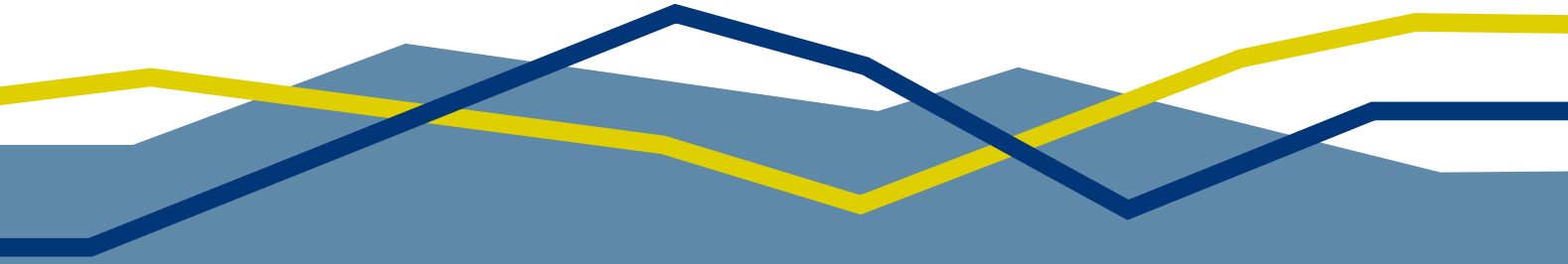
Reha-Bericht Update 2014

Deutsche Rentenversicherung



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
41 Berufliche Rehabilitation
55 Aufwendungen für Rehabilitation
59 Anhang

Inhalt - Ausführliche Gliederung

4 Vorwort

6 Fakten im Überblick

9 Aktuelle Entwicklungen
9 Reha-Qualitätssicherung
13 Sozialmedizin
16 Reha-Forschung und -Konzepte
20 Statistik

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 2013
31 Altersspezifische Inanspruchnahme
32 Altersstandardisierte Inanspruchnahme

37 Medizinische Rehabilitation: Ergebnis
37 Behandlungserfolg – Sozialmedizinischer Verlauf

41 Berufliche Rehabilitation: Umfang und Struktur
41 Anträge, Bewilligungen und durchgeführte Leistungen
43 Zeitliche Entwicklung
44 Leistungsspektrum
46 Berufliche Bildung - Krankheitsspektrum
47 Berufliche Bildung - altersspezifische Inanspruchnahme
49 Berufliche Bildung - altersstandardisierte Inanspruchnahme

51 Berufliche Rehabilitation: Ergebnis von Bildungsleistungen
51 Erfolg beruflicher Bildung – Routinedaten der Rentenversicherung

55 Aufwendungen für Rehabilitation
55 Aufwendungen im Jahr 2013
55 Entwicklung der Aufwendungen ab 2000
57 Vergleich zu weiteren Ausgaben der Rentenversicherung

59 Anhang
59 Datenquellen
59 Routinedaten der Rentenversicherung

Vorwort

Präsident Dr. Axel Reimann

Direktorin Gundula Roßbach

Mit dem Reha-Bericht Update 2014 erhalten Sie die wichtigsten aktuellen Daten und Fakten zur Rehabilitation der Rentenversicherung. Das Update 2014 beschreibt Umfang, Struktur und Ergebnis der medizinischen und beruflichen Rehabilitation sowie die Aufwendungen der Rentenversicherung für Rehabilitation. Grundlage sind die routinemäßig erhobenen Statistikdaten mit Schwerpunkt auf dem Jahr 2013. Eine umfassende Berichterstattung mit Daten der Reha-Qualitätssicherung zu Prozess und Ergebnis der Reha-Leistungen sowie thematische Vertiefungen erfolgen wieder im nächsten Reha-Bericht 2015.

Die Entwicklung der Rehabilitation der Rentenversicherung, dargestellt in Zahlen, bildet den Kern der Publikation. Darüber hinaus wollen wir Ihren Blick auch auf wichtige aktuelle Entwicklungen in den Bereichen Reha-Qualitätssicherung, Sozialmedizin und Forschung lenken.

Im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung befragen wir regelmäßig unsere Rehabilitanden zur subjektiven Zufriedenheit mit der Rehabilitation und der Besserung des Gesundheitszustandes. Nun liegen erstmals auch Befragungsergebnisse aus der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation vor. Eltern (bei Kindern bis 11 Jahre) und jugendliche Rehabilitanden (ab 12 Jahre) bescheinigen der Rehabilitation insgesamt positive Ergebnisse. Auch bei der Aktualisierung der Strukturanforderungen an Reha-Einrichtungen wird die Kinder- und Jugendlichenrehabilitation berücksichtigt. Die aktualisierten Anforderungen bilden die Grundlage für die umfassende Strukturerhebung 2014. Ziel ist es, die Strukturqualität der von uns belegten Reha-Einrichtungen sicherzustellen sowie eine bedarfsgerechte Zuweisung der Rehabilitanden zu gewährleisten.

Neben „harten“ Strukturmerkmalen von Reha-Einrichtungen spielen aber auch so genannte „weiche“ Faktoren für die Qualität und den Erfolg einer Reha-Einrichtung eine große Rolle. Aktuelle Forschungsergebnisse sprechen dafür, die Organisationsstruktur und -kultur von Reha-Einrichtungen verstärkt in den Blick zu nehmen. In der Förderung der berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit sowie in der Mitarbeiter- und Rehabilitandenorientierung liegt gerade für die Rehabilitation, die im Kern interdisziplinär und arbeitsteilig ausgerichtet ist, besonderes Potenzial. Ganz praktische Unterstützung können dabei Instrumente wie das jüngst erschienene Arbeitsbuch zur Reha-Zielvereinbarung geben. Es vermittelt den MitarbeiterInnen in Reha-Einrichtungen Beispiele für geeignete Zielvereinbarungen gemeinsam mit den Rehabilitanden.

4 Vorwort
6 Fakten im Überblick
9 Aktuelle Entwicklungen
21 Rehabilitation im Licht der Statistik
21 Medizinische Rehabilitation
41 Berufliche Rehabilitation
55 Aufwendungen für Rehabilitation
59 Anhang

Wird eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit beantragt, ist eine sozialmedizinische Beurteilung notwendig. Im Bereich Sozialmedizin hat die Deutsche Rentenversicherung ein Verfahren zur Qualitätssicherung der sozialmedizinischen Begutachtung entwickelt, das seit dem 1. Januar 2014 bei allen Rentenversicherungsträgern eingesetzt wird und Grundlage ist für die qualitative Prüfung der sozialmedizinischen Gutachten. Ziel ist eine bessere Nachvollziehbarkeit der gutachterlichen Beurteilungen und damit eine treffsicherere Entscheidung über die Anträge auf Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit.

Mit dem Reha-Bericht bereitet die Deutsche Rentenversicherung aktuelle Zahlen und Statistiken zur Rehabilitation verständlich auf und erleichtert es damit den Versicherten und Beitragszahlern, der Fachöffentlichkeit, der Politik und allen interessierten Bürgerinnen und Bürgern, Einblick in die vielfältigen Aufgaben der Rentenversicherung zu nehmen. Dieses Konzept hat sich bewährt – der Reha-Bericht ist inzwischen etabliert. Im September 2014 erschien erstmals der Versichertenbericht der Rentenversicherung, der dem Konzept des Reha-Berichts folgt.

Dr. Axel Reimann
Präsident der
Deutschen Rentenversicherung Bund

Gundula Roßbach
Direktorin der
Deutschen Rentenversicherung Bund

Fakten im Überblick

Medizinische Rehabilitation

2013 wurden bei der Rentenversicherung mehr als 1,6 Millionen Anträge auf medizinische Rehabilitation gestellt.

Die Rentenversicherung führte 988.380 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch.

Davon entfielen 30.812 (3 %) auf die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen.

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

Die Anschlussrehabilitation (AHB) umfasste 2013 mit 328.703 Leistungen gut ein Drittel aller medizinischen Reha-Leistungen.

Zur Reha-Nachsorge führte die Rentenversicherung 178.184 Leistungen durch.

54.043 Rehabilitanden erhielten 2013 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 etwa ein Drittel der Reha-Leistungen bei Frauen und Männern, im ambulanten Bereich 65 % der Reha-Leistungen bei Frauen und 59 % bei Männern.

Mit steigendem Alter wird Rehabilitation häufiger in Anspruch genommen.

Frauen und Männer in der medizinischen Rehabilitation sind durchschnittlich nahezu gleich alt: Frauen 52,1 Jahre, Männer 51,8 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 24 Tagen (ohne neurologische Erkrankungen).

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

4 Vorwort
6 Fakten im Überblick
9 Aktuelle Entwicklungen
21 Rehabilitation im Licht der Statistik
21 Medizinische Rehabilitation
41 Berufliche Rehabilitation
55 Aufwendungen für Rehabilitation
59 Anhang

Berufliche Rehabilitation

2013 gingen bei der Rentenversicherung 407.265 Anträge auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) ein.

128.518 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) wurden 2013 abgeschlossen.

Männer nehmen häufiger LTA in Anspruch als Frauen. Der Anteil der Frauen hat bis 2010 stetig zugenommen. Nach einem Rückgang in den Jahren 2011 und 2012 ist er 2013 wieder etwas angestiegen.

Frauen und Männer in der beruflichen Rehabilitation sind durchschnittlich nahezu gleich alt: Frauen 46,1 Jahre, Männer 45,9 Jahre.

Etwa ein Viertel der LTA sind berufliche Bildungsleistungen. Dabei stehen Erkrankungen des Bewegungsapparates und des Bindegewebes als Ursachen an erster Stelle (Frauen 53 %, Männer 62 %).

Gut 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 53 % der Teilnehmer).

Aufwendungen für Rehabilitation

2013 wendete die Rentenversicherung rund 5,84 Mrd. € für Rehabilitation auf (brutto), davon rund 4,3 Mrd. € für medizinische Rehabilitation, rund 1,2 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 2.685 €.

Die um einiges längeren medizinischen Reha-Leistungen bei psychischen und Abhängigkeitserkrankungen sind mit durchschnittlich 6.254 € deutlich teurer.

