

Die medizinische und berufliche Rehabilitation
der Rentenversicherung im Licht der Statistik

Inhalt

- 4 Vorwort
- 6 Fakten im Überblick
- 9 Aktuelle Entwicklungen
- 21 Rehabilitation im Licht der Statistik
- 21 Medizinische Rehabilitation
- 53 Berufliche Rehabilitation
- 69 Aufwendungen für Rehabilitation
- 75 Im Fokus
- 75 Berufliche Bildung
- 83 Psychosomatisch-
psychotherapeutische Rehabilitation
- 92 Anhang

Inhalt - Ausführliche Gliederung

4 Vorwort

6 Fakten im Überblick

9 Aktuelle Entwicklungen

- 9 Recht und Politik
- 12 Reha-Qualitätssicherung
- 14 Sozialmedizin
- 17 Reha-Forschung und -Konzepte

21 Rehabilitation im Licht der Statistik

21 Medizinische Rehabilitation: Umfang und Struktur

- 21 Anträge, Bewilligungen und durchgeführte Leistungen
- 24 Verschiedene Formen der Rehabilitation
- 27 Krankheitsspektrum – Zeitliche Entwicklung
- 29 Krankheitsspektrum im Jahr 2010
- 31 Altersspezifische Inanspruchnahme
- 32 Altersstandardisierte Inanspruchnahme

37 Medizinische Rehabilitation: Prozess und Ergebnis

- 37 Aus Sicht der Rehabilitanden - Rehabilitandenzufriedenheit
- 39 Aus Sicht der Experten - Peer Review
- 42 Therapeutische Versorgung - KTL-Dokumentation
- 43 Behandlungserfolg aus Rehabilitandensicht
- 45 Behandlungserfolg - Sozialmedizinischer Verlauf

49 Medizinische Rehabilitation: Reha-Einrichtungen

- 49 Bettenzahlen
- 50 Anzahl stationärer Reha-Einrichtungen
- 51 Berufsgruppen

53 Berufliche Rehabilitation: Umfang und Struktur

- 53 Anträge, Bewilligungen und durchgeführte Leistungen
- 55 Zeitliche Entwicklung
- 56 Leistungsspektrum
- 57 Berufliche Bildung – Krankheitsspektrum
- 59 Berufliche Bildung – altersspezifische Inanspruchnahme
- 61 Berufliche Bildung - altersstandardisierte Inanspruchnahme

63 Berufliche Rehabilitation: Prozess und Ergebnis von Bildungsleistungen

- 63 Teilnehmerbefragung nach beruflichen Bildungsleistungen
- 66 Abschluss der beruflichen Bildungsleistungen
- 67 Sozialmedizinischer Status nach beruflichen Bildungsleistungen

69 Aufwendungen für Rehabilitation

- 69 Aufwendungen im Jahr 2010
- 70 Entwicklung der Aufwendungen ab 1995
- 71 Vergleich zu weiteren Ausgaben der Rentenversicherung
- 72 Rehabilitation rechnet sich – Amortisationsmodell 2010

75 Im Fokus

75 Im Fokus: Berufliche Bildung

- 75 Wiedereingliederungsstatus nach einer beruflichen Bildungsleistung
- 76 Die drei Arten von beruflichen Bildungsleistungen im Vergleich:
Qualifizierungen, Weiterbildungen und Integrationsmaßnahmen
- 77 Alter und Wiedereingliederung
- 77 Ergebnis der beruflichen Bildungsleistung und Wiedereingliederung
- 78 Die Wiedereingliederung aus Sicht der Rehabilitanden
- 79 Rahmenbedingungen der Berufstätigkeit der Absolventen
- 80 Betriebliches Umfeld der neuen Tätigkeit
- 80 Qualität der Beschäftigung
- 81 Gefährdung der Erwerbstätigkeit aufgrund gesundheitlicher Probleme
- 82 Fazit

83 Im Fokus: Psychosomatisch-psychotherapeutische Rehabilitation

- 84 Krankheitsspektrum
- 85 Medizinische Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen
- 85 Ziele und Inhalte der psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitation
- 86 Entwicklung der medizinischen Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen
- 87 Reha-Nachsorge und stufenweise Wiedereingliederung
- 87 Erwerbsminderungsrente
- 88 Erwerbsverlauf nach der Rehabilitation
- 89 Weiterentwicklung und Ausblick

92 Anhang

Vorwort



Präsident Dr. Herbert Rische



Direktor Dr. Axel Reimann

Mit dem Reha-Bericht 2012 stellen wir Ihnen wieder die wichtigsten aktuellen Daten und Fakten zur Rehabilitation der Rentenversicherung zusammen, zum zweiten Mal in ausführlicher Form. Wir wollen das Leistungsgeschehen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation transparent und nachvollziehbar aufzeigen – und damit auch die Bedeutung für die Versicherten, die Sozialversicherung und die Gesellschaft insgesamt.

In den letzten Jahren haben die Reha-Anträge und die Reha-Inanspruchnahme stetig zugenommen. Die Zahl der Bewilligungen ist von 2005 auf 2010 für die medizinische Rehabilitation um 21 % und für die berufliche Rehabilitation um 30 % gestiegen. In den nächsten Jahren wird es weiter spürbar steigende Versichertenzahlen in reha-intensiven Altersgruppen geben („Babyboomer“ und Verlängerung der Lebensarbeitszeit). Hinzu kommen weitere Entwicklungen wie die Zunahme der Anschlussrehabilitation (AHB) oder der psychischen Erkrankungen in der Rehabilitation. Damit geraten Bedarfsentwicklung und finanzielle Restriktionen, die schon in den letzten Jahren nur mit äußerster Anstrengung aller Beteiligten – Leistungsträger und Leistungserbringer – in Übereinstimmung zu bringen waren, zunehmend in Konflikt.

Denn das Reha-Budget der Rentenversicherung orientiert sich in seiner Fortschreibung allein an der Entwicklung des durchschnittlichen Bruttoeinkommens je Arbeitnehmer. Die genannten Änderungen des Reha-Bedarfs bleiben dagegen derzeit unberücksichtigt. Zumindest die demografische Entwicklung und die Verlängerung der Lebensarbeitszeit sollten bei der zukünftigen Festlegung des Reha-Budgets Berücksichtigung finden, damit auch weiterhin die gesetzliche Verpflichtung „Reha vor Rente“ umgesetzt werden kann.

Die Rehabilitation der Rentenversicherung unterliegt auch inhaltlich einer ständigen Weiterentwicklung. Beispielhaft sei für den Reha-Bericht 2012 auf die Ausweitung der Rehabilitandenbefragung auf die ambulante medizinische Rehabilitation sowie auf die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung hingewiesen.

Wie bereits der erste Reha-Bericht geht auch der vorliegende Bericht auf zwei Themen intensiver ein: Diesmal sind es Aspekte der beruflichen Rehabilitation sowie psychische Erkrankungen.

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
21	Rehabilitation im Licht der Statistik
21	Medizinische Rehabilitation
53	Berufliche Rehabilitation
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
75	Berufliche Bildung
83	Psychosomatisch- psychotherapeutische Rehabilitation
92	Anhang

Die berufliche Rehabilitation und ihre Bedeutung für die (Wieder-)Eingliederung ins Erwerbsleben rücken stärker in den Fokus. Das zeigt sich in gemeinsamen Initiativen von Bundesregierung und Sozialversicherung (vgl. RehaFutur) sowie in zunehmenden Forschungsaktivitäten. Schwerpunkt des Abschnitts ist die Berufliche Bildung. Mit Maßnahmedauern von bis zu zwei Jahren bildet sie einen vergleichsweise kostenintensiven Bereich der beruflichen Rehabilitation. Die Beurteilung der beruflichen Bildungsleistungen durch die Rehabilitanden selbst wird ebenso dargestellt wie der Erfolg beruflicher Bildungsleistungen anhand der Routinedaten der Rentenversicherung.

Das zweite Fokusthema greift die zunehmende Anzahl psychischer Erkrankungen auf. In der psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitation der Rentenversicherung finden Betroffene mit Reha-Bedarf Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung und der beruflichen Wiedereingliederung. Im Jahr 2010 standen die stationären Reha-Leistungen bei psychischen Erkrankungen (inkl. Suchterkrankungen) mit rund 170.000 Leistungen nach orthopädischer und vor onkologischer Rehabilitation an zweiter Stelle. Beim Rentenzugang wegen Erwerbsminderung stellten psychische Erkrankungen (inkl. Suchterkrankungen) 2010 mit rund 39 % die wichtigste Diagnosen-Gruppe dar.

Wir hoffen, auch diesmal mit dem Reha-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 Rückmeldungen.



Dr. Herbert Rische
Präsident der
Deutschen Rentenversicherung Bund



Dr. Axel Reimann
Direktor der
Deutschen Rentenversicherung Bund

Fakten im Überblick

Medizinische Rehabilitation

2010 wurden bei der Rentenversicherung mehr als 1,6 Millionen Anträge auf medizinische Rehabilitation gestellt.

Die Rentenversicherung führte 996.154 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch.

Davon entfielen 34.223 (3 %) auf die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen.

Die ambulanten Reha-Leistungen machen inzwischen 12 % aller medizinischen Reha-Leistungen aus.

Die Anschlussrehabilitation (AHB) umfasste 2010 mit 318.118 Leistungen knapp ein Drittel aller medizinischen Reha-Leistungen.

Zur Reha-Nachsorge führte die Rentenversicherung 148.874 Leistungen durch.

37.243 Rehabilitanden erhielten 2010 durch die Stufenweise Wiedereingliederung Unterstützung bei ihrer Rückkehr in den Beruf.

Die häufigsten Reha-Indikationen waren Erkrankungen von Muskeln, Skelett und Bindegewebe: Auf sie entfielen stationär gut ein Drittel der Reha-Leistungen bei Frauen und Männern, im ambulanten Bereich 69 % der Reha-Leistungen bei Frauen und 60 % bei Männern.

Mit steigendem Alter wird Rehabilitation häufiger in Anspruch genommen.

Frauen in der medizinischen Rehabilitation sind durchschnittlich etwas älter als Männer:
Frauen 51,6 Jahre, Männer 51,0 Jahre.

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

Die durchschnittliche Dauer einer stationären medizinischen Rehabilitation wegen körperlicher Erkrankungen variiert, je nach Diagnosengruppe, zwischen 23 und 25 Tagen (ohne neurologische Erkrankungen).

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

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
21	Rehabilitation im Licht der Statistik
21	Medizinische Rehabilitation
53	Berufliche Rehabilitation
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
75	Berufliche Bildung
83	Psychosomatisch- psychotherapeutische Rehabilitation
92	Anhang

Berufliche Rehabilitation

2010 gingen bei der Rentenversicherung 412.966 Anträge auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) ein.

135.211 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) wurden 2010 abgeschlossen.

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

Frauen in der beruflichen Rehabilitation sind durchschnittlich etwas älter als Männer: Frauen 44,4 Jahre, Männer 43,3 Jahre.

Etwa ein Viertel der LTA sind berufliche Bildungsleistungen. Dabei stehen Erkrankungen des Bewegungsapparates und des Bindegewebes als Ursachen an erster Stelle (Frauen 55 %, Männer 65 %).

Drei Viertel aller Teilnehmer schließen ihre berufliche Bildungsleistung erfolgreich ab.

Noch zwei Jahre nach Abschluss einer beruflichen Bildungsleistung nimmt die pflichtversicherte Beschäftigung zu (nach sechs Monaten bei 42 %, nach zwei Jahren bei 47 % der Teilnehmer).

Aufwendungen für Rehabilitation

2010 wendete die Rentenversicherung rund 5,56 Mrd. € für Rehabilitation auf (brutto), davon ca. 4 Mrd. € für medizinische Rehabilitation, rund 1,4 Mrd. € für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) und rund 0,3 Mrd. € für Sozialversicherungsbeiträge.

Eine stationäre medizinische Rehabilitation bei körperlichen Erkrankungen kostet im Schnitt 2.469 €.

Die um einiges längeren medizinischen Reha-Leistungen bei psychischen und Abhängigkeitserkrankungen sind mit durchschnittlich 6.042 € deutlich teurer.

Recht und Politik

Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (Behindertenrechtskonvention)

Das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen der Vereinten Nationen (Behindertenrechtskonvention) ist ein völkerrechtlicher Vertrag, der bereits bestehende Menschenrechte für die Lebenssituation behinderter Menschen konkretisiert. Mit der Behindertenrechtskonvention soll allen Menschen die Möglichkeit gegeben werden, in Würde und Vielfalt selbstbestimmt und barrierefrei zu leben. In Deutschland ist die Behindertenrechtskonvention seit März 2009 geltendes Recht.

Die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen

„Zweck dieses Übereinkommens ist es, den vollen und gleichberechtigten Genuss aller Menschenrechte und Grundfreiheiten durch alle Menschen mit Behinderungen zu fördern, zu schützen und zu gewährleisten und die Achtung der ihnen innewohnenden Würde zu fördern“ (Artikel 1, Satz 1).



Bundesregierung legt Nationalen Aktionsplan vor.

Der Konvention liegt ein Verständnis von Behinderung zugrunde, das jede Form körperlicher, seelischer, geistiger oder Sinnesbeeinträchtigung als normalen Bestandteil menschlichen Lebens ausdrücklich bejaht. Behinderung soll als Quelle möglicher kultureller Bereicherung für die Gesellschaft wertgeschätzt werden. Ein zentraler Begriff dabei ist die Inklusion, also die Einbeziehung aller Menschen. Inklusion zielt auf Gleichwertigkeit von unterschiedlichen Individuen, ohne dass sie an bestimmten Vorstellungen – oder an dem, was als Normalität gesetzt wird – gemessen werden. Nicht die einzelne Person soll sich an das gesellschaftliche System anpassen, sondern die Gesellschaft ist verpflichtet, Strukturen zu schaffen, in denen sich alle Personen mit ihren Besonderheiten einbringen können.

Die Bundesregierung stellte im Juni 2011 den Nationalen Aktionsplan zur Umsetzung der Behindertenrechtskonvention vor, der Handlungsfelder und Querschnittsthemen benennt. Ein Handlungsfeld bezieht sich auf Gesundheit, Prävention, Rehabilitation und Pflege. Zu den Querschnittsthemen zählen u. a. Assistenz, Gleichstellung und selbstbestimmtes Leben.

Umsetzung der Behindertenrechtskonvention in der Rehabilitation

Die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention verlangt von den Staaten unter anderem adäquate Rehabilitationsdienste und -programme. Hier hat das Sozialgesetzbuch IX, das seit 2001 in Deutschland die rechtliche Grundlage für die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen bildet, viel vorweggenommen und Verpflichtungen für die Reha-Träger formuliert. Umgesetzt wurden zum Beispiel das Wunsch- und Wahlrecht, das den Betroffenen ein wesentliches Mitspracherecht bei der Entscheidung über Reha-Leistungen gibt, und das Persönliche Budget, das den Menschen anstelle einer

Wunsch- und Wahlrecht, Persönliches Budget

Prävention als neues Handlungsfeld

Sachleistung eine Geldleistung zur Verfügung stellt, so dass erforderliche Leistungen selbst organisiert und beschafft werden können. Gleichzeitig werden die Leistungsangebote in der Rehabilitation stetig weiterentwickelt. So werden etwa berufliche Aspekte in der medizinischen Rehabilitation immer stärker berücksichtigt.

Die Verpflichtung aus der Behindertenrechtskonvention zum frühzeitigen Handeln greift die Rentenversicherung auf, indem sie sich zum Beispiel neuen Handlungsfeldern - wie der Prävention - geöffnet hat. Hier bietet die Deutsche Rentenversicherung unter anderem Leistungen für Arbeitgeber und Betriebe an; in verschiedenen Projekten wird das Betriebliche Eingliederungsmanagement unterstützt und weiterentwickelt, verbunden mit einer verstärkten Zusammenarbeit mit Werks- und Betriebsärzten.

Barrierefreiheit

Barrierefrei gestaltet sind das Internetangebot der Deutschen Rentenversicherung sowie Bescheide, Formulare, Merkblätter und Broschüren. Zu Gesprächen mit Versicherten werden bei Bedarf Gebärdensprachdolmetscher hinzugezogen. Baulich weitgehend barrierefrei sind die Auskunfts- und Beratungsstellen, die Gemeinsamen Servicestellen, die Reha-Einrichtungen und die Dienststellen der Rentenversicherung.



www.reha-futur.de

Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation – Projekt „RehaFutur“

Die berufliche Rehabilitation, d. h. die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, sind seit einigen Jahren stärker Gegenstand fachlicher und politischer Aktivitäten. Wenn die Gesellschaft, insbesondere auch die Arbeitswelt, sich verändert, muss sich auch die berufliche Rehabilitation weiterentwickeln. Aus diesem Grund hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2007 die Initiative RehaFutur ins Leben gerufen. Eine wissenschaftliche Fachgruppe erarbeitete ein „Leitbild RehaFutur“. Dessen Vorschläge zur Weiterentwicklung bildeten die Grundlage für das im Jahr 2010 begonnene Entwicklungsprojekt RehaFutur, an dem sich alle Reha-Akteure beteiligten. In vier Arbeitsgruppen entstanden Umsetzungsvorschläge zu den Themen Selbstbestimmung und Selbstverantwortung, Steuerung des Eingliederungsprozesses, Beruf und Arbeitswelt sowie Forschung, die im Juni 2011 auf einem Workshop in Berlin vorgestellt wurden.

Empowerment braucht Information und Beratung.

Information und Beratung sind zentrale Voraussetzungen für selbstbestimmtes und selbstverantwortliches Handeln. Menschen sollen in die Lage versetzt werden, motiviert und kompetent Entscheidungen bezüglich ihrer beruflichen Zukunft zu treffen. Ein solches „Empowerment“ ist bereits beim Zugang zur Rehabilitation wichtig. Wichtig ist es zunächst, einen möglichen beruflichen Reha-Bedarf rechtzeitig zu erkennen und die betroffenen Menschen zu informieren, allgemein zu beraten und zu weiteren Schritten zu motivieren. Hierzu brauchen z. B. Ärzte und Sozialdienste bessere Kenntnisse über Möglichkeiten und Voraussetzungen der Rehabilitation. Für die professionelle Beratung, z. B. durch Reha-Beratungsdienste und die Gemeinsamen Servicestellen, wird die Entwicklung gemeinsamer Beratungsstandards vorgeschlagen.

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
21	Rehabilitation im Licht der Statistik
21	Medizinische Rehabilitation
53	Berufliche Rehabilitation
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
75	Berufliche Bildung
83	Psychosomatisch- psychotherapeutische Rehabilitation
92	Anhang

Ergänzend zur professionellen Beratung bietet sich auch die Beratung durch andere Betroffene (Peer Counseling) an. Ziel der Beratung insgesamt sind motivierte und informierte Antragsteller mit Entscheidungskompetenz in eigener Sache.

Ziel: Beschäftigungsfähigkeit

Um die Beschäftigungsfähigkeit zu erhalten, muss lebenslanges Lernen im Lebenslauf stärker verankert werden - z. B. auch in Form von beruflicher Rehabilitation. Beschäftigungsfähigkeit meint die fachlichen, sozialen und methodischen Kompetenzen, um einen bestimmten Arbeitsplatz zu erlangen, dort produktiv arbeiten und sich an veränderte Bedingungen anpassen zu können. Arbeitgeber müssen in das Thema „Beschäftigungsfähigkeit erhalten“ aktiv einbezogen werden, um Ausgliederung zu verhindern, d. h. den Arbeitsplatz zu erhalten.

Die Forschung zur beruflichen Rehabilitation stärken

Die Forschung zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben muss gestärkt werden. Es gibt bisher kaum Forschung zur beruflichen Rehabilitation und nur wenige Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, die sich mit diesem Thema beschäftigen. Im Vergleich zur Forschung in der medizinischen Rehabilitation besteht erheblicher Nachholbedarf. Eine der Arbeitsgruppen hat deshalb vorgeschlagen, einen Förderschwerpunkt „Forschung in der beruflichen Rehabilitation“ einzurichten.

Reha-Qualitätssicherung

Mehr als 1.000 Reha-Einrichtungen nehmen an der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung teil.

Die Rentenversicherung finanziert jährlich über eine Million medizinische und berufliche Rehabilitationen. Als einer der maßgeblichen Reha-Träger in Deutschland trägt sie damit besondere Verantwortung für diesen Versorgungsbereich. Die Deutsche Rentenversicherung sieht sich in der Pflicht, einen qualitätsbezogenen Wettbewerb zwischen den Reha-Einrichtungen zu fördern und damit zur Verbesserung der Qualität beizutragen. Daher hat sie schon 1994 begonnen, ein Qualitätssicherungsprogramm für die medizinische Rehabilitation zu entwickeln und seither zahlreiche Verfahren und Instrumente der Qualitätssicherung (QS) kontinuierlich in die klinische Routine überführt. Mehr als 1.000 Reha-Einrichtungen oder Reha-Fachabteilungen nehmen derzeit an dem Verfahren teil. Sie werden regelmäßig durch „Berichte zur Reha-Qualitätssicherung“ über ihre Qualitätsergebnisse informiert und erhalten auch die zusammengefassten Ergebnisse einer Vergleichsgruppe von Reha-Einrichtungen. Damit können sie ihre eigenen Ergebnisse besser interpretieren.



Rehabilitandenbefragung: jetzt werden auch Patienten nach ambulanter Rehabilitation befragt

Um die Sicht der Betroffenen auf die Rehabilitation zu erfahren, führt die Deutsche Rentenversicherung seit Jahren Rehabilitandenbefragungen durch: Monatlich werden etwa 20 Patientinnen und Patienten pro Reha-Einrichtung zufällig ausgewählt, 8 bis 12 Wochen nach der Entlassung angeschrieben und zur Einschätzung ihrer Rehabilitation und des Reha-Ergebnisses befragt. Dies eröffnet den Rehabilitanden die Möglichkeit, die Rehabilitation mit zu gestalten: Sie können ihrer Meinung Ausdruck verleihen, die Therapien bewerten und die gesamte Rehabilitation beurteilen.

Höhere Zufriedenheit bei ambulanter Rehabilitation

Zunächst bezogen sich die Rehabilitandenbefragungen ausschließlich auf die stationäre Rehabilitation. Nun erstreckt sich die Befragung auch auf die berufs begleitende ambulante Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen und die ganztägig ambulante Rehabilitation bei körperlichen Erkrankungen. Seitdem gehen zusätzlich zu den rund 110.000 Fragebögen aus dem stationären Bereich jährlich auch etwa 20.000 Fragebögen aus dem ambulanten Sektor in die Reha-Qualitätssicherung ein. Die Ergebnisse werden den Reha-Einrichtungen in Form von Berichten zurückgemeldet. Vergleicht man stationäre und ambulante Rehabilitation miteinander, äußern Befragte aus der ambulanten Rehabilitation eine höhere Zufriedenheit.

Ausweitung der Qualitätssicherung in der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen

Auch in der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen wird es künftig eine Rehabilitandenbefragung geben: Wie bei den Erwachsenen werden Kinder und Jugendliche bzw. deren Eltern über die Qualität der Rehabilitation, ihre

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
21	Rehabilitation im Licht der Statistik
21	Medizinische Rehabilitation
53	Berufliche Rehabilitation
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
75	Berufliche Bildung
83	Psychosomatisch- psychotherapeutische Rehabilitation
92	Anhang



Zufriedenheit und ihre Einschätzung des Behandlungsergebnisses befragt. Eingeschlossen werden alle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bis unter 18 Jahre. Allerdings gibt es für verschiedene Altersgruppen unterschiedliche Formen der Befragung: Rehabilitanden ab einem Alter von 12 Jahren werden direkt per Fragebogen befragt. Bei Rehabilitanden unter 12 Jahren füllt ein Elternteil den Fragebogen aus. Pro Einrichtung und Monat werden je 20 Rehabilitanden für die beiden Befragungsvarianten ausgewählt.

Durch die Befragung nun auch der jüngsten Rehabilitanden soll die Rehabilitation für Kinder und Jugendliche verbessert und weiterentwickelt werden. Gleichzeitig können Effekte der Rehabilitation auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität dargestellt und einrichtungsvergleichend ausgewertet werden. So vervollständigt die Rehabilitandenbefragung das QS-Instrumentarium der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen.

Visitationen

In der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung hat die so genannte Visitation einen besonderen Stellenwert. Sie wird unmittelbar dort durchgeführt und wirksam, wo die Rehabilitation stattfindet. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Rentenversicherung suchen die Reha-Einrichtungen auf, begehen sie und führen Gespräche sowohl mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern als auch mit Rehabilitanden. Mit Hilfe eines einheitlichen Dokumentationsbogens halten sie die Ergebnisse zur Qualität z. B. der Therapieplanung, der räumlichen Ausstattung und der Patientenorientierung fest. Je nach Größe der Einrichtung kann die Visitation bis zu einem Tag dauern.

Die Gespräche während der Visitation dienen auch dem direkten Austausch über die Ergebnisse der Reha-Qualitätssicherung insgesamt. Damit unterstützt die Visitation – sie wird häufig als „Qualitätssicherung vor Ort“ bezeichnet – direkt die Qualitätsentwicklung und die Transparenz im Umgang mit den Qualitätsergebnissen. Die Beratung der Reha-Einrichtungen durch die Visatoren ist ebenso wie die Rückmeldung der Qualitätsergebnisse Ausdruck der Dienstleistungsorientierung der Rentenversicherung, die über eine bloße Qualitätskontrolle hinausgeht.

Bislang führten die einzelnen Rentenversicherungsträger die Visitationen in zum Teil unterschiedlicher Art und Weise durch. Nachdem ein für alle Rentenversicherungsträger einheitliches, auf bereits erprobten Materialien basierendes Visitationsverfahren erarbeitet wurde, werden die Ergebnisse der Visitationen nun in die Reha-Qualitätssicherung und ihre Berichterstattung aufgenommen. Damit erweitert die Deutsche Rentenversicherung die Reha-Qualitätssicherung und fördert gleichzeitig den qualitätsorientierten Dialog mit den Reha-Einrichtungen.

Reha-Qualitätssicherung durch
Besuche vor Ort

Sozialmedizinische Beurteilung bei Rehabilitation und Erwerbsminderung

Sozialmedizin

Wenn es um Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation) oder um Renten wegen Erwerbsminderung geht, steht aus sozialmedizinischer Sicht schwerpunktmäßig die Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben im Vordergrund. Im sozialmedizinischen Gutachten müssen die Anforderungen im Erwerbsleben mit den individuellen Folgen von Krankheit und Behinderung abgeglichen werden. Dabei ist die Frage zu klären, welche körperlichen und psychischen Anforderungen der Versicherte trotz bestehender Beeinträchtigungen noch erfüllen kann und welche Tätigkeiten seine Belastungsgrenzen übersteigen. Auf der Grundlage der sozialmedizinischen Begutachtungsergebnisse entscheidet die Rentenversicherung über die beantragten Leistungen.

Leitlinien zur sozialmedizinischen Begutachtung

Die Leitlinien zur sozialmedizinischen Beurteilung sind auf die Beurteilung von krankheitsspezifischen Beeinträchtigungen im Erwerbs- und Alltagsleben ausgerichtet, indem sie Kriterien zur körperlichen und psychischen Leistungsfähigkeit vermitteln. Die Leitlinien unterstützen die transparente und überprüfbare Beurteilung von Anträgen auf Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe sowie auf Renten wegen Erwerbsminderung und sind damit wesentlicher Bestandteil der Qualitätssicherung der sozialmedizinischen Begutachtung. In den Jahren 2010 und 2011 wurden folgende Leitlinien mit sozialmedizinischen Expertinnen und Experten, medizinischen Fachgesellschaften und allen Rentenversicherungsträgern abgestimmt:



In 2010 und 2011 wurden 11 krankheitsspezifische Leitlinien fertig gestellt.

Leitlinien zur sozialmedizinischen Beurteilung der Leistungsfähigkeit bei

- koronarer Herzkrankheit (KHK, Januar 2010),
- chronisch obstruktiver Lungenkrankheit (COPD) und Asthma bronchiale (Januar 2010),
- chronisch entzündlicher Darmkrankheit (CED, Januar 2011) sowie
- Mamma-Karzinom (Januar 2011)

Leitlinien für den Rehabilitationszugang von Personen mit

- koronarer Herzkrankheit (Januar 2010),
- arterieller Hypertonie (Januar 2010),
- Krankheiten der Atmungsorgane (Januar 2010),
- onkologischen Krankheiten (Januar 2011) sowie
- Stoffwechsel- oder gastroenterologischen Krankheiten bzw. Adipositas (Stand: Januar 2011).

Kombinierte Leitlinien (zur Leistungsbeurteilung und zum Rehabilitationszugang) bei

- neurologische Krankheiten (Juli 2010) sowie
- Abhängigkeitserkrankungen (April 2010).

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
21	Rehabilitation im Licht der Statistik
21	Medizinische Rehabilitation
53	Berufliche Rehabilitation
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
75	Berufliche Bildung
83	Psychosomatisch- psychotherapeutische Rehabilitation
92	Anhang

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/Leitlinien** > **Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung**



Das Begutachtungsbuch liefert Maßstäbe für die sozialmedizinische Beurteilung.

Neuaufgabe des Buches

„Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung“

Wie die Leitlinien zur sozialmedizinischen Begutachtung dient das „Begutachtungsbuch“ als Orientierungshilfe bei der Beurteilung der Leistungsfähigkeit von Versicherten im Erwerbsleben. Die Deutsche Rentenversicherung verfolgt das Ziel, mit sozialmedizinischem Expertenwissen (der Gutachter) und einer einheitlichen Bewertung (durch Begutachtungsanleitungen) die Gleichbehandlung der Versicherten gewährleisten. Sind gesundheitliche Beeinträchtigungen eingetreten, liefert das Buch den Gutachterinnen und Gutachtern einheitliche, fachlich fundierte Maßstäbe für eine angemessene sozialmedizinische Beurteilung: Was können einzelne Versicherte körperlich und psychisch noch leisten? Was können sie aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr? Aus den Ergebnissen der sozialmedizinischen Beurteilung wird abgeleitet, ob Versicherte Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung wie eine Rehabilitation oder eine Erwerbsminderungsrente erhalten.

