lückenhafte Beiträge“).

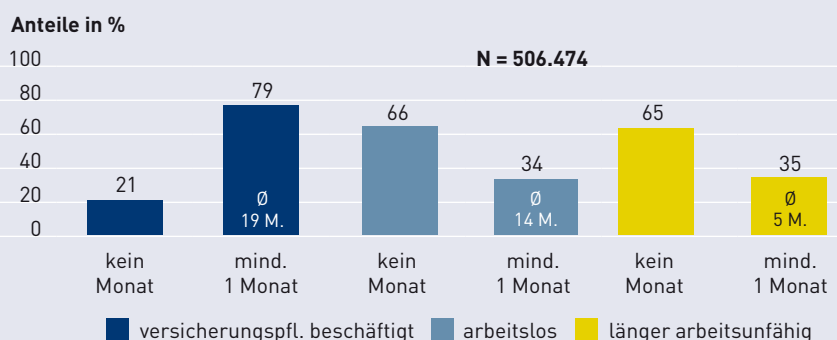
Die restlichen 17 % der Rehabilitanden sind aus dem Erwerbsleben ausgeschieden – sei es mit Erwerbsminderungsrente (EM-Rente) oder Altersrente oder durch ihren Tod. Von den 12 % der Rehabilitanden, die vorzeitig berentet wurden, waren bei einem Anteil von 16 % nicht allein gesundheitliche Gründe dafür ausschlaggebend. Sie fanden aufgrund ihres eingeschränkten Leistungsvermögens (weniger als sechs Stunden tägliche Arbeitszeit) keinen Teilzeitarbeitsplatz („arbeitsmarktsbedingte Erwerbsminderungsrente“). Hier trägt die Rentenversicherung einen Teil der Arbeitsmarktrisiken. Im Übrigen muss das Ausscheiden in die Erwerbsminderungsrente nicht von Dauer sein, da nach der Reform des Erwerbsminderungsrechts 2001 Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zunächst überwiegend auf Zeit bewilligt werden. Denn die Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit ist auch für diesen Personenkreis möglich, wenn sich die gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die zur Zeitrente geführt haben, nachhaltig gebessert haben.

Beschäftigung, Arbeitsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit

Die Art der Beiträge zur Rentenversicherung, die für jeden der 24 Monate nach der medizinischen Rehabilitation entrichtet werden, zeigt, ob Rehabilitanden wieder eine Erwerbstätigkeit aufgenommen haben (der Arbeitgeber leistet Beiträge zur Rentenversicherung) oder aber arbeitslos werden bzw. bleiben (die Bundesagentur für Arbeit leistet dann Beiträge zur Rentenversicherung). Auch Zeiten mit längerer Arbeitsunfähigkeit, die über die Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber hinausgehen und zu

Rund ein Drittel der Rehabilitanden ist nach ihrer Rehabilitation zeitweise arbeitslos.

Abb. 33 Erwerbssituation zwei Jahre nach medizinischer Rehabilitation in 2005 (pflichtversicherte Rehabilitanden, die im Erwerbsleben verblieben sind)



Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2000–2007

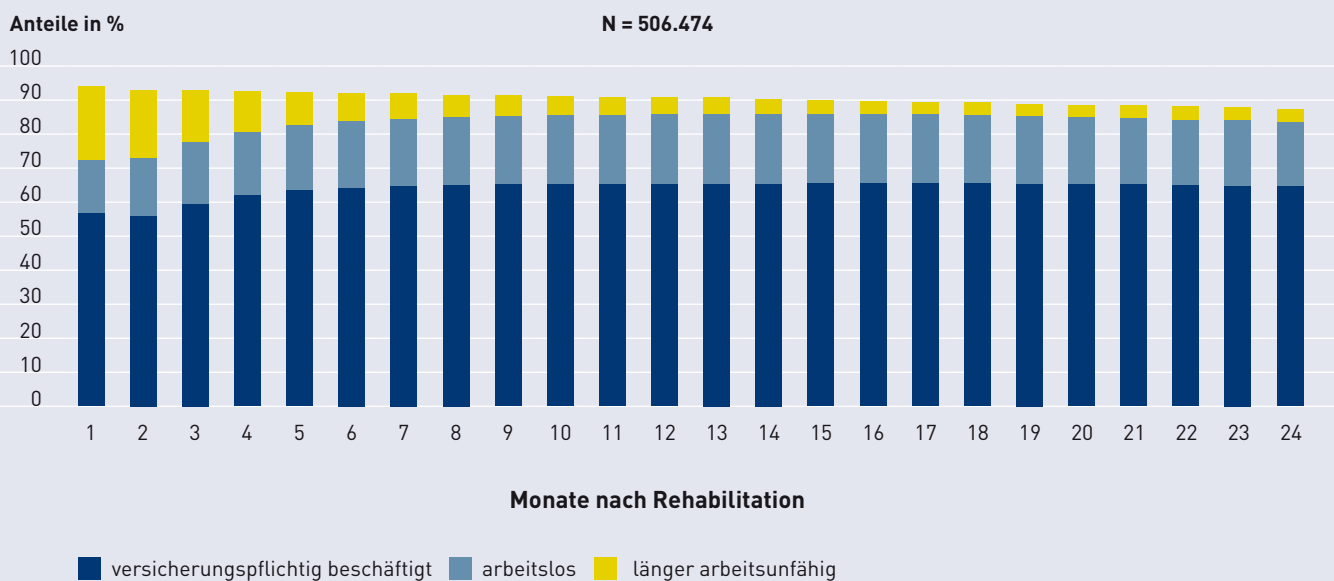
4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
49	Berufliche Rehabilitation
65	Aufwendungen für Rehabilitation
71	Im Fokus
71	Ambulante Rehabilitation
79	Sozialmedizinischer Verlauf
88	Anhang

Krankengeldbezug führen (die Krankenversicherung leistet Beiträge zur Rentenversicherung), lassen sich über die Art der Beiträge identifizieren. Abb. 33 gibt einen Überblick über Erwerbstätigkeit, Arbeitslosigkeit und längere Arbeitsunfähigkeit. Diese Darstellung berücksichtigt nur diejenigen Rehabilitanden, die nicht aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind. Der überwiegende Anteil dieser Rehabilitanden (79 %) nimmt wieder eine Beschäftigung auf. Mit durchschnittlich 19 von 24 Monaten ist die Beschäftigung oft auch dauerhaft; die Hälfte (50 %) dieser Rehabilitanden ist durchgängig beschäftigt. Für 35 % der Rehabilitanden kommt es zu längeren Arbeitsunfähigkeitszeiten, die im Durchschnitt fünf Monate dauern. Ein weiteres gutes Drittel der Rehabilitanden ist von Arbeitslosigkeit betroffen – mit durchschnittlich 14 von 24 Monaten hält diese relativ lang an. Zudem sind 17 % der von Arbeitslosigkeit Betroffenen durchgängig arbeitslos. Allerdings entspricht dies nur 6 % aller nach der Rehabilitation erwerbsfähigen Rehabilitanden.

In den ersten Monaten nach Rehabilitation sind bis zu einem Fünftel der Rehabilitanden noch arbeitsunfähig.

Um zu zeigen, ob es in den zwei Jahren nach medizinischer Rehabilitation in 2005 besondere zeitliche Auffälligkeiten gibt, ist in Abb. 34 für jeden einzelnen Monat nach Rehabilitation der Anteil von Rehabilitanden der Art der Beiträge zur Rentenversicherung zugeordnet. Auch diese Abbildung berücksichtigt nur diejenigen Rehabilitanden, die während des Beobachtungszeitraums im Erwerbsleben verblieben sind.

Abb. 34 Anteil von Rehabilitanden mit Beiträgen zur Rentenversicherung für jeden Monat nach medizinischer Rehabilitation in 2005 (pflichtversicherte Rehabilitanden, die im Erwerbsleben verblieben sind)



Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2000–2007

Nicht alle Rehabilitanden können die Rehabilitation arbeitsfähig verlassen. Daher kommt es vor allem in den ersten darauf folgenden Monaten zu einem erhöhten Anteil von Rehabilitanden, die länger arbeitsunfähig sind. Im ersten Monat betrifft dies etwa ein Fünftel (22 %) der Rehabilitanden. Danach nimmt der Anteil kontinuierlich ab – zunächst deutlich, später in geringerem Ausmaß. Etwa ab dem 14. Monat sind nur ca. 4 % länger arbeitsunfähig. Dementsprechend sind die Anteile von wieder erwerbstätigen, aber auch von arbeitslosen Rehabilitanden zunächst etwas geringer als in den späteren Monaten.