Reha-Qualitätssicherung

Deutsche Rentenversicherung
Rehabilitation –
mit Sicherheit Qualität

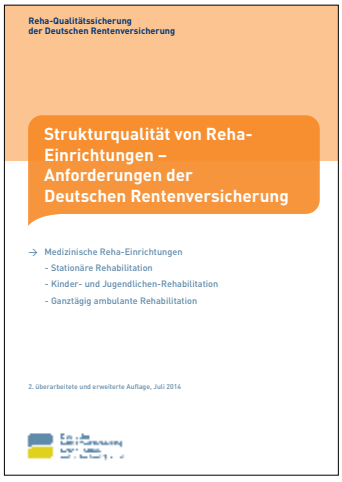
Die Rentenversicherung erbringt jährlich über eine Million medizinische und berufliche Rehabilitationen. Als einer der größten Reha-Träger in Deutschland trägt sie damit besondere Verantwortung für diesen Versorgungsbereich. Die Deutsche Rentenversicherung sieht sich in der Pflicht, einen qualitätsbezogenen Wettbewerb zwischen den Reha-Einrichtungen zu fördern und damit zur Verbesserung der Qualität beizutragen. Daher hat sie 1994 ein Qualitätssicherungsprogramm für die medizinische Rehabilitation entwickelt und seither zahlreiche Verfahren und Instrumente der Qualitätssicherung Schritt für Schritt in die klinische Routine überführt. Alle eingesetzten Instrumente der Qualitätssicherung werden kontinuierlich an neue Reha-Entwicklungen angepasst und auf weitere Versorgungsbereiche ausgedehnt. Derzeit nehmen fast 2.000 Reha-Einrichtungen oder Reha-Fachabteilungen, vorwiegend der medizinischen, aber auch der beruflichen Rehabilitation, an der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung teil.

Strukturqualität medizinischer Reha-Einrichtungen

Für die Deutsche Rentenversicherung ist es eine wichtige Aufgabe, geeignete Strukturen für die Rehabilitation ihrer Versicherten sicherzustellen. Alle Reha-Leistungen in allen durch die Rentenversicherung belegten Reha-Einrichtungen sollen einen vergleichbar hohen Qualitätsstandard aufweisen. Die Strukturqualität von Reha-Einrichtungen ist dabei gekennzeichnet durch bauliche, technische und personelle Rahmenbedingungen. Solche Strukturmerkmale lassen sich erfragen, überprüfen und in Anforderungen formulieren.

Aktualisierte Strukturanforderungen der Deutschen Rentenversicherung

Von der Deutschen Rentenversicherung wurden erstmalig 2010 rentenversicherungsweit abgestimmte Strukturanforderungen für stationäre Reha-Einrichtungen in der Broschüre „Strukturqualität von Reha-Einrichtungen – Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung“ veröffentlicht. Darin sind die Strukturmerkmale aufgeführt, die von den Reha-Einrichtungen der unterschiedlichen Indikationen (Orthopädie, Onkologie etc.) erwartet werden. Durch diese gemeinsame Grundlage für Leistungsträger und -erbringer hat sich aus Sicht der Rentenversicherungsträger sowie der Verbände der Leistungserbringer die Handhabbarkeit der Anforderungen und die Verbindlichkeit in der Zusammenarbeit erhöht. Unter Berücksichtigung der Erfahrungen wurden die Strukturanforderungen aktualisiert und erweitert.



Die Überarbeitung berücksichtigte u. a. den Einbezug der durch die Bologna-Reform veränderten Berufsabschlüsse (Master und Bachelor) bei den Anforderungen an das Personal der Reha-Einrichtungen. Reha-Einrichtungen haben nun beispielsweise die Möglichkeit, neben den Diplom- bzw. Masterabsolventen der Psychologie auch für bestimmte Leistungen Bachelor-Absolventen zu beschäftigen. Außerdem wurden für die Kinder- und Jugendlichen-Rehabi-

litation sowie für die ganztägig ambulante Rehabilitation Anforderungen an die Strukturqualität ergänzt. Häufige Fragen, die sich im Umgang mit den Anforderungen ergeben haben, wurden im Anhang der Broschüre aufgegriffen und beantwortet. Die aktualisierte Broschüre vom Juli 2014 wurde an alle Reha-Einrichtungen versendet und ist im Internet verfügbar.

Reha-Strukturerhebung 2014

Die Rentenversicherung überprüft die Strukturqualität.

Im Jahr 2014 wird – basierend auf den aktualisierten Anforderungen zur Strukturqualität – eine neue Strukturerhebung durchgeführt. Ziel ist es, die Strukturqualität der Reha-Einrichtungen darzustellen und eine bedarfsgerechte Zuweisung der Rehabilitanden zu gewährleisten. Dafür wurden die letztmalig 2007/2008 eingesetzten Strukturerhebungsbögen überarbeitet, vereinheitlicht und um Aspekte gekürzt, die wie bei der Zertifizierungspflicht zum Qualitätsmanagement an anderer Stelle geprüft werden. Neben den von der Rentenversicherung federgeführten stationären Einrichtungen nehmen nun auch Einrichtungen der Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation sowie die ambulanten Fachabteilungen der drei größten Indikationen Orthopädie, Kardiologie und Neurologie an der Strukturerhebung teil. Die Ergebnisse werden im Jahr 2015 veröffentlicht.

Informationen zu den Strukturanforderungen an Reha-Einrichtungen (Broschüre) und Hinweise zur Reha-Strukturerhebung 2014 stehen auf der Internetseite der Deutschen Rentenversicherung zur Verfügung: **www.deutsche-rentenversicherung.de → Infos für Experten → Sozialmedizin & Forschung → Reha-Qualitätssicherung → Strukturqualität**

Pilotprojekt für die Leistungsklassifikation in der beruflichen Rehabilitation

Berufliche Bildungsleistungen sind ein wichtiges Segment der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA). In einem Projekt mit der Charité Berlin wurde von 2012 bis 2014 eine Leistungsklassifikation für die berufliche Rehabilitation (LBR) entwickelt. Anhand dieses Instruments können die während der beruflichen Rehabilitation im Rahmen einer Bildungsleistung erbrachten einzelnen Leistungen dokumentiert und bewertet werden.

Die Leistungsklassifikation für die berufliche Rehabilitation im Praxistest

Derzeit wird die Pilotversion der LBR in 29 beruflichen Bildungseinrichtungen erprobt. Das erste Mal verschlüsseln die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dieser Einrichtungen alle Leistungen, die Rehabilitanden während ihrer Bildungsleistung erhalten haben, mit Hilfe der neuen Leistungsklassifikation. Daneben haben die Piloteinrichtungen die Möglichkeit, anzugeben, ob sie den entsprechenden Code für die durchgeführte Leistung gefunden haben oder ob dabei Schwierigkeiten auftraten. Zudem können sie zum Ende des Projekts mögliche Probleme und Verbesserungsvorschläge für den praktischen Einsatz benennen. Anhand dieser Informationen erarbeitet die Charité Berlin Handlungsempfehlungen sowohl für eine besser handhabbare Leistungsklassifikation als auch für die Organisation eines optimalen Dokumentationsprozesses auf Einrichtungsebene.

4 Vorwort
6 Fakten im Überblick
9 Aktuelle Entwicklungen
21 Rehabilitation im Licht der Statistik
21 Medizinische Rehabilitation
41 Berufliche Rehabilitation
55 Aufwendungen für Rehabilitation
59 Anhang

Darüber hinaus entsteht ein Rückmeldekonzept, mit dem den beruflichen Reha-Einrichtungen und Rentenversicherungsträgern zukünftig QS-Berichte zum Leistungsgeschehen zur Verfügung gestellt werden.

Weitere Informationen zu dem Projekt „Leistungsklassifikation in der beruflichen Rehabilitation" stehen auf der Internetseite der Deutschen Rentenversicherung zur Verfügung: **www.deutsche-rentenversicherung.de → Infos für Experten → Sozialmedizin & Forschung → Reha-Qualitätssicherung → Qualitätssicherung von LTA → Projekt „LBR"**

Erstmals Befragungsergebnisse aus der Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation

Gute Noten für die Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation

Das Programm der Deutschen Rentenversicherung zur Qualitätssicherung (QS) der medizinischen Rehabilitation bezieht Reha-Einrichtungen für Kinder und Jugendliche ein. Wie in der Erwachsenenrehabilitation wird das therapeutische Leistungsspektrum entsprechend der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) sowie das Erfüllen der Reha-Therapiestandards (RTS) an die Reha-Einrichtungen für Kinder und Jugendliche zurückgemeldet. Darüber hinaus werden auch Strukturanforderungen für Kinder- und Jugendlichen-Einrichtungen definiert und geprüft. Ein weiteres QS-Instrument, die Rehabilitandenbefragung, ermittelt die subjektive Zufriedenheit mit der Rehabilitation und den Erfolg der Rehabilitation aus Patientensicht. Analog entstanden Befragungsinstrumente für den Bereich der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation. Seit 2012 erfolgt eine Elternbefragung bei Kindern bis einschließlich 11 Jahre und eine Befragung der Rehabilitanden selbst ab dem Alter von 12 Jahren, die ca. 8–12 Wochen nach medizinischer Rehabilitation stattfindet.

38 Reha-Einrichtungen für Kinder und Jugendliche erhielten im Januar 2014 erstmals einen QS-Bericht zur Rehabilitandenbefragung „Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation" aus dem Reha-Entlassungszeitraum Februar 2012 bis Juli 2013. Ausgewertet wurden 7.458 Fragebögen. Die nach einem Schulnotensystem bewertete Zufriedenheit und die Frage nach einer Besserung des Gesundheitszustandes ergaben sowohl bei befragten Eltern der Kinder als auch bei Jugendlichen insgesamt positive Ergebnisse. Gleichwohl sind Unterschiede zwischen den Einrichtungen erkennbar. Generell urteilen die befragten Eltern etwas positiver als die Jugendlichen.