Das auf den aktuellen Sachstand gebrachte „Begutachtungsbuch“ gliedert sich in einen Allgemeinen und einen Speziellen Teil. Der Allgemeine Teil stellt die Rahmenbedingungen der sozialmedizinischen Begutachtung dar, z. B. die rechtlichen Grundlagen. Der Spezielle Teil behandelt systematisch die Begutachtung bei konkreten Krankheitsbildern aller Fachgebiete. Wichtig sind hierbei die Auswirkungen von krankheitsbedingten Funktionsstörungen auf die Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben, z. B. infolge Einschränkungen der Mobilität bei Erkrankungen des Bewegungsapparates. Angesprochen werden mit dem Buch Gutachter und alle Berufsgruppen, die im Bereich Rehabilitation und (Erwerbsminderungs-)Rente tätig sind. Dazu gehören z. B. Juristen und andere Experten im Verwaltungs- und Sozialgerichtsverfahren. Auch die von den Entscheidungen direkt betroffenen Versicherten können sich anhand des „Begutachtungsbuches“ über die allgemeinen und medizinischen Grundlagen für eine Beurteilung des individuellen Leistungsvermögens informieren.

Qualitätssicherung der sozialmedizinischen Begutachtung

Die gesetzliche Rentenversicherung hat in einer Reihe von Veröffentlichungen die konkreten Anforderungen an ein Gutachten und eine einheitliche gutachterliche Herangehensweise an die sozialmedizinische Beurteilung des Leistungsvermögens von Versicherten formuliert. Dazu gehören die o. g. Leitlinien und das „Begutachtungsbuch“. Um die Umsetzung des so geschaffenen Standards zu sichern, wird in Zukunft ein einheitliches Qualitätssicherungs-



Klinisch tätige Sozialmediziner bewerten die Qualität der Gutachten.

verfahren eingesetzt. Dieses überprüft anhand vorgegebener Kriterien die Qualität von Gutachten. Dazu gehören u. a. die Gestaltung, die Verständlichkeit und die fachlichen Grundlagen. Eine gut verständliche abschließende Ampelbewertung (Rot-Gelb-Grün) wird die Nachvollziehbarkeit eines Gutachtens bewerten und damit ein klares Signal zu dessen Verwertbarkeit geben. Anhand aufgezeigter Schwachstellen können nachhaltige Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet werden.

Das Qualitätssicherungsverfahren wurde von sozialmedizinischen Expertinnen und Experten verschiedener Rentenversicherungsträger entwickelt. Dieser Entwicklungsprozess wurde von universitären Forschungseinrichtungen wissenschaftlich begleitet. In einem Peer Review-Verfahren prüfen Sozialmediziner (Peers) der Rentenversicherung Gutachten der jeweils anderen Träger. Diese Peers sind gleichgestellte Experten, die Gutachten mittels vorgegebener Fragen (Prüffragenkatalog) prüfen und nach den Vorgaben eines Handbuchs (Manual) bewerten. Im Mai 2011 begann der Testlauf (Pilotphase) des Verfahrens. Hieran beteiligte sich die Mehrheit der Rentenversicherungsträger durch Bereitstellung von Peers und Gutachten bei Erstanträgen auf Erwerbsminderungsrente. Nach einem Schulungsworkshop am 16./17. Mai 2011 erhielten die Peers Gutachten zur Prüfung und Bewertung. In einem Forschungsprojekt wird die Übereinstimmung der Peer-Bewertungen überprüft, die repräsentative Anzahl der einzubeziehenden Gutachten festgelegt sowie der Aufwand des Verfahrens untersucht. Erst nach Auswertung der Pilotphase kann das Peer Review-Verfahren in die Routine eingeführt werden.

ICF-Anwenderkonferenz

Am 16. März 2011 fand in der Ruhr-Universität Bochum im Rahmen des Reha-wissenschaftlichen Kolloquiums die 9. ICF-Anwenderkonferenz statt. Diese Konferenz wird von der Deutschen Rentenversicherung Bund in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e. V. (DGRW, Arbeitsgruppe ICF) durchgeführt. Bis zu 70 Vertreterinnen und Vertreter von Behindertenverbänden, Sozialversicherungsträgern, aus dem Forschungsbereich, von Reha-Einrichtungen, Ausbildungsstätten, Berufs- und Fachverbänden haben teilgenommen. Schwerpunkte der diesjährigen Konferenz waren das Thema „Personbezogene Faktoren der ICF“ mit Beiträgen aus unterschiedlicher Perspektive, Erläuterungen zum ICF-Update-Prozess der World Health Organization (WHO) und die Entwicklung der ICF in anderen Ländern. Im anwendungsbezogenen Themenblock der Konferenz wurden Projekte u. a. zur beruflichen Teilhabe vorgestellt.

ICF = International Classification of Functioning, Disability and Health

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
21	Rehabilitation im Licht der Statistik
21	Medizinische Rehabilitation
53	Berufliche Rehabilitation
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
75	Berufliche Bildung
83	Psychosomatisch- psychotherapeutische Rehabilitation
92	Anhang

Reha-Forschung und -Konzepte

20 Jahre Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium

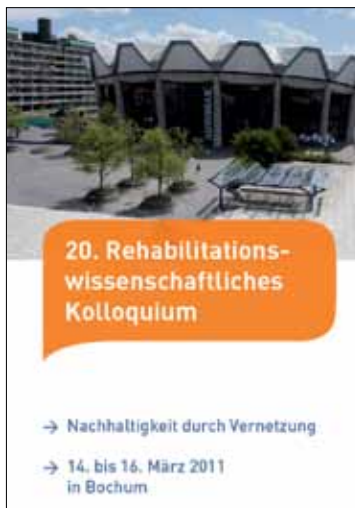
Die Deutsche Rentenversicherung veranstaltet unter dem Namen „Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium“ seit 1991 einen wissenschaftlichen Kongress. Ziel des Kolloquiums ist der Austausch zwischen Reha-Wissenschaft und Reha-Praxis über aktuelle Forschungsergebnisse und Konzepte zur wissenschaftlich fundierten Weiterentwicklung der Rehabilitation. Das Kolloquium wird von der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW) und einem jährlich wechselnden weiteren Rentenversicherungsträger jeweils im März eines Jahres veranstaltet.

Nach kleinen Anfängen in einem Teilnehmerkreis von 26 Personen nahm das Interesse an dem reha-wissenschaftlichen Kongress rasch zu, parallel zum Auf- und Ausbau der Rehabilitationsforschung in Deutschland. Das Kolloquium traf auf einen hohen Bedarf nach wissenschaftlichem Austausch über die Rehabilitation. In den letzten 20 Jahren entwickelte es sich zu einem der größten rehabilitationswissenschaftlichen Kongresse in Europa und bildet damit die wichtigste Kommunikationsplattform der Reha-Community. Inzwischen nehmen etwa 1.500 Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Forschung sowie medizinischen, psychologischen und anderen gesundheitswissenschaftlichen Disziplinen teil. Auch das Gesundheitsmanagement, die Verwaltung und die Politik sind vertreten.

Die Auswahl der Beiträge für das Kolloquium erfolgt über die Begutachtung durch ein Programmkomitee, das sich aus namhaften Reha-Wissenschaftlerinnen und Reha-Wissenschaftlern zusammensetzt. Sie repräsentieren sowohl die Wissenschaft als auch die Praxis. Von den durchschnittlich rund 400 eingereichten Beiträgen werden etwa 70 % angenommen.

Die Vorträge und Posterbeiträge beschäftigen sich mit aktuellen Fragestellungen aus der Rehabilitationsforschung. Es geht beispielsweise um die Weiterentwicklung der Reha-Konzepte oder um eine Optimierung der Reha-Diagnostik zur zielgenauen Therapieplanung. Die Präsentationen beim Reha-Kolloquium sind nicht auf bestimmte Krankheitsbilder begrenzt. Entsprechend der Zahl der Reha-Leistungen sind jedoch orthopädische und psychosomatische Fragestellungen am häufigsten vertreten. Weitere Themenbereiche des interdisziplinären Kongresses sind unter anderem Reha-Psychologie, Rehabilitation und Arbeitswelt sowie Reha-Recht. Beiträge zur beruflichen Rehabilitation, den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, gewinnen in den letzten Jahren an Bedeutung.

Satellitenveranstaltungen stellen eine eigenständige Präsentationsform auf dem Kolloquium dar. Sie dienen der intensiven Diskussion von aktuellen



Heute einer der größten reha-wissenschaftlichen Kongresse in Europa.

Beiträge zur beruflichen Rehabilitation nehmen zu.

Der Kongress im Internet:
www.reha-kolloquium.de

Thema in 2011: „Nachhaltigkeit
durch Vernetzung“



Bewegungstherapeutische Konzepte für sechs Krankheitsbereiche erstellt.

reha-wissenschaftlichen und reha-politischen Themen. Die DGRW organisiert ferner State-of-the-Art-Vorträge anerkannter Expertinnen und Experten, die sich sowohl an Reha-Praktiker als auch an Reha-Forscher wenden und einen Überblick über aktuelle Entwicklungen und relevante Forschungsergebnisse für bestimmte Indikationen bzw. Querschnittsbereiche geben. Das wissenschaftliche Programm wird durch Plenarvorträge und eine Plenardiskussion abgerundet. Die Kurzfassungen der Kongressbeiträge werden im Tagungsband veröffentlicht. Die meisten Präsentationen sind über das Internet zugänglich. Nähere Informationen bietet die Homepage www.reha-kolloquium.de.

Das 20. Reha-Kolloquium fand vom 14. bis zum 16. März 2011 in Bochum statt und wurde gemeinsam mit der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See veranstaltet. Unter dem Rahmenthema „Nachhaltigkeit durch Vernetzung“ diskutierten die Teilnehmenden, wie sich die Rehabilitation enger in die Versorgungskette sowie in die Lebens- und Arbeitswelt der Versicherten einbinden lässt.

Evidenzbasierte Konzepte für die Bewegungstherapie in der Rehabilitation

Bewegungstherapie ist ein zentraler Bestandteil in der medizinischen Rehabilitation. Etwa 50 % aller in der medizinischen Rehabilitation erbrachten therapeutischen Leistungen fallen in diesen Bereich. Unter Bewegungstherapie wird eine Vielzahl von unterschiedlichen Verfahren gefasst, die körperliche Bewegung als Therapie einsetzen. Dies reicht vom Nordic Walking bis zur Krankengymnastik, umfasst aber auch Bewegungsabläufe, die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in Hinblick auf ihren Arbeitsplatz erlernen. Sie erhalten außerdem Anregungen für eine körperlich aktive Freizeitgestaltung.

Die Wirksamkeit der Bewegungstherapie ist durch wissenschaftliche Studien grundsätzlich gut belegt. Vor diesem Hintergrund hat die Deutsche Rentenversicherung Bund die Studie „Entwicklung evidenzbasierter Konzepte für die Bewegungstherapie in der Rehabilitation“ unter Leitung von Prof. Pfeifer (Universität Erlangen-Nürnberg) gefördert. Die Forscher sichtet wissenschaftlich nachgewiesene wirksame Therapien und Verfahren zur Bewegungstherapie. Daraus entstanden umfassende bewegungstherapeutische Interventionskonzepte für sechs wichtige Indikationsbereiche: Adipositas und metabolisches Syndrom, Diabetes mellitus Typ 2, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Arthrose, Hüft- und Knie-Totalendoprothese sowie Darm-, Brust- und Prostatakrebs.

Für jeden Indikationsbereich wurden Zielsetzungen, Inhalte und Methoden der Bewegungstherapie konkretisiert und spezifiziert. Im Vordergrund steht der Aufbau individueller bewegungsbezogener Handlungskompetenzen und die Vermittlung gesundheitsbezogenen Wissens. Die Interventionskonzepte sollen die Rehabilitanden unterstützen, die Aktivitäten, die sie während der

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
21	Rehabilitation im Licht der Statistik
21	Medizinische Rehabilitation
53	Berufliche Rehabilitation
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
75	Berufliche Bildung
83	Psychosomatisch- psychotherapeutische Rehabilitation
92	Anhang

Ziel: auch nach der Rehabilitation
zu Hause körperlich aktiv

Rehabilitation kennengelernt haben, auch danach fortzuführen. Eine Rehabilitation ist nur dann nachhaltig, wenn das Erlernte zuhause fortgesetzt wird und über einen längeren Zeitraum zur Stabilisierung der Gesundheit des Versicherten beiträgt.

Die Ergebnisse der Studie sollen dazu beitragen, die Qualität der bewegungstherapeutischen Versorgung zu erhöhen.

Der Abschlussbericht mit den evidenzbasierten Interventionskonzepten für die Bewegungstherapie ist zu finden unter www.forschung.deutscherentenversicherung.de > **Reha-Wissenschaften** > **Einzelprojekte**

Rehabilitation im Licht der Statistik



Medizinische Rehabilitation: Umfang und Struktur

Wie viele Leistungen zur medizinischen Rehabilitation finanziert die Deutsche Rentenversicherung? Wie haben sich die verschiedenen Reha-Formen entwickelt? Wie stellen sich die Reha-Leistungen dar – je nach Erkrankung, Geschlecht und Alter der Rehabilitanden? Auf diese und andere Fragen kann die Routinestatistik der Rentenversicherung Antwort geben (s. auch Anhang S. 92).

Routinedaten der Rentenversicherung

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

Anträge, Bewilligungen und durchgeführte Leistungen

Wer eine medizinische Rehabilitation (s. Info-Box S. 23) in Anspruch nehmen möchte, muss zunächst selbst die Initiative ergreifen und einen Antrag stellen. Dies geschieht z. B. auf Rat des Hausarztes und mit dessen Unterstützung. Die Rentenversicherung prüft, ob sie zuständig ist, ob die medizinische Notwendigkeit besteht und ob der Antragsteller bzw. die Antragstellerin die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt. Ist die medizinische Rehabilitation bewilligt, kann sie ambulant oder stationär durchgeführt werden. Doch nicht jede bewilligte Maßnahme wird auch in Anspruch genommen, beispielsweise weil sich die gesundheitliche Situation des Versicherten in der Zwischenzeit verschlechtert hat oder weil berufliche oder familiäre Gründe dagegen sprechen. Dies ist in 4 % aller bewilligten Anträge der Fall.

Mehr als 1,6 Mio. Anträge auf medizinische Rehabilitation

2010 gingen bei der Rentenversicherung mehr als 1,6 Mio. Anträge auf medizinische Rehabilitation ein. Rund 64 % der erledigten Anträge wurden bewilligt, etwa 20 % abgelehnt – meist aus medizinischen (90 %), selten aus dann meist versicherungsrechtlichen (10 %) Gründen. Die restlichen 16 % der Anträge gehörten nicht in die Zuständigkeit der Rentenversicherung und wurden in der Regel zum jeweils zuständigen Rehabilitationsträger weitergeleitet.

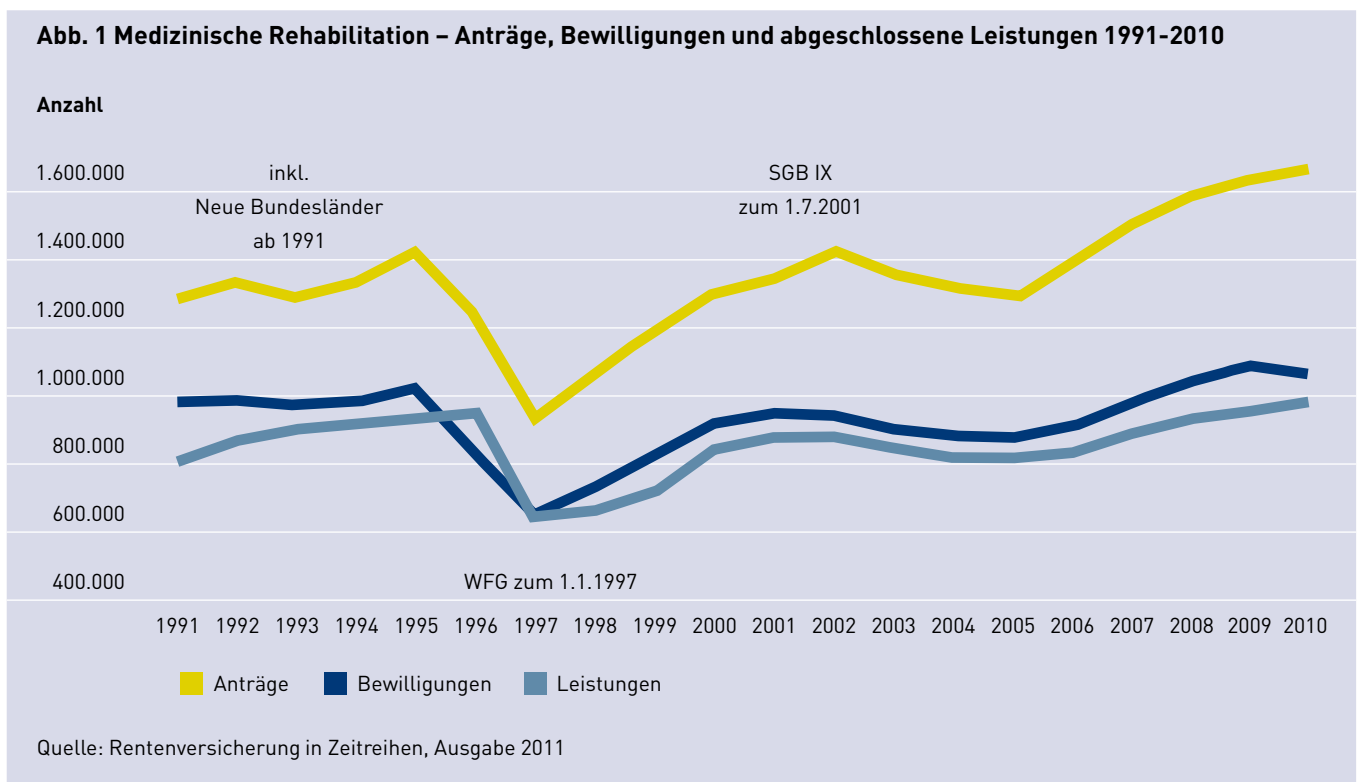
Abbildung 1 zeigt die Entwicklung von Anträgen, Bewilligungen und durchgeführten medizinischen Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung. Gewählt wurde der Zeitraum ab 1991, da seit diesem Jahr die Versicherten der neuen Bundesländer mit ausgewiesen werden. Die Anträge sind zwischen 1991 und 2010 von ca. 1.282.000 auf rund 1.669.000, die Bewilligungen von rund 995.000 auf rund 1.063.000 und die durchgeführten Leistungen von 803.000 auf rund 996.000 gestiegen.

2010 erhielten Versicherte rund 996.000 medizinische Reha-Leistungen.

Allerdings fällt auf, dass beispielsweise 1995 fast ebenso viele Bewilligungen wie 2010 erfolgten – bei wesentlich mehr Anträgen in 2010. 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



4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
21	Rehabilitation im Licht der Statistik
21	Medizinische Rehabilitation
53	Berufliche Rehabilitation
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
75	Berufliche Bildung
83	Psychosomatisch- psychotherapeutische Rehabilitation
92	Anhang

Medizinische Rehabilitation

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

Je nach Krankheitsbild gibt es unterschiedliche Formen:

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

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

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

Wenn nicht anders angegeben, sind diese Sonstigen Leistungen im vorliegenden Reha-Bericht in den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation enthalten.

Ergänzende Leistungen ergänzen Leistungen zur medizinischen und auch beruflichen Rehabilitation sowie die Sonstigen Leistungen. Sie erfolgen nicht ohne die „Hauptleistung“. Es handelt sich u. a. um Übergangsgeld oder Reisekosten.

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

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

Anträge gingen im Zuge des WFG zwischen 1995 und 1997 um 34 % zurück.

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

Nach diesem Einbruch stiegen die Anträge auf medizinische Rehabilitation wieder kontinuierlich an, gefolgt von den Bewilligungen und durchgeführten Leistungen. Der Trend wurde nur in den Jahren 2002-2005 durch eine moderate Abwärtsbewegung unterbrochen, die jedoch nicht annähernd die Rückgangsraten in Folge des WFG erreichte. Das Niveau der Anträge erreichte bereits 2002 das vor Einführung des WFG, die durchgeführten Leistungen liegen 2009 erstmals wieder deutlich über den Zahlen in 1995 (s. Abb. 1).

Die medizinischen Reha-Leistungen stiegen von 2009 auf 2010 um 1,8 %.

Tabelle 1 wirft noch einmal einen Blick auf die Steigerungsraten von 2009 auf 2010: Die Anträge sind um 1,9 % (2008 auf 2009: + 3,1 %), die durchgeführten Reha-Leistungen um 1,8 % (2008 auf 2009: + 3,8 %) gestiegen und die Bewilligungen um 3,6 % zurückgegangen (2008 auf 2009: + 3,6 %).

Tab. 1 Medizinische Rehabilitation – Anzahl der Anträge, Bewilligungen und abgeschlossenen Leistungen 2009 und 2010

	Anträge	Bewilligungen	Leistungen
2009	1.638.294	1.102.671	978.335
2010	1.669.142	1.062.500	996.154
Steigerungsrate 2009–2010	+1,9%	-3,6%	+1,8%

Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2011

Verschiedene Formen der Rehabilitation

Gemäß dem Grundsatz „Reha vor Rente“ steht bei der Mehrzahl der medizinischen Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung die Sicherung der Erwerbsfähigkeit der Versicherten im Vordergrund. Für 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 Rehabilitationsein-

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
21	Rehabilitation im Licht der Statistik
21	Medizinische Rehabilitation
53	Berufliche Rehabilitation
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
75	Berufliche Bildung
83	Psychosomatisch- psychotherapeutische Rehabilitation
92	Anhang

12 % aller medizinischen Reha-Leistungen 2010 wurden ambulant durchgeführt.

richtung kommen, wird seit 1997 für ausgewählte Indikationen angeboten. Voraussetzung war, dass die ambulante Rehabilitation in dafür geeigneten Fällen ebenso gute Behandlungserfolge vorweisen kann wie die stationäre Rehabilitation. Dies wurde in mehreren wissenschaftlichen Studien belegt. Der überwiegende Teil medizinischer Rehabilitation erfolgt nach wie vor stationär. Allerdings sank der Anteil stationärer Leistungen für Erwachsene von 1995 bis 2010 von 91 % auf 84 %. Die ambulanten Leistungen für Erwachsene haben sich dagegen bis 2010 mehr als verfünffach: von rund 8.000 auf über 120.000 Leistungen. Sie machen derzeit ca. 12 % aller medizinischen Rehabilitationsleistungen aus.

Die Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen wird nur stationär durchgeführt. Ihr prozentualer Anteil an den Reha-Leistungen der Rentenversicherung insgesamt liegt über die letzten Jahre konstant bei 4 %, im Jahr 2010 bei 3 % (s. Tab. 2). Onkologische Rehabilitationsleistungen (in ca. 95 % der Fälle bei bösartigen Neubildungen) nehmen kontinuierlich zu.

Tab. 2 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 1995–2010: stationär und ambulant für Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche

Jahr	Insgesamt (inkl. Mischfälle*)	Stationäre Leistungen für Erwachsene		Ambulante Leistungen für Erwachsene**		Kinder- und Jugendlichen- rehabilitation	
1995	928.295	843.853***	91 %	–	–	24.368	3 %
1996	960.622	869.330***	90 %	–	–	24.392	3 %
1997	629.752	600.447	95 %	8.418	1 %	20.748	3 %
1998	642.436	603.848	94 %	14.115	2 %	23.740	4 %
1999	717.388	671.291	94 %	18.391	3 %	26.250	4 %
2000	835.878	778.789	93 %	25.257	3 %	29.908	4 %
2001	892.687	826.014	93 %	30.472	3 %	33.751	4 %
2002	894.347	813.362	91 %	41.714	5 %	36.682	4 %
2003	845.618	752.426	89 %	52.285	6 %	37.846	4 %
2004	803.159	702.122	87 %	60.557	8 %	37.276	5 %
2005	804.064	696.731	87 %	67.975	8 %	36.759	5 %
2006	818.433	704.004	86 %	75.850	9 %	36.443	4 %
2007****	903.257	771.782	85 %	92.038	10 %	37.498	4 %
2008	942.622	804.006	85 %	99.820	11 %	37.568	4 %
2009	978.335	829.822	85 %	111.022	11 %	36.254	4 %
2010	996.154	837.864	84 %	122.835	12 %	34.223	3 %

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

** ambulante Leistungen erst ab 1997 statistisch auswertbar

*** ohne Auftragsheilverfahren 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“ 1995–2010

2010 waren ein Drittel aller Reha-Leistungen Anschlussrehabilitationen (AHB).

Derzeit ist knapp jede fünfte medizinische Rehabilitation für Erwachsene eine onkologische Reha-Leistung (18 % bzw. rund 170.000 Leistungen in 2010). Noch deutlich stärker als der Anstieg aller Reha-Leistungen ist der Zuwachs bei der Anschlussrehabilitation (AHB). Mit über 318.000 Leistungen stellt die AHB im Jahr 2010 einen Anteil von 33 % – verglichen mit 1995 mehr als eine Verdoppelung des Anteils. Bei den Entwöhnungsbehandlungen zeigt sich ein nicht ganz so ausgeprägter Anstieg von etwa 34.000 auf rund 57.000 Leistungen. Der Anteil der Entwöhnungsbehandlungen an den medizinischen Reha-Leistungen für Erwachsene insgesamt liegt heute bei 6 % (s. Tab. 3).

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

Tab. 3 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 1995–2010: besondere Leistungsformen für Erwachsene

Jahr	Insgesamt (inkl. Mischfälle*)	Anschluss- rehabilitation (AHB)		Neubildungen** (amb./stat./§§ 15+31)		Entwöhnungen** (inkl. ambulant)	
1995	903.927	129.129	14 %	97.591	11 %	34.029	4 %
1996	936.230	131.717	14 %	133.769	14 %	35.090	4 %
1997	609.004	139.444	23 %	97.832	16 %	41.468	7 %
1998	618.696	151.902	25 %	98.579	16 %	42.680	7 %
1999	691.138	165.417	24 %	103.897	15 %	43.793	6 %
2000	805.970	177.681	22 %	110.692	14 %	46.508	6 %
2001	858.936	196.812	23 %	122.107	14 %	48.937	6 %
2002	857.665	205.171	24 %	129.757	15 %	51.785	6 %
2003	807.772	208.929	26 %	133.240	16 %	51.123	6 %
2004	765.883	217.165	28 %	139.645	18 %	52.536	7 %
2005	767.305	227.347	30 %	147.913	19 %	50.835	7 %
2006	781.990	242.145	31 %	149.300	19 %	49.526	6 %
2007***	865.759	268.379	31 %	158.284	18 %	56.393	7 %
2008	905.054	275.756	30 %	160.707	18 %	55.963	6 %
2009	942.081	293.173	31 %	164.825	17 %	57.456	6 %
2010	961.931	318.118	33 %	170.658	18 %	56.997	6 %

* stationäre und ambulante Reha-Anteile in Kombination erbracht

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

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

Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 1995–2010

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
21	Rehabilitation im Licht der Statistik
21	Medizinische Rehabilitation
53	Berufliche Rehabilitation
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
75	Berufliche Bildung
83	Psychosomatisch- psychotherapeutische Rehabilitation
92	Anhang

beispielsweise die Intensivierte Reha-Nachsorge (IRENA) für verschiedene Indikationen und das Curriculum Hannover für die Psychosomatik/Psychotherapie. Die Nachsorgeleistungen der Rentenversicherung haben in den letzten Jahren deutlich und kontinuierlich zugenommen. Waren es 2008 noch 97.998 Nachsorgeleistungen, stieg die Zahl in 2009 um 27 % auf 124.338. Im Jahr 2010 führte die Rentenversicherung insgesamt 148.874 Nachsorgeleistungen durch (Steigerungsrate 17 %).

Nachsorge und Stufenweise Wiedereingliederung fördern die Rückkehr an den Arbeitsplatz.

Nach einer medizinischen Rehabilitation können manche Versicherte ihre berufliche Tätigkeit nicht sofort in vollem Umfang wieder aufnehmen. Seit dem SGB IX kann die Rentenversicherung bei Stufenweiser Wiedereingliederung (STW) unmittelbar nach der medizinischen Rehabilitation Übergangsgeld (als Entgeltersatzleistung) zahlen. Die an der STW Teilnehmenden werden dann schrittweise, in der Regel mit ansteigender Stundenzahl, an die volle Arbeitsbelastung herangeführt. Eine Stufenweise Wiedereingliederung kann von sechs Wochen bis zu sechs Monaten dauern. Im Jahr 2010 unterstützte die Rentenversicherung auf diese Weise in N=37.243 Fällen den (Wieder-)Einstieg in die berufliche Tätigkeit.

Die Rentenversicherung erbringt auch Präventionsleistungen.

Eine weitere Leistung im Angebotsspektrum der Rentenversicherung sind die so genannten medizinischen Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit, die sich an Versicherte in besonders gesundheitsgefährdenden Berufen wenden (§ 31 Abs.1 Nr. 2 SGB VI). Eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit ist bei diesen Leistungen keine notwendige Voraussetzung. Bisher werden diese Präventionsleistungen nur in geringem Maße durchgeführt – im Jahr 2010 waren es insgesamt 653 (2009: 398). Durch eine von der Rentenversicherung angeregte und am 1. Januar 2009 in Kraft getretene Gesetzesänderung kann die Rentenversicherung nun solche Präventionsleistungen nicht nur stationär, sondern auch ambulant erbringen. Prävention kann so flexibler umgesetzt werden, was einen Anstieg dieser Leistungen in den kommenden Jahren erwarten lässt.