Der Anteil von Rehabilitanden, die wieder erwerbstätig werden, liegt im ersten Monat nach Rehabilitation bei 56 %. Später steigt dieser Anteil auf ca. 64 %. Zusätzlich zu den durchgängig beschäftigten Rehabilitanden gibt es zudem noch Rehabilitanden, die zwar zunächst arbeitsunfähig sind, im Weiteren aber auch dauerhaft in die Erwerbstätigkeit zurückkehren, also ebenfalls gut in das Berufsleben integriert sind. Der Anteil der Arbeitslosen beträgt im ersten Monat nach Rehabilitation 16 % und steigt in den späteren Monaten bis auf 18 %.

Weder versicherungspflichtig beschäftigt noch arbeitslos oder länger arbeitsunfähig sind zunächst 6 %, in späteren Monaten bis zu 13 % der Rehabilitanden. Von ihnen werden entweder andere Beiträge auf das Versichertenkonto bei der Rentenversicherung eingezahlt oder es kommt zu Beitragslücken.

Ausgewählte Einflussfaktoren

Welche Faktoren nehmen Einfluss darauf, ob Rehabilitanden nach der medizinischen Rehabilitation wieder in die Beschäftigung zurückkehren oder aber von Arbeitslosigkeit oder längerer Arbeitsunfähigkeit betroffen sind? Im Folgenden werden drei bedeutsame Einflussfaktoren beispielhaft vorgestellt.

Alter

Abb. 35 zeigt für die verschiedenen Altersgruppen des Jahres 2005 den Anteil derjenigen erwerbsfähigen Rehabilitanden, für die mindestens ein Monatsbeitrag bei der Rentenversicherung einging – sei es wegen Beschäftigung, Arbeitslosigkeit oder längerer Arbeitsunfähigkeit. Ebenfalls in der Abbildung vermerkt ist die durchschnittliche Anzahl der Beitragsmonate. Die Anteile derjenigen Rehabilitanden, die keine Beitragsmonate aufweisen (in Abb. 33 noch mit enthalten), sind nicht ausgewiesen.

Gerade die Rehabilitanden im mittleren Alter (40-49 Jahre) finden in den zwei Jahren nach ihrer Rehabilitation oft in die Beschäftigung zurück. Mit leichten Abstrichen trifft dies auch für die 30-39-Jährigen und die 50-59-Jährigen zu. Bei Rehabilitanden unter 30 und über 60 Jahren liegt dieser Anteil immer noch bei circa 70 %. Während die Rehabilitanden ab 30 Jahren im Durchschnitt 18 bis 20 Beitragsmonate verbuchen können, sind es bei den unter 30-Jährigen nur 16 Monate.

Arbeitslosigkeit betrifft jüngere Rehabilitanden häufiger.

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
49	Berufliche Rehabilitation
65	Aufwendungen für Rehabilitation
71	Im Fokus
71	Ambulante Rehabilitation
79	Sozialmedizinischer Verlauf
88	Anhang

Die unter 30-Jährigen sind auch mit Abstand am häufigsten (59 %) von Arbeitslosigkeit betroffen, gefolgt von den 30-39-Jährigen mit 41 %. Die älteren Altersgruppen sind in etwa zu einem Drittel von Arbeitslosigkeit betroffen. Allerdings zeigt sich, was die durchschnittliche Anzahl der Beitragsmonate anbelangt, ein gegensätzlicher Trend: Je jünger, desto weniger Beitragsmonate wegen Arbeitslosigkeit. Ähnliche Ergebnisse sind aus weiteren Untersuchungen bekannt: Danach nehmen arbeitslose Rehabilitanden um so eher wieder eine Beschäftigung auf, je jünger sie sind. Die längere Arbeitsunfähigkeit in den zwei Jahren nach Rehabilitation unterscheidet sich dagegen zwischen den Altersgruppen kaum.