Am besten werden in beiden Gruppen die Behandlungen während der Rehabilitation beurteilt. Aber auch die Rahmenbedingungen der Rehabilitation, das beteiligte Reha-Team mit Ärzten, Psychologen etc. und die durchgeführten Schulungen erhalten gute Noten (Durchschnittsnoten bei Jugendlichen zwischen 1,8 und 2,2, Durchschnittsnoten bei Eltern zwischen 1,6 und 2,0). Über 80 % der befragten Eltern und Jugendlichen gaben eine Besserung des Gesundheitszustandes und der Lebensqualität an. Eine gute Betreuung durch die Rentenversicherung und eine gute Zusammenarbeit mit den Reha-Einrichtungen wird von einem Großteil (80 % bis über 90 %) der befragten

Eltern bestätigt. Ebenfalls über 80 % der Eltern würden anderen Eltern einen Reha-Aufenthalt ihres erkrankten Kindes in einer der betreffenden Reha-Einrichtungen empfehlen.

Ein Musterbericht zur Rehabilitandenbefragung Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation 2014 ist auf der Internetseite der Deutschen Rentenversicherung verfügbar: **www.deutsche-rentenversicherung.de → Infos für Experten → Sozialmedizin & Forschung → Reha-Qualitätssicherung → Rehabilitandenbefragung → Musterbericht zur Rehabilitandenbefragung Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation - Bericht 2014**

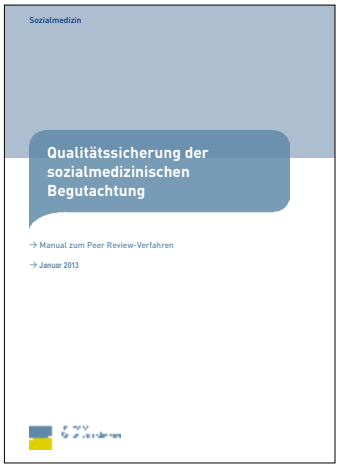
4 Vorwort
6 Fakten im Überblick
9 **Aktuelle Entwicklungen**
21 Rehabilitation im Licht der Statistik
21 Medizinische Rehabilitation
41 Berufliche Rehabilitation
55 Aufwendungen für Rehabilitation
59 Anhang

Sozialmedizin

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

Peer Review zur Qualitätssicherung der sozialmedizinischen Begutachtung

Ein erklärtes Ziel der Rentenversicherung ist es, die Qualität der sozialmedizinischen Gutachten zu fördern und die Gleichbehandlung der Versicherten bei der Begutachtung sicherzustellen. Zugleich soll die Akzeptanz der Gutachten bei allen Betroffenen erhöht werden. Vor diesem Hintergrund hat die Deutsche Rentenversicherung ein Verfahren zur Qualitätssicherung der Gutachten entwickelt, die bei Anträgen auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit erstellt oder in Auftrag gegeben werden.



Sozialmedizinische Gutachten werden nach definierten Qualitätskriterien beurteilt.

Die Qualität der Gutachten wird u. a. anhand der Kriterien formale Gestaltung und Verständlichkeit der Gutachten, Transparenz und Vollständigkeit geprüft. Die Gutachten eines jeden Rentenversicherungsträgers werden von erfahrenen Sozialmedizinerinnen und Sozialmedizinern aus den ärztlichen Diensten der anderen Rentenversicherungsträger, so genannten Peers, beurteilt. Die Prüfung erfolgt systematisch mit einem dazugehörigen Fragenkatalog anhand der festgelegten Kriterien. Die Prüffragen und das Bewertungssystem sind in einem Manual zusammengestellt. In einem abschließenden Urteil wird über eine Ampel (Grün-Gelb-Rot) die Nachvollziehbarkeit des Gutachtens, insbesondere die der gutachterlichen Entscheidung über die Leistungsfähigkeit, bewertet. Die Ampelfarben geben eine klare Auskunft über die Qualität der Gutachten.

Dieses Peer Review-Verfahren findet seit dem 1. Januar 2014 bei allen Rentenversicherungsträgern Anwendung. Bei jedem Rentenversicherungsträger wird vierteljährlich eine Stichprobe seiner Gutachten gezogen. Die Bereitstellung der Gutachten erfolgt online über eine geschützte Intranet-Plattform. Mittels eines Links können die Peers das zu prüfende Gutachten einsehen und bewerten. Die Bewertungen werden an die für das Verfahren zuständige Stelle der Rentenversicherung übermittelt. Dort stehen sie für eine weitere Auswertung direkt zur Verfügung. Auf Anfrage können etwa einem Rentenversicherungsträger die Anmerkungen der Peers für sein internes Qualitätsmanagement zeitnah zur Verfügung gestellt werden.

Ab 2016 Qualitätsberichte zu sozialmedizinischen Gutachten

Erste Ergebnisse liegen 2015 vor. Ab dem Jahr 2016 werden die im Peer Review-Verfahren festgestellten Mängel systematisch in Form von jährlichen Qualitätsberichten an die Rentenversicherungsträger zurückgemeldet. Anhand dieser standardisierten Qualitätsberichte ist erkennbar, welche Verbesserungspotentiale eines Trägers im Vergleich zu den anderen Rentenversicherungsträgern bestehen. Zugleich werden qualitative Veränderungen über die Berichtsjahre sichtbar.

Das Peer Review-Verfahren liefert eine einheitliche Grundlage für die qualitative Prüfung von sozialmedizinischen Gutachten und erhöht gleichzeitig z. B. über eine bessere Nachvollziehbarkeit der gutachterlichen Entscheidung die Transparenz der Gutachten für Ärztinnen und Ärzte, Auftraggeber und andere Nutzer. Darüber hinaus sollen die Rückmeldungen der Ergebnisse in den Qualitätsberichten dazu beitragen, die Begutachtung innerhalb der Rentenversicherung zu harmonisieren.

Informationen zur Qualitätssicherung der Begutachtung sowie das Manual zum Peer Review-Verfahren stehen auf der Internetseite der Deutschen Rentenversicherung zur Verfügung: **www.deutsche-rentenversicherung.de → Infos für Experten → Sozialmedizin & Forschung → Sozialmedizin → Begutachtung → Qualitätssicherung → Qualitätssicherung der Begutachtung**

Zusatzweiterbildung Sozialmedizin – ganz „up to date“

Auf dem aktuellen Stand der Sozialmedizin

Sozialmedizin als Teil ärztlichen Handelns hat inzwischen eine lange Tradition: Seit dem 18. Jahrhundert hat sich das Interesse, den Menschen als Ganzes und im Kontext seiner Umwelt zu sehen und daraus Rückschlüsse auf Gesundheit fördernde und schädigende Faktoren zu ziehen, kontinuierlich entwickelt. Doch erst in den letzten 30 Jahren hat Sozialmedizin auch in der Lehre ihren festen Platz gefunden. Zunächst als Fachkunde etabliert, ist sie inzwischen auch seit Jahren als Zusatzweiterbildung für Ärzte in der Weiterbildungsordnung der Ärztekammern verankert.

Seit 1987 bietet die Akademie für Sozialmedizin Berlin interessierten Ärztinnen und Ärzten die Möglichkeit, alle Kursteile zu absolvieren, die für die Zusatzweiterbildung Sozialmedizin erforderlich sind. 1997 kamen die Kurse für Rehabilitationswesen dazu. Die Kursprogramme beider Zusatzweiterbildungen orientieren sich dabei an dem jeweiligen Curriculum, das die Bundesärztekammer als Leitfaden herausgegeben hat. Dadurch wird sichergestellt, dass der Kursinhalt den Anforderungen aller deutschen Landesärztekammern entspricht und Ärztinnen und Ärzten in ganz Deutschland als Weiterbildung anerkannt wird.

Die Sozialmedizin unterliegt, wie jede andere medizinische Disziplin, der ständigen Weiterentwicklung. Das gilt insbesondere für alle Fragestellungen in der Begutachtung durch die Sozialversicherungsträger. Änderungen auf gesellschaftlicher und politischer Ebene haben ihre Auswirkungen auf

4 Vorwort
6 Fakten im Überblick
9 **Aktuelle Entwicklungen**
21 Rehabilitation im Licht der Statistik
21 Medizinische Rehabilitation
41 Berufliche Rehabilitation
55 Aufwendungen für Rehabilitation
59 Anhang

die Entscheidungen der Träger und ihre Zusammenarbeit miteinander und müssen den beratenden und begutachtenden Ärztinnen und Ärzten in den sozialmedizinischen Diensten bekannt sein. Nur so kann die zielgerichtete Vorbereitung einer fundierten Verwaltungsentscheidung wie die Bewilligung einer Rehabilitation oder Rente geleistet werden.

Deshalb hat die Akademie für Sozialmedizin Berlin das Programm „Sozialmedizin – Ein Update“ entwickelt. Ärztinnen und Ärzte können sich in zwei kompakten Kursen auf den neuesten sozialmedizinischen Stand bringen. In jeweils eineinhalb Tagen präsentieren kompetente Referentinnen und Referenten praxisnah aktuelle Schwerpunkte aus der Sozialmedizin. Dabei werden jeweils die aktuellen Entwicklungen bei den Leistungsträgern in den Mittelpunkt gestellt und anhand von praktischen Beispielen erläutert. Die Kurse zum Update stehen nicht nur den Ärztinnen und Ärzten offen, deren Weiterbildung Sozialmedizin schon einige Zeit zurückliegt. Angesprochen sind auch Kolleginnen und Kollegen, denen der Erwerb der vollständigen Weiterbildung Sozialmedizin auf Grund fehlender Voraussetzungen nicht möglich ist, die sich aber dennoch ein sozialmedizinisches Grundlagenwissen aneignen möchten. Nicht zuletzt nutzen Ärztinnen und Ärzte das Angebot auch als kompakte Vorbereitung auf die Abschlussprüfung Sozialmedizin.

Gute Resonanz

Das Update findet gute Resonanz: die ersten drei Kursdurchläufe (seit dem Start Mitte 2013) waren gut nachgefragt und wurden sehr gut angenommen. Mit diesem derzeit in der Bundesrepublik einzigartigen Angebot leistet die Deutsche Rentenversicherung Bund einen wichtigen Beitrag zur ärztlich-sozialmedizinischen Fort- und Weiterbildung.

Informationen zu dem Kursprogramm „Sozialmedizin – Ein Update“ und zu weiteren Angeboten der Akadamie für Sozialmedizin Berlin stehen auf der Internetseite zur Verfügung: **www.afs-berlin.de**

Reha-Forschung und -Konzepte

Unterschiede im Reha-Erfolg

Gute und erfolgreiche Rehabilitation – welche Merkmale von Reha-Einrichtungen spielen eine Rolle?