Krankheitsspektrum – Zeitliche Entwicklung

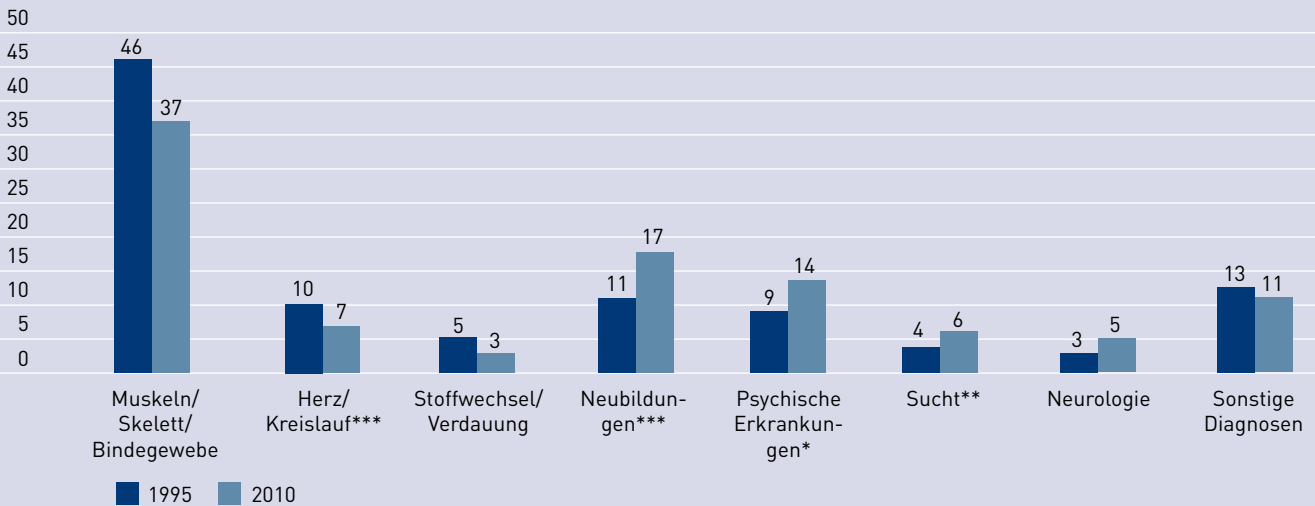
Fasst man stationäre und ambulante Leistungen zusammen, haben sich die medizinischen Reha-Leistungen der einzelnen Diagnosengruppen in den letzten Jahren unterschiedlich entwickelt (s. Abb. 2). Dies zeigt die Gegenüberstellung der Reha-Leistungen aus 2010 und aus 1995, dem letzten Jahr vor Einführung des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes (WFG).

Rehabilitation bei Krebserkrankungen und psychischen Störungen nimmt zu.

Der Anteil an Leistungen bei Muskel-, Skelett- und Bindegewbserkrankungen, nach wie vor die größte Diagnosengruppe, betrug 1995 noch 46 %, in 2010 nur noch 37 %. Ebenfalls rückläufig sind die Anteile der Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krankheiten des Stoffwechsels oder der Verdauungsorgane. Auf die anderen großen Diagnosengruppen wie Neubildungen und psychische Erkrankungen entfallen heute wesentlich mehr Leistungen. Diese zeitlichen Entwicklungen in den einzelnen Diagnosengruppen gehen bei Frauen und Männern in die gleiche Richtung.

Abb. 2 Krankheitsspektrum in der medizinischen Rehabilitation Erwachsener¹ (ambulant und stationär): 1995 und 2010

Anteile Reha-Leistungen in %



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

* ohne Sucht

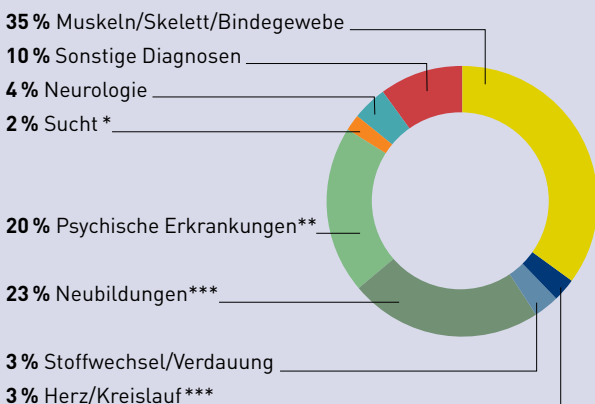
** hier Entwöhnungsbehandlung als eigene Maßnahmeart und als einzige der hier genannten Diagnosengruppen nicht über ICD-Diagnosen definiert

*** ohne neurologische Krankheitsbilder

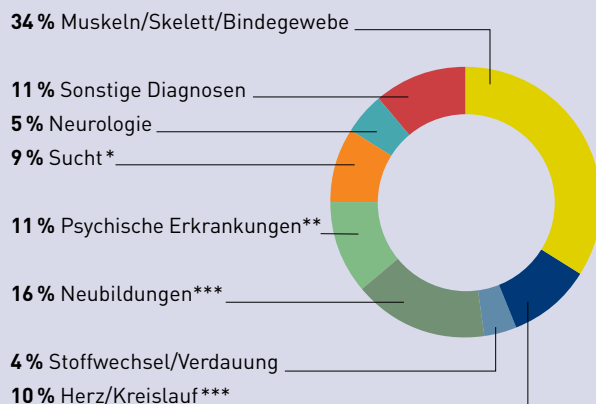
Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 1995 und 2010

Abb. 3 Stationäre medizinische Rehabilitation 2010: Krankheitsspektrum¹

Frauen



Männer



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

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

** ohne Sucht

*** ohne neurologische Krankheitsbilder

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2010

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
21	Rehabilitation im Licht der Statistik
21	Medizinische Rehabilitation
53	Berufliche Rehabilitation
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
75	Berufliche Bildung
83	Psychosomatisch- psychotherapeutische Rehabilitation
92	Anhang

Krankheitsspektrum im Jahr 2010

Vergleicht man die aktuelle Verteilung der Diagnosen in der medizinischen Rehabilitation in 2010 getrennt nach stationärer und ambulanter Reha-Form, stellt sich das Krankheitsspektrum unterschiedlich dar. Die Abbildungen 3 und 4 geben darüber hinaus auch Unterschiede im Krankheitsspektrum von Frauen und Männern wieder. Die dazugehörigen Zahlen und die je nach Diagnosengruppe unterschiedliche durchschnittliche Rehabilitationsdauer sind in Tabelle 4 (s. S. 30) enthalten.

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

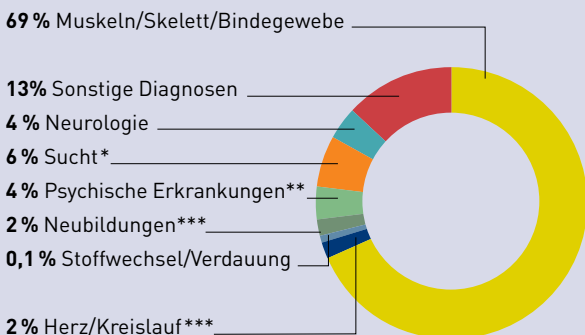
Eine stationäre medizinische Rehabilitation erhalten Frauen wie Männer zu gut einem Drittel wegen Krankheiten der Muskeln, des Skeletts oder des Bindegewebes. Medizinische Rehabilitation bei Neubildungen steht an zweiter Stelle (Frauen 23 %, Männer 16 %). Rang 3 belegen bei Frauen die psychischen Erkrankungen (20 %) (vgl. auch "Im Fokus: Psychosomatisch-psychotherapeutische Rehabilitation"), bei Männern die Herz-Kreislauf-Erkrankungen (13 %). Bei Männern ist der Anteil psychischer Erkrankungen mit 11 % deutlich geringer als bei Frauen. Entwöhnungsbehandlungen sind bei Männern dagegen gut viermal so häufig wie bei Frauen (s. Abb. 3).

Eine stationäre Rehabilitation dauerte im Schnitt 30 Tage.

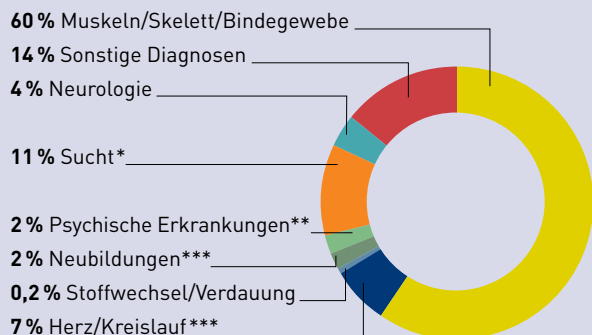
Im Durchschnitt befinden sich Rehabilitanden 30 Tage in ihrer stationären medizinischen Rehabilitation. Nimmt man Reha-Leistungen wegen psychischer Erkrankungen und Suchterkrankungen, die einer längeren Therapie bedürfen, davon aus, dauert die stationäre Rehabilitation in den einzelnen Diagnosengruppen zwischen 23 und 25 Tagen (s. Tab. 4).

Abb. 4 Ambulante medizinische Rehabilitation 2010: Krankheitsspektrum¹

Frauen



Männer



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

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

** ohne Sucht

*** ohne neurologische Krankheitsbilder

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2010

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

In der ambulanten Rehabilitation wird der weitaus überwiegende Teil der ambulanten Leistungen bei Frauen (69 %) wie bei Männern (60 %) wegen einer Erkrankung der Muskeln, des Skeletts oder des Bindegewebes durchgeführt; die Anteile sind wesentlich höher als in der stationären Rehabilitation. Dagegen werden nur etwa 2 % der ambulanten Rehabilitationsleistungen aufgrund von Neubildungen durchgeführt (s. Abb. 4). In Tabelle 4 sind auch die durchschnittlichen Behandlungstage für die ganztägig ambulante Rehabilitation der betrachteten Diagnosengruppen enthalten.

Eine ganztägig ambulante Rehabilitation dauerte im Schnitt 21 Behandlungstage.

Tab. 4 Ambulante und stationäre medizinische Rehabilitation 2010: Krankheitsspektrum und Behandlungsdauer

	Insgesamt (inkl. sonst. Leistungen)	Muskeln/ Skelett/ Bindegewebe	Herz/ Kreislauf*	Stoff- wechsel/ Verdauung	Neu- bildun- gen*	Psychische Erkran- kungen**	Sucht***	Neurologie	Sonstige Diagno- sen	Fehlende Diagno- sen****
Ambulant										
Frauen	49.386	32.316	1.022	61	768	2.026	2.895	1.765	6.231	2.302
Behandlungs- tage****	21	17	22	20	16	32	–	22	–	–
Männer	73.449	42.181	5.004	114	1.159	1.473	7.699	2.685	9.836	3.298
Behandlungs- tage****	21	17	22	17	15	41	–	22	–	–
Stationär										
Frauen	416.555	137.078	13.172	11.872	90.435	81.013	9.935	16.924	41.506	14.620
Pflegetage****	28	24	24	25	23	39	88	30	–	–
Männer	421.309	134.139	41.975	17.728	67.387	44.881	36.468	22.045	44.602	12.084
Pflegetage****	31	24	24	24	23	39	88	30	–	–

* ohne neurologische Krankheitsbilder

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

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

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

***** 1. Diagnose noch nicht erfasst

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2010

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
21	Rehabilitation im Licht der Statistik
21	Medizinische Rehabilitation
53	Berufliche Rehabilitation
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
75	Berufliche Bildung
83	Psychosomatisch- psychotherapeutische Rehabilitation
92	Anhang

Für eine ganztägig ambulante orthopädische Rehabilitation – also bei Erkrankungen der Muskeln, des Skeletts oder des Bindegewebes – werden durchschnittlich 17 Behandlungstage benötigt. Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen suchen im Schnitt an rund 37 Tagen die ambulante Reha-Einrichtung auf. Anders als in der stationären Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen ist im ambulanten Bereich die Behandlungsdauer bei Frauen (32 Tage) niedriger als bei Männern (41 Tage).

Das Durchschnittsalter in der orthopädischen Rehabilitation lag 2010 bei 50,3 Jahren, in der Sucht-rehabilitation bei 40,8 Jahren.

Die Diagnosengruppen in der medizinischen Rehabilitation unterscheiden sich auch nach dem durchschnittlichen Alter der Rehabilitanden. Die deutlich jüngsten Rehabilitanden finden sich mit durchschnittlich 40,8 Jahren in der Suchtrehabilitation (Entwöhnungsbehandlung). Rehabilitanden mit psychischen Erkrankungen (ohne Entwöhnungsbehandlungen; 47,6 Jahre) oder mit Erkrankungen des Verdauungs- und Stoffwechselsystems (47,9 Jahre) sind im Schnitt etwa gleich alt, gefolgt von Rehabilitanden mit neurologischen Erkrankungen (48,9 Jahre), orthopädischen Erkrankungen (50,3 Jahre) und Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems (52,6 Jahre). Mit im Mittel 61,8 Jahren sind Rehabilitanden mit Krebserkrankungen mit Abstand am ältesten. Während insgesamt zahlreiche krankheitsspezifische, personenbezogene und auch gesellschaftliche Faktoren zu den Altersunterschieden zwischen den Diagnosengruppen führen können, trägt hier eine gesetzliche Regelung dazu bei: Nach § 31 SGB VI führt die Rentenversicherung eine medizinische Rehabilitation bei Rehabilitanden mit Krebserkrankungen auch dann durch, wenn diese bereits im Rentenalter sind.

Altersspezifische Inanspruchnahme

Das Durchschnittsalter von Frauen, die 2010 eine medizinische Rehabilitation abgeschlossen haben, lag bei 51,6 Jahren. Männer waren mit 51,0 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.

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

Die Ergebnisse sind eindeutig: Bei allen betrachteten Diagnosengruppen steigt 2010 die Inanspruchnahme mit dem Alter. Besonders ausgeprägt ist der Anstieg bei Krankheiten der Muskeln, des Skeletts oder des Bindegewebes etwa ab dem 38. Lebensjahr. Bei Neubildungen steigt die Inanspruchnahme ebenfalls mit dem Alter an, besonders deutlich ab dem 58. Lebensjahr. Diese Dynamik zeigt sich gleichermaßen bei Frauen und Männern. Auch bei Krankheiten des Stoffwechsels und der Verdauungsorgane steigt die Inanspruchnahme bei beiden Geschlechtern mit zunehmendem Alter, wenn auch moderat (s. Abb. 5 und 6). Eine für Frauen und Männer unterschiedliche Entwicklung der altersabhängigen Inanspruchnahme zeigt sich bei den psychischen Erkrankungen und bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Die höchste Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen bei psychischen

Erkrankungen (inkl. Abhängigkeitserkrankungen) liegt bei Frauen im Alter von Mitte bis Ende 50. Männliche Versicherte nehmen Rehabilitationsleistungen bei psychischen Störungen am häufigsten etwas früher in Anspruch, nämlich im Alter von Anfang 50. Für Herz-Kreislauf-Erkrankungen steigen die Reha-Leistungen männlicher Versicherter ab dem 36. Lebensjahr kontinuierlich. Bei Frauen setzt diese Entwicklung später ein und ist bis zum 61. Lebensjahr weniger stark ausgeprägt.

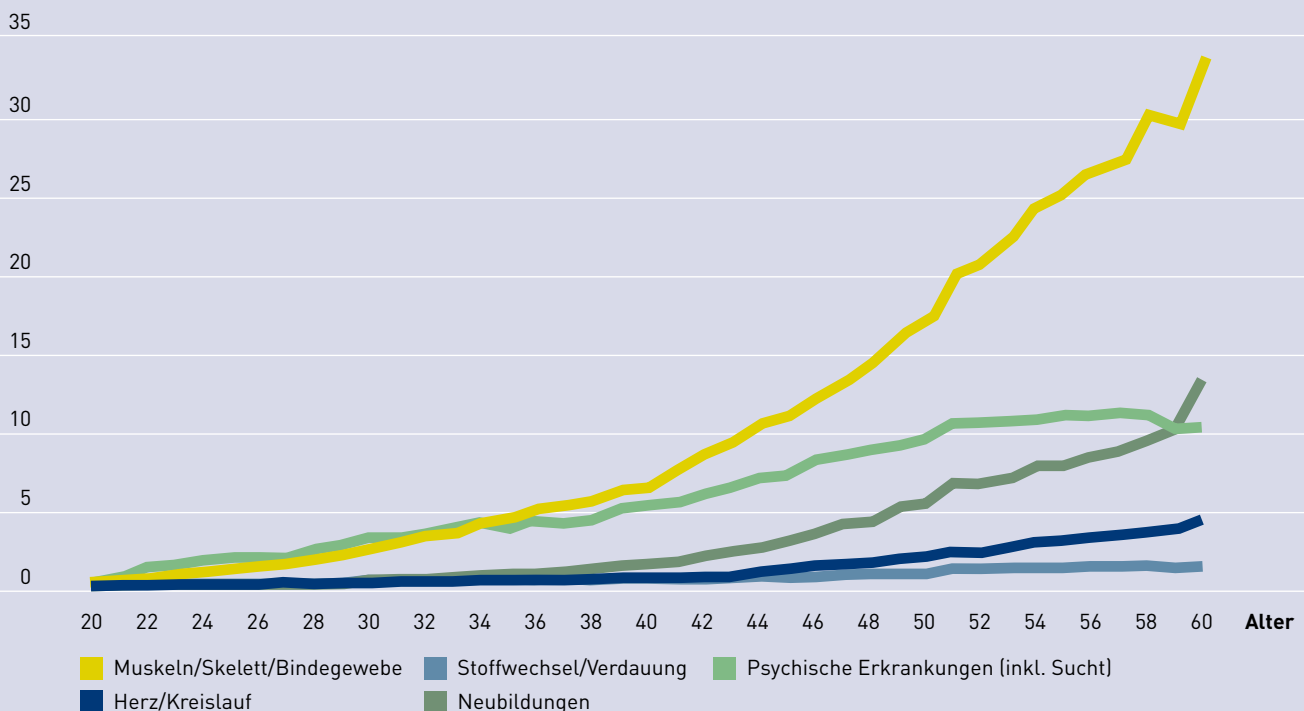
Altersstandardisierte Inanspruchnahme

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. 33) wird entsprechend sowohl der Einfluss der Größe der Population als auch der einer unterschiedlichen Alterszusammensetzung herausgerechnet (= altersstandardisierte Raten).

Unterschiedliche Altersstrukturen erfordern eine altersstandardisierte Betrachtung.

Abb. 5 Medizinische Rehabilitation: Altersspezifische Inanspruchnahmeraten bei Frauen 2010

Anzahl Reha-Leistungen pro 1.000 Versicherte



Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2010, „Versicherte“ 2008/2009

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
21	Rehabilitation im Licht der Statistik
21	Medizinische Rehabilitation
53	Berufliche Rehabilitation
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
75	Berufliche Bildung
83	Psychosomatisch- psychotherapeutische Rehabilitation
92	Anhang

Altersstandardisierung

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

Abb. 6 Medizinische Rehabilitation: Altersspezifische Inanspruchnahmeraten bei Männern 2010

Anzahl abgeschlossene Reha-Leistungen pro 1.000 Versicherte

35

30

25

20

15

10

5

0

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

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

Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2010, „Versicherte“ 2008/2009

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

Tabelle 5 gibt für Frauen und für Männer die altersstandardisierten Inanspruchnahmeraten insgesamt sowie für die wichtigsten fünf Diagnosengruppen zwischen 1995 und 2010 wieder. Zu Beginn dieses Zeitraums haben in Deutschland altersstandardisiert rund 30 von 1.000 versicherten Frauen und 25 von 1.000 versicherten Männern eine medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung in Anspruch genommen. Zwei Jahre später (1997), nach Inkrafttreten des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes (WFG) 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 zunahmen, liegen die Raten doch in allen weiteren Jahren deutlich unter denjenigen von 1995.

Betrachtet man zum Vergleich die Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation in diesem Zeitraum in absoluten Zahlen (vgl. Tab. 2, S. 25), dann liegen diese Zahlen – ohne Altersstandardisierung – für 2010 über denen von 1995.

Tab. 5 Ambulante und stationäre medizinische Leistungen 1995–2010 nach ausgewählten Diagnosengruppen pro 1.000 Versicherte – altersstandardisiert¹ – Frauen und Männer

Jahr	Insgesamt (inkl. sonstige Leistungen)		Muskeln/Skelett/ Bindegewebe		Herz/ Kreislauf		Stoffwechsel/ Verdauung		Neubildungen		Psychische Erkrankungen (inkl. Sucht)	
1995	29,7	25,0	13,3	11,8	1,9	3,8	1,2	1,4	3,7	1,3	4,3	3,0
1996	30,8	25,6	13,2	11,8	1,9	3,9	1,2	1,4	4,7	1,8	4,8	3,2
1997	19,3	17,2	6,8	6,3	1,2	2,8	0,7	0,8	3,1	1,4	3,3	2,7
1998	19,3	17,8	7,5	6,9	1,3	3,1	0,7	0,8	3,4	1,5	3,4	2,9
1999	21,7	20,4	8,9	8,3	1,4	3,3	0,8	1,0	3,5	1,6	3,7	3,0
2000	25,7	23,1	11,2	10,0	1,5	3,4	1,0	1,1	3,6	1,7	4,5	3,4
2001	27,0	24,1	11,9	10,6	1,6	3,5	1,0	1,1	3,7	1,8	5,1	3,6
2002	26,5	24,2	11,4	10,4	1,4	3,5	1,0	1,1	3,8	1,8	5,3	3,8
2003	24,1	22,0	10,3	9,2	1,3	3,2	0,9	1,0	3,5	1,8	4,7	3,5
2004	22,6	20,5	9,1	8,2	1,2	2,9	0,8	0,9	3,5	1,8	4,5	3,5
2005	22,6	20,1	9,0	7,8	1,2	2,7	0,8	0,8	3,5	1,7	4,6	3,5
2006	21,9	19,7	8,8	7,6	1,1	2,7	0,7	0,8	3,1	1,6	4,3	3,4
2007*	23,3	21,6	9,3	8,3	1,1	2,8	0,8	0,9	3,1	1,6	4,7	3,9
2008	24,4	22,1	9,8	8,5	1,2	2,8	0,8	0,9	3,1	1,6	5,1	4,0
2009	24,9	22,8	9,8	8,8	1,2	2,9	0,8	0,9	3,2	1,6	5,4	4,3
2010	24,9	22,7	9,7	8,6	1,2	2,8	0,7	0,9	3,2	1,6	5,7	4,5

■ Frauen □ Männer

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

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

Quelle: Statistiken „Rehabilitation“ 1995–2010, Statistiken „Versicherte“ 1994–2009

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
21	Rehabilitation im Licht der Statistik
21	Medizinische Rehabilitation
53	Berufliche Rehabilitation
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
75	Berufliche Bildung
83	Psychosomatisch- psychotherapeutische Rehabilitation
92	Anhang

Die deutliche Aufwärtsbewegung nach dem Einbruch im Jahr 1997 kann also zum Teil auf die veränderte Altersstruktur der Versichertenpopulation zurückgeführt werden. So kommen zum Beispiel die geburtenstarken Jahrgänge aus den 1960er Jahren zunehmend in das Alter, in dem sie vermehrt Rehabilitation benötigen.

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

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



Medizinische Rehabilitation: 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. 93). Diese bezieht sich auf Reha-Einrichtungen, 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 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 einzubinden. Seit 1997 können sie sich durch Ausfüllen eines Fragebogens an der Qualitätssicherung beteiligen. Diese Rehabilitandenbefragung erfasst unter anderem die Zufriedenheit mit der medizinischen Rehabilitation sowie den wahrgenommenen Behandlungserfolg. Die Befragung erfolgt kontinuierlich: Monatlich werden jeweils rund 20 Patientinnen und Patienten pro Reha-Einrichtung zufällig ausgewählt, acht bis zwölf Wochen nach ihrer Rehabilitation angeschrieben und zu ihrer Einschätzung der Rehabilitation befragt. Jährlich werden etwa 120.000 Fragebögen verschickt. Für körperliche und psychische Erkrankungen (inkl. Abhängigkeitserkrankungen) sowie für die stationäre und die ambulante Rehabilitation gibt es jeweils unterschiedliche Fragebögen.

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

Rehabilitation bei körperlichen Erkrankungen erhält die Gesamtnote 2,1.

Die Rehabilitanden 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, sie vergeben im Durchschnitt die Note 1,6. Weiterhin schätzen sie die gesundheitsbezogenen Angebote: Schulungen

Bei der Zufriedenheit mit der Rehabilitation gibt es keine Geschlechtsunterschiede.

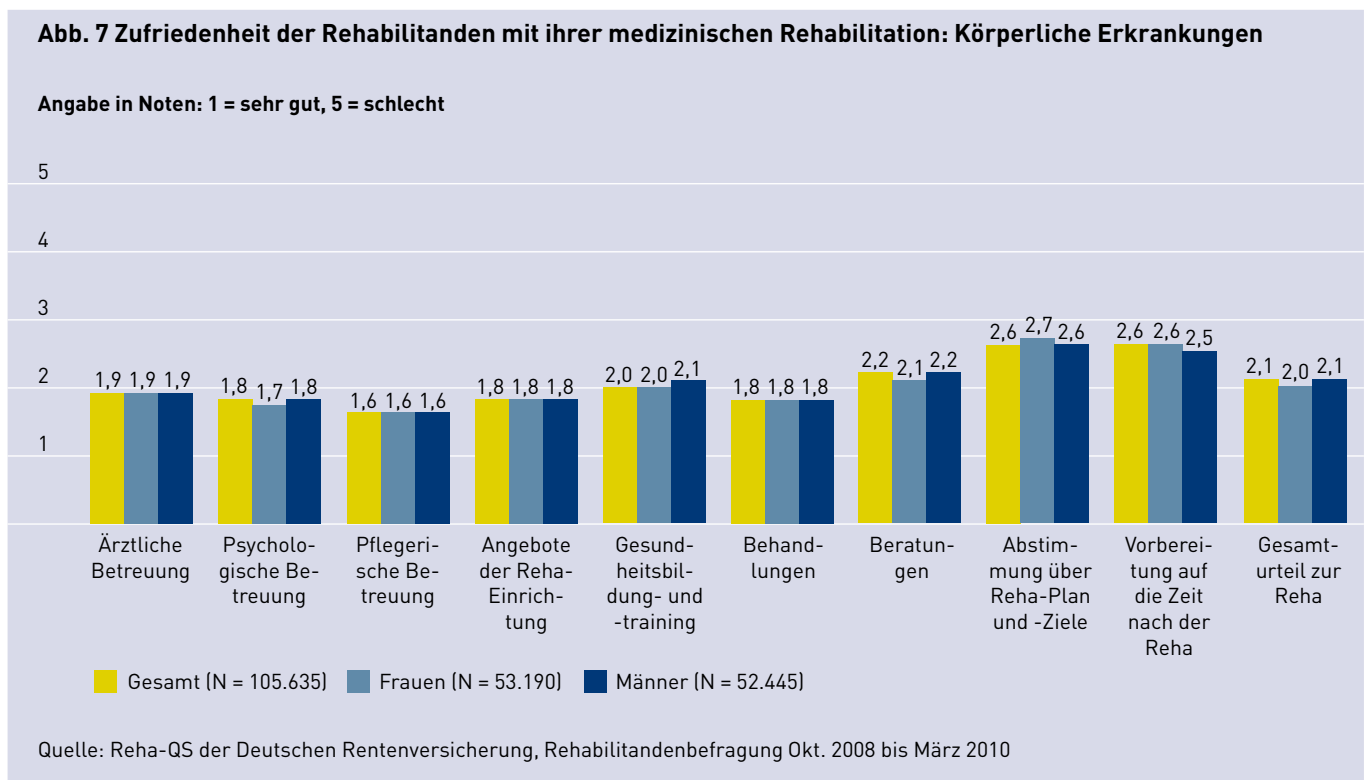
erhalten die Note 2,0, Behandlungen, z. B. die Krankengymnastik die Note 1,8. Die Auswertung zeigt aber auch, dass sowohl die Unterstützung für die Zeit nach der Rehabilitation (Note 2,6) als auch die Abstimmung der Reha-Planung und -Zielsetzung mit den Rehabilitanden (Note 2,6) noch verbessert werden können. Das Geschlecht beeinflusst das Ausmaß der Zufriedenheit kaum. Frauen beurteilen die psychologische Betreuung, die Schulungen und Beratungen sowie die Rehabilitation insgesamt etwas besser, Männer die Arzt-Patient-Abstimmung und die Vorbereitung auf die Zeit nach der Rehabilitation.

Gesamturteil bei ambulanter wie stationärer orthopädischer Rehabilitation: „gut“

Fällt die Zufriedenheit von Rehabilitanden mit ihrer Rehabilitation anders aus, je nachdem, ob sie eine ambulante oder eine stationäre Rehabilitation durchgeführt haben?

Abbildung 8 fasst die Zufriedenheit der Rehabilitanden zusammen, die eine stationäre oder eine ambulante Rehabilitation wegen einer Erkrankung der Muskeln, des Skeletts oder des Bindegewebes durchgeführt haben. Diese orthopädischen Erkrankungen sind der mit Abstand häufigste Grund für eine ambulante Rehabilitation (s. Abb. 4, S. 29).

Das durchschnittliche Gesamturteil lautet sowohl für die stationäre als auch für die ambulante orthopädische Rehabilitation „gut“ (2,0 bzw. 2,1). Auch wenn die hohen Zufriedenheitsraten überwiegen, sind die Ergebnisse



4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
21	Rehabilitation im Licht der Statistik
21	Medizinische Rehabilitation
53	Berufliche Rehabilitation
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
75	Berufliche Bildung
83	Psychosomatisch- psychotherapeutische Rehabilitation
92	Anhang

ausreichend differenziert, um z. B. gute, durchschnittliche und weniger gute Reha-Einrichtungen zu unterscheiden.

Betrachtet man die einzelnen Bereiche, äußern sich die Rehabilitanden zufriedener mit der orthopädischen Rehabilitation nach ambulanter Rehabilitation im Vergleich zur stationären Rehabilitation. Besonders den Bereich „Abstimmung über Reha-Plan und -Ziele“ beurteilen sie nach ambulanter Rehabilitation positiver (Note 1,8) als nach stationärer (Note 2,8). Ursache für die besseren Ergebnisse der ambulanten Rehabilitation könnte sein, dass Rehabilitanden, die eine ambulante Rehabilitation durchführen, häufig weniger schwer erkrankt und jünger sind als in der stationären Rehabilitation. Auch bieten die ambulanten Reha-Einrichtungen durch ihre Übersichtlichkeit mit kurzen Organisations- und Kommunikationswegen Vorteile für die Abläufe in der Rehabilitation.