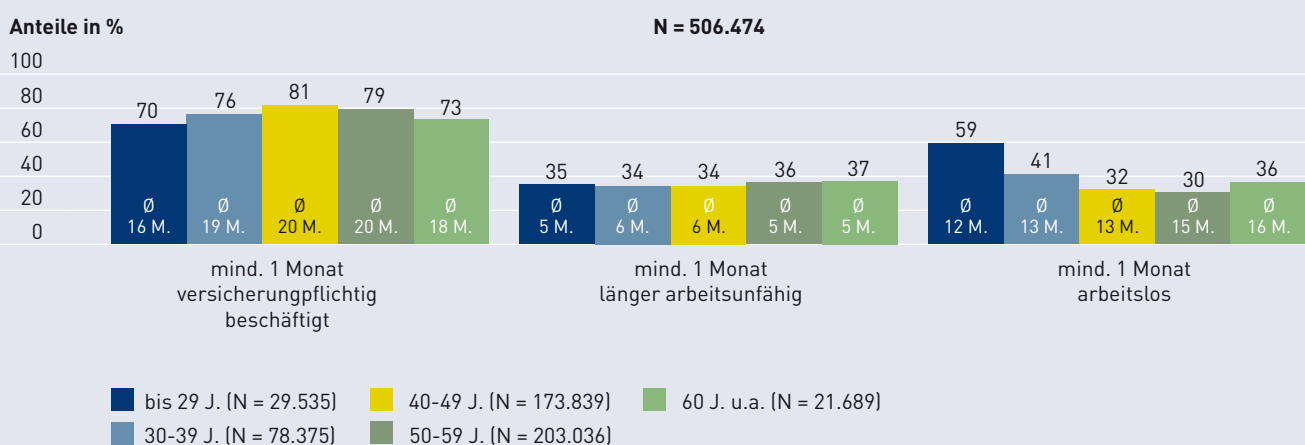
Erwerbssituation bei Beantragung der Rehabilitationsleistung

Stellen Versicherte einen Reha-Antrag, geben sie an, ob sie aktuell erwerbstätig, nicht erwerbstätig (z. B. Hausfrau/-mann, Vorruhestand) oder arbeitslos sind. Die Rehabilitanden des Jahres 2005 sind zum Zeitpunkt ihrer Beantragung einer medizinischen Rehabilitation zum überwiegenden Teil erwerbstätig. Wie Abb. 36 zeigt, hat die Erwerbssituation bei Reha-Antragstellung erheblichen Einfluss darauf, wie es für die Rehabilitanden nach der Rehabilitation beruflich weiter geht.

Bei Antragsstellung Erwerbstätige haben die beste Prognose für die berufliche Wiedereingliederung.

Die bei Antragstellung Erwerbstätigen haben – wie zu erwarten – die beste Prognose für die Rückkehr in den Beruf. Für 88 % dieser Rehabilitanden werden Beiträge wegen Beschäftigung an die Rentenversicherung überwiesen, im Schnitt für 20 Monate. Für zu diesem Zeitpunkt Arbeitslose ist der weitere Verlauf wesentlich ungünstiger: 34 % der Arbeitslosen nehmen wieder eine Beschäftigung auf, die dann im Schnitt 11 Monate dauert. Entsprechend ist

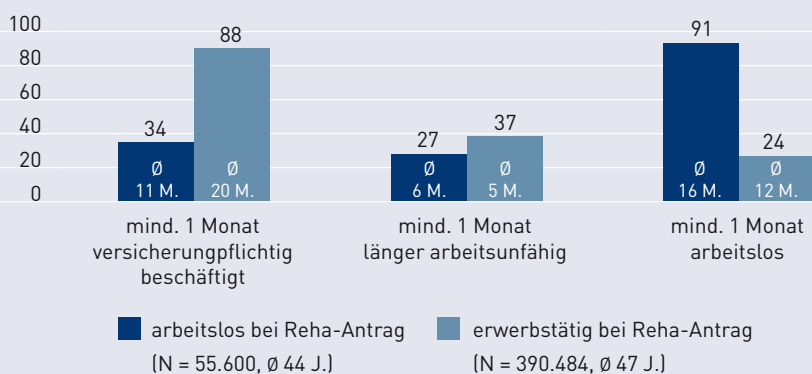
Abb. 35 Erwerbssituation nach der Rehabilitation nach Altersgruppen (pflichtversicherte Rehabilitanden des Jahres 2005, die im Erwerbsleben verblieben sind)



Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2000–2007

Abb. 36 Erwerbssituation nach der Rehabilitation von zum Zeitpunkt des Reha-Antrags Erwerbstätigen und Arbeitslosen (pflichtversicherte Rehabilitanden des Jahres 2005, die im Erwerbsleben verblieben sind)

Anteile in %



Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2000–2007

bei den zum Zeitpunkt des Reha-Antrags Arbeitslosen das Risiko am höchsten, arbeitslos zu bleiben: 91 % dieser Rehabilitanden sind mindestens einen Monat arbeitslos, mit einer durchschnittlichen Dauer von 16 Monaten. Das geringste Risiko, arbeitslos zu werden, haben die bei Reha-Antrag erwerbstätigen Rehabilitanden: Nur 24 % sind von Arbeitslosigkeit betroffen und dies im Schnitt 12 Monate. Im Vergleich der bei Reha-Antrag Arbeitslosen mit den Erwerbstätigen fallen folgende Unterschiede auf: Es handelt sich bei den Arbeitslosen zu einem höheren Anteil um Männer, Arbeiter, Rehabilitanden aus den Neuen Bundesländern, Ledige oder Geschiedene, im Schnitt drei Jahre Jüngere, mit längeren Arbeitsunfähigkeitszeiten im Jahr vor der Rehabilitation, mit einer Abhängigkeitserkrankung. Viele der genannten Merkmale sind auch in differenzierteren Untersuchungen als Faktoren für „prekäre Beschäftigungsverläufe“ identifiziert worden.

Arbeitsunfähigkeitszeiten im Jahr vor Rehabilitation

Arbeitsunfähigkeitszeiten sind ein Indikator für die gesundheitliche Beeinträchtigung der Rehabilitanden. In Abb. 37 ist der Einfluss der Arbeitsunfähigkeit vor der Rehabilitation auf die Wiederaufnahme einer Beschäftigung, auf längere Arbeitsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit nach medizinischer Rehabilitation dargestellt. Im Gegensatz zu Alter und Erwerbssituation bei Beantragung der Rehabilitation (siehe oben) zeigen sich Unterschiede in der längeren Arbeitsunfähigkeit nach Rehabilitation – sie hängt von der Dauer der längeren Arbeitsunfähigkeit vor der Rehabilitation ab: Nur 29 % der Rehabilitanden sind von längerer Arbeitsunfähigkeit betroffen, obwohl sie dies vor der Rehabilitation nicht waren. Dieser Anteil beträgt dagegen 64 % bei Rehabilitanden, die vor der Rehabilitation sechs Monate und län-

Je länger die Arbeitsunfähigkeit vor Rehabilitation, desto ungünstiger die Prognose für die berufliche Wiedereingliederung.

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
49	Berufliche Rehabilitation
65	Aufwendungen für Rehabilitation
71	Im Fokus
71	Ambulante Rehabilitation
79	Sozialmedizinischer Verlauf
88	Anhang