Verschiedene Studien haben gezeigt, dass sich Reha-Einrichtungen darin unterscheiden, wie erfolgreich die Rehabilitation für die einzelnen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ist. Diese Unterschiede lassen sich nur teilweise dadurch erklären, dass die Reha-Einrichtungen unterschiedliche Personen versorgen, z. B. mit unterschiedlichen Diagnosen. Auch die im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung überprüften Parameter (z. B. Therapieumfang, Rehabilitandenzufriedenheit) können keine ausreichende Erklärung geben. An diesem Punkt setzt das MeeR-Projekt an: „**Me**rkmale **e**iner **e**rfolgreichen **R**eha-Einrichtung“ (Prof. Meyer, Medizinische Hochschule Hannover, 2011–2013). Die Grundidee des Projekts bestand darin, drei überdurchschnittlich und drei unterdurchschnittlich erfolgreiche Reha-Einrichtungen in jeweils einwöchigen Visitationen kennenzulernen und miteinander zu vergleichen. Im Ergebnis waren die Unterschiede nicht so eindeutig wie erwartet. In drei Bereichen zeigten sich aber systematische Unterschiede zwischen den Einrichtungen. Förderlich für den Erfolg einer Reha-Einrichtung scheint zu sein, wenn

- → eine interdisziplinäre Zusammenarbeit im Reha-Team gefördert und umgesetzt wird,
- → mit den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden gemeinsam individuell Therapieziele entwickelt und sie dabei interdisziplinär unterstützt werden (Rehabilitandenorientierung),
- → die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ausreichend mit Handlungsspielräumen ausgestattet sind und bei der konzeptuellen Gestaltung des Reha-Angebotes mitwirken können (Mitarbeiterorientierung).

Gute Zusammenarbeit im Reha-Team wichtig für eine erfolgreiche Reha

Die Ergebnisse des MeeR-Projekts sprechen dafür, die Organisationsstruktur und -kultur von Reha-Einrichtungen verstärkt in den Blick zu nehmen. Für die (medizinische) Rehabilitation, die im Kern interdisziplinär und arbeitsteilig ausgerichtet ist, liegt das besondere Potenzial in der Förderung der berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit sowie in der Mitarbeiter- und Rehabilitandenorientierung.

In eine ähnliche Richtung weisen die Ergebnisse des Forschungsprojekts „Steigerung der Leistungsfähigkeit durch zielgerichtete Organisationsgestaltung von Reha-Einrichtungen“ (LORE; Dr. Schott und Kockert, Universität Bielefeld, 2012–2014). Das Projekt nimmt Bezug auf die sogenannte Ko-Produzententhese von Gross und Badura, nach der Einrichtungen umso leistungsfähiger sind, je stärker die am Rehabilitationsprozess beteiligten Personen – professionelle Akteure ebenso wie Rehabilitandinnen und Rehabilitanden – zusammenarbeiten. Der Zusammenhang zwischen Organisationsmerkmalen und dem Reha-Erfolg wurde hier – anders als im MeeR-Projekt – quantitativ untersucht, anhand von Daten aus Entlassungsberichten (ärztliche Einschätzung

4 Vorwort
6 Fakten im Überblick
9 **Aktuelle Entwicklungen**
21 Rehabilitation im Licht der Statistik
21 Medizinische Rehabilitation
41 Berufliche Rehabilitation
55 Aufwendungen für Rehabilitation
59 Anhang

Organisationsstruktur und -kultur von Reha-Einrichtungen

des Reha-Erfolgs) und aus einer schriftlichen Mitarbeiterbefragung in 18 Reha-Kliniken. Die Analysen ergaben, dass erfolgreiche Reha-Einrichtungen unter anderem eine stärkere interne Vernetzung und eine höhere Qualität der Mitarbeiterführung aufwiesen.

Die Deutsche Rentenversicherung Bund fördert derzeit das Folgeprojekt LORE II (2014–2015), welches zusätzlich auch die Perspektive der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden einbezieht. Die Einschätzung des Reha-Erfolgs durch die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden wird im Zuge der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung in der so genannten Rehabilitandenbefragung erhoben. In LORE II werden Daten aus der Rehabilitandenbefragung mit den im Projekt LORE erhobenen Organisationsdaten verknüpft.

Den Abschlussbericht zum MeeR-Projekt einschließlich der Handlungsempfehlungen und einer komprimierten Zusammenfassung sind verfügbar unter **http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb → Reha-Wissenschaften → Einzelprojekte → Abgeschlossene Einzelprojekte → Projektende in 2013**
Projektinformationen zu dem Projekt LORE II sind verfügbar unter **www.reha-wissenschaften-drv.de → Forschungsförderung → Einzelprojekte → Projektende in 2015**

Arbeitsbuch Reha-Zielvereinbarung. Zielvereinbarungen in der medizinischen Rehabilitation

Reha-Ziele gemeinsam erarbeiten

Behandlungsanliegen von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sind sehr individuell. Während manche Patienten bereits vor der Rehabilitation darüber nachdenken, was sie während dieser Zeit erreichen wollen, haben viele von ihnen noch keine konkrete Vorstellung von ihren Reha-Zielen. Deshalb ist es wichtig, diese Ziele zu Beginn der Rehabilitation gemeinsam zwischen den Rehabilitanden und Behandlern zu erarbeiten und zu vereinbaren.

Um Praktiker in Rehabilitationseinrichtungen bei den Gesprächen zu Zielvereinbarungen mit den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zu unterstützen, gab die Deutsche Rentenversicherung Bund ein „Arbeitsbuch Reha-Ziele. Zielvereinbarungen in der medizinischen Rehabilitation“ in Auftrag. Ende 2014 legte ein Team um Dr. Glattacker (Freiburg) und Dr. Dibbelt (Bad Rothenfelde) das Arbeitsbuch vor. Basis war u. a. eine bundesweite Erhebung von derzeit in medizinischen Reha-Einrichtungen genutzten Materialien zur Vereinbarung von Reha-Zielen. Mitglieder des Beirats, der die Erstellung des Arbeitsbuches begleitete, waren neben Reha-Praktikern, Vertretern aus Rentenversicherung und Forschung auch Personen, die die Sicht der Patienten vertreten. Drei Reha-Einrichtungen überprüften das Arbeitsbuch in einem Pre-Test auf seine Praxistauglichkeit. So entstand ein praxisnahes Arbeitsbuch mit anschaulichen Beispielen für den Reha-Alltag.

Praxisnahes Arbeitsbuch mit vielen Beispielen

Das Arbeitsbuch besteht aus vier Kapiteln: Es geht um die Formulierung und Überprüfung von Reha-Zielen, um eine patientenorientierte Kommunikation bei der Abstimmung von Reha-Zielen, um die Zielarbeit als Prozess im Reha-Team und um die Frage, wie neue Zielkonzepte in einer Reha-Einrichtung umgesetzt werden können. Auf der Internetseite www.reha-ziele.de stehen weitere Praxisbeispiele zur Verfügung. Darüber hinaus enthält das Online-Angebot Informationen zum wissenschaftlichen Vorgehen bei der Erstellung des Arbeitsbuches sowie zum theoretischen Hintergrund.

Das Arbeitsbuch „Arbeitsbuch Reha-Zielvereinbarung. Zielvereinbarungen in der medizinischen Rehabilitation" steht vorraussichtlich ab Januar 2015 zur Verfügung unter **www.reha-ziele.de**
Eine kostenfreie Papierfassung des Arbeitsbuchs kann angefragt werden unter **reha-wissenschaften@drv-bund.de**

Ca. 4.300 Erwerbsminderungsrentnerinnen und -rentner nahmen an der Befragung teil.

Reha vor Rente? Ergebnisse aus dem Projekt „Sozioökonomische Situation von Personen mit Erwerbsminderung"

Nach dem Grundsatz „Reha vor Rente" soll durch eine Rehabilitation eine Berentung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (Erwerbsminderungsrente, EM-Rente) verhindert oder zumindest hinausgeschoben werden. Doch wie sieht es in der Realität aus? Wie viele Erwerbsgeminderte haben tatsächlich im Vorfeld ihrer Berentung eine Rehabilitation durchlaufen? Was sind Gründe für den Verzicht auf Rehabilitation? Diese und andere Fragen hat das Projekt „Sozioökonomische Situation von Personen mit Erwerbsminderung" beleuchtet. Grundlage der umfangreichen Studie waren Auswertungen von Routinedaten der Rentenversicherung und Daten aus einer Befragung von ca. 4.300 Erwerbsminderungsrentnern. Die Befragung wurde 2011 von der DRV Bund mit Beteiligung aller Rentenversicherungsträger durchgeführt.

Keine Reha vor der EM-Rente – warum?

Ca. 58 % der Befragten haben in den fünf Jahren vor ihrer Berentung eine medizinische Rehabilitation durchlaufen. Am häufigsten wurde die Rehabilitation wegen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes (31 %) sowie wegen psychischen Erkrankungen (inkl. Sucht, 27 %) bewilligt. Immerhin 42 % der Befragten nahmen im Vorfeld der EM-Berentung keine medizinische Rehabilitation in Anspruch. Dafür geben die Rentnerinnen und Rentner unterschiedliche Gründe an: In 17 % der Fälle wurde der Antrag auf Rehabilitation seitens der Rentenversicherung abgelehnt, da beispielsweise kein Erfolg der Rehabilitation zu erwarten war. In wenigen Fällen (ca. 3 %) wurde die Leistung zwar bewilligt, aber nicht angetreten. Die meisten Befragten (80 %) hatten jedoch gar keinen Antrag gestellt. Die Versicherten, die keinen Reha-Antrag stellten, begründeten dies am häufigsten damit, dass der Gesundheitszustand im Vorfeld der Berentung bereits so schlecht gewesen sei, dass eine Rehabilitation keine Besserung versprach (42 %) oder nicht mehr möglich war (35 %). Außerdem verzichteten einige der Befragten (15 %) aus Angst um ihren Arbeitsplatz auf eine Rehabilitation. Knapp ein Drittel gab

4 Vorwort
6 Fakten im Überblick
9 **Aktuelle Entwicklungen**
21 Rehabilitation im Licht der Statistik
21 Medizinische Rehabilitation
41 Berufliche Rehabilitation
55 Aufwendungen für Rehabilitation
59 Anhang

allerdings an, dass ihnen die Möglichkeit einer Rehabilitation unbekannt war. (Es waren Mehrfachnennungen möglich.)