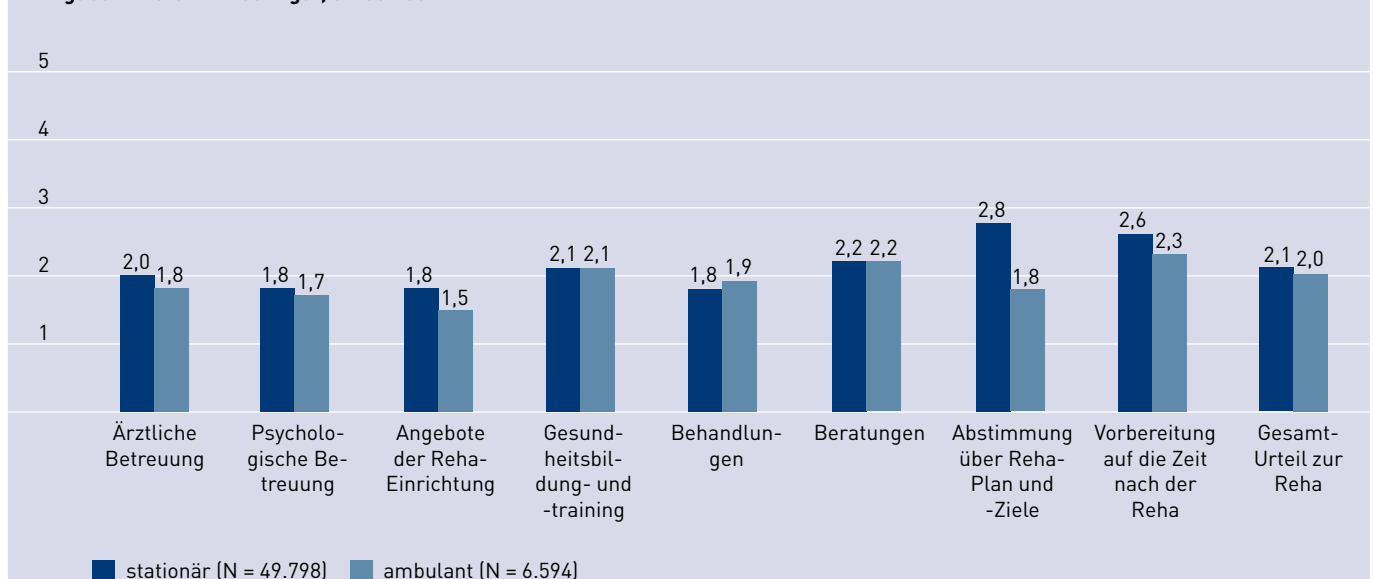
Rehabilitanden bewerten die Abstimmung über Reha-Plan und -Ziele nach ambulanter Rehabilitation besser als nach stationärer.

Aus Sicht der Experten – Peer Review

Der Reha-Prozess wird nicht nur über die Befragung von Rehabilitanden, sondern auch durch ausgewiesene ärztliche Experten bewertet. Die Ergebnisse dieses seit über zehn Jahren rentenversicherungswweit durchgeführten sogenannten Peer-Review-Verfahrens (s. Info-Box S. 40) 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 zurück,

Im Peer Review erfasste Mängel gehen langsam zurück.

Abb. 8 Zufriedenheit der Rehabilitanden mit ihrer Rehabilitation: Stationäre oder ambulante Rehabilitation wegen einer orthopädischen Erkrankung
Angabe in Noten: 1 = sehr gut, 5 = schlecht



Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Rehabilitandenbefragung stationär: Okt. 2008 bis März 2010, ambulant: Aug. 2010 bis Feb. 2011

sowohl bei den somatischen als auch bei den psychosomatischen und Suchterkrankungen. Die jüngsten Peer Review-Verfahren von 2010 für somatische Indikationen und 2011 für psychosomatische Indikationen und Suchterkrankungen bestätigen einen hohen Qualitätsstandard.

Peer Review

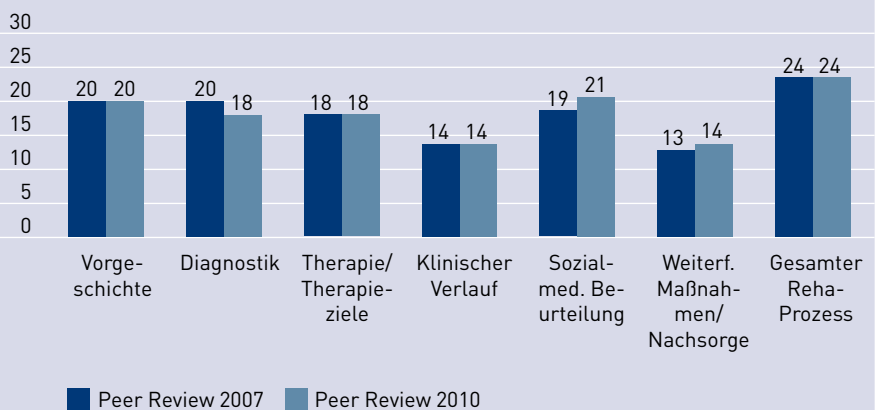
Speziell geschulte Ärztinnen und Ärzte aus Reha-Einrichtungen beurteilen als Peers anhand anonymisierter Reha-Entlassungsberichte anderer Reha-Einrichtungen die Abläufe der Rehabilitation. Die Beurteilung bezieht sich auf alle Bereiche der Rehabilitation: Erhebung der Krankheitsgeschichte (Anamnese), 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 zuvor in einer mehrtägigen Schulung vermittelt. Die gesammelten/zusammengefassten Einschätzungen der Peers zu den verschiedenen Bereichen werden den Reha-Einrichtungen in einem Bericht zurückgemeldet.

Peer Review im Zeitvergleich.

Die folgenden Abbildungen stellen Auswertungen von Entlassungsberichten aus stationären somatischen Reha-Einrichtungen (s. Abb. 9) der Jahre 2007 und 2010 und aus stationären Einrichtungen für die Rehabilitation bei psychischen und Suchterkrankungen der Jahre 2009 und 2011 (s. Abb. 10) jeweils im Zeitvergleich dar. Bei der somatischen Rehabilitation ist im Vergleich der Jahre 2007 und 2010 ein konstantes Ergebnis zu beobachten.

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

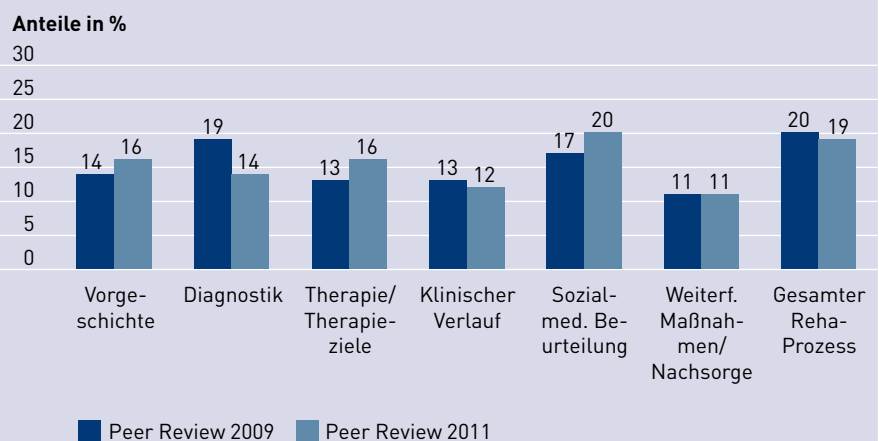
Anteile in %



Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Ergebnisse der Peer Review Verfahren 2007 und 2010, N = 532 Einrichtungen

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
21	Rehabilitation im Licht der Statistik
21	Medizinische Rehabilitation
53	Berufliche Rehabilitation
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
75	Berufliche Bildung
83	Psychosomatisch- psychotherapeutische Rehabilitation
92	Anhang

Abb. 10 Substanzielle Mängel in der Rehabilitation psychischer Störungen inkl. Sucht im Peer Review



Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung
Ergebnisse der Peer Review Verfahren 2009 und 2011; N = 274 Reha-Einrichtungen

Bei den Indikationen Psychosomatik und Sucht zeigt sich ein differenziertes Bild: Einer leichten Zunahme substanzieller Mängel bei der Sozialmedizinischen Beurteilung steht eine Abnahme solcher Mängel bei der Diagnostik gegenüber.

Die zusammenfassende Beurteilung „Gesamter Reha-Prozess“ – eine gesonderte Frage im Fragebogen – weist bei rund einem Viertel der Bewertungen bei somatischer Rehabilitation (s. Abb. 9) und bei etwa einem Fünftel der Bewertungen bei psychosomatischer bzw. suchtbbezogener Rehabilitation (s. Abb. 10) substanzielle Mängel auf.

Beurteilt man die Reha-Entlassungsberichte nach den dokumentierten Einzelmerkmalen der Bereiche, lassen sich die Abläufe in der Rehabilitation sehr detailliert auswerten und konkrete Schwachstellen aufzeigen. Zum Beispiel sind die Übereinstimmung zwischen Patienten und Ärztin/Arzt (Bereich Diagnostik), die Selbsteinschätzung der Patienten zur Teilhabe am Arbeitsleben (Bereich Sozialmedizinische Beurteilung) sowie deren Krankheitsverständnis und Krankheitsverarbeitung (Bereich Vorgeschichte) in den Entlassungsberichten nicht immer verständlich und nachvollziehbar dargestellt.

Bei diesen und weiteren Einzelmerkmalen deckt das Peer-Review-Verfahren sowohl in der somatischen als auch in der psychosomatischen Rehabilitation konkrete Verbesserungspotenziale auf. Dies gilt insbesondere für Merkmale, die die aktive Beteiligung der Patienten am Reha-Geschehen betreffen, sowie für Merkmale, bei denen die Kommunikation zwischen Ärzten und Rehabilitanden über die Reha-Ziele im Vordergrund steht.

Peer Review zeigt Verbesserungsmöglichkeiten im Rehabilitationsprozess.

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

Therapeutische Versorgung – KTL-Dokumentation

Alle Reha-Einrichtungen, die pro Jahr für mindestens 50 Rehabilitandinnen oder Rehabilitanden der Deutschen Rentenversicherung einen Reha-Entlassungsbericht mit KTL-Kodierungen erstellen, erhalten jährlich von der Rentenversicherung einen Ergebnisbericht zur therapeutischen Versorgung. Bewertet wird die therapeutische Versorgung anhand der Leistungsmenge und Leistungsdauer pro Woche sowie anhand der Zusammensetzung der Leistungen aus unterschiedlichen KTL-Kapiteln.

Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL)

Für jeden Rehabilitanden bzw. jede Rehabilitandin wird zum Ende der Rehabilitation ein 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 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 2009

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	652.499	94 %	7,1	4,3
B - Physiotherapie	597.006	86 %	5,3	2,7
C - Information, Motivation, Schulung	685.120	99 %	5,2	3,1
D - Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie	429.302	62 %	1,0	0,5
E - Ergotherapie, Arbeitstherapie und andere funktionelle Therapien	325.896	47 %	2,1	1,7
F - Klinische Psychologie, Neuropsychologie	531.338	77 %	2,4	1,9
G - Psychotherapie	150.033	22 %	3,4	3,8
H - Reha-Pflege	280.879	41 %	2,6	0,7
K - Physikalische Therapie	623.530	90 %	6,7	2,3
L - Rekreationstherapie	286.867	42 %	3,5	2,4
M - Ernährung	228.159	33 %	7,6	2,5

* Mehrfachnennungen möglich; N 691.168 stationäre und ambulante Reha-Leistungen
Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2002–2009

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
21	Rehabilitation im Licht der Statistik
21	Medizinische Rehabilitation
53	Berufliche Rehabilitation
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
75	Berufliche Bildung
83	Psychosomatisch- psychotherapeutische Rehabilitation
92	Anhang

Anfang 2011 erhielten 993 Reha-Einrichtungen eine solche Auswertung mit Daten aus Reha-Entlassungsberichten des Jahres 2009. Tabelle 6 gibt einen Überblick über die therapeutischen Leistungen, gegliedert nach den Kapiteln der KTL. Sie zeigt die Anzahl der Rehabilitanden, welche 2009 mindestens eine Leistung aus dem jeweiligen KTL-Kapitel erhalten haben.

Zwei Beispiele: 99 % aller Rehabilitanden bekamen mindestens eine Schulung, einen Vortrag oder eine andere Leistung aus dem Kapitel C – Information, Motivation und Schulung. Aus dem Kapitel G – Psychotherapie erhielten nur 22 % der Rehabilitanden insgesamt mindestens eine Leistung. Der geringe Anteil ist darauf zurückzuführen, dass psychotherapeutische Leistungen in der Hauptsache in der psychosomatischen Rehabilitation und bei Entwöhnungsbehandlungen durchgeführt werden, einem 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-Kapitels erhielten, pro Woche stattfanden und wie viele Stunden sie pro Woche gedauert haben. Betrachtet man alle Rehabilitanden, hat im Jahr 2009 jeder Rehabilitand während seiner Rehabilitation im Durchschnitt 31,6 über die KTL erfasste Leistungen pro Woche erhalten, die sich auf 17,0 Stunden Therapiezeit verteilen.

Rehabilitanden erhielten 2009 rund 32 KTL-Leistungen pro Woche.

In 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).

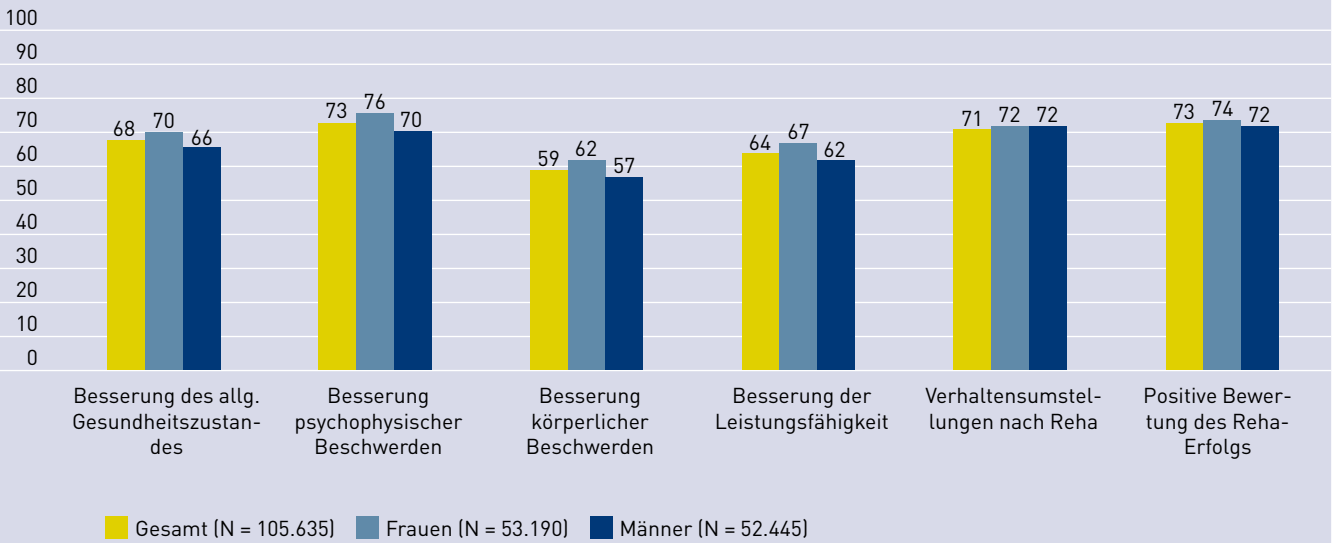
Rehabilitandinnen und Rehabilitanden werden nicht nur nach der Zufriedenheit mit ihrer Rehabilitation gefragt (s. S. 37), sondern auch nach dem Erfolg der durchgeführten Rehabilitation. Die befragten Rehabilitanden beurteilen Gesundheitszustand und Leistungsfähigkeit, indem sie sich an den Zustand vor der Rehabilitation erinnern: „Wenn Sie jetzt noch einmal an Ihre Zeit vor der Rehabilitation denken, haben sich Ihre Beschwerden durch die Rehabilitation verbessert?“.

Drei von vier Rehabilitanden werten ihre Rehabilitation als Erfolg.

Abbildung 11 zeigt, welche Bereiche sich aus Sicht der Rehabilitanden durch die somatische Rehabilitation verbessert haben: Knapp drei von vier Patientinnen und Patienten (73 %) sehen in der Rehabilitation einen Erfolg.

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

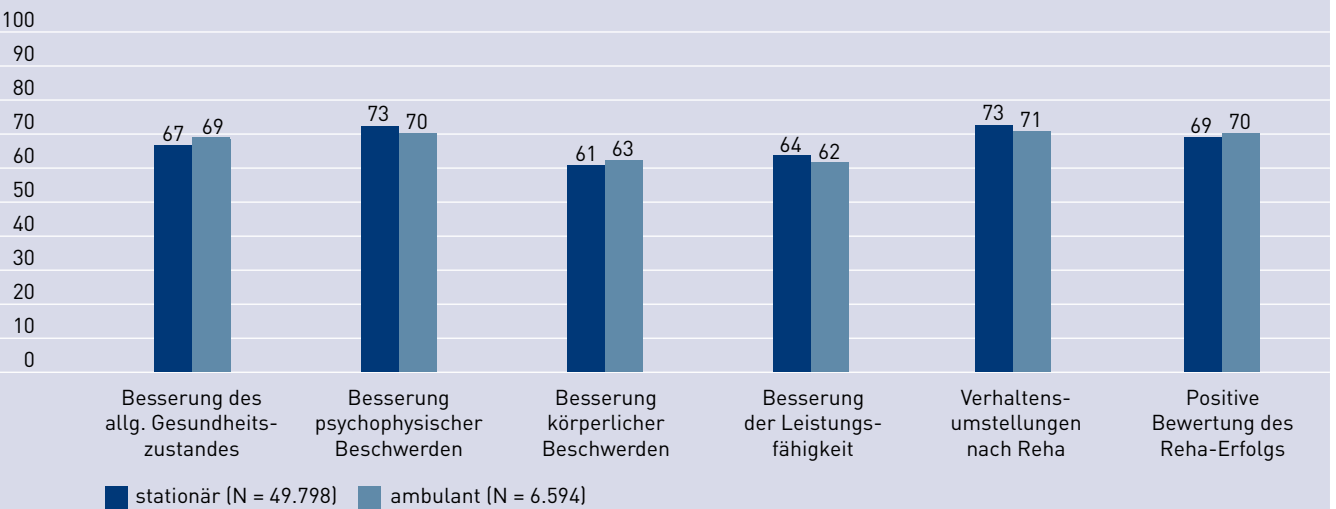
Anteile Rehabilitanden in %



Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Rehabilitandenbefragung Okt. 2008 bis März 2010

Abb. 12 Behandlungserfolg aus Sicht der Rehabilitanden: Stationäre oder ambulante Reha wegen einer orthopädischen Erkrankung

Anteile Rehabilitanden in %



Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Rehabilitandenbefragung, stationär: Okt. 2008 bis März 2010, ambulant: Aug. 2010 bis Feb. 2011

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
21	Rehabilitation im Licht der Statistik
21	Medizinische Rehabilitation
53	Berufliche Rehabilitation
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
75	Berufliche Bildung
83	Psychosomatisch- psychotherapeutische Rehabilitation
92	Anhang

Frauen bewerten ihre Rehabilitation etwas positiver als Männer.

Ebenfalls 73 % geben 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 oder Schlafstörungen. Ihre rein körperlichen Beschwerden schätzen dagegen lediglich 59 % der Rehabilitanden als gebessert ein, was durch den chronischen, oft langjährigen Verlauf der vorliegenden Erkrankung erklärbar ist. Fast Dreiviertel der Rehabilitanden sehen sich durch die Rehabilitation dazu motiviert, ihr Verhalten im Alltag umzustellen, sich zum Beispiel sportlich zu betätigen, sich einer Selbsthilfegruppe anzuschließen oder sich anderweitig gesundheitsbewusst zu verhalten. Im Geschlechtervergleich bewerten Frauen die Rehabilitation tendenziell positiver: Über alle erfragten Aspekte gemittelt berichten rund 4 % mehr Frauen als Männer über einen Behandlungserfolg durch die durchgeführte Rehabilitation.

Abbildung 12 fasst die Ergebnisse zum subjektiven Rehabilitationserfolg für die Rehabilitanden mit orthopädischen Erkrankungen zusammen, im Vergleich zwischen stationärer und ambulanter Rehabilitation.

Anders als bei der Messung der Zufriedenheit der Rehabilitanden – dort werden sechs von neun Aspekten nach ambulanter Rehabilitation besser bewertet (s. Abb. 8, S. 39) – zeigt sich bei dem patientenseitig wahrgenommenen Reha-Erfolg eine weitgehend gleiche Bewertung stationärer und ambulanter Rehabilitationen. 69 % der Rehabilitanden schätzen den Behandlungserfolg nach ihrer stationären orthopädischen Rehabilitation positiv ein, 70 % nach ihrer ambulanten Rehabilitation.

Dabei können Reha-Zufriedenheit und Reha-Erfolg in der Wahrnehmung der Patienten auseinanderfallen. Erleben sie ihre Rehabilitation als gesundheitsverbessernd, so können sie gleichzeitig unzufrieden sein („Reha hat mir geholfen, aber die Rahmenbedingungen hätten besser sein können“). Hat der Reha-Aufenthalt für die Patienten keine bedeutsamen Auswirkungen auf ihren Gesundheitszustand oder ihre Leistungsfähigkeit gehabt, so führt möglicherweise auch eine hohe Zufriedenheit mit den Serviceleistungen nicht zu einer positiven Beurteilung des Rehabilitationsergebnisses.

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

Routinedaten zum Erfolg der Rehabilitation

Sozialmedizinischer Verlauf

Rehabilitation der Rentenversicherung zielt darauf ab, eine vorzeitige Berentung der Versicherten zu vermeiden oder hinauszuschieben – sie will die Erwerbsfähigkeit der Versicherten möglichst auf Dauer erhalten. Als Indikator für die Erwerbsfähigkeit der Rehabilitanden wird der „Sozialmedizinische Verlauf“ im Anschluss an eine Rehabilitationsleistung nachgezeichnet: Er gibt Auskunft darüber, wie viele Rehabilitanden in einem bestimmten Zeitraum – zumeist zwei Jahre nach Rehabilitation – im Erwerbsleben verbleiben konnten und wie viele aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind. Bei den im Erwerbsleben Verbliebenen wird zusätzlich danach unterschieden, ob in dem betrachteten Zeitraum für jeden Monat Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt wurden („lückenlose Beiträge“) oder für 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 stammen.

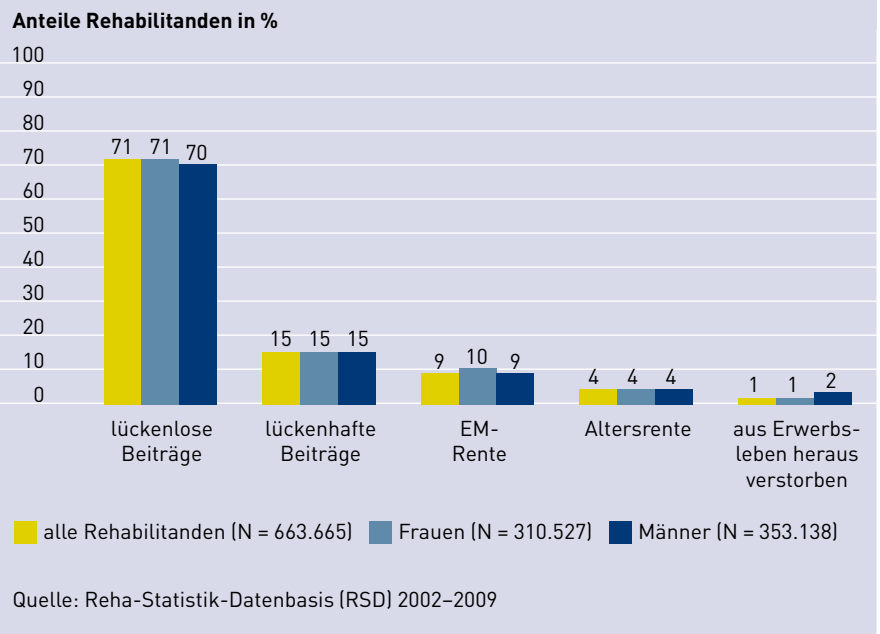
Bei den aus dem Erwerbsleben ausgeschiedenen Rehabilitanden unterscheidet man Teilgruppen: Versicherte, die wegen geminderter Erwerbsfähigkeit oder aus Altersgründen berentet werden, sowie solche, die aus dem Erwerbsleben heraus versterben. In den Sozialmedizinischen Verlauf geht also nicht die Gesamtsterblichkeit ein, da bei dieser Auswertung in erster Linie das Rentengeschehen interessiert. Grundlage für diese Analysen ist die Reha-Statistik-Datenbasis (RSD), die das Rehabilitations- und Berentungsgeschehen im Zeitverlauf wiedergibt (s. Anhang S. 92).

Abbildung 13 zeigt den Erwerbsverlauf von pflichtversicherten Rehabilitanden des Jahres 2007 für die nachfolgenden zwei Jahre. Nur 14 % der Personen scheiden nach einer medizinischen Rehabilitation aus dem Erwerbsleben aus: 9 % erhalten eine Erwerbsminderungsrente, 4 % eine Altersrente und 1 % verstirbt aus dem Erwerbsleben heraus. Bei dem weitaus größten Anteil der Rehabilitanden wird das Ziel einer dauerhaften Erwerbsfähigkeit erreicht. Innerhalb der ersten 24 Monate nach der medizinischen Rehabilitation sind immerhin 86 % der Personen weiterhin erwerbsfähig und zahlen entweder lückenlos (71 %) oder mit Unterbrechungen (15 %) ihre Beiträge. Das Ergebnis zeigt den Erfolg der medizinischen Rehabilitation, wenn man bedenkt, dass vor der Rehabilitation eine erheblich gefährdete oder sogar bereits geminderte Erwerbsfähigkeit vorlag.

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
21	Rehabilitation im Licht der Statistik
21	Medizinische Rehabilitation
53	Berufliche Rehabilitation
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
75	Berufliche Bildung
83	Psychosomatisch- psychotherapeutische Rehabilitation
92	Anhang

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

Abb. 13 Sozialmedizinischer 2-Jahres-Verlauf nach medizinischer Rehabilitation in 2007 (pflichtversicherte Rehabilitanden)



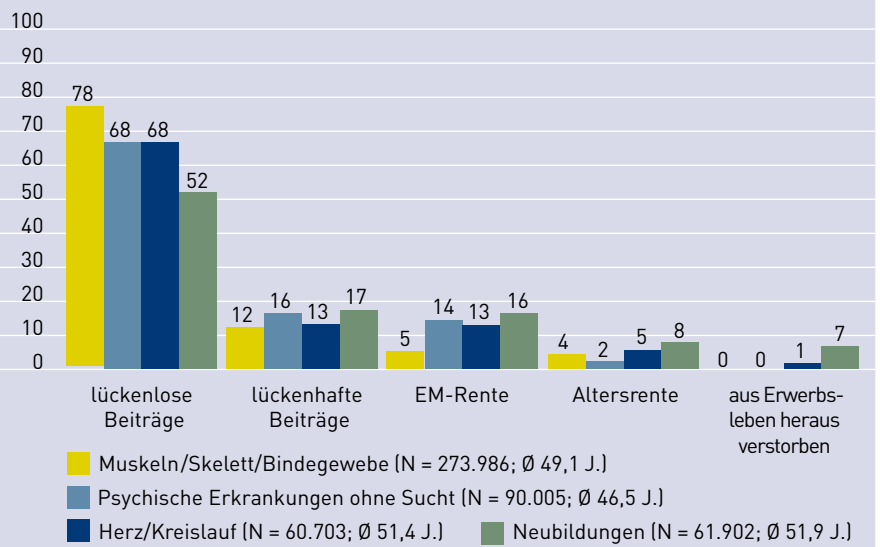
Geschlechtsspezifische Unterschiede sind kaum erkennbar. Große Unterschiede zeigen sich dagegen zwischen den Diagnosengruppen (s. Abb. 14, S. 48).

Die Erwerbsfähigkeit nach Rehabilitation unterscheidet sich erheblich zwischen den Diagnosengruppen.

So bleiben nach einer orthopädischen Rehabilitation mit 90 % wesentlich mehr Personen erwerbsfähig als beispielsweise nach einer onkologischen Rehabilitation (69 % bei Zusammenfassung der Kategorien lückenlose und lückenhafte Beiträge). Das Durchschnittsalter der Rehabilitanden mit Neubildungen unterscheidet sich mit rund 52 Jahren nicht sehr von dem anderer Diagnosengruppen, da in die Betrachtung des Erwerbsverlaufs nur pflichtversicherte Rehabilitanden im erwerbsfähigen Alter eingehen. Diejenigen Rehabilitanden, die nach § 31 SGB VI ihre onkologische Rehabilitation erhalten und im Rentenalter sein können, werden hier nicht erfasst. Grund für die z. T. deutlichen Unterschiede zwischen den Diagnosengruppen sind die krankheitsspezifischen Verläufe, die bei Tumorerkrankungen ungünstiger sind als bei vielen anderen Erkrankungen. Dies spiegelt sich auch im größeren Anteil an Erwerbsminderungsrenten (16 %) und in der höheren Sterblichkeit (7 %) von onkologischen Rehabilitanden wider.

Abb. 14 Sozialmedizinischer 2-Jahres-Verlauf nach medizinischer Rehabilitation in 2007 für verschiedene Diagnosengruppen (pflichtversicherte Rehabilitanden)

Anteile Rehabilitanden in %



Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2002–2010



Medizinische Rehabilitation: Reha-Einrichtungen

Die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung findet überwiegend in Vertragseinrichtungen statt.