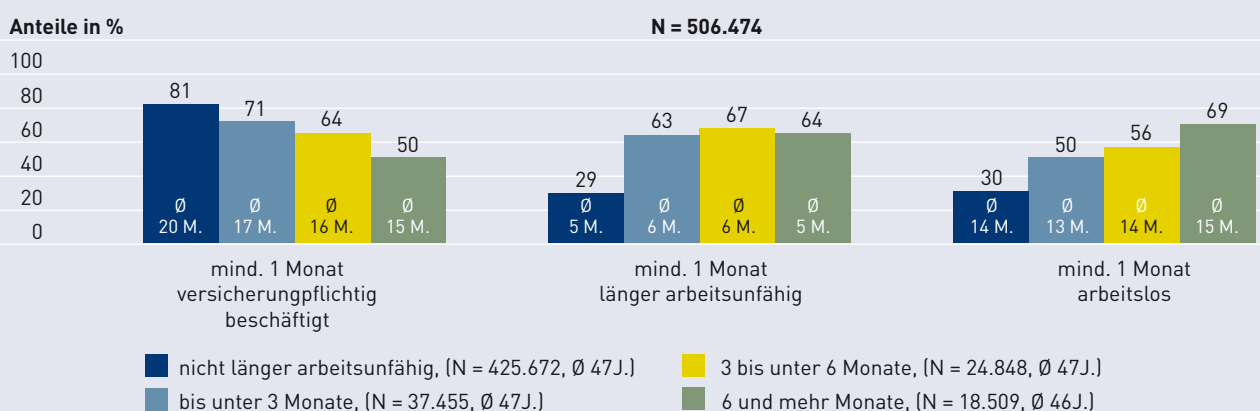
ger arbeitsunfähig waren. Auch im Hinblick auf die Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit nach Rehabilitation sind Unterschiede je nach der Dauer der Arbeitsunfähigkeitszeiten vor Rehabilitation nachweisbar. Es zeigt sich folgender Zusammenhang: Je länger die Dauer der Arbeitsunfähigkeit vor der Rehabilitation, desto niedriger ist der Anteil mit Beschäftigung und sind die durchschnittlichen Beschäftigungsmonate nach der Reha. Umgekehrt steigt der Anteil der von Arbeitslosigkeit Betroffenen mit der Dauer der Arbeitsunfähigkeitszeiten vor Rehabilitation.

Fazit

Die medizinische Rehabilitation erreicht in hohem Ausmaß das in sie gesetzte Ziel, die Erwerbsfähigkeit der Rehabilitanden zu erhalten. Bei 83 % aller pflichtversicherten Rehabilitanden des Jahres 2005 gelang dies. Vier von fünf erwerbsfähigen Rehabilitanden war es zudem möglich, in den zwei Jahren nach Rehabilitation wieder eine Beschäftigung aufzunehmen. Davon war die Hälfte durchgängig beschäftigt. Bei einem Teil der erwerbsfähigen Rehabilitanden folgten nach der Rehabilitation allerdings auch Zeiten mit längerer Arbeitsunfähigkeit oder aber Arbeitslosigkeit. Eine relativ kleine Gruppe (6 %) von erwerbsfähigen Rehabilitanden war in den zwei Jahren nach medizinischer Rehabilitation durchgängig arbeitslos.

Die Chance auf Wiederbeschäftigung bzw. das Risiko der Arbeitslosigkeit nach Rehabilitation unterscheidet sich erheblich je nach der Erwerbssituation der Rehabilitanden bei der Beantragung der Rehabilitation. Rehabilitanden, die zum Zeitpunkt des Antrags erwerbstätig waren, waren auch nach der Rehabilitation überwiegend beschäftigt und hatten ein geringes Risiko,

Abb. 37 Erwerbssituation nach der Rehabilitation nach längerer Arbeitsunfähigkeit in den 12 Monaten vor Rehabilitation (pflichtversicherte Rehabilitanden des Jahres 2005, die im Erwerbsleben verblieben sind)



Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2000–2007

arbeitslos zu werden. Dagegen hatten die zum Zeitpunkt der Antragstellung Arbeitslosen eine erheblich geringere Chance, wieder eine Berufstätigkeit aufzunehmen und ein großes Risiko, arbeitslos zu bleiben.

Ob gesundheitliche Probleme zu Arbeitslosigkeit führen oder aber Arbeitslosigkeit auch wieder gesundheitliche Probleme nach sich zieht, lässt sich aus den Routinedaten der Rentenversicherung nicht erkennen. Ergebnisse unter anderem aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes zeigen aber einen engen Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit/Krankheit auf. Unabhängig von der Richtung dieses Zusammenhangs sind diese Hinweise auf besondere Bedarfe etwa arbeitsloser Rehabilitanden in der konzeptionellen Weiterentwicklung der Rehabilitation der Rentenversicherung aufzugreifen.

Rechtzeitige Rehabilitation ist wichtig für die berufliche Wiedereingliederung.

Vor allem aber gilt es, rechtzeitig zu intervenieren, so lange die Versicherten ihren Arbeitsplatz noch nicht verloren haben. Denn die Bedingungen auf dem Arbeitsmarkt lassen es vielfach nicht zu, dass Rehabilitanden mit eingeschränkter beruflicher Leistungsfähigkeit, die ihren Arbeitsplatz bereits verloren haben, wieder eine adäquate Beschäftigung finden. Eine frühzeitig eingeleitete medizinische oder berufliche Rehabilitation oder das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) können dazu beitragen, bestehende Beschäftigungsverhältnisse zu erhalten und für die Rehabilitanden ihren gesundheitlichen Einschränkungen gemäß zu gestalten.