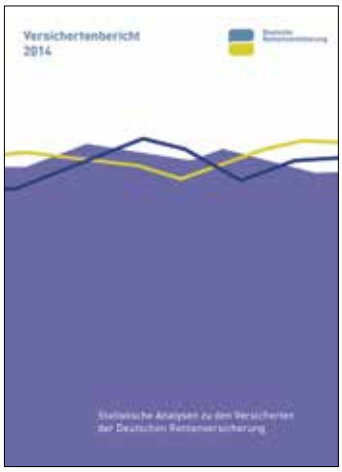
Die Befunde zeigen deutlichen Handlungsbedarf: Versicherte müssen künftig noch besser über die Rehabilitationsangebote der Rentenversicherung informiert werden. Darüber hinaus gilt es, möglichst frühzeitig mit Leistungen zur Rehabilitation zu intervenieren, bevor Gesundheit und Erwerbsfähigkeit zu stark beeinträchtigt sind.

Projektbericht II erschienen

Die hier vorgestellten Ergebnisse zum Thema Rehabilitation sind Bestandteil des zweiten Projektberichts, der im Herbst 2014 erscheint. Darin wird auch dargestellt, wie Erwerbsminderungsrentnerinnen und -rentner die materielle Lage ihres Haushalts bewerten, wie sie wohnen, in welchem Umfang die Haushalte mit Gebrauchs- und Konsumgütern ausgestattet sind und was sie zur Rentenantragstellung bewogen hat. Der erste Projektbericht (2012) behandelt die materielle Lage der Haushalte von Erwerbsminderungsrentnerinnen und -rentner, einschließlich der Frage der Armutsgefährdung.

Einzelexemplare der Projektberichte können kostenlos bestellt werden unter **bestellservice@drv-bund.de**
DRV-Schrift Band 99: Sozioökonomische Situation von Personen mit Erwerbsminderung – Projektbericht I zur Studie (2012)
DRV–Schrift Band 105: Sozioökonomische Situation von Personen mit Erwerbsminderung – Projektbericht II zur Studie (2014)

Statistik



Erster Versichertenbericht der Deutschen Rentenversicherung

Dem Reha-Bericht wird ab 2014 zum ersten Mal ein Bericht über die Versicherten der Deutschen Rentenversicherung zur Seite stehen. Der Versichertenbericht 2014 liefert eine kommentierte Darstellung statistischer Kennzahlen und Entwicklungen zu den Versicherten der Deutschen Rentenversicherung und wird zukünftig jährlich erscheinen.

Der Bericht greift mehrere Themenbereiche auf. Zunächst wird ein Überblick über aktuelle Versichertenzahlen gegeben, besonders hervorhebenswerte Veränderungen werden detailliert betrachtet. Im Fokus des aktuellen Berichts steht die Zunahme von Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft, die erstmals bei der Deutschen Rentenversicherung versichert sind. Darüber hinaus informiert der Versichertenbericht über die Struktur und Zusammensetzung der Versicherten. Hier wird dargestellt, wie sich die Zahl und der Anteil der einzelnen Versichertengruppen über die Zeit verändert haben und wie sich die Versicherten nach Alter, Geschlecht und regionalen Gesichtspunkten verteilen. Die erzielten Lohneinkünfte aus Beschäftigung bilden einen weiteren Schwerpunkt. Ihre Höhe und Verteilung geben Aufschluss, welche Rentenansprüche im zurückliegenden Berichtsjahr von den Versicherten erworben wurden. Daran anschließend wird der Blick auf den gesamten Versicherungsverlauf erweitert: Welche Zeiten mit Beitragszahlungen haben Versicherte in ihrem Leben zurückgelegt? Wie hoch sind die bisher erzielten Rentenansprüche? Abschließend wird die Entwicklung der Beitragseinnahmen der gesetzlichen Rentenversicherung dargestellt.

Der Versichertenbericht 2014 steht im pdf-Format auf der Internetseite der Deutschen Rentenversicherung zur Verfügung: **www.deutsche-rentenversicherung.de → Wir über uns → Fakten und Zahlen → Statistiken → Statistikpublikationen → Versichertenbericht 2014**
Eine kostenfreie Druckversion kann bestellt werden unter:
statistik-bln@drv-bund.de

Rehabilitation im Licht der Statistik

Medizinische Rehabilitation: Umfang und Struktur

Wie viele Leistungen zur medizinischen Rehabilitation finanziert die Deutsche Rentenversicherung? Wie haben sich die verschiedenen Reha-Formen entwickelt? Wie stellen sich die Reha-Leistungen dar – je nach Erkrankung, Geschlecht und Alter der Rehabilitanden? Auf diese und andere Fragen kann die Routinestatistik der Rentenversicherung Antwort geben (s. auch Anhang S. 59).

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

2013 gingen bei der Rentenversicherung mehr als 1,6 Mio. Anträge auf medizinische Rehabilitation ein. Rund 65 % der erledigten Anträge wurden bewilligt, etwa 19 % abgelehnt – meist aus medizinischen (92 %), selten aus dann meist versicherungsrechtlichen (8 %) Gründen. Die restlichen 16 % der Anträge wurden zum jeweils zuständigen Rehabilitationsträger weitergeleitet.

Abbildung 1 zeigt die Entwicklung von Anträgen, Bewilligungen und durchgeführten medizinischen Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung. Gewählt wurde der Zeitraum ab 1991, da seit diesem Jahr die Versicherten der neuen Bundesländer mit ausgewiesen werden. Die Anträge sind zwischen 1991 und 2013 von ca. 1.282.000 auf rund 1.670.000, die Bewilligungen von rund 995.000 auf rund 1.086.000 und die durchgeführten Leistungen von 803.000 auf rund 988.380 gestiegen.

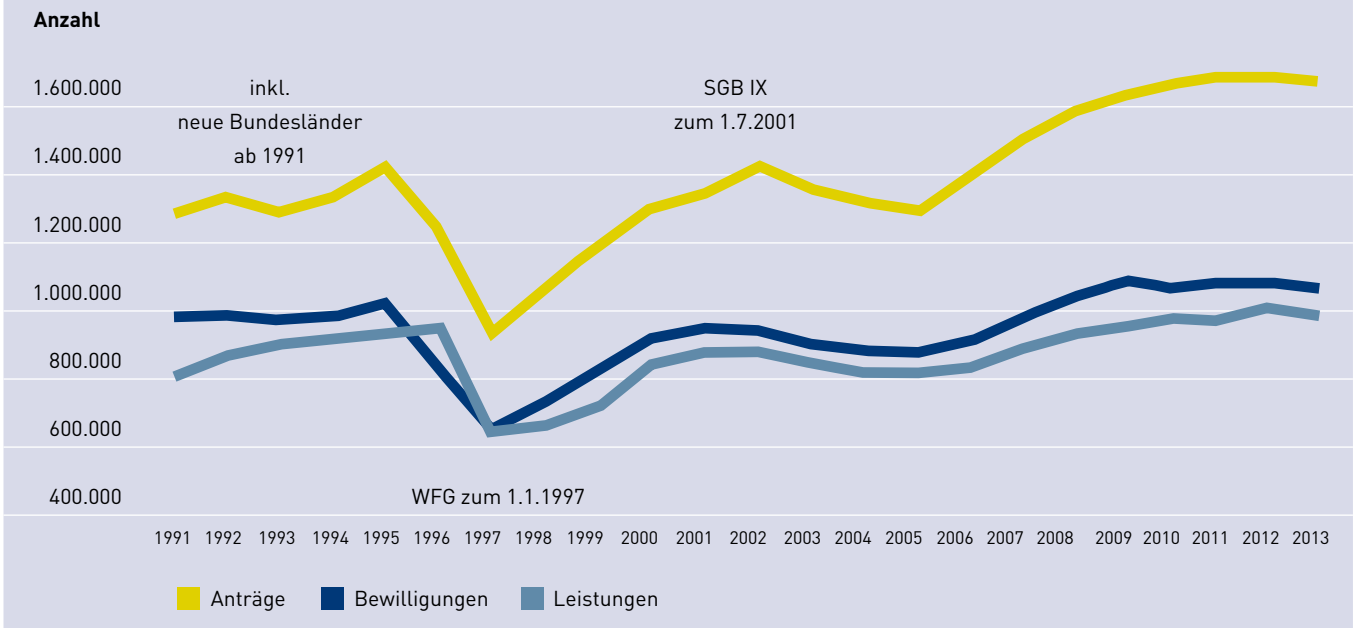
2013 erhielten Versicherte rund 988.380 medizinische Reha-Leistungen.

Allerdings fällt auf, dass beispielsweise 1995 fast ebenso viele Bewilligungen wie 2013 erfolgten – bei deutlich mehr Anträgen in 2013. 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

Abb. 1 Medizinische Rehabilitation: Anträge, Bewilligungen und abgeschlossene Leistungen 1991-2013



Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2014

4 Vorwort
6 Fakten im Überblick
9 Aktuelle Entwicklungen
21 Rehabilitation im Licht der Statistik
21 Medizinische Rehabilitation
41 Berufliche Rehabilitation
55 Aufwendungen für Rehabilitation
59 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

für die Rehabilitation wurden auch die Regeldauer 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 %.

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

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

Die medizinischen Reha-Leistungen gingen von 2012 auf 2013 um 1,6 % zurück.

Tabelle 1 wirft noch einmal einen Blick auf die Änderungsraten von 2012 auf 2013: Anders als in den Vorjahren gehen die Zahlen leicht zurück: die Anträge sind um 1,3 %, die Bewilligungen um 1,1 % und die durchgeführten Reha-Leistungen um 1,6 % gesunken. Ein Blick auf das erste Halbjahr in 2014 zeigt, dass Anträge und Bewilligungen aktuell gegenüber dem gleichen Zeitraum im Vorjahr wieder deutlich zunehmen (Anträge: 3,2 %, Bewilligungen: 4,7 %).