In Deutschland gab es 2010 1.229 stationäre Vorsorge- und Reha-Einrichtungen.

2010 hat die Rentenversicherung rund 68.600 Betten in Reha-Einrichtungen genutzt.

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 (2010: 78 sowie 4 speziell für Kinderrehabilitation) sind dies überwiegend Vertragseinrichtungen. Hier handelt es sich um Einrichtungen, 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 Belegkapazitäten.

Einen ersten Eindruck über die Größenordnung der Reha-Einrichtungen geben Zahlen des Statistischen Bundesamtes. 2010 gab es demnach in Deutschland 1.229 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 Pflagetagen (Behandlungsdauer) des gleichen Jahres und geteilt durch 365 Tage (Berechnungszeitraum). Für das Jahr 2010 wurde demnach rechnerisch ein Bedarf an rund 68.600 Betten ermittelt. Dieser Bedarf wird überwiegend in Vertragseinrichtungen gedeckt (50.113 Betten). Rund ein Viertel der durch die Rentenversicherung belegten Betten steht in rentenversicherungseigenen Reha-Einrichtungen (14.171). Insgesamt wurden in den eigenen Einrichtungen 15.316 Betten belegt, denn auch andere Reha-Träger wie Kranken- und Unfallversicherung führen dort Reha-Leistungen durch.

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.

Anzahl stationärer Reha-Einrichtungen

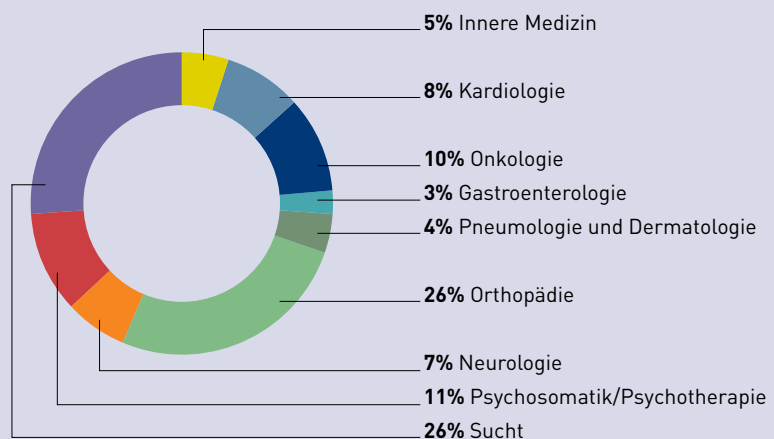
Medizinische Reha-Einrichtungen haben häufig nicht nur einen Behandlungsschwerpunkt (z. B. Kardiologie), sondern verfügen oft über verschiedene Fachabteilungen (z. B. Kardiologie und Orthopädie). Alle stationären medizinischen Reha-Einrichtungen, die von der Rentenversicherung federführend belegt werden, nehmen mit ihren insgesamt 990 Fachabteilungen an der Reha-Qualitätssicherung durch die Rentenversicherung teil (Strukturerhebung der Deutschen Rentenversicherung 2007/2008).

990 stationäre Fachabteilungen nehmen an der Reha-Qualitätssicherung der 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 (s. Tab. 4, S. 30).

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 2007/2008

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
21	Rehabilitation im Licht der Statistik
21	Medizinische Rehabilitation
53	Berufliche Rehabilitation
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
75	Berufliche Bildung
83	Psychosomatisch- psychotherapeutische Rehabilitation
92	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).

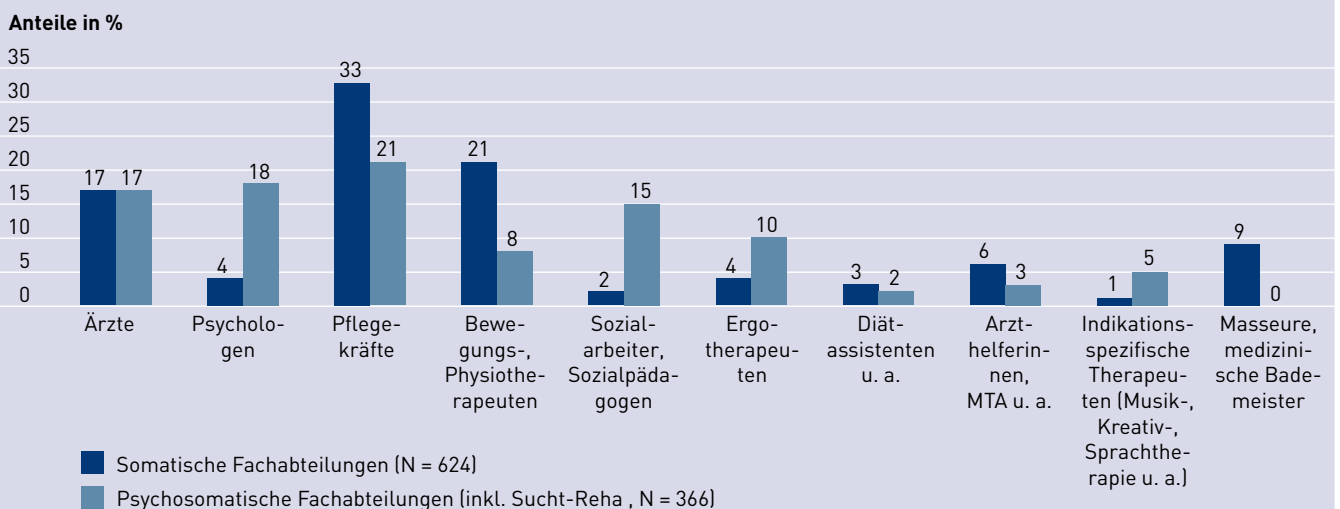
Viele verschiedene Berufsgruppen arbeiten in der Rehabilitation zusammen.

Berufsgruppen

Bei der medizinischen Rehabilitation wirken zahlreiche Berufsgruppen mit. Dieser interdisziplinäre Ansatz berücksichtigt zum einen, dass verschiedene Faktoren das Entstehen und Erleben von Krankheiten beeinflussen. Zum anderen ermöglicht der Ansatz, die Rehabilitation an der zukünftigen Berufstätigkeit zu orientieren – entsprechend dem Auftrag der Rentenversicherung. 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)



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 Anteil an Mitarbeitern des sozialen und sozialpädagogischen Dienstes ist in der psychosomatischen und Suchtrehabilitation deutlich höher.

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. 21; s. Anhang S. 92) Informationen zu Anzahl, Art und Verteilung der Reha-Leistungen zur Verfügung.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)

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

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

Anträge, Bewilligungen und durchgeführte Leistungen

Wie bei der medizinischen ist auch bei der beruflichen Rehabilitation (= Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, LTA) zunächst die Initiative der Versicherten gefragt. Im Jahr 2010 reichten die Versicherten 412.966 Anträge auf LTA bei der Rentenversicherung ein (wobei ein Versicherter auch mehrere Leistungen gleichzeitig beantragen kann). 70 % der erledigten Anträge wurden bewilligt, 22 % abgelehnt und 8 % anderweitig erledigt, z. B. an den letztlich zuständigen Rehabilitationsträger weitergeleitet. Die Ablehnungen erfolgten zu knapp 75 % aus medizinischen Gründen. In den restlichen Fällen waren zumeist versicherungsrechtliche Voraussetzungen nicht erfüllt. 6 % der bewilligten Leistungen traten die Versicherten nicht an, häufig wegen familiärer Probleme oder einer Verschlechterung ihres Gesundheitszustands.

412.966 Anträge auf LTA gingen 2010 bei der Rentenversicherung ein.

Vermittlungsbescheide

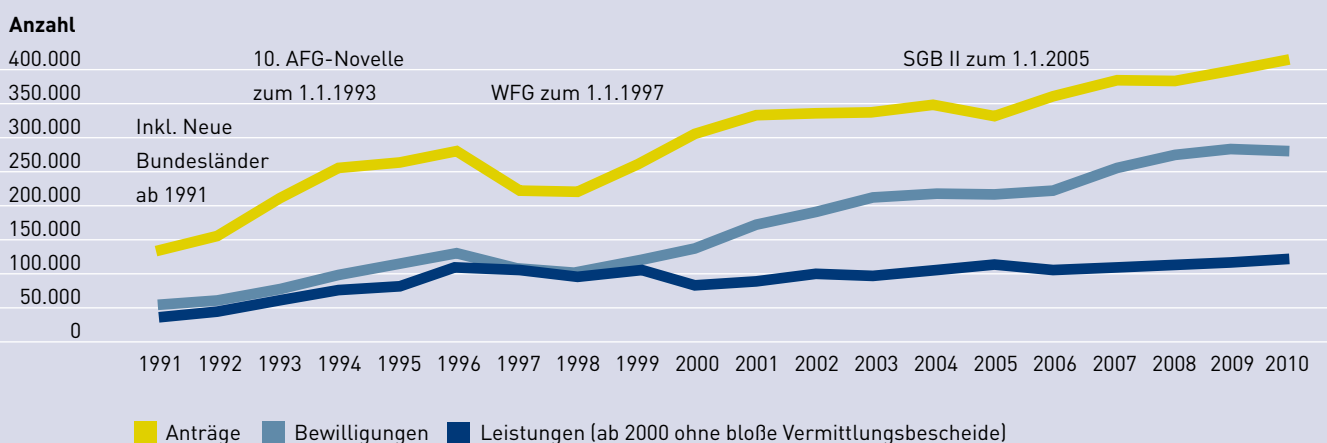
Eine Besonderheit bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind die so genannten Vermittlungsbescheide: Sie sind eine Zusage weiterer Leistungen für den Fall, dass Versicherte nach einer beruflichen Umschulung einen Arbeitsplatz finden, der ihren krankheitsbedingten Beeinträchtigungen gerecht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

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

Die Zahl der Anträge, Bewilligungen und abgeschlossenen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unterliegt wie bei medizinischen Leistungen (vgl. Abb. 1, S. 22) zeitlichen Schwankungen, wenn auch nicht so ausgeprägt (s. Abb. 17). Von 1991 bis 2010 ist die Zahl der Anträge von etwa 145.000 auf mehr als 400.000 und damit auf das 2,9-fache gestiegen. Die Zahl der Bewilligungen hat sich in diesem Zeitraum sogar verfünffacht.

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

Abb. 17 Teilhabe am Arbeitsleben – Anträge, Bewilligungen und abgeschlossene Leistungen 1991–2010



AFG = Arbeitsförderungsgesetz; WFG = Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz; SGB = Sozialgesetzbuch
 Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2011

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
21	Rehabilitation im Licht der Statistik
21	Medizinische Rehabilitation
53	Berufliche Rehabilitation
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
75	Berufliche Bildung
83	Psychosomatisch- psychotherapeutische Rehabilitation
92	Anhang

Dagegen beträgt die Zahl der abgeschlossenen Leistungen im Jahr 2010 wiederum nur das 2,9-fache des Jahres 1991. Diese Diskrepanz ist im Wesentlichen auf die Vermittlungsbescheide (s. Info-Box S. 54) zurückzuführen, die zwar bewilligt werden, aber sich ab 2000 nicht in einer vergleichbar höheren Zahl abgeschlossener Leistungen niederschlagen.

Doch auch Gesetze beeinflussen die Entwicklung: Durch das Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz (WFG) von 1997 beispielsweise gingen – wie bei der medizinischen Rehabilitation, wenngleich in geringerem Ausmaß – die Anträge und Bewilligungen sowie zeitlich verzögert auch die abgeschlossenen beruflichen Leistungen zurück.

In den Folgejahren – mit Ausnahme des Jahres 2005 – zeigt sich wieder ein kontinuierlicher Anstieg von Anträgen und Bewilligungen. Für die abgeschlossenen Leistungen ist diese Entwicklung ähnlich – wenn auch auf einem niedrigeren Niveau (s. Abb. 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 Arbeitsuchende) mit einer veränderten Zuständigkeit für Langzeitarbeitslose und auch deren Rehabilitation zurückführen. Seit 2006 zeigt sich wieder ein steigender Trend. In 2010 sind die Anträge (+ 3,3 %) in ähnlichem Ausmaß wie 2009 weiter gestiegen (s. Tab. 7). Die durchgeführten Leistungen nahmen ebenfalls weiter zu, allerdings weniger als 2009 (+ 2,2 %). Die Bewilligungen gingen in 2010 leicht zurück (- 2 %).

Von 2009 auf 2010 stiegen die LTA um 2 %.

Tab. 7 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben: Anzahl der Anträge, Bewilligungen und abgeschlossenen Leistungen 2009 und 2010

	Anträge	Bewilligungen	Leistungen
2009	399.688	290.526	132.259
2010	412.966	284.848	135.211
Steigerungsrate 2009–2010	+3,3 %	-2,0 %	+2,2 %

Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2011

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 im Jahr 2010 mit 135.211 die meisten LTA abgeschlossen. Nach dem leichten Rückgang 2005 auf 2006 wegen der Einführung des Sozialgesetzbuches (SGB) II (s. o.) nahmen die durchgeführten LTA wieder deutlich zu. Auch wenn sich die Anzahl abgeschlossener Leistungen bei Frauen von 1995 bis 2010 etwas mehr als verdoppelt hat, schlossen sie 2010 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.

Männer nehmen LTA erheblich häufiger wahr als Frauen.

Tab. 8 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 1995–2010

Jahr	Insgesamt	Männer	Frauen
1995	86.331	63.261	23.070
1996	111.931	81.858	30.073
1997	110.546	81.050	29.496
1998	99.646	74.520	25.126
1999	105.047	79.340	25.707
2000*	86.352	65.106	21.246
2001	99.347	75.934	23.413
2002	102.149	75.535	26.614
2003	99.142	70.711	28.431
2004	102.773	71.958	30.815
2005	110.329	76.069	34.260
2006	104.159	70.193	33.966
2007	110.809	72.909	37.900
2008	121.069	77.912	43.157
2009	132.259	82.571	49.688
2010	135.211	83.608	51.603

* ab 2000 ohne statistisch gesondert erfasste bloße Vermittlungsbescheide

Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 1995–2010

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 32 % der größte Leistungsbereich.

Einen weiteren großen Block bilden Leistungen zur beruflichen Bildung, die für Frauen (22 %) wie Männer (24 %) 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 (14 %) sowie Leistungen an Arbeitgeber (9 %)

Leistungen zum Erlangen oder Erhalten eines Arbeitsplatzes

Leistungen zur beruflichen Bildung

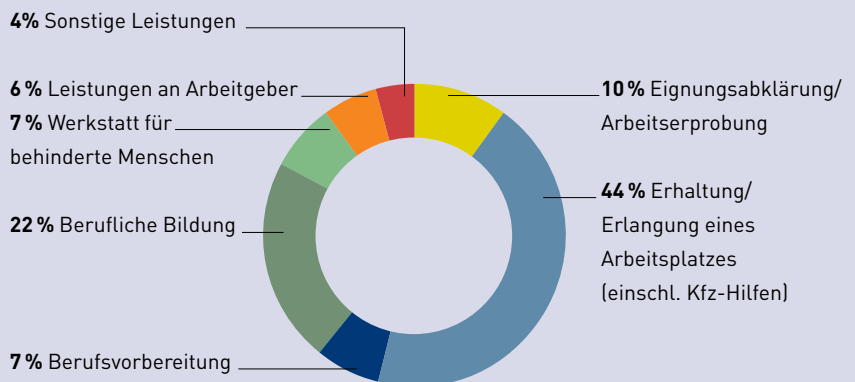
4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
21	Rehabilitation im Licht der Statistik
21	Medizinische Rehabilitation
53	Berufliche Rehabilitation
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
75	Berufliche Bildung
83	Psychosomatisch- psychotherapeutische Rehabilitation
92	Anhang

häufiger in Anspruch als Frauen (10 % bzw. 6 %). Bei den Leistungen an Arbeitgeber ist zwar der Arbeitgeber Begünstigter, beantragt werden sie jedoch von den Versicherten. Diese Leistungen unterstützen Arbeitgeber darin, behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen wieder ins Arbeitsleben einzugliedern.

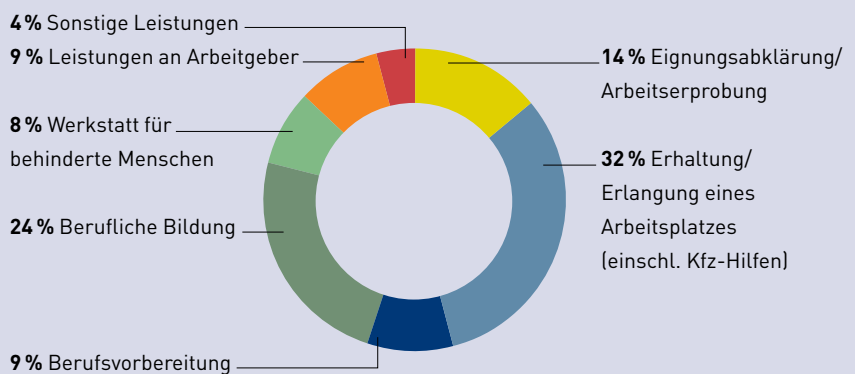
Unterschiedliches Leistungsspektrum bei Frauen und Männern

Abb. 18 Spektrum der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei Frauen und Männern 2010 – abgeschlossene Leistungen

Frauen: 51.603 Leistungen



Männer: 83.608 Leistungen



Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2010

Berufliche Bildung – Krankheitsspektrum

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind sehr vielfältig. Sie reichen von finanziellen Zuschüssen bis hin zur beruflichen Umschulung, die mehrere Jahre dauern kann. Die folgende Darstellung konzentriert sich auf berufliche Bildungsleistungen, die aufgrund der langen Dauer sehr kostenintensiv sind (s. Info-Box S. 58).

Berufliche Bildung

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

Berufliche Weiterbildung

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

Leistungen zur Anpassung bzw. Integration

Integrationsleistungen sind darauf ausgerichtet, berufliches Wissen zu erweitern oder wiederzuerlangen. Überwiegend werden sie im Rahmen von Praktika durchgeführt und dauern je nach individuellem Bedarf etwa sechs bis neun Monate. Sie können auch auf eine erfolgreich abgeschlossene Weiterbildung folgen, wenn die Rehabilitanden trotz Vermittlungsbemühungen arbeitssuchend bleiben und die Bildungsleistung die Chancen auf eine dauerhafte Eingliederung in Arbeit und Beruf verbessert.

Qualifizierungsmaßnahmen

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

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

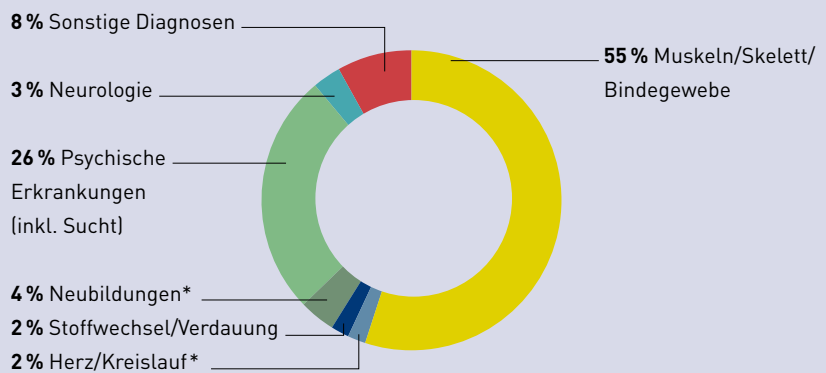
Vor allem zwei Diagnosengruppen führen zu beruflichen Bildungsleistungen (s. Abb. 19). 55 % der beruflichen Bildungsleistungen für Frauen und sogar 65 % der für Männer gingen 2010 auf Krankheiten der Muskeln, des Skeletts oder des Bindegewebes zurück. Ebenfalls von erheblicher Bedeutung sind die psychischen Erkrankungen, insbesondere bei Frauen. Hier waren sie für gut ein Viertel aller Bildungsleistungen der Grund, bei Männern für etwa 13 %. Erkrankungen des Herz-Kreislauf-System spielen eine geringere Rolle und führen häufiger bei Männern (5 %) als bei Frauen (2 %) zu einer beruflichen Bildungsleistung.

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
21	Rehabilitation im Licht der Statistik
21	Medizinische Rehabilitation
53	Berufliche Rehabilitation
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
75	Berufliche Bildung
83	Psychosomatisch- psychotherapeutische Rehabilitation
92	Anhang

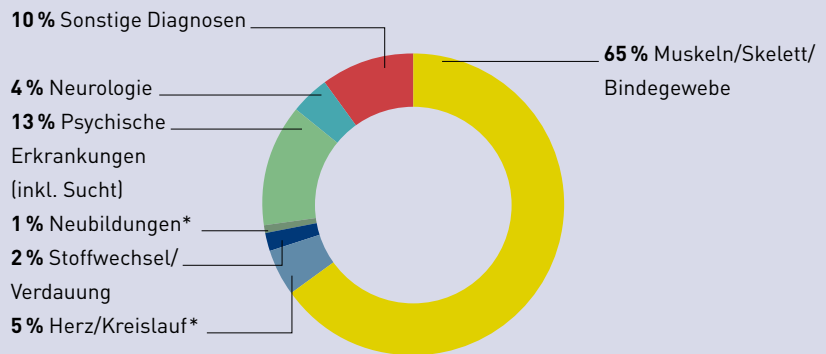
Vor allem orthopädische und psychische Erkrankungen führen zu beruflichen Bildungsleistungen.

Abb. 19 Krankheitsspektrum bei Bildungsleistungen von Frauen und Männern 2010 – abgeschlossene Leistungen¹

Frauen: 11.547 Bildungsleistungen



Männer: 20.014 Bildungsleistungen



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

* ohne neurologische Krankheitsbilder

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2010

Berufliche Bildung – altersspezifische Inanspruchnahme

Rehabilitanden, die Bildungsleistungen in Anspruch nehmen, sind im Durchschnitt wesentlich jünger als Rehabilitanden in der medizinischen Rehabilitation (s. S. 31). Das Durchschnittsalter von Frauen, die in 2010 eine berufliche Bildungsleistung abgeschlossen haben, liegt bei 44,4 Jahren. Männer waren im Durchschnitt mit 43,3 Jahren etwas jünger. Betrachtet man alle LTA, sind sowohl Frauen als auch Männer im Schnitt etwas älter als in der Teilgruppe mit beruflichen Bildungsleistungen (Frauen 45,4 Jahre, Männer 44,5 Jahre).

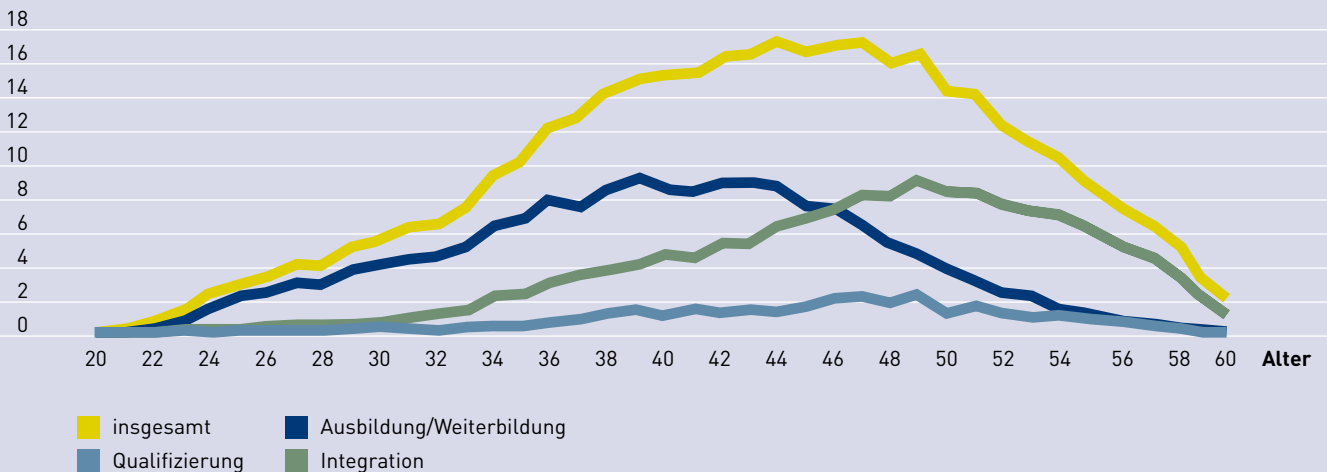
Der Altersgipfel für Bildungsleistungen insgesamt liegt bei etwa 45 Jahren.

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

Weiterbildungen als berufliche Bildungsleistung steigen im Jahr 2010 bis zum Alter von 36 Jahren stetig an. Ihr Maximum haben Weiterbildungen bei 39 Jahren (neun Rehabilitanden auf 10.000 Versicherte) und nehmen dann, abgesehen mit einer weiteren Spitze bei 42 bzw. 43 Jahren wieder ab (s. Abb. 20). Diese relativ kostenintensiven Leistungen – vor allem Umschulungen – mit einer Dauer von etwa zwei Jahren – kommen also überwiegend jüngeren Versicherten zugute, bei denen noch vermehrt die Bereitschaft und auch die Fähigkeit für diese recht anspruchsvolle Qualifizierung vorhanden sind. Ähnlich wie bei den Weiterbildungen, nur zeitlich etwas versetzt, steigt auch bei den Integrationsleistungen die Inanspruchnahme mit dem Alter bis zum Maximum bei 50 Jahren (rund 9/10.000 Versicherte gleichen Alters); in höherem Alter sinkt die Inanspruchnahme dann wieder. Bei den Qualifizierungsmaßnahmen gibt es ebenfalls einen – wenngleich moderaten – Anstieg der Inanspruchnahme mit zunehmendem Alter (Maximum = 49 Jahre; rund 2/10.000 Versicherte gleichen Alters).

Abb. 20 Berufliche Bildungsleistungen: Altersspezifische Inanspruchnahmeraten 2010

Anzahl abgeschlossene berufliche Bildungsleistungen pro 10.000 Versicherte



Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2010, „Versicherte“ 2008/2009

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
21	Rehabilitation im Licht der Statistik
21	Medizinische Rehabilitation
53	Berufliche Rehabilitation
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
75	Berufliche Bildung
83	Psychosomatisch- psychotherapeutische Rehabilitation
92	Anhang

Berufliche Bildung – altersstandardisierte Inanspruchnahme

Wie im vorhergehenden Abschnitt dargestellt, gibt es einen Zusammenhang zwischen der Nutzung der unterschiedlichen Bildungsleistungen und dem Alter der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden. Um die Inanspruchnahme dieser Leistungen in verschiedenen Jahren mit einander vergleichen zu können, wird das Verfahren der Altersstandardisierung angewandt (s. Info-Box S. 33). Die altersstandardisierten Inanspruchnahmeraten für die Jahre 2000 bis 2010 getrennt für Frauen und Männer in Tabelle 9 wiedergegeben.

Die Inanspruchnahme von Bildungsleistungen schwankt im betrachteten Zeitraum bei Rehabilitandinnen zwischen 4,7 und 7,5 Leistungen, bei Rehabilitanden zwischen 10,2 und 13,1 Leistungen pro 10.000 Versicherte. Von 2000 bis 2005 nimmt die Inanspruchnahme tendenziell bei beiden Geschlechtern zu, gefolgt von einem Rückgang ab 2006. Allerdings zeigt sich bei den Frauen erneut ein Anstieg seit 2007, bei den Männern ein Jahr später. Bei Frauen steigt die Inanspruchnahme von 6,9 pro 10.000 versicherte Frauen in 2009 auf 7,5 im Jahr 2011. Bei den Männern steigt sie von 10,8 pro 10.000 Versicherte in 2009 auf 11,4 in 2010 ebenfalls weiter an.

2010 haben die Bildungsleistungen bei Frauen und Männern zugenommen.

Tab. 9 Leistungen zur beruflichen Bildung 2000–2010 nach Art der Bildungsleistung (altersstandardisiert – Leistungen pro 10.000 Versicherte¹)

Jahr	Insgesamt		Qualifizierungsmaßnahmen		Ausbildung/Weiterbildung		Integrationsleistungen	
2000	4,7	10,6	0,9	1,8	2,4	5,7	1,5	3,1
2001	4,7	12,4	1,4	4,3	1,7	4,5	1,6	3,6
2002	5,2	13,1	1,3	4,3	2,0	5,1	1,9	3,7
2003	5,6	11,6	0,9	2,1	2,7	6,0	2,0	3,5
2004	6,6	12,2	0,8	1,8	3,6	6,6	2,1	3,8
2005	7,0	12,5	0,8	1,6	3,8	6,8	2,4	4,1
2006	6,0	10,9	0,6	1,2	3,2	6,0	2,2	3,7
2007	5,8	10,3	0,5	1,0	2,8	5,3	2,5	4,0
2008	6,3	10,2	0,7	1,1	2,9	5,0	2,8	4,1
2009	6,9	10,8	0,8	1,1	3,1	5,3	3,0	4,4
2010	7,5	11,4	0,8	1,2	3,6	5,7	3,1	4,4

■ 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“ 2000-2010, „Versicherte“ 2008/2009



Berufliche Rehabilitation: Prozess und Ergebnis von Bildungsleistungen

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) sind Angebote der beruflichen Rehabilitation, die die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben ermöglichen sollen. Zu ihnen gehören die beruflichen Bildungsleistungen, die u. a. in einer neuen Ausbildung oder Umschulung bestehen können (s. Info-Box S. 58; vgl. auch „Im Fokus: Berufliche Bildung“, S. 75 ff.). Die Rentenversicherung entwickelt zur Sicherung der Qualität dieser Leistungen ein umfassendes Konzept, das möglichst viele Qualitätsaspekte und Reha-Einrichtungen einbezieht:

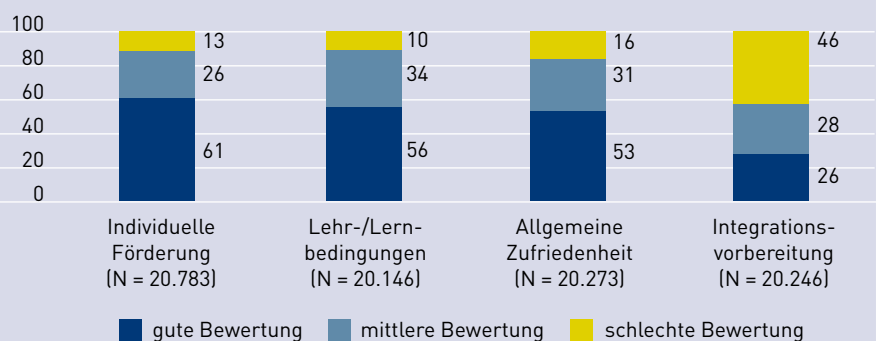
Teilnehmerbefragung nach beruflichen Bildungsleistungen

Besondere Bedeutung kommt der Bewertung der Qualität durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu. Seit 2006 erhalten alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer ein halbes Jahr nach Ende einer Bildungsleistung den sogenannten „Berliner Fragebogen“. Die Befragung bezieht sich auf die Struktur der Bildungseinrichtung (z. B. Ausstattung), den Reha-Prozess (z. B. individuelle Förderung während der Maßnahme) und sein Ergebnis (z. B. erfolgreicher Abschluss oder Wiedereingliederung in das Erwerbsleben nach Ende der Rehabilitation). In die Auswertung des Befragungszeitraums 2009 und 2010 gingen die Angaben von 21.100 Teilnehmern einer beruflichen Bildungsleistung ein. Für etwa 19.200 der Teilnehmer liegen zusätzlich ergänzende Angaben aus den Routinedaten der Rentenversicherung vor, die weitergehende Analysen ermöglichen. Jeder Rentenversicherungsträger und jede Bildungseinrichtung, aus der mindestens 20 Teilnehmende den Fragebogen

Nur 16 % der Teilnehmenden sind mit ihrer beruflichen Bildungsleistung unzufrieden.