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
49	Berufliche Rehabilitation
65	Aufwendungen für Rehabilitation
71	Im Fokus
71	Ambulante Rehabilitation
79	Sozialmedizinischer Verlauf
88	Anhang

Anhang

Grundlage des Reha-Berichts bilden Routinedaten aus der Statistik der Rentenversicherung sowie Daten aus der Reha-Qualitätssicherung 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 bereitgestellten Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) dokumentiert. Die RSD enthält somit personenbezogene Merkmale zur Soziodemographie, zu Leistungen zur Rehabilitation und Rente sowie zu Beitragszeiten über einen Zeitraum von mehreren Jahren.

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

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



Rehabilitation

Statistik der Deutschen Rentenversicherung
Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund
Ausgaben für die Jahre 1995 bis 2008



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

Versicherte

(ehemals „Aktiv Versicherte“)
Statistik der Deutschen Rentenversicherung
Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund
Ausgaben für die Jahre 1994 bis 2007

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
49	Berufliche Rehabilitation
65	Aufwendungen für Rehabilitation
71	Im Fokus
71	Ambulante Rehabilitation
79	Sozialmedizinischer Verlauf
88	Anhang



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

Rentenversicherung in Zeitreihen

Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund
Ausgabe 2009
DRV-Schriften, Band 22

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

Daten zur Qualitätssicherung

Zur ständigen Verbesserung der Leistungen zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation setzt die Deutsche Rentenversicherung Instrumente und Verfahren der Reha-Qualitätssicherung (QS) ein. Die damit bei Reha-Einrichtungen und Rehabilitanden erhobenen Daten werden an die jeweiligen Reha-Einrichtungen zurückgemeldet und intern zur Weiterentwicklung genutzt. Im vorliegenden Reha-Bericht liefern sie Informationen zu Durchführung und Erfolg medizinischer und beruflicher Rehabilitation.

- Erhebungen zur Strukturqualität von Rehabilitationseinrichtungen (personelle, technische, diagnostische und therapeutische Ressourcen)
- Befragungen von Rehabilitanden bzw. Teilnehmern zur Zufriedenheit mit der medizinischen bzw. beruflichen Reha-Maßnahme und Beurteilung des Reha-Erfolgs (s. Info-Box S. 33)
- Bewertung des individuellen Rehabilitationsprozesses anhand von ärztlichen Entlassungsberichten und individuellen Therapieplänen durch erfahrene Ärzte (Peer Review) (s. Info-Box S. 36)
- Nutzung von Routinedaten der Rentenversicherung zur Erfassung der Prozess- und Ergebnisqualität, z. B die dokumentierten therapeutischen Leistungen im Reha-Entlassungsbericht (s. Info-Box zur Klassifikation Therapeutischer Leistungen (KTL) S. 38) oder Daten zum Erwerbsverlauf nach medizinischer Rehabilitation (s. Info-Box zum Sozialmedizinischen Verlauf (SMV) S. 41)

Informationen zur Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung finden Sie auf der Internetseite www.deutsch-rentenversicherung.de > **Rehabilitation > Reha-Qualitätssicherung**

Für Ihre Notizen

Für Ihre Notizen

Für Ihre Notizen

Impressum

Herausgeber

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

Koordination

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

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

Autorinnen und Autoren

Wir danken folgenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für ihre Mitwirkung:
Dr. Eckehard Baumgarten, Dr. Ulrike Beckmann, Dr. Silke Brüggemann,
Sabine Erbstöber, Dr. Here Klosterhuis, Bertold Lindow,
Dr. Manfred Rohwetter, Dr. Teresia Widera, Janett Zander, Pia Zollmann

Redaktion

KONTEXTGesundheit GbR, Berlin

Fotos

Deutsche Rentenversicherung Bund

Satz und Layout

fivens Graphic Design, Berlin

Druck

Fa. Heenemann GmbH & Co. KG, Berlin

Auflage

8.000

Berlin, Juni 2010