Tab. 1 Medizinische Rehabilitation: Anzahl der Anträge, Bewilligungen und abgeschlossenen Leistungen 2012 und 2013

	Anträge	Bewilligungen	Leistungen
2012	1.692.801	1.097.538	1.004.617
2013	1.670.139	1.085.577	988.380
Änderungsrate 2012–2013	–1,3%	–1,1%	–1,6%

Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2014

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.

4 Vorwort
6 Fakten im Überblick
9 Aktuelle Entwicklungen
21 Rehabilitation im Licht der Statistik
21 Medizinische Rehabilitation
41 Berufliche Rehabilitation
55 Aufwendungen für Rehabilitation
59 Anhang

13 % aller medizinischen Reha-Leistungen 2013 wurden ambulant durchgeführt.

Auch die ganztägig ambulante Rehabilitation ist an dieser Stelle zu nennen. Diese Form der medizinischen Rehabilitation, bei der die Rehabilitanden nur tagsüber in die Rehabilitationseinrichtung kommen, wird seit 1997 für ausgewählte Indikationen angeboten. Voraussetzung war, dass die ambulante Rehabilitation in dafür geeigneten Fällen ebenso gute Behandlungserfolge vorweisen kann wie die stationäre Rehabilitation. Dies wurde in mehreren wissenschaftlichen Studien belegt. Der überwiegende Teil medizinischer Rehabilitation erfolgt nach wie vor stationär. Allerdings sank der Anteil stationärer Leistungen für Erwachsene von 2000 bis 2013 von 93 % auf 84 %. Die ambulanten Leistungen für Erwachsene haben sich dagegen 2013 mehr als verfünffacht von rund 25.000 im Jahr 2000 auf knapp 129.000 Leistungen. Sie machen derzeit ca. 13 % aller medizinischen Rehabilitationsleistungen aus (s. Tab. 2).

Die Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen wird nur stationär durchgeführt. Ihr prozentualer Anteil an den Reha-Leistungen der Rentenversicherung insgesamt liegt in den letzten vier Jahren konstant bei 3 % (s. Tab. 2). Rehabilitationsleistungen bei Neubildungen (in ca. 95 % der Fälle bei bösartigen Neubildungen) gehen seit 2011 wieder etwas zurück.

Tab. 2 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 2000–2013: 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	
2000	835.878	778.789	93 %	25.257	3 %	29.908	4 %
2001	892.687	826.014	93 %	30.472	3 %	33.751	4 %
2002	894.347	813.362	91 %	41.714	5 %	36.682	4 %
2003	845.618	752.426	89 %	52.285	6 %	37.846	4 %
2004	803.159	702.122	87 %	60.557	8 %	37.276	5 %
2005	804.064	696.731	87 %	67.975	8 %	36.759	5 %
2006	818.433	704.004	86 %	75.850	9 %	36.443	4 %
2007**	903.257	771.782	85 %	92.038	10 %	37.498	4 %
2008	942.622	804.006	85 %	99.820	11 %	37.568	4 %
2009	978.335	829.822	85 %	111.022	11 %	36.254	4 %
2010	996.154	837.864	84 %	122.835	12 %	34.223	3 %
2011	966.323	810.664	84 %	122.726	13 %	30.919	3 %
2012	1.004.617	843.319	84 %	127.642	13 %	32.103	3 %
2013	988.380	827.080	84 %	129.073	13 %	30.812	3 %

* stationäre und ambulante Reha-Anteile in Kombination erbracht (1.415 Mischfälle in 2013); nur in Insgesamt-Spalte enthalten; Summe der Leistungen insgesamt übersteigt somit Summe der rechtsstehenden Spalten.

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

Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation" 2000–2013

2013 waren gut ein Drittel aller Reha-Leistungen Anschlussrehabilitationen (AHB).

Derzeit ist jede sechste medizinische Rehabilitation für Erwachsene eine onkologische Reha-Leistung (16 % bzw. rund 153.000 Leistungen in 2013). Noch deutlich stärker als der Anstieg aller Reha-Leistungen zwischen 2000 und 2013 ist der Zuwachs bei der Anschlussrehabilitation (AHB). Mit rund 329.000 Leistungen stellt die AHB im Jahr 2013 einen Anteil von 34 % – verglichen mit 2000 eine Erhöhung des Anteils um mehr als 50 %. Bei den Entwöhnungsbehandlungen zeigt sich ein Anstieg von etwa 46.500 Leistungen im Jahr 2000 auf 51.211 in 2013. Damit liegt der Anteil der Entwöhnungsbehandlungen an den medizinischen Reha-Leistungen für Erwachsene bei 5 %, etwas niedriger als in den vergangenen Jahren (relativ konstant 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: beispielswei-

Tab. 3 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 2000–2013: besondere Leistungsformen für Erwachsene

Jahr	Insgesamt (inkl. Mischfälle*)		Anschluss-rehabilitation (AHB)		Neubildungen** (amb./stat./§§ 15+31)		Entwöhnungen** (inkl. ambulant)	
2000	805.970		177.681	22 %	110.692	14 %	46.508	6 %
2001	858.936		196.812	23 %	122.107	14 %	48.937	6 %
2002	857.665		205.171	24 %	129.757	15 %	51.785	6 %
2003	807.772		208.929	26 %	133.240	16 %	51.123	6 %
2004	765.883		217.165	28 %	139.645	18 %	52.536	7 %
2005	767.305		227.347	30 %	147.913	19 %	50.835	7 %
2006	781.990		242.145	31 %	149.300	19 %	49.526	6 %
2007***	865.759		268.379	31 %	158.284	18 %	56.393	7 %
2008	905.054		275.756	30 %	160.707	18 %	55.963	6 %
2009	942.081		293.173	31 %	164.825	17 %	57.456	6 %
2010	961.931		318.118	33 %	170.658	18 %	56.997	6 %
2011	935.404		327.357	35 %	163.946	18 %	53.965	6 %
2012	972.514		328.940	34 %	159.493	16 %	54.142	6 %
2013	957.568		328.703	34 %	152.562	16 %	51.211	5 %

* stationäre und ambulante Reha-Anteile in Kombination erbracht (1.415 Mischfälle in 2013)

** 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“ 2000–2013

4 Vorwort
6 Fakten im Überblick
9 Aktuelle Entwicklungen
21 Rehabilitation im Licht der Statistik
21 Medizinische Rehabilitation
41 Berufliche Rehabilitation
55 Aufwendungen für Rehabilitation
59 Anhang

se 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 2011 noch 152.688 Nachsorgeleistungen, stieg die Zahl in 2012 um 11 % auf 169.420. Im Jahr 2013 führte die Rentenversicherung nunmehr 178.184 Nachsorgeleistungen durch (Änderungsrate + 5 %).

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 2013 unterstützte die Rentenversicherung auf diese Weise in 54.043 Fällen den (Wieder-) Einstieg in die berufliche Tätigkeit. Dies stellt eine Steigerung um 45 % von 2010 auf 2013 dar (2010: 37.243 Fälle).

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 2013 waren es insgesamt 834. 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.

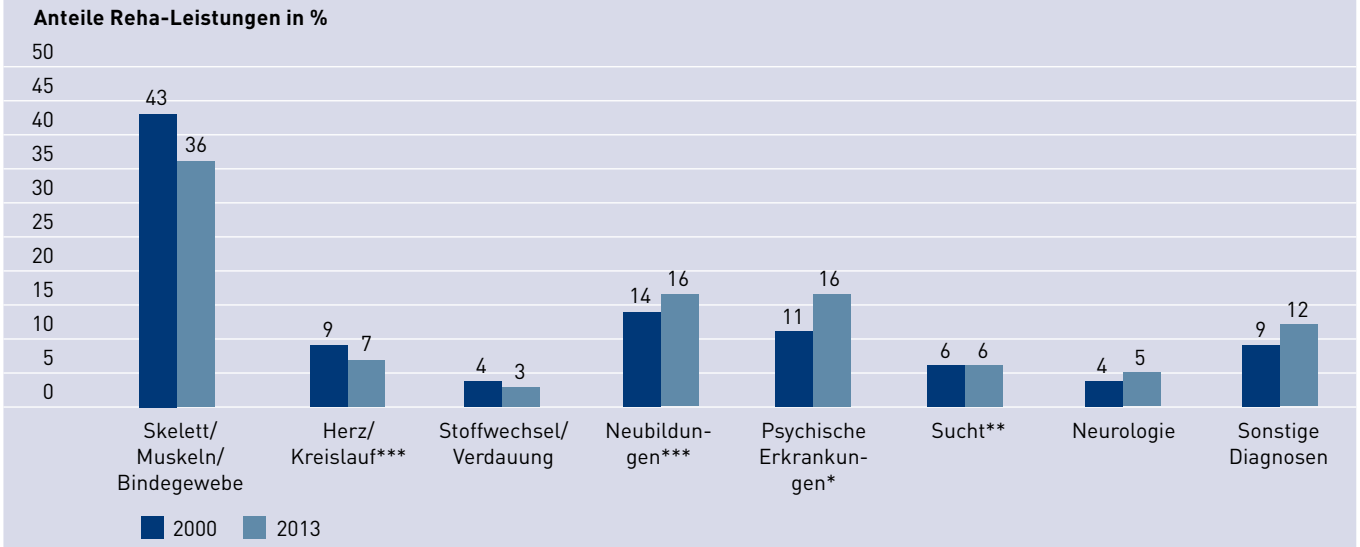
Krankheitsspektrum – zeitliche Entwicklung

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 2013 und aus 2000.

Rehabilitation bei psychischen Störungen nimmt zu.