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

Anteile in %



Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Teilnehmerbefragung, Befragungszeitraum 1/2009 bis 12/2010

Berufliche Rehabilitation: Prozess und Ergebnis von Bildungsleistungen

ausgefüllt haben, erhalten einen Bericht zur Qualitätssicherung mit einer Auswertung der Teilnehmerurteile.

Frauen und Männer unterscheiden sich kaum bei den Bewertungen der Bildungsleistungen. Die Mehrheit der Teilnehmenden ist mit der Bildungsmaßnahme zufrieden, nur 16 % sind unzufrieden (s. Abb. 21, Allgemeine Zufriedenheit). Einzelne Aspekte davon werden deutlich unterschiedlich beurteilt. 71 % der Teilnehmer sind mit dem Rehabilitationsträger zufrieden. Ebenfalls gut bewertet werden die Bildungseinrichtung von 62 %, das Abschlussergebnis von 59 % und das Ergebnis der beruflichen Reha-Maßnahme insgesamt wiederum von 62 % der Teilnehmer. Schlechter dagegen fällt die Zufriedenheit mit der Unterstützung durch die Einrichtung nach der Reha-Maßnahme bei 39 % aus.

Mehr als die Hälfte der Befragten (56 %) bewerten die Lehr- und Lernbedingungen als gut. Dazu gehören die personelle Besetzung, die Räumlichkeiten sowie die technische Ausstattung in der Bildungseinrichtung. Als Schwachpunkt empfinden die Teilnehmenden die Angebote, die ihnen die Bildungseinrichtung zur Vorbereitung der Wiedereingliederung bietet (Integrationsvorbereitung nur 26 % gute Bewertungen), z. B. die Vermittlung von Kontakten zu Arbeitgebern und Betrieben. Die individuelle Förderung während der Maßnahme, also die laufende Einschätzung des individuellen Ausbildungsstandes und die darauf ausgerichtete Förderung seitens der Bildungseinrichtung, wird dagegen von 61 % als gut eingeschätzt.

Der Berliner Fragebogen thematisiert auch die Eingliederung in den Arbeitsmarkt nach der Rehabilitation (s. Tab. 10). Etwa die Hälfte der Befragten gibt an, in den sechs Monaten nach der Bildungsleistung eine Beschäftigung

Etwa die Hälfte der Teilnehmenden ist in den sechs Monaten nach Abschluss der Bildungsleistung in Beschäftigung.

Tab. 10 Eingliederung der Versicherten in den Arbeitsmarkt

	Frauen	Männer
	% der jeweils Antwortenden	
Zum Zeitpunkt der Befragung berufstätig oder schon einmal nach Abschluss der Bildungsleistung berufstätig	51 %	48 %
Von diesen geben an:		
...ein unbefristetes Arbeitsverhältnis	48 %	53 %
Die Qualifizierung war...		
...eine notwendige Voraussetzung	37 %	37 %
...eine wichtige Hilfe	35 %	37 %
...von geringer Bedeutung	10 %	9 %
...ohne Bedeutung	10 %	9 %
...keine Einschätzung möglich	8 %	8 %

Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Teilnehmerbefragung, Befragungszeitraum 1/2009 bis 12/2010

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
21	Rehabilitation im Licht der Statistik
21	Medizinische Rehabilitation
53	Berufliche Rehabilitation
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
75	Berufliche Bildung
83	Psychosomatisch- psychotherapeutische Rehabilitation
92	Anhang

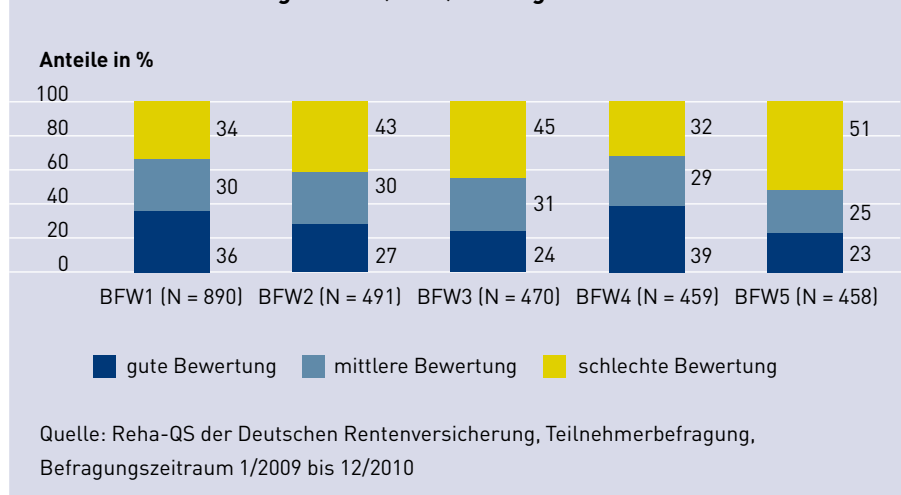
Drei Viertel der Befragten halten die berufliche Bildungsleistung für notwendig, um einen Arbeitsplatz zu erhalten.

aufgenommen zu haben. Die Unterschiede zwischen Frauen und Männern sind eher gering. Bei knapp der Hälfte der aufgenommenen Beschäftigten handelt es sich um ein unbefristetes Arbeitsverhältnis. Knapp zwei Drittel der beschäftigten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden nahmen ihre Beschäftigung direkt im Anschluss an die Bildungsleistung auf. Für die restlichen Beschäftigten dauerte es im Schnitt drei Monate bis zur ersten Arbeitsstelle nach Ende der Bildungsleistung. Drei Viertel 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 60 %, Männer 63 %), verschlechterter Gesundheitszustand (48 % bzw. 45 %) sowie geringe Nachfrage nach der neuen beruflichen Qualifikation (42 % bzw. 44 %).

Die Reha-Qualitätssicherung soll die Qualität der Bildungsleistungen verbessern. Dafür fasst die Rentenversicherung für jede Bildungseinrichtung die Angaben ihrer Teilnehmerinnen und Teilnehmer zusammen. Die Ergebnisse fallen für die einzelnen Einrichtungen zum Teil 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 Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit erhöhtem Förderbedarf) dargestellt. Während in BFW 5 nur 23 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Integrationsvorbereitung als gut bewerten, liegt dieser Anteil in BFW 4 und BFW 1 mit 39 % beziehungsweise 36 % deutlich höher.

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



Berufliche Rehabilitation: Prozess und Ergebnis von Bildungsleistungen

Abschluss der beruflichen Bildungsleistungen

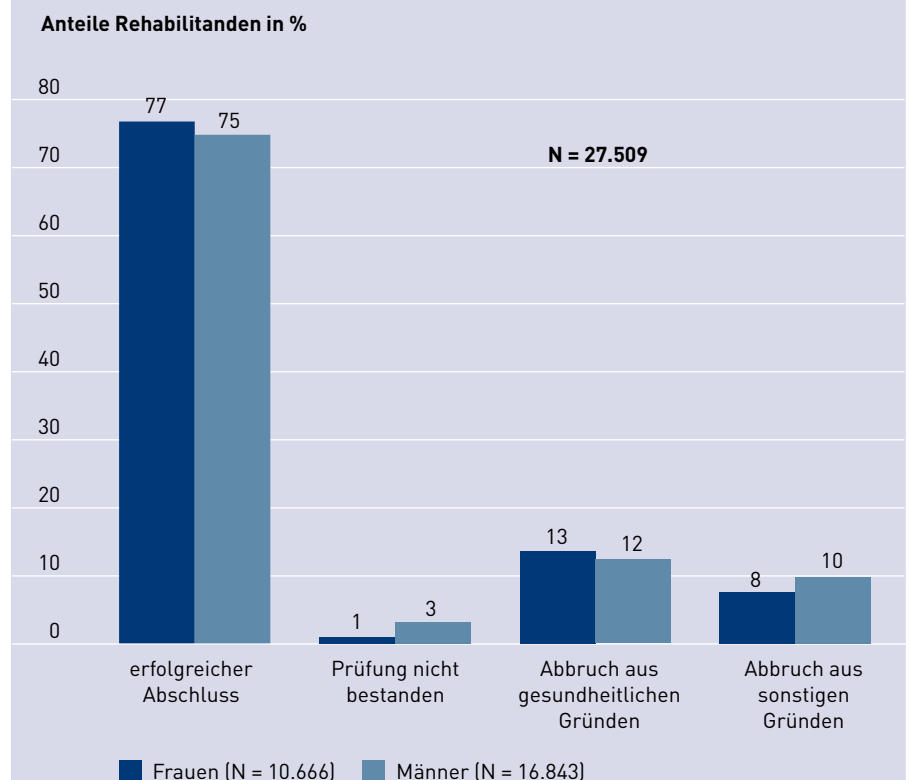
Berufliche Bildungsleistungen haben die dauerhafte Erwerbstätigkeit möglichst vieler Rehabilitanden zum Ziel. Eine wichtige Voraussetzung dafür ist der erfolgreiche Abschluss der Reha-Leistung.

Drei Viertel der Befragten schließen ihre berufliche Bildungsleistung erfolgreich ab.

Etwa drei Viertel der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden schließen ihre Bildungsleistungen erfolgreich ab, rund 30 % davon mit einem staatlich anerkannten Abschluss. Etwa jeder Fünfte bricht die Bildungsleistung ab, davon mehr als die Hälfte aus gesundheitlichen Gründen – hier ist der Anteil der Frauen etwas höher (s. Abb. 23). Meist beenden die Versicherten selbst die Bildungsmaßnahme vorzeitig, selten der Rentenversicherungsträger.

Im Jahr 2011 wurde erstmals aus den Routinedaten der Rentenversicherung ein LTA-Bericht zum Ergebnis (Abschluss) der beruflichen Bildungsleistungen erstellt - einrichtungsbezogen für 82 Reha-Einrichtungen und alle Rentenversicherungsträger. Mit diesem Bericht erweitert die Rentenversicherung die Qualitätssicherung der beruflichen Rehabilitation.

Abb. 23 Abschluss der beruflichen Bildungsleistung 2010 nach Geschlecht (soweit Informationen über Abschluss vorhanden)



Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2010

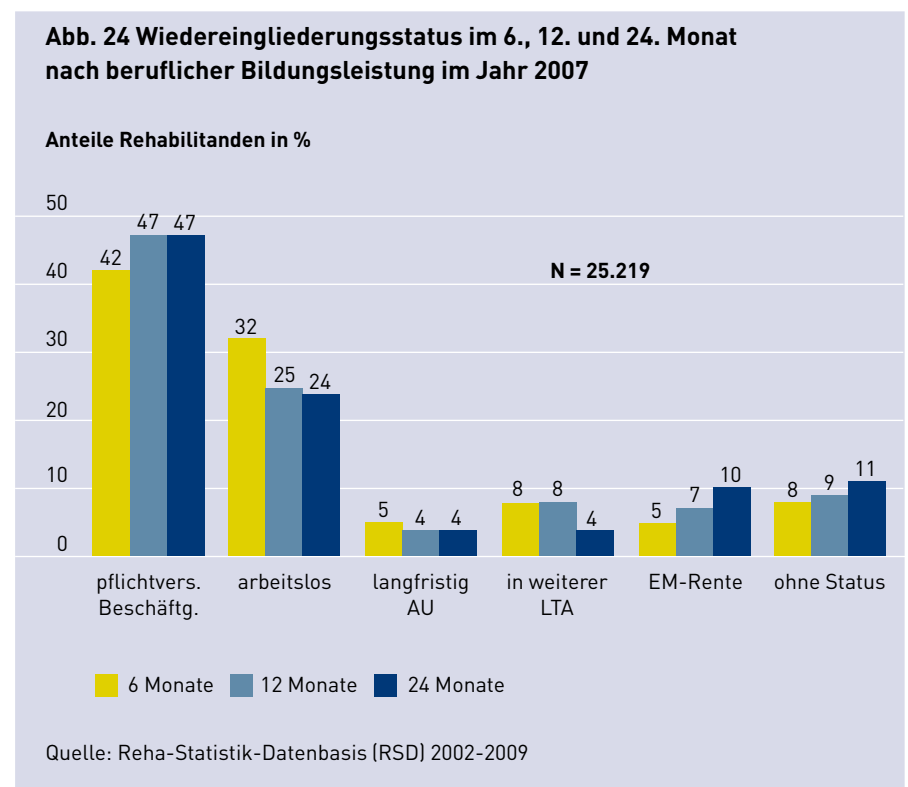
4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
21	Rehabilitation im Licht der Statistik
21	Medizinische Rehabilitation
53	Berufliche Rehabilitation
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
75	Berufliche Bildung
83	Psychosomatisch- psychotherapeutische Rehabilitation
92	Anhang

Der Bericht basiert auf den Routinedaten der Rentenversicherung. Einbezogen wurden alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer einer beruflichen Bildungsleistung (Qualifizierung, Aus- und Weiterbildung oder Integrationsmaßnahme), die im Jahr 2009 ihre Leistung beendeten.

Sozialmedizinischer Status nach beruflichen Bildungsleistungen

Ein weiterer Qualitätsaspekt ist die Darstellung des Wiedereingliederungsstatus. Der Erfolg der beruflichen Bildungsleistungen bemisst sich wesentlich am Anteil der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, der anschließend dauerhaft erwerbstätig ist. Die Routinedaten der Rentenversicherung ermöglichen dazu eine Betrachtung über die beiden Jahre nach der Bildungsleistung (s. Abb. 24).

Noch zwei Jahre nach der Bildungsleistung nimmt die Beschäftigungsrate zu.



Die berufliche Wiedereingliederung der Rehabilitanden und Rehabilitandinnen, die 2007 ihre Bildungsleistung abgeschlossen haben, nimmt im Verlauf der beiden folgenden Jahre zu: Sind im sechsten Monat nach Ende der Bildungsleistung 42 % pflichtversichert beschäftigt, erhöht sich dieser Anteil nach zwei Jahren auf 47 %. Im selben Zeitraum sinkt der Anteil der Arbeitslosen von anfänglich 32 % auf 24 %.

Der Anteil der langfristig Arbeitsunfähigen nimmt im Nachbetrachtungszeitraum kaum ab. Ein Teil von ihnen erhält eine Erwerbsminderungsrente (EM-Rente). Während ein Jahr nach der Bildungsleistung noch etwa 8 % der Personen eine weitere LTA benötigen, beispielsweise eine Integrations-

Berufliche Rehabilitation: Prozess und Ergebnis von Bildungsleistungen

maßnahme, so halbiert sich dieser Anteil zum Ende des zweiten Jahres. Für etwa jeden Zehnten liegen nach der beruflichen Rehabilitation keine weiteren Daten vor, zum Beispiel weil sie als Selbständige keine Beiträge an die Rentenversicherung zahlen.

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

Frauen und Männer unterscheiden sich teilweise hinsichtlich ihrer Wiedereingliederung. Im 24. Monat nach der Bildungsleistung sind etwas weniger Frauen als Männer pflichtversichert beschäftigt (Frauen 46 %, Männer 47 %) bzw. arbeitslos (Frauen 20 %, Männer 26 %). Der Anteil an EM-Renten ist bei Frauen mit 13 % höher als bei Männern mit 9 %.

Auch für den Wiedereingliederungsstatus konnte 2011 erstmalig ein Bericht mit dem Titel „Sozialmedizinischer Status nach beruflichen Bildungsmaßnahmen“ an 71 Reha-Einrichtungen und alle Rentenversicherungsträger versendet werden. Dem Bericht liegen Routinedaten der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zugrunde, die im Jahr 2007 ihre Leistung abgeschlossen haben. Auch hier wurde ein Bericht erzeugt, wenn Daten von mindestens 20 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden aus einer Einrichtung vorliegen. Der sozialmedizinische Status kann nur bedingt als Qualitätsindikator für die Einrichtungen gesehen werden, da eine Wiedereingliederung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden auch von anderen Einflussfaktoren, wie beispielsweise der regionalen Arbeitsmarktlage, dem erfolgreichen Abschluss einer Maßnahme oder auch der Sozialschicht, abhängig ist.



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 2010

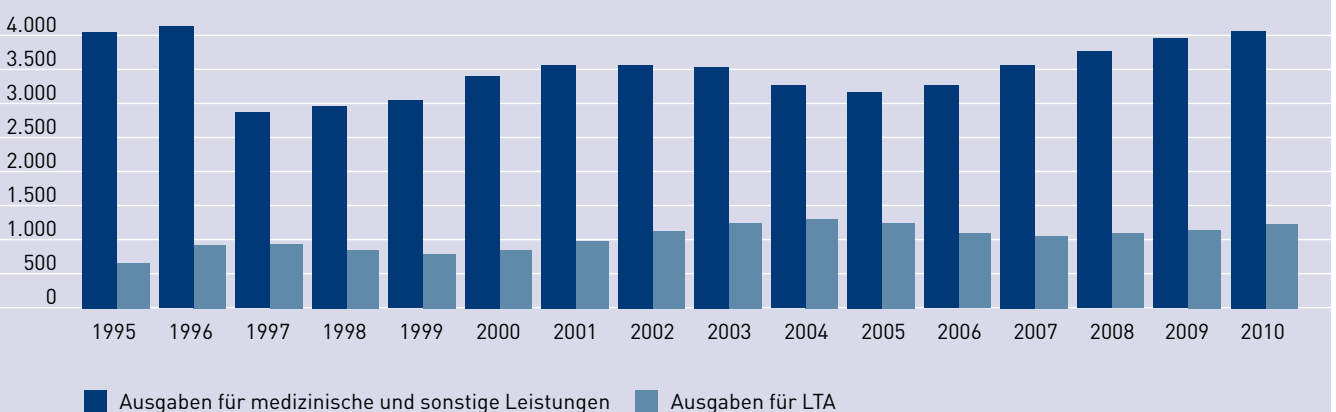
2010 gab die Rentenversicherung
5,56 Mrd. Euro für Rehabilitation aus.

2010 gab die Deutsche Rentenversicherung insgesamt ca. 5,56 Mrd. € für Rehabilitation aus (Bruttoaufwendungen). Da diesen Ausgaben auch Einnahmen, z. B. aus Zuzahlungen der Versicherten gegenüberstehen, entstanden 2010 Nettoaufwendungen in Höhe von 5,38 Mrd. €. Dies entspricht einer Steigerungsrate von + 2,3 % von 2009 auf 2010. Damit blieb die Rentenversicherung im Rahmen des Budgets, das der Rentenversicherung für Reha-Leistungen gesetzlich vorgegeben ist und für 2010 auf 5,42 Mrd. € festgesetzt wurde.

Die Aufwendungen für Rehabilitation enthalten neben den Kosten, die in den Reha-Einrichtungen anfallen, auch Entgeltersatzleistungen (Übergangsgelder) und Sozialversicherungsbeiträge für Rehabilitanden (s. auch Tab. 11, S. 70). Von den Gesamtaufwendungen für Rehabilitation in 2010 entfielen 954,8 Mio. € brutto (17,2 %) auf Übergangsgelder, die zum Beispiel dann anfallen, wenn Rehabilitanden aufgrund von länger dauernden Maßnahmen, dem Bezug von Krankengeld oder bei Arbeitslosigkeit keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung haben. Dagegen leisteten die Rehabilitanden in der

Abb. 25 Aufwendungen¹ für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) 1995-2010 (inkl. Übergangsgeld, ohne Sozialversicherungsbeiträge)

in Mio. €



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

Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2011

Aufwendungen für Rehabilitation

Eine stationäre Rehabilitation bei körperlichen Erkrankungen kostete 2010 im Durchschnitt 2.469 Euro, eine ambulante Rehabilitation 1.456 Euro.

medizinischen Rehabilitation 2010 insgesamt 57,1 Mio. € Zuzahlungen, das sind im Durchschnitt 57 € pro Reha-Leistung.

Für eine einzelne stationäre medizinische Rehabilitation bei körperlichen Erkrankungen betragen die direkten Behandlungskosten – ohne ergänzende Leistungen wie Übergangsgeld oder Reisekosten – im Jahr 2010 im Schnitt 2.469 €. Ambulant erbrachte Reha-Leistungen bei körperlichen Erkrankungen kosteten durchschnittlich 1.456 €. Die geringeren Kosten der ambulanten Rehabilitation lassen sich unter anderem durch den Wegfall der so genannten Hotelkosten erklären. Allerdings können durch das tägliche Aufsuchen der Reha-Einrichtung höhere Fahrtkosten anfallen. Bei psychischen oder Abhängigkeitserkrankungen lagen die mittleren Kosten mit 6.042 € pro stationärer Rehabilitation deutlich höher, was sich durch ihre längere Dauer, vor allem bei Suchterkrankungen, erklärt.

Entwicklung der Aufwendungen ab 1995

Abbildung 25 gibt die Entwicklung der Aufwendungen ab 1995 wieder. Tabelle 11 gewährt einen differenzierten Einblick zu den Kosten nach Leis-

Tab. 11 Bruttoaufwendungen¹ für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben 1995–2010 in Mio. €

Jahr	Aufwendungen für Rehabilitation insgesamt*	Medizinische und sonst. Leistungen	Übergangsgeld für med. und sonst. Leistungen	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	Übergangsgelder bei LTA	Sozialversicherungsbeiträge
1995	5.012,0	3.396,1	666,7	369,7	277,9	301,6
1996	5.332,3	3.392,7	705,3	517,2	375,1	342,0
1997	4.088,5	2.283,5	564,3	513,7	383,8	343,2
1998	4.087,9	2.397,4	565,1	491,1	337,7	296,6
1999	4.098,4	2.537,6	512,9	462,6	314,6	270,8
2000	4.553,1	2.894,8	536,2	509,0	327,0	286,1
2001	4.782,7	2.984,0	539,1	548,0	406,2	305,4
2002	5.019,2	3.047,0	526,6	655,2	458,1	332,4
2003	5.090,6	3.045,9	468,8	735,6	504,2	336,1
2004	4.932,8	2.927,2	406,3	769,8	517,9	311,6
2005	4.782,1	2.887,9	379,7	745,9	487,1	281,4
2006	4.726,1	2.965,3	389,2	689,3	412,9	269,4
2007	4.860,3	3.130,1	408,8	682,6	381,6	257,2
2008	5.115,9	3.319,3	427,1	724,1	382,8	262,6
2009	5.434,3	3.470,4	462,0	769,5	424,7	307,7
2010	5.559,3	3.510,0	504,1	811,0	450,7	283,6

¹ Bruttoaufwendungen, d.h. Reha-Ausgaben zuzügl. Erstattungen und andere Einnahmen

* Summe der übrigen Spalten

Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2011

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
21	Rehabilitation im Licht der Statistik
21	Medizinische Rehabilitation
53	Berufliche Rehabilitation
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
75	Berufliche Bildung
83	Psychosomatisch- psychotherapeutische Rehabilitation
92	Anhang

Gesetze beeinflussen die Ausgabenentwicklung.

tungsgruppen. 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 2010 wieder über denen des Jahres 1995. Die Zahlen dieser beiden Jahre sind aufgrund von Inflations- und Preiseffekten jedoch nicht direkt vergleichbar. Der Blick auf die Ausgabenentwicklung für medizinische Rehabilitation und LTA zeigt eine dynamische Entwicklung bei den LTA. Während die Aufwendungen für medizinische Reha-Leistungen 2010 gerade einmal knapp über dem Niveau von 1995 liegen, haben sich diejenigen für LTA im Vergleich zu 1995 mehr als 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 (inkl. Übergangsgeld). Das WFG bewirkte einen Rückgang (-30,5 %) in 1997 auf 2,8 Mrd. €. Ab 1998 steigen die Ausgaben bis zum Jahr 2002 wieder an. Nach leichten Rückgängen in den Jahren 2003 bis 2005 nehmen die Ausgaben für medizinische Rehabilitation seit 2006 wieder zu.

2010 betragen die Ausgaben für LTA ein Viertel der Gesamtausgaben für Rehabilitation.

Insgesamt hat sich im betrachteten Zeitraum das Verhältnis zwischen den Aufwendungen für medizinische Rehabilitation und berufliche Rehabilitation zugunsten letzterer verändert: Lag 1995 das Verhältnis noch bei 6:1, betragen die Ausgaben für LTA 2010 schon etwa 24 % der Gesamtausgaben für Rehabilitation (ohne Sozialversicherungsbeiträge, 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.

Tab. 12 Ausgaben der gesetzlichen Rentenversicherung 2010 nach Ausgabearten in Mio. €

Ingesamt	Rehabilitation*	Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit	Altersrenten	Hinterbliebenenrenten	sonst. Ausgaben (v. a. KVdR**)	Verwaltungs- und Verfahrenskosten
249.197	5.379	14.248	167.985	38.608	19.456	3.521
100 %	2,2 %	5,7 %	67,4 %	15,5 %	7,8 %	1,4 %

* Nettoaufwendungen, d. h. nach Abzug von Einnahmen/Erstattungen
 ** KVdR = Krankenversicherung der Rentner
 Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung – Rechnungsergebnisse 2010

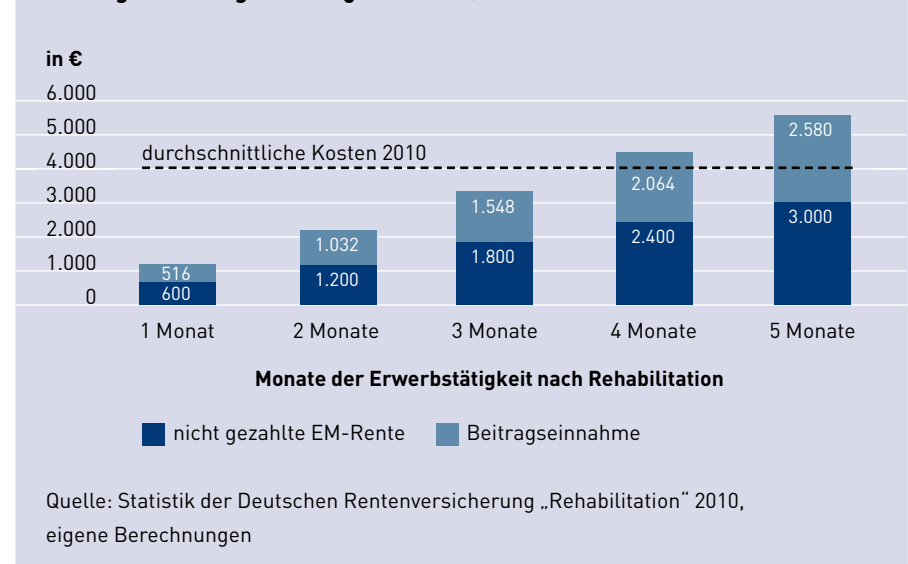
Ausgaben für Rehabilitation entsprachen 2010 nur 2,2 % der Gesamtausgaben der Rentenversicherung.

Trotz ihrer großen Bedeutung beanspruchen die Leistungen zur Teilhabe, d. h. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben, im Jahr 2010 mit 2,2 % nur einen geringen Anteil aller Aufwendungen der Rentenversicherung. Die Aufwendungen für Rehabilitation stehen zu denjenigen für Erwerbsminderungsrenten (5,7 %) etwa im Verhältnis 1:2,5.

Rehabilitation rechnet sich – Amortisationsmodell 2010

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).

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



4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
21	Rehabilitation im Licht der Statistik
21	Medizinische Rehabilitation
53	Berufliche Rehabilitation
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
75	Berufliche Bildung
83	Psychosomatisch- psychotherapeutische Rehabilitation
92	Anhang

Die Rehabilitation rechnet sich für die Rentenversicherung.

Dies sind auf der Kostenseite die Aufwendungen für die medizinische Rehabilitation, die 2010 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 531 € und spart gleichzeitig die Erwerbsminderungsrente mit einer durchschnittlichen Höhe im Rentenzugang von 600 €; zusammen ergibt sich also ein Nutzen von 1.131 € 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.



Im Fokus: Berufliche Bildung

Die Rentenversicherung erbringt Rehabilitationsleistungen mit dem Ziel, die Erwerbsfähigkeit ihrer Versicherten möglichst dauerhaft zu erhalten. Im Bereich der beruflichen Rehabilitation (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, LTA, (s. Info-Box S. 53) haben die aufgrund ihrer Dauer kostenintensiven beruflichen Bildungsleistungen (s. Info-Box S. 58) einen besonderen Stellenwert. Sie verfügen sowohl über einen hohen Bildungs- als auch einen hohen Praxisanteil, um den Versicherten eine möglichst große Chance für die (Wieder-)Aufnahme einer Erwerbstätigkeit zu geben.