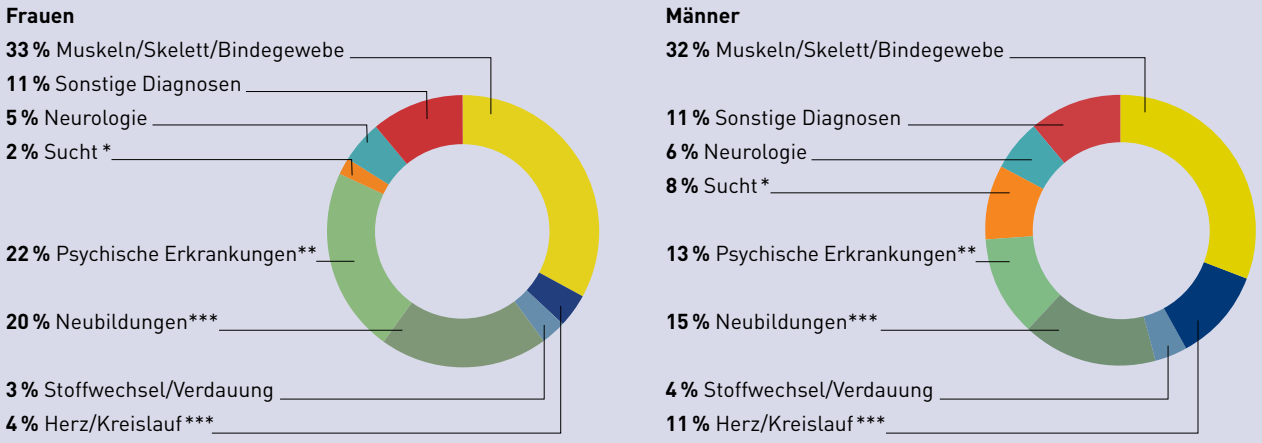
Der Anteil an Leistungen bei Muskel-, Skelett- und Bindegewebserkrankungen, nach wie vor die größte Diagnosengruppe, betrug 2000 noch 43 %, in 2013 nur noch 36 %. Ebenfalls rückläufig sind die Anteile von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krankheiten des Stoffwechsels oder der Verdauungsorgane. Auf die anderen großen Diagnosengruppen wie Neubildungen und psychische Erkrankungen entfallen heute 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 Erwachsener[1] (ambulant und stationär): 2000 und 2013



[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" 2000 und 2013

Abb. 3 Stationäre medizinische Rehabilitation 2013: Krankheitsspektrum[1]



[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" 2013

4 Vorwort
6 Fakten im Überblick
9 Aktuelle Entwicklungen
21 Rehabilitation im Licht der Statistik
21 Medizinische Rehabilitation
41 Berufliche Rehabilitation
55 Aufwendungen für Rehabilitation
59 Anhang

Krankheitsspektrum im Jahr 2013

Vergleicht man die aktuelle Verteilung der Diagnosen in der medizinischen Rehabilitation in 2013 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.

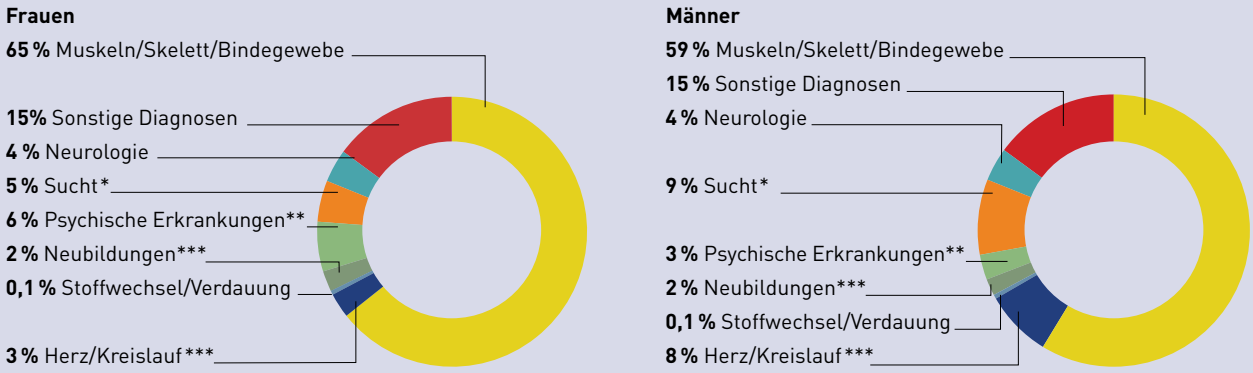
Erkrankungen von Muskeln, Skelett und Bindegewebe sind die häufigste Reha-Indikation.

Eine stationäre medizinische Rehabilitation erhalten Frauen wie Männer zu etwa einem Drittel wegen Krankheiten der Muskeln, des Skeletts oder des Bindegewebes. Rang 2 belegt bei Frauen die medizinische Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen (22 %), dicht gefolgt von Rehabilitation bei Neubildungen (20 %). Bei Männern ist der Anteil psychischer Erkrankungen mit 13 % nach wie vor deutlich geringer als bei Frauen. Dennoch liegt die medizinische Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen bei Männern nach der Rehabilitation bei Neubildungen (15 %) inzwischen an dritter Stelle. Entwöhnungsbehandlungen (Sucht) sind bei Männern fast viermal so häufig wie bei Frauen (s. Abb. 3).

Eine stationäre Rehabilitation dauerte im Schnitt 29,5 Tage.

Im Durchschnitt befinden sich Rehabilitanden 29,5 Tage in ihrer stationären medizinischen Rehabilitation. Nimmt man Reha-Leistungen wegen psychischer Erkrankungen, Suchterkrankungen und auch neurologischer Erkrankungen,

Abb. 4 Ambulante medizinische Rehabilitation 2013: Krankheitsspektrum[1]



[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" 2013

die einer längeren Therapie bedürfen, davon aus, dauert die stationäre Rehabilitation in den einzelnen Diagnosengruppen zwischen 23 und 24 Tagen (s. Tab. 4).

Betrachtet man die Rehabilitationsdauer getrennt nach Geschlecht für die einzelnen Diagnosengruppen, unterscheiden sich Frauen und Männer wenig. Die stationäre Rehabilitation wegen Krankheiten der Muskeln, des Skeletts oder des Bindegewebes sowie wegen Verdauungs- und Stoffwechselstörungen dauert bei Frauen einen Tag mehr, die Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen einen Tag weniger als bei Männern (s. Tab. 4). Im Durchschnitt über alle Krankheitsbilder gesehen, ist eine medizinische Rehabilitation bei Frauen drei Tage kürzer. Dies ist auf die lange Dauer von Entwöhnungsbehandlungen zurückzuführen, die von Männern wesentlich häufiger in Anspruch genommen werden (s. o.).

Tab. 4 Ambulante und stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 2013: Krankheitsspektrum und Behandlungsdauer

	Insgesamt (inkl. sonst. Leistungen)	Skelett/ Muskeln Bindegewebe	Herz/ Kreislauf*	Stoffwechsel/ Verdauung	Neubildungen*	Psychische Erkrankungen**	Sucht***	Neurologie	Sonstige Diagnosen	Fehlende Diagnosen*****
Ambulant										
Frauen	53.003	32.908	1.331	49	842	2.973	2.787	1.987	7.532	2.594
Behandlungstage****	21	17	16♦	16	17	31	–	22	–	–
Männer	76.070	42.976	5.960	90	1.128	2.086	6.482	2.994	10.835	3.519
Behandlungstage****	21	17	16♦	17	18	35	–	22	–	–
Stationär										
Frauen	414.334	133.453	14.145	11.136	80.833	88.058	9.796	18.635	42.547	15.731
Pflegetage****	28	24	24	24	23	37	88	30	–	–
Männer	412.746	127.136	44.344	16.634	61.577	51.022	32.146	24.022	45.686	10.179
Pflegetage****	31	23	24	23	23	38	88	30	–	–

* ohne neurologische Krankheitsbilder

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

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

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

***** 1. Diagnose noch nicht erfasst

♦ Diese beiden Werte wurden in den Reha-Berichten 2012, Update 2012 und 2013 nicht korrekt berichtet. Statt bei 22 Tagen lagen sie zwischen 15 und 17 Tagen.

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation" 2013

4 Vorwort
6 Fakten im Überblick
9 Aktuelle Entwicklungen
21 Rehabilitation im Licht der Statistik
21 **Medizinische Rehabilitation**
41 Berufliche Rehabilitation
55 Aufwendungen für Rehabilitation
59 Anhang

In der ambulanten Rehabilitation wird der weitaus überwiegende Teil der ambulanten Leistungen bei Frauen (65 %) wie bei Männern (59 %) wegen einer Erkrankung der Muskeln, des Skeletts oder des Bindegewebes durchgeführt; die Anteile sind wesentlich höher als in der stationären Rehabilitation. Dagegen werden nur bis zu 2 % der ambulanten Rehabilitationsleistungen aufgrund von Neubildungen durchgeführt (s. Abb. 4).

Eine ganztägig ambulante Rehabilitation dauerte im Schnitt 21 Behandlungstage.

In Tabelle 4 sind auch die durchschnittlichen Behandlungstage für die ganztägig ambulante Rehabilitation der betrachteten Diagnosengruppen enthalten. Für eine ganztägig ambulante orthopädische Rehabilitation – also bei Erkrankungen der Muskeln, des Skeletts oder des Bindegewebes – werden durchschnittlich 17 Behandlungstage benötigt. Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen suchen im Schnitt an rund 33 Tagen die ambulante Reha-Einrichtung auf. Anders als in der stationären Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen ist im ambulanten Bereich die Behandlungsdauer bei Frauen (31 Tage) deutlich niedriger als bei Männern (35 Tage).

Das Durchschnittsalter in der orthopädischen Rehabilitation lag 2013 bei 51,4 Jahren, in der Suchtrehabilitation bei 41,5 Jahren.