Erwerbssituation nach beruflicher Bildung aus Sicht der Rehabilitanden und anhand von Routinedaten

Der folgende Beitrag greift die Frage auf, wie sich die berufliche Situation von Rehabilitanden entwickelt, die eine berufliche Bildungsleistung der Rentenversicherung abgeschlossen haben – auf der Grundlage von Routinedaten der Rentenversicherung sowie aus Sicht der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden selbst. Mit den Routinedaten lässt sich für die Zeit nach dem Ende der Bildungsleistung beschreiben, ob die ehemaligen Rehabilitanden wieder erwerbstätig, ob sie arbeitslos oder längerfristig arbeitsunfähig sind oder aber eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in Anspruch nehmen (s. Anhang S. 92). Mit dem Berliner Fragebogen, einer Befragung etwa sechs Monate nach dem Ende der Bildungsleistung, wird die persönliche Einschätzung der Absolventen erfragt (s. S. 63): Sie können darin zum Beispiel Auskunft darüber geben, wie sie ihre neue Arbeitsstelle beurteilen oder ob sie weiterhin gesundheitliche Probleme haben.

Wiedereingliederungsstatus nach einer beruflichen Bildungsleistung

Da für die Rentenversicherung vor allem die langfristige Wiedereingliederung von Bedeutung ist, wird im Folgenden über die Situation der Absolventen 24 Monate nach der Bildungsleistung berichtet. Im Jahr 2007 haben 25.219 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ihre berufliche Bildungsleistung beendet. Davon war mit 16.720 Rehabilitanden der überwiegende Teil Männer – wie bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) üblich.

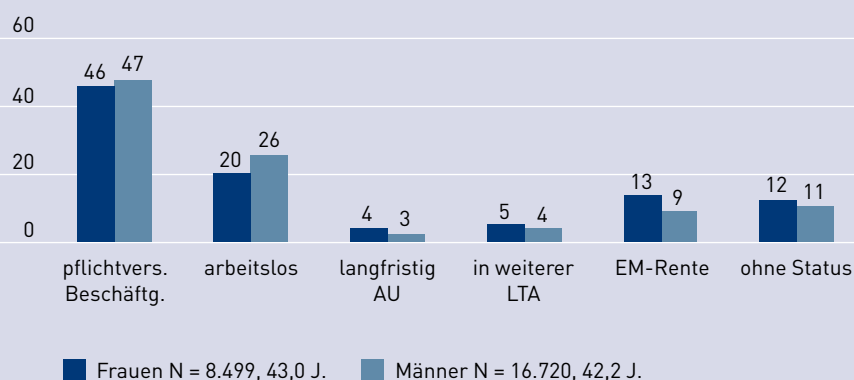
Knapp die Hälfte der Absolventen sind zwei Jahre nach beruflicher Bildung wieder erwerbstätig.

Insgesamt ist knapp die Hälfte der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zwei Jahre nach beruflicher Bildung wieder erwerbstätig (s. Abb. 27). Von Arbeitslosigkeit betroffen sind Männer zu einem höheren Anteil (26 %) als Frauen (20 %). Dagegen nehmen Frauen zu einem höheren Anteil (13 %) eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in Anspruch als Männer (9 %). Auch sind Frauen zu einem leicht höheren Anteil längerfristig arbeitsunfähig (4 %) oder befinden sich in einer erneuten Maßnahme zur beruflichen Bildung (5 %) als Männer (3 % bzw. 4 %). Bei 11 % bzw. 12 % der Rehabilitanden ist der Status aus den Routinedaten der Rentenversicherung nicht zu ermitteln. Die Rehabilitanden können beispielsweise einer Beschäftigung nachgehen, die nicht zu einer Versicherungspflicht in der Rentenversicherung führt (Selbstständige, geringfügig Beschäftigte) oder aber sind (vorübergehend) aus dem Erwerbsleben ausgeschieden („Stille Reserve“).

Männer sind nach der Bildungsleistung zu einem Viertel arbeitslos, Frauen zu einem Fünftel.

Abb. 27 Wiedereingliederungsstatus im 24. Monat nach beruflicher Bildungsleistung im Jahr 2007 nach Geschlecht

Anteile Rehabilitanden in %



AU = Arbeitsunfähigkeit, EM-Rente = Erwerbsminderungsrente

Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2002-2009

Die drei Arten von beruflichen Bildungsleistungen im Vergleich: Qualifizierungen, Weiterbildungen und Integrationsmaßnahmen

Es gibt drei verschiedene Arten beruflicher Bildungsleistungen, die sich in Dauer und Grad der Qualifizierung unterscheiden: Qualifizierungsmaßnahmen, Weiterbildung sowie Integrationsmaßnahmen (s. Info-Box S. 58). Diese werden vom Rentenversicherungsträger je nach individueller Voraussetzung, Eignung und Neigung des Rehabilitanden ausgewählt.

Die Ausgangssituationen der Rehabilitanden in den drei Arten beruflicher Bildung unterscheiden sich.

Die verschiedenen Arten der beruflichen Bildung unterscheiden sich – neben Dauer und Inhalt – in der Zusammensetzung der Rehabilitanden: Rehabilitanden in einer Integrationsmaßnahme sind im Schnitt deutlich älter (45,2 Jahre) als diejenigen in einer Weiterbildung (39,8 Jahre). Zudem sind sie fast doppelt so häufig vor Beginn der beruflichen Bildung arbeitslos wie Rehabilitanden in einer Weiterbildung, wobei knapp die Hälfte dieser Arbeitslosen bereits Arbeitslosengeld II bezieht. Das heißt, sie sind eher beschäftigungsfern, also bereits relativ lange aus dem Erwerbsleben ausgegliedert.

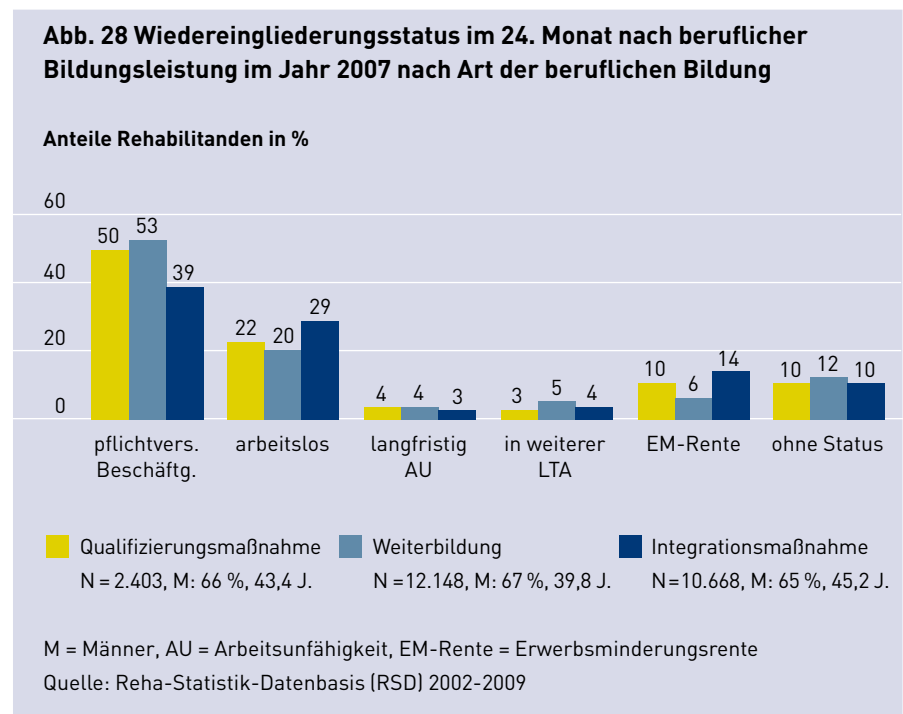
Rehabilitanden in Weiterbildung sind im Schnitt deutlich jünger als solche in Integrationsmaßnahmen.

Diese unterschiedlichen Problemlagen der Absolventen haben Auswirkungen darauf, wie viele Rehabilitanden im Anschluss an die berufliche Bildung wieder eingegliedert werden können (s. Abb. 28). Am erfolgreichsten sind Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die eine Weiterbildung absolviert haben: Mehr als die Hälfte ist zwei Jahre nach Ende der Bildungsleistung wieder versicherungspflichtig beschäftigt. Dagegen sind Absolventen einer Integrationsmaßnahme seltener wieder ins Erwerbsleben integriert (39 %). Sie sind zudem häufiger arbeitslos (29 %) und vorzeitig berentet (14 %) als die Absolventen anderer

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
21	Rehabilitation im Licht der Statistik
21	Medizinische Rehabilitation
53	Berufliche Rehabilitation
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
75	Berufliche Bildung
83	Psychosomatisch- psychotherapeutische Rehabilitation
92	Anhang

Bildungsleistungen. Berücksichtigt man die Problemlage dieser Rehabilitandengruppe, so ist eine Beschäftigungsquote von rund 40 % ein respektablem Erfolg der beruflichen Bildung. Vor der Rehabilitation lag die Beschäftigungsquote bei dieser Rehabilitandengruppe nur bei 5 %.

Hohe Beschäftigungsquote nach Weiterbildung



Alter und Wiedereingliederung

Die Chancen auf dem Arbeitsmarkt sind im Allgemeinen stark vom Alter der Arbeitssuchenden abhängig. Entsprechend zeigt sich auch bei der Wiederaufnahme einer Beschäftigung nach einer beruflichen Bildung ein deutlicher Zusammenhang mit dem Alter (s. Abb. 29, S. 78): Über die Hälfte der unter 40-Jährigen (52 %) ist zwei Jahre nach beruflicher Bildung wieder versicherungspflichtig beschäftigt. Für die mittlere Altersgruppe der 40 bis 49-Jährigen beträgt dieser Anteil noch 46 %. Für diejenigen, die eine Bildungsleistung im Alter von 50 Jahren und älter beendet haben, fällt der Wiedereingliederungserfolg mit 39 % am schlechtesten aus. Ähnlich stark – jedoch in der entgegengesetzten Richtung – wirkt sich das Alter auf die vorzeitige Berentung aus: Von der jüngsten Altersgruppe sind zwei Jahre nach Ende der Leistung 6 % der Rehabilitanden vorzeitig berentet, bei der Ältesten beträgt dieser Anteil mit 21 % mehr als das Dreifache.

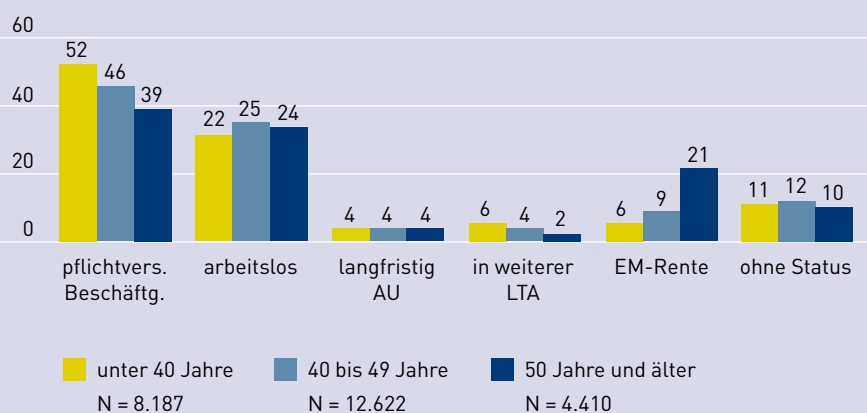
Das Alter spielt für die berufliche Wiedereingliederung eine große Rolle.

Ergebnis der beruflichen Bildungsleistung und Wiedereingliederung

Das Ergebnis, mit dem die Rehabilitanden ihre berufliche Bildung abgeschlossen haben, nimmt erheblichen Einfluss auf die berufliche Wiedereingliederung. Abbildung 30 (S. 79) stellt den Erwerbsstatus für die erfolgreichen Absolventen und für diejenigen Rehabilitanden dar, die ihre berufliche Bil-

Abb. 29 Wiedereingliederungsstatus im 24. Monat nach beruflicher Bildungsleistung im Jahr 2007 nach Altersgruppen

Anteile Rehabilitanden in %



AU = Arbeitsunfähigkeit, EM-Rente = Erwerbsminderungsrente

Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2002-2009

76 % der Rehabilitanden schließen ihre Bildungsleistung erfolgreich ab.

derung abgebrochen oder aber die Prüfung nicht bestanden haben. Zunächst sollte hervorgehoben werden, dass mit 14.560 Rehabilitanden die weit überwiegende Zahl, nämlich 76 %, ihre berufliche Bildung mit Erfolg beendet haben. Nur 4.715 Rehabilitanden konnten die Maßnahme nicht erfolgreich abschließen. Allerdings ist für diejenigen, die ihre Prüfung zunächst nicht bestanden haben, eine Prüfungswiederholung mit häufig erfolgreichem Abschluss möglich. Für die verbleibenden Rehabilitanden ist das Ergebnis der Maßnahme nicht dokumentiert.

Die Wiedereingliederung in eine Berufstätigkeit ist für die Rehabilitanden, die ihre Leistung erfolgreich abschließen konnten, mit 54 % fast doppelt so hoch wie für die Rehabilitanden, die ihre Maßnahme abgebrochen bzw. die Prüfung nicht bestanden haben (28 %). Demgegenüber ist der Anteil der Rehabilitanden, die zwei Jahre nach der beruflichen Rehabilitation arbeitslos sind, mit 22 % bei den erfolgreichen Absolventen niedriger als bei den weniger Erfolgreichen mit 28 %. In ähnlicher Weise stellt sich der Einfluss auf die vorzeitige Berentung dar: Bei den erfolgreichen Absolventen liegt dieser Anteil bei 8 %, bei den weniger Erfolgreichen ist dieser Anteil mit 19 % mehr als doppelt so hoch (s. Abb. 30, S. 79).

Die Wiedereingliederung aus Sicht der Rehabilitanden

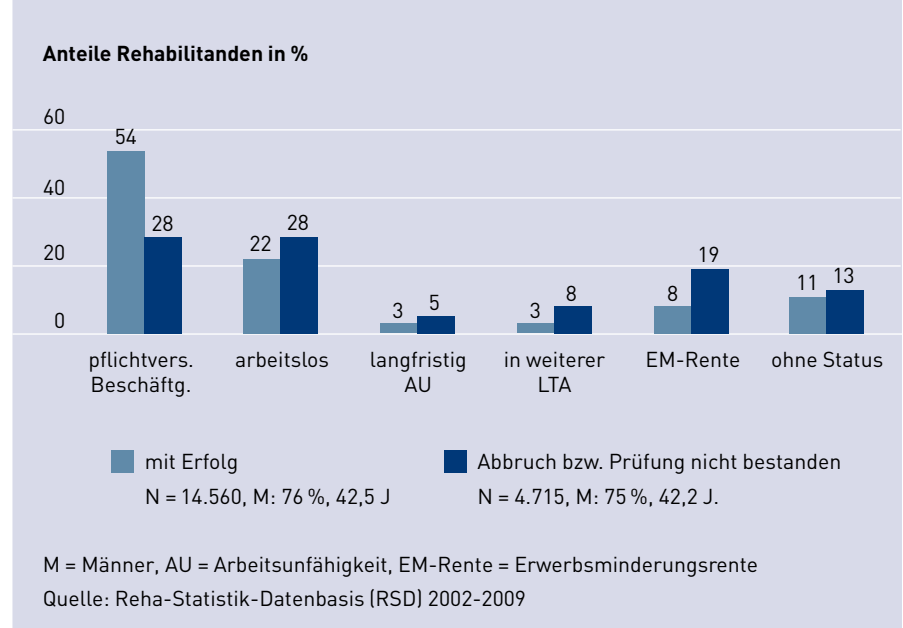
Etwa sechs Monate nach Abschluss einer beruflichen Bildungsleistung der Rentenversicherung erhalten die Absolventen einen Fragebogen. Darin beurteilen sie ihre Maßnahme und machen auch Angaben zu ihrer gesundheitlichen und beruflichen Situation nach der Maßnahme.

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
21	Rehabilitation im Licht der Statistik
21	Medizinische Rehabilitation
53	Berufliche Rehabilitation
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
75	Berufliche Bildung
83	Psychosomatisch- psychotherapeutische Rehabilitation
92	Anhang

Zum Beispiel: Wurde eine Beschäftigung aufgenommen? Ist sie zeitlich befristet? Ist es eine Voll- oder Teilzeitbeschäftigung? Handelt es sich um einen früheren oder einen neuen Arbeitgeber? Entspricht die Tätigkeit der in der beruflichen Bildung erworbenen Qualifikation? Wird die Tätigkeit durch gesundheitliche Probleme eingeschränkt? Die folgenden Ergebnisse beziehen sich auf die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Befragung 2009 bis 2010 (s. S. 63).

Die Wiedereingliederungsquote ist nach erfolgreichem Abschluss einer Bildungsleistung fast doppelt so hoch wie bei Nicht-Erfolglichen.

Abb. 30 Wiedereingliederungsstatus im 24. Monat nach beruflicher Bildungsleistung im Jahr 2007 nach Ergebnis der Maßnahme



Rahmenbedingungen der Berufstätigkeit der Absolventen

Etwa die Hälfte der befragten Absolventen hat bis zum Zeitpunkt der Befragung, also etwa sechs Monate nach Abschluss der beruflichen Bildung, eine Erwerbstätigkeit aufgenommen.

Absolventen sind ca. sechs Monate nach beruflicher Bildung zu 89 % sozialversicherungspflichtig und etwa zur Hälfte unbefristet beschäftigt.

Diese Tätigkeit ist überwiegend sozialversicherungspflichtig (89 %) und etwa zur Hälfte in einem unbefristeten Arbeitsverhältnis. Drei Viertel der Berufstätigen sind zudem noch immer auf der ersten Stelle tätig. Es zeigen sich nur wenige Unterschiede hinsichtlich Geschlecht oder Alter. Knapp ein Drittel der Erwerbstätigen arbeitet in Teilzeit (30 %), bei den Frauen trifft dies sogar für mehr als die Hälfte (52 %) zu. Der Anteil der Teilzeitkräfte ist darüber hinaus bei den Älteren doppelt so hoch wie bei den Jüngeren (50 Jahre und älter: 41 %; bis 39 Jahre: 21 %). Nahezu zwei Drittel (63 %) der Erwerbstätigen haben ihre erste Arbeitsstelle gleich nach der beruflichen Rehabilitation angetreten, bei den älteren Erwerbstätigen (50 Jahre und älter) wechseln sogar 70 % direkt von der Rehabilitation in die Berufstätigkeit.

Betriebliches Umfeld der neuen Tätigkeit

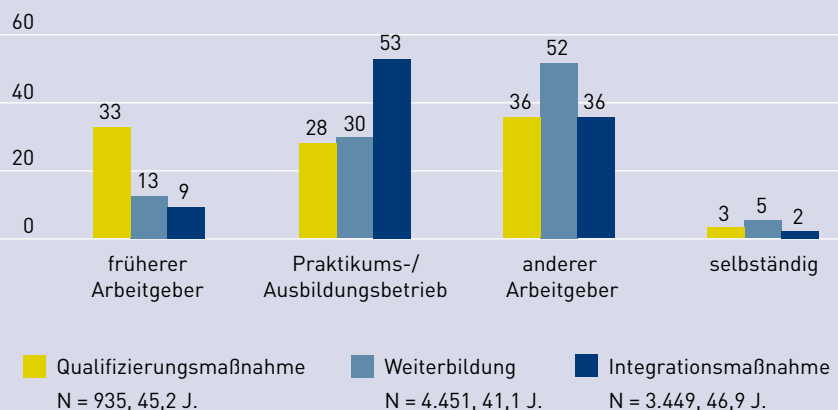
Im Rahmen von beruflichen Bildungsleistungen absolvieren die Teilnehmerinnen und Teilnehmer häufig Praktika in Betrieben, auch um darüber einen direkten Zugang zum ersten, d. h. zum regulären Arbeitsmarkt zu erhalten.

Abbildung 31 gibt darüber Auskunft, ob erwerbstätige Rehabilitanden in ihrem Praktikumsbetrieb, bei einem früheren oder einem anderen Arbeitgeber beschäftigt sind. Immerhin 38 % der Erwerbstätigen werden nach der Bildungsleistung in ihrem Praktikumsbetrieb angestellt. Dies zeigt den erwünschten „Klebeffekt“. Besonders ausgeprägt ist dieser Effekt bei den Integrationsmaßnahmen, die viele Praktika enthalten (s. Info-Box S. 58): Über die Hälfte der Erwerbstätigen (53 %) ist im Anschluss an die Integrationsmaßnahme im Praktikumsbetrieb beschäftigt.

Von den häufigen Praktika profitieren besonders Absolventen von Integrationsmaßnahmen.

Abb. 31 Betriebliches Umfeld der neuen Tätigkeit nach beruflicher Bildungsleistung nach Art der beruflichen Bildung (erwerbstätige Rehabilitanden) 2009/2010

Anteile Rehabilitanden in %



Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Teilnehmerbefragung, Befragungszeitraum 1/2009 bis 12/2010

Für die durch besondere berufliche Problemlagen gekennzeichneten Absolventen von Integrationsmaßnahmen bieten die Praktika also eine gute Chance für eine nachfolgende Beschäftigung. Erwerbstätige Absolventen von Weiterbildungen, d. h. Umschulungen, gehen vorrangig in andere Betriebe (52 %).

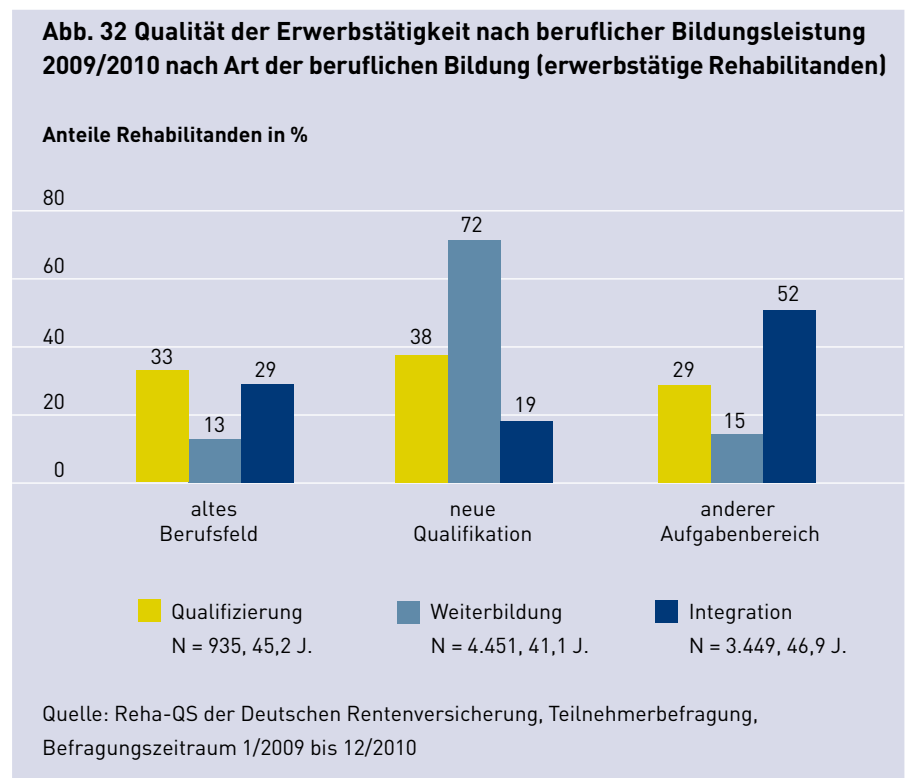
Qualität der Beschäftigung

Eine erfolgreiche Wiedereingliederung ist auch daran zu messen, ob die aufgenommene Beschäftigung der neu erworbenen Qualifikation und insofern auch den gesundheitlichen Einschränkungen der Rehabilitanden entspricht.

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
21	Rehabilitation im Licht der Statistik
21	Medizinische Rehabilitation
53	Berufliche Rehabilitation
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
75	Berufliche Bildung
83	Psychosomatisch- psychotherapeutische Rehabilitation
92	Anhang

Nahezu die Hälfte der erwerbstätigen Teilnehmerinnen und Teilnehmer einer beruflichen Bildung nimmt eine Beschäftigung auf, die der erworbenen Qualifikation entspricht (s. Abb. 32). Bei erwerbstätigen Absolventen einer Weiterbildung, d. h. in der Regel einer Umschulung, ist dies sogar für fast drei Viertel (72%) der Fall. Dagegen arbeiten Absolventen von Integrationsmaßnahmen, in denen – über die Praktika hinaus – hauptsächlich Grundkenntnisse vermittelt werden, häufig in anderen als den ursprünglichen Aufgabenbereichen (52 %). Teilnehmer von Qualifizierungen, d. h. von Teilausbildungen, sind zu etwa gleichen Teilen in ihrer neuen Qualifikation (38 %) bzw. im alten Beruf beschäftigt (33 %).

Erwerbstätige Absolventen einer Umschulung arbeiten zu fast drei Viertel in der neu erworbenen Qualifikation.



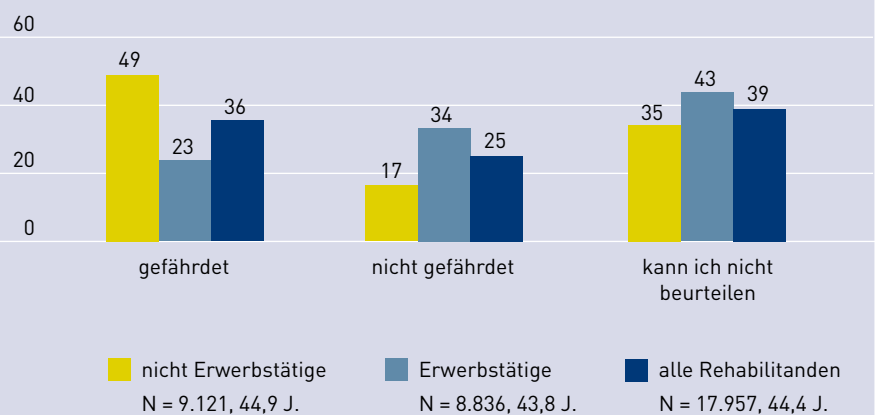
Erwerbstätige Rehabilitanden sehen deutlich weniger gesundheitliche Probleme für ihre dauerhafte Beschäftigung als die nicht Erwerbstätigen.

Gefährdung der Erwerbstätigkeit aufgrund gesundheitlicher Probleme

Für eine dauerhafte Erwerbstätigkeit ist es von erheblicher Bedeutung, ob weiterhin gesundheitliche Beeinträchtigungen vorliegen bzw. wieder auftreten. Abbildung 33 (S. 82) stellt vergleichend dar, ob Erwerbstätige und nicht Erwerbstätige in ihrer gesundheitlichen Situation eine Gefährdung für die weitere Beschäftigung sehen. Für ein Drittel der Erwerbstätigen (34 %) ist die dauerhafte Teilhabe am Arbeitsleben aus gesundheitlichen Gründen nicht gefährdet. Bei den nicht Erwerbstätigen gehen dagegen nur 17 % davon aus, dass ihre Berufstätigkeit nicht dauerhaft gefährdet ist. Etwa die Hälfte (49 %) hält ihre Erwerbstätigkeit für dauerhaft gefährdet. Allerdings sehen sich sowohl Erwerbstätige als auch nicht Erwerbstätige vielfach nicht in der Lage, dies beurteilen zu können.

Abb. 33 Gefährdung der Erwerbstätigkeit nach beruflicher Bildungsleistung 2009/2010 aus gesundheitlichen Gründen

Anteile Rehabilitanden in %



Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Teilnehmerbefragung, Befragungszeitraum 1/2009 bis 12/2010

Fazit

Die beruflichen Bildungsleistungen sind passgenau auf die individuellen Problemlagen und Voraussetzungen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zugeschnitten. Dabei spielt das Alter sowohl bei der Auswahl der Leistung als auch bei der anschließenden Eingliederung eine Rolle.

Die im Schnitt jüngeren Absolventen von Weiterbildungen, die aufgrund der Dauer recht kostenintensiv sind, erzielen eine hohe Wiedereingliederungsquote. Dabei arbeiten sie überwiegend mit ihrer neuen Qualifikation in einer den gesundheitlichen Einschränkungen entsprechenden Beschäftigung. Absolventen von Qualifizierungs- und Integrationsmaßnahmen sind im Schnitt älter und vielfach vor Beginn der beruflichen Rehabilitation arbeitslos und schon relativ lange aus dem Erwerbsleben ausgegliedert. Dennoch sind zwei Fünftel der Absolventen nach zwei Jahren wieder beruflich eingegliedert. Dies ist vielfach den Praktika zuzuschreiben: So sind mehr als die Hälfte der erwerbstätigen Absolventen von Integrationsmaßnahmen in ihrem Praktikumsbetrieb angestellt.

Diese Wiedereingliederungserfolge der beruflichen Bildung spielen sicherlich auch eine Rolle für die überwiegend positive Bewertung ihrer Bildungsleistung durch die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden: Die meisten erwerbstätigen Absolventen sind der Ansicht, dass sie ohne die Maßnahme den Job nicht bekommen hätten.

Rehabilitanden profitieren von den passgenau auf sie zugeschnittenen Bildungsleistungen.



Im Fokus: Psychosomatisch-psychotherapeutische Rehabilitation

Psychische Erkrankungen sind weit verbreitet und können jeden treffen. Sie werden heute oft früher erkannt, die Behandlungsmöglichkeiten haben sich verbessert.

Psychische Erkrankungen sind für die betroffenen Menschen häufig mit erheblichen Einbußen an Lebensqualität verbunden. Oft gehen sie mit vorübergehenden oder anhaltenden Beeinträchtigungen der Teilhabe an wichtigen Lebensbereichen einher.

In den Statistiken zu Behandlungskosten, Arbeitsunfähigkeit, Rehabilitation und Erwerbsminderungsrenten spielen psychische Erkrankungen eine immer größere Rolle. Nach aktuellen Untersuchungen gibt es aber keine Hinweise dafür, dass psychische Erkrankungen wirklich gravierend zunehmen. Vielmehr werden sie heutzutage besser erkannt als früher und kommen schon deshalb auch häufiger in gesundheitsbezogenen Statistiken vor. Die Öffentlichkeit ist mittlerweile sensibilisiert für das Thema, man spricht darüber. Die Stigmatisierung Betroffener ist rückläufig und es wird eher eine Behandlung in Anspruch genommen. Dazu tragen auch Medienberichte über prominente Betroffene bei. Auch globalere gesellschaftliche Entwicklungen müssen beachtet werden: Es ist nicht von der Hand zu weisen, dass die psychischen Belastungen und die Anforderungen an die geistige Leistungsfähigkeit in der Arbeitswelt sowie allgemein in der modernen Informations- und Mediengesellschaft gestiegen sind. Unsichere Arbeitsplätze und Arbeitslosigkeit kommen als weitere bedeutsame Stressfaktoren hinzu.

Diese Entwicklung hat auch Einfluss auf die Reha-Anträge: Psychische Störungen oder Beeinträchtigungen werden in den Anträgen klarer benannt und verbergen sich nicht mehr so häufig hinter unspezifischen körperlichen Beschwerden wie beispielsweise Rückenschmerzen. Dadurch werden psychische Erkrankungen auch im Reha-Antragsverfahren leichter erkannt und die Rehabilitation kann gezielter einsetzen.

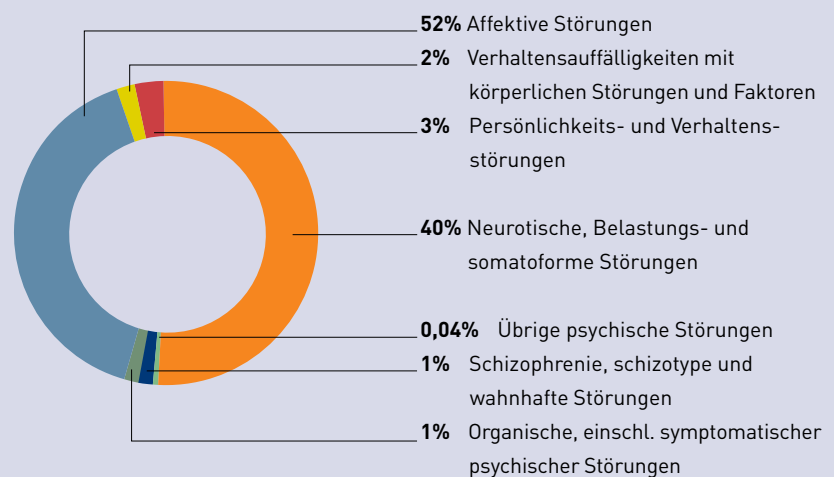
Im Folgenden wird ein Überblick über die Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen durch die Deutsche Rentenversicherung gegeben. Zwischen den Rehabilitationskonzepten bei Abhängigkeitskrankheiten und bei den übrigen psychischen Erkrankungen bestehen große Unterschiede. Daher konzentriert sich dieser Bericht auf die psychosomatisch-psychotherapeutische Rehabilitation psychischer Erkrankungen ohne Abhängigkeitserkrankungen (Sucht). Auch die stark spezialisierten Einrichtungen zur Rehabilitation psychisch kranker Menschen („RPK-Einrichtungen“) werden aufgrund konzeptioneller Besonderheiten in diesem Reha-Bericht nicht behandelt.

Depressionen spielen die größte Rolle.

Krankheitsspektrum

In der psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitation spielen Depressionen die größte Rolle; ihre verschiedenen Formen begründen einen beträchtlichen Anteil der psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitationsleistungen. Sie verteilen sich auf die beiden größten Diagnosen- gruppen psychischer Erkrankungen, die „Affektiven Störungen“ und die „Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen“ (s. Abb. 34).

Abb. 34 Stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Rehabilitation¹ Erwachsener: Diagnosenspektrum 2010



¹ inkl. Sonstige Leistungen nach § 31 SGB VI, z. B. Reha-Nachsorge

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2010

Affektive Störungen zeichnen sich durch eine deutliche Veränderung der Stimmungslage und meist auch des Aktivitätsniveaus aus. Zu der Gruppe der Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen gehören neben depressiven Anpassungsstörungen noch weitere, sehr unterschiedliche psychische Störungen. Teils stehen psychische, teils – wie bei den somatoformen Störungen – körperliche Beschwerden im Vordergrund. Des Weiteren finden sich in dieser Diagnosengruppe u. a. Angsterkrankungen, Zwangsstörungen und die posttraumatische Belastungsstörung. Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen entstehen als psychische Reaktion auf Belastungssituationen, Traumata, innere oder äußere Konfliktsituationen.

In der psychosomatischen Rehabilitation (ohne Sucht) sind Frauen fast doppelt so häufig vertreten wie Männer.

Frauen sind in der stationären psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitation mit 81.013 Rehabilitationsleistungen in 2010 fast doppelt so häufig vertreten wie Männer mit 44.881 Leistungen. Die Verteilung der verschiedenen Krankheitsbilder innerhalb der Geschlechter in der psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitation weist dagegen keine wesentlichen Unterschiede auf. Das Durchschnittsalter der Versicherten, die wegen

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
21	Rehabilitation im Licht der Statistik
21	Medizinische Rehabilitation
53	Berufliche Rehabilitation
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
75	Berufliche Bildung
83	Psychosomatisch- psychotherapeutische Rehabilitation
92	Anhang

einer psychischen Erkrankung Jahr 2010 in der stationären Rehabilitation waren, ist mit 47,6 Jahren bei Frauen und 47,9 Jahren bei Männern nahezu gleich. Es fällt niedriger aus als in den meisten anderen Indikationsgebieten (s. S. 31).

Medizinische Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen

Die medizinische Rehabilitation psychisch Erkrankter findet ganz überwiegend in psychosomatisch-psychotherapeutischen Reha-Einrichtungen statt. Viele dieser Einrichtungen verfügen über fachliche Schwerpunkte, beispielsweise für die Rehabilitation bei Essstörungen, Schmerzstörungen, bei bestimmten Persönlichkeitsstörungen oder bei pathologischem Spielen („Spielsucht“).

Die meisten Rehabilitationen wegen psychischer Erkrankungen finden stationär in Reha-Kliniken statt.

Der ganz überwiegende Anteil der Rehabilitationen für Versicherte mit psychischen Erkrankungen wird stationär durchgeführt, mit einer mittleren Behandlungsdauer von 39 Tagen in 2010. Rehabilitation bei psychischen Störungen kann auch ganztägig ambulant erfolgen. In diesem Falle wohnen die Rehabilitanden zu Hause und besuchen tagsüber eine Reha-Einrichtung. Dort erhalten sie an fünf bis sechs Wochentagen die gleiche Behandlung wie Rehabilitanden in der stationären Rehabilitation. Der Anteil ambulanter Leistungen beträgt allerdings nur etwa 2 %. Einerseits bevorzugen viele Versicherte das stationäre Setting für ihre psychosomatisch-psychotherapeutische Rehabilitation. Andererseits stehen ambulante Reha-Angebote nicht flächendeckend zur Verfügung.

Förderung der Krankheitsbewältigung, Stärkung der sozialen Kompetenz und Problemlösefähigkeit

Ziele und Inhalte der psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitation

Ziel der Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen ist, eine Rückkehr an den Arbeitsplatz zu ermöglichen und einem Rückfall vorzubeugen bzw. ihn zu verhindern. Damit die Rehabilitanden auch mit fortbestehenden Beeinträchtigungen besser leben können, lernen und trainieren sie in der Rehabilitation vor allem Strategien zur Krankheitsbewältigung (Coping) und für das Selbstmanagement. Die Fähigkeit, Probleme und Konflikte im persönlichen und beruflichen Umfeld zu lösen, wird ebenso gefördert wie die soziale Kompetenz.

Zentrale Elemente sind u. a. Psychotherapie und Bewegungstherapie.

Nicht nur Gesundheit, sondern auch Krankheit oder Behinderung haben immer biologische, psychische und soziale Anteile. Die Gewichtung der einzelnen Anteile ist zwar individuell unterschiedlich, jedoch erfordert eine Erfolg versprechende Rehabilitation immer ein bio-psycho-sozial ausgerichtetes Konzept. Daher arbeiten in der Rehabilitation unterschiedliche Berufsgruppen in einem therapeutischen Team mit den Rehabilitanden zusammen daran, die zu Beginn der Rehabilitation vereinbarten individuellen Ziele zu erreichen. Zentrale Elemente der Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen sind verschiedene Psychotherapieangebote und je nach Bedarf auch eine medikamentöse Therapie. Weiterhin kommen Bewegungstherapie, Gesundheitsbildung sowie Kreativ- und Entspannungstherapie zum Einsatz. Der Schwerpunkt liegt auf Gruppentherapien, um Effekte des sozialen Lernens, das heißt des Lernens voneinander und miteinander sowie die Wirkung wechselseitiger Unterstützung zu nutzen.

Immer häufiger sprechen Rehabilitanden auch Probleme am Arbeitsplatz oder mit Arbeitslosigkeit an.

Für die Rentenversicherung ist die Integration der Berufs- und Arbeitsrealität in die medizinische Rehabilitation bei psychischen Störungen besonders wichtig. Neben spezifischen arbeits- und berufsbezogenen Therapiegruppen werden Schwierigkeiten in der Arbeitswelt auch in der Psychotherapie thematisiert, weitaus stärker als dies früher der Fall war. Immer häufiger bringen die Rehabilitanden auch selbst psychische Beeinträchtigungen mit Problemen am Arbeitsplatz oder mit Arbeitslosigkeit in Verbindung und sprechen diese an. Darüber hinaus sind auch spezifische ergotherapeutische und sozialpädagogische Angebote für beruflich belastete Rehabilitanden ausgebaut worden. Dazu zählen zum Beispiel die Durchführung von Arbeits- und Belastungserprobungen sowie die Beratung zu weiteren Unterstützungsmöglichkeiten bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz.

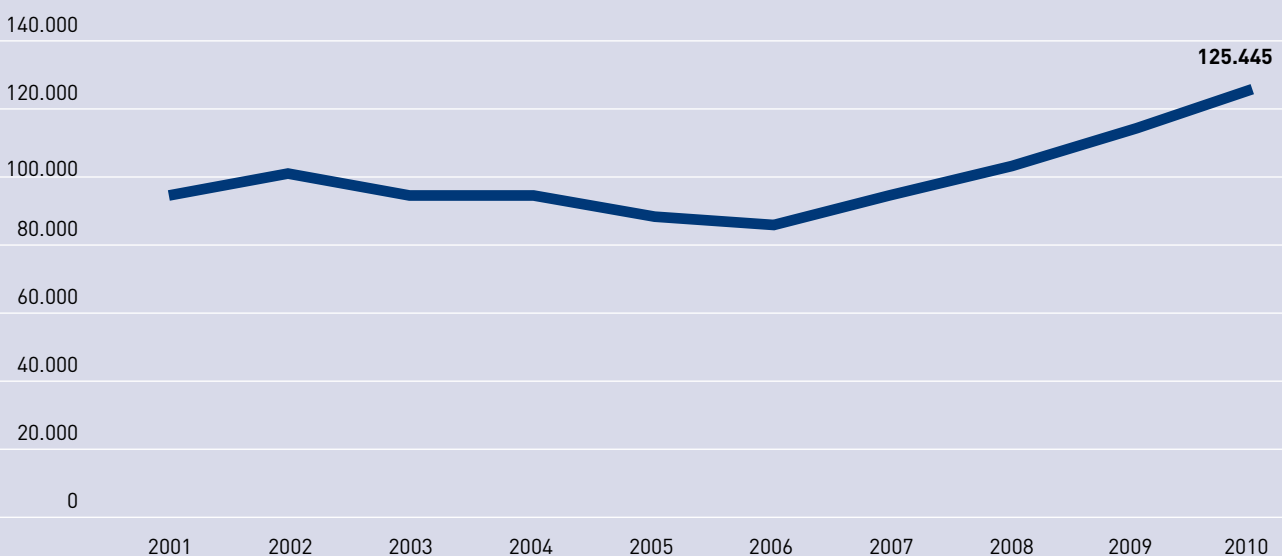
Medizinische Reha-Leistungen wegen psychischer Erkrankungen nehmen zu.

Entwicklung der medizinischen Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen

Die gesetzliche Rentenversicherung hat in 2010 fast eine Million Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht (s. Tab. 1, S. 24). In den vergangenen Jahrzehnten war ein kontinuierlicher Anstieg der von der Rentenversicherung durchgeführten Rehabilitationen wegen psychischer Störungen beobachtbar. Nur zwischen 2003 und 2006 wurde - wie in allen Krankheitsgruppen - ein vorübergehender Rückgang verzeichnet. Ab 2007 gab es wieder einen deutlichen Anstieg der Rehabilitationen wegen psychischer Erkrankungen, und dieser Trend setzt sich weiter fort (s. Abb. 35).

Abb. 35 Stationäre Leistungen zur psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitation 2001–2010

Anzahl



Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2001–2010

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
21	Rehabilitation im Licht der Statistik
21	Medizinische Rehabilitation
53	Berufliche Rehabilitation
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
75	Berufliche Bildung
83	Psychosomatisch- psychotherapeutische Rehabilitation
92	Anhang

Ausgaben für medizinische Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen in 2010 ca. 600 Mio. Euro

Im Jahr 2010 stehen die psychischen Erkrankungen mit 125.445 stationären Rehabilitationen nach den Krankheiten des Bewegungsapparates und Krebserkrankungen an dritter Stelle in der Reha-Statistik der Deutschen Rentenversicherung. Die Ausgaben der Deutschen Rentenversicherung für die Rehabilitation psychischer Erkrankungen im Jahr 2010 betragen knapp 600 Millionen Euro. Dies entspricht fast einem Fünftel der Gesamtausgaben für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (inklusive ergänzende Leistungen zur Teilhabe). Psychische Erkrankungen sind zudem der häufigste Grund für den Erhalt einer Rente wegen Erwerbsminderung. Daraus resultieren weitere hohe Ausgaben für die Rentenversicherung (siehe unten).

Reha-Nachsorge und stufenweise Wiedereingliederung

Ist die Rehabilitation abgeschlossen, stehen die Rehabilitanden vor der Herausforderung, die positiven Effekte ihrer Rehabilitation und das dort neu Erlernte möglichst dauerhaft aufrecht zu erhalten. Die Reha-Nachsorge der Rentenversicherung kann dabei den betroffenen Patienten den Übergang von stationärer oder ambulanter Rehabilitation in den Alltag, aber vor allem auch zurück ins Berufsleben erleichtern.

Reha-Nachsorge und stufenweise Wiedereingliederung fördern die Nachhaltigkeit der Rehabilitation.

Die Rückkehr in das Arbeitsleben kann auch dadurch unterstützt werden, dass eine stufenweise Wiedereingliederung am bestehenden Arbeitsplatz in unmittelbarem Anschluss an eine medizinische Rehabilitation organisiert wird. Die Notwendigkeit zur stufenweisen Wiedereingliederung wird in der Reha-Einrichtung festgestellt und das Verfahren dort eingeleitet. Mit der stufenweisen Wiedereingliederung sollen arbeitsunfähige Versicherte, die ihre Arbeit nach der Rehabilitation zunächst nur zeitlich begrenzt verrichten können, „stufenweise“ an die volle Arbeitsbelastung herangeführt werden. Sie arbeiten anfangs z. B. nur drei Stunden pro Tag und steigern, ärztlich begleitet und beraten, die Stundenzahl allmählich. Nach einer medizinischen Rehabilitation wegen einer psychischen Erkrankung wurden im Jahr 2010 9.778 stufenweise Wiedereingliederungen durchgeführt.

Erwerbsminderungsrente

Psychische Erkrankungen sind der häufigste Grund für eine Rente wegen Erwerbsminderung.

In sozialmedizinischer Hinsicht stellen Rehabilitanden mit psychischen Erkrankungen eine Hochrisikogruppe dar. Psychische Erkrankungen sind nicht nur ein häufiger Grund für eine Rehabilitation. Sie führen auch die Statistik der Berentungen wegen Erwerbsminderung (Erwerbsminderungsrente, EM-Rente) an.

Im Jahr 2010 erhielten insgesamt 180.752 Versicherte mit Diagnosenangabe erstmals eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit von der Rentenversicherung. Davon bezogen 70.946 Versicherte, also mehr als ein Drittel, die EM-Rente auf Grund einer psychischen Erkrankung als Erstdiagnose. Während die Gesamtzahl der EM-Renten in den vergangenen Jahren weitgehend konstant geblieben ist, hat der Anteil an EM-Renten auf Grund von psychischen Erkrankungen zugenommen (s. Abb. 36). Inzwischen begründen psychische Erkrankungen bei Frauen 43 % und bei Männern 26 % der

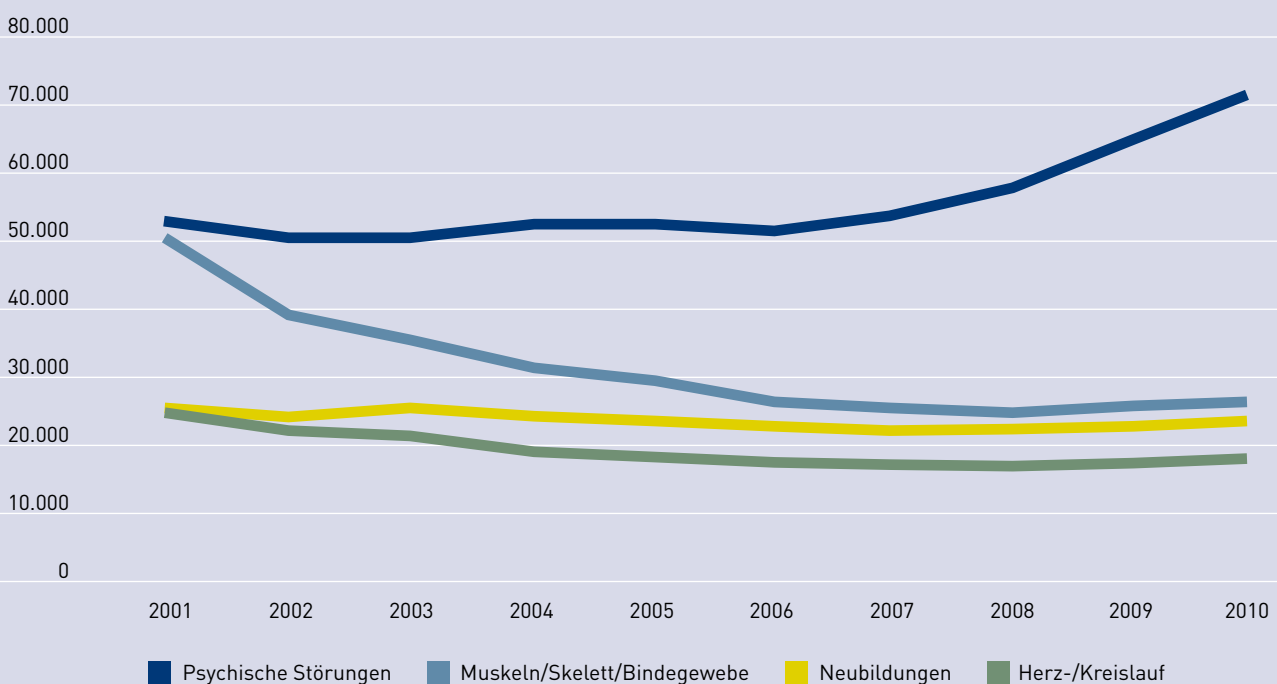
Neuberentungen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Die Ursachen sind vielfältig, sie liegen beispielsweise in einer oftmals verspätet einsetzenden Diagnostik und Therapie. Demgegenüber sind die Anteile orthopädischer Diagnosen sowie von Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems in der EM-Rentenstatistik in den letzten Jahren deutlich zurückgegangen und bewegen sich seit 2006 auf stabilem Niveau (s. Abb. 36).

Versicherte mit EM-Rente wegen psychischer Erkrankung sind bei Rentenbeginn jünger als andere EM-Rentner.

Nicht nur der Anteil an EM-Renten aufgrund psychischer Erkrankungen ist erheblich. Die Versicherten, die aus diesem Grund eine EM-Rente erhalten, sind bei Rentenbeginn auch jünger (48,1 Jahre) als der Durchschnitt der EM-Rentner (50,4 Jahre).

Abb. 36 Entwicklung der Anzahl der Renten wegen Erwerbsminderung¹ nach ausgewählten Diagnosegruppen 2001–2010

Anteile Neuberentungen wegen Erwerbsminderung



¹ Ohne Fälle mit nicht erfasster 1. Diagnose und Renten für Bergleute wegen Vollendung des 50. Lebensjahres

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rentenzugang“ 2001–2010

Erwerbsverlauf nach der Rehabilitation

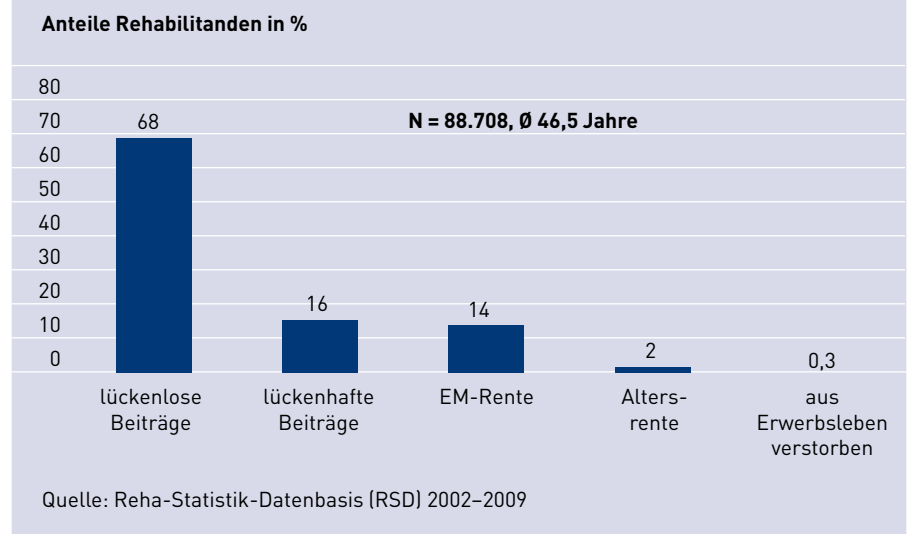
Mit Hilfe der Routinedaten der Rentenversicherung kann nachvollzogen werden, wie sich die Erwerbsbiografie der Rehabilitanden innerhalb der ersten zwei Jahre nach einer Rehabilitation entwickelt. Dieser so genannte Sozialmedizinische Verlauf gibt Hinweise auf den Erfolg der beruflichen Wiedereingliederung (s. Info-Box S. 46).

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
21	Rehabilitation im Licht der Statistik
21	Medizinische Rehabilitation
53	Berufliche Rehabilitation
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
75	Berufliche Bildung
83	Psychosomatisch- psychotherapeutische Rehabilitation
92	Anhang

84 % der Rehabilitanden sind zwei Jahre nach ihrer Rehabilitation wegen psychischer Erkrankung erwerbsfähig.

Der sozialmedizinische Verlauf aus dem Jahre 2009 nach einer in 2007 durchgeführten Rehabilitation zeigt, dass zwei Jahre nach einer stationären psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitation insgesamt 84 % der ehemaligen Rehabilitanden erwerbsfähig waren (s. Abb. 37). Dabei waren rund 72 % im Verlauf der zwei Jahre mindestens einen Monat pflichtversichert beschäftigt. Eine Erwerbsminderungsrente bezogen nur 14 % der ehemaligen Rehabilitanden. Diese Ergebnisse sprechen für eine erfolgreiche Umsetzung des Prinzips „Rehabilitation vor Rente“ auch bei psychischen Erkrankungen.

Abb. 37 Sozialmedizinischer 2-Jahres-Verlauf nach stationärer psychosomatisch-psychotherapeutischer Rehabilitation in 2007



Die Stärkung der Patientenorientierung steht im Mittelpunkt der Weiterentwicklung.

Weiterentwicklung und Ausblick

Die Rentenversicherung will in der Weiterentwicklung der Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen die Patientenorientierung stärken. Dies soll beispielsweise durch neue Konzepte in der stationären Rehabilitation geschehen, aber auch durch den weiteren Ausbau der ambulanten Rehabilitation. Berufsbezogene und umfeldbezogene Aspekte vom Wohnort können so besser in die Rehabilitation integriert werden. Da immer mehr Rehabilitationsanträge für relativ „neue“ psychische Erkrankungen wie beispielsweise die „Verhaltensstörungen durch pathologischen Gebrauch von Computer und Internet“ („Computer-Spielsucht“) (s. Info-Box S. 90). gestellt werden, müssen auch hier neue Behandlungskonzepte entwickelt werden. Nicht zuletzt sollen auch die Angebote der Reha-Nachsorge durch eine Flexibilisierung von zeitlichem und inhaltlichem Ablauf zukünftig noch besser an den individuellen Bedarf angepasst werden.



Diagnostische Einordnung umstritten

Besonders betroffen sind männliche Jugendliche und Erwachsene.

Studien schätzen die Häufigkeit auf 3 % der Internetuser.

Verhaltensstörungen durch pathologischen Gebrauch von Computer und Internet

Internetsucht, Internetabhängigkeit, Computerspielsucht, all diese Bezeichnungen stehen für den pathologischen Gebrauch von Computer und Internet. Bei diesem Krankheitsbild handelt es sich um eine relativ neue Erkrankung. Das Krankheitsbild wurde erstmalig 1995 beschrieben und ist in den gegenwärtig gültigen Klassifikationssystemen für Krankheiten wie z. B. der ICD-10 oder der DSM-IV nicht aufgeführt.

Die diagnostische Einordnung des Krankheitsbildes ist wissenschaftlich umstritten. Teilweise wird es mit den stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen wie Alkohol- oder Medikamentensucht und ihren typischen Begleiterscheinungen verglichen: Auch hier treten Entzugssymptome, fortschreitende Vernachlässigung anderer Verpflichtungen oder Kontrollverlust auf. Es gibt auch Überschneidungen mit dem Pathologischen Glücksspiel. Häufig bestehen gleichzeitig psychische Erkrankungen wie Angststörungen, Depressionen oder Persönlichkeitsstörungen. Deshalb wird die Internet- bzw. Computersucht auch als Persönlichkeits- und Verhaltensstörung angesehen.

Die bisherigen Angaben zur Häufigkeit müssen unter Vorbehalt bewertet werden, da die Erkrankung international noch nicht eindeutig definiert ist. Studien sprechen von ca. 3 % der Internetuser. Das wären in Deutschland 1,5 Millionen Menschen bei gegenwärtig 51 Millionen Usern. Besonders betroffen sind männliche Jugendliche und männliche junge Erwachsene.

Wichtigste Formen sind übermäßiges Onlinespielen, Chatten, Surfen und Internetsexsucht. Betroffene verbringen über 30 Stunden pro Woche vor dem Bildschirm. Typische Folgen und Komplikationen sind sozialer Rückzug, die Vernachlässigung normaler Lebensgewohnheiten oder Fehlzeiten und Probleme in der Schule und am Arbeitsplatz. Auch gesundheitliche Probleme wie Haltungsschäden, Ohrenschäden, Über-/Untergewicht, Müdigkeit, Schlafstörungen, Stress oder Kopfschmerz können auftreten.

Eine medizinische Rehabilitation ist in der Regel möglich. Sie erfolgt bevorzugt stationär in Einrichtungen, die Erfahrungen bei der Rehabilitation von psychischen Krankheiten, Abhängigkeitserkrankungen und pathologischem Glücksspiel haben.

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
21	Rehabilitation im Licht der Statistik
21	Medizinische Rehabilitation
53	Berufliche Rehabilitation
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
75	Berufliche Bildung
83	Psychosomatisch- psychotherapeutische Rehabilitation
92	Anhang

Grundlage des Reha-Berichts 2012 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 bereit gestellten Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) dokumentiert. Die RSD enthält somit personenbezogene Merkmale zur Soziodemographie, zu Leistungen zur Rehabilitation und Rente sowie zu Beitragszeiten über einen Zeitraum von mehreren Jahren.

Für den Reha-Bericht 2012 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 2010



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 2009

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
21	Rehabilitation im Licht der Statistik
21	Medizinische Rehabilitation
53	Berufliche Rehabilitation
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
75	Berufliche Bildung
83	Psychosomatisch- psychotherapeutische Rehabilitation
92	Anhang



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

Rentenversicherung in Zeitreihen

Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund

Ausgabe 2011

DRV-Schriften, Band 22

Statistikpublikationen der Deutschen Rentenversicherung können auf der Internetseite www.deutsche-rentenversicherung.de heruntergeladen werden (> **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. 37; S. 63)
- Bewertung des individuellen Rehabilitationsprozesses anhand von ärztlichen Entlassungsberichten und individuellen Therapieplänen durch erfahrene Ärzte (Peer Review) (s. Info-Box S. 40)
- 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. 42) oder Daten zum Erwerbsverlauf nach medizinischer Rehabilitation (s. Info-Box zum Sozialmedizinischen Verlauf (SMV) S. 46)

Informationen zur Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung finden Sie auf der Internetseite www.deutsche-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: www.reha-berichte-drv.de

Koordination

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

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

Mitarbeit

Wir danken:

Eckhard Baumgarten, Ulrike Beckmann, Silke Brüggemann, Ilka Busch,
Sabine Erbstößer, Johannes Falk, Katharina Fecher, Katja Fischer,
Hans-Günter Haaf, Silke Kirschning, Berthold Lindow, Helga Mai,
Margret Ostholt-Corsten, Verena Pimmer, Daniela Sewöster, Eva Volke,
Teresia Widera, Janett Zander, Pia Zollmann

Fotos

Deutsche Rentenversicherung Bund,
Bundesministerium für Bildung und Forschung (S. 63),
de-sign-network/Archiv (S. 12, 37, 69, 90), dpa (S. 13)

Satz und Layout

de-sign-network, Berlin

Druck

H. Heenemann GmbH & Co. KG, Berlin

Auflage

6.000

Berlin, Februar 2012

ISSN 2193-5718 (Reha-Bericht)