Die Diagnosengruppen in der medizinischen Rehabilitation unterscheiden sich auch nach dem durchschnittlichen Alter der Rehabilitanden. Die deutlich jüngsten Rehabilitanden finden sich mit im Schnitt 41,5 Jahren in der Suchtrehabilitation (Entwöhnungsbehandlung). Rehabilitanden mit psychischen Erkrankungen (ohne Entwöhnungsbehandlungen; 48,4 Jahre) oder mit Erkrankungen des Verdauungs- und Stoffwechselsystems (48,7 Jahre) sind im Schnitt etwa gleich alt, gefolgt von Rehabilitanden mit neurologischen Erkrankungen (49,8 Jahre), orthopädischen Erkrankungen (51,4 Jahre) und Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems (53,4 Jahre). Mit im Mittel 62 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 2013 eine medizinische Rehabilitation abgeschlossen haben, lag bei 52,1 Jahren. Männer waren mit 51,8 Jahren etwa gleich alt. 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 2013 die Inanspruchnahme mit dem Alter. Besonders ausgeprägt ist der Anstieg bei Krankheiten der Muskeln, des Skeletts oder des Bindegewebes etwa

ab dem 40. Lebensjahr bei Männern und Frauen. Bei Neubildungen steigt die Inanspruchnahme ebenfalls mit dem Alter an, besonders deutlich etwa ab dem 57. 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). Während bei Frauen die Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen bei psychischen Erkrankungen (inkl. Abhängigkeitserkrankungen) mit dem Alter stetig ansteigt, ist bei Männern diese Altersdynamik deutlich schwächer. Eine für Frauen und Männer ebenfalls unterschiedliche Entwicklung der altersabhängigen Inanspruchnahme zeigt sich bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Hier steigen die Reha-Leistungen männlicher Versicherter etwa ab dem 33. Lebensjahr kontinuierlich. Bei Frauen setzt diese Entwicklung später ein und ist weniger stark ausgeprägt.

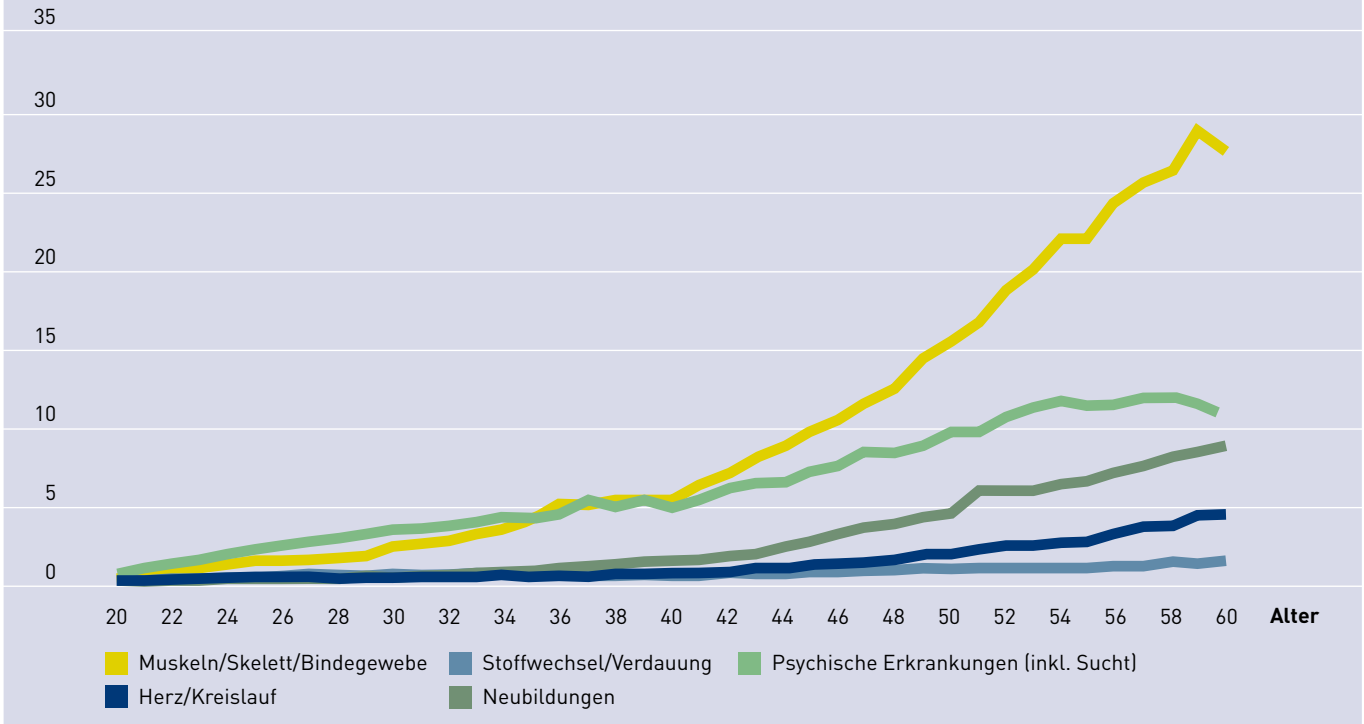
Altersstandardisierte Inanspruchnahme

Unterschiedliche Altersstrukturen erfordern eine altersstandarisierte Betrachtung.

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

Abb. 5 Medizinische Rehabilitation: Altersspezifische Inanspruchnahmeraten bei Frauen 2013

Anzahl Reha-Leistungen pro 1.000 Versicherte



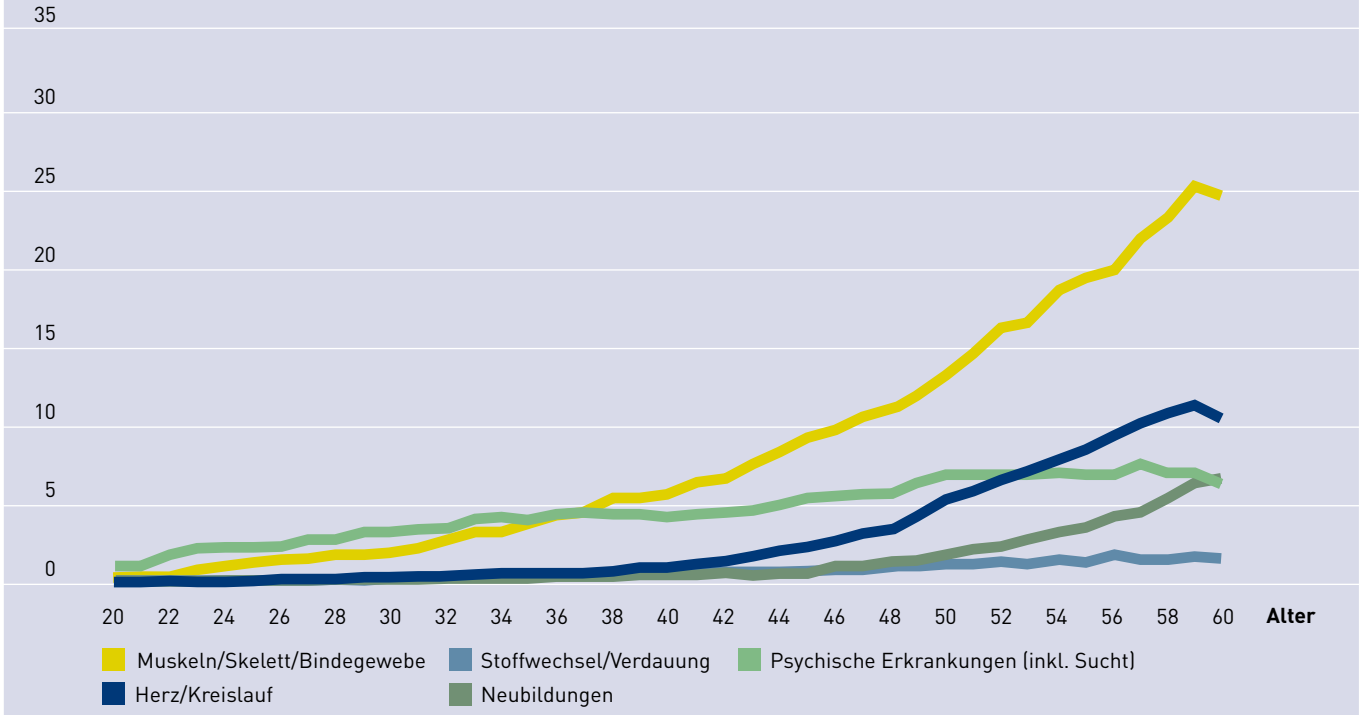
Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation" 2013, „Versicherte" 2012

4 Vorwort
6 Fakten im Überblick
9 Aktuelle Entwicklungen
21 Rehabilitation im Licht der Statistik
21 Medizinische Rehabilitation
41 Berufliche Rehabilitation
55 Aufwendungen für Rehabilitation
59 Anhang

sowohl die Größe der betrachteten Versichertenpopulation als auch deren Alterszusammensetzung verändert haben. Mit der Altersstandardisierung (s. Info-Box) wird entsprechend sowohl der Einfluss der Größe der Population als auch der einer unterschiedlichen Alterszusammensetzung herausgerechnet (= altersstandardisierte Raten).

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

Abb. 6 Medizinische Rehabilitation: Altersspezifische Inanspruchnahmeraten bei Männern 2013
Anzahl abgeschlossene Reha-Leistungen pro 1.000 Versicherte



Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation" 2013, „Versicherte" 2012

Tabelle 5 gibt für Frauen und für Männer die altersstandardisierten Inanspruchnahmeraten insgesamt sowie für die wichtigsten fünf Diagnosengruppen zwischen 2000 und 2013 wieder.

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

Zu Beginn dieses Zeitraums haben in Deutschland altersstandardisiert rund 26 von 1.000 versicherten Frauen und 23 von 1.000 versicherten Männern eine medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung in Anspruch genommen. 2013 liegen die Raten etwas niedriger (Frauen knapp 23 und Männer etwa 21 von 1.000 Versicherten). Die niedrigste Inanspruchnahme war 2006 zu verzeichnen.

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 2013 über denen von 2000. Diese deutliche Aufwärtsbewegung 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.

Tab. 5 Ambulante und stationäre medizinische Leistungen 2000–2013 nach ausgewählten Diagnosengruppen pro 1.000 Versicherte – altersstandardisiert[1] – Frauen und Männer

Jahr	Insgesamt (inkl. sonstige Leistungen)		Skelett/Muskeln Bindegewebe		Herz/ Kreislauf		Stoffwechsel/ Verdauung		Neubildungen		Psychische Erkrankungen (inkl. Sucht)	
2000	25,7	23,1	11,2	10,0	1,5	3,4	1,0	1,1	3,6	1,7	4,5	3,4
2001	27,0	24,1	11,9	10,6	1,6	3,5	1,0	1,1	3,7	1,8	5,1	3,6
2002	26,5	24,2	11,4	10,4	1,4	3,5	1,0	1,1	3,8	1,8	5,3	3,8
2003	24,1	22,0	10,3	9,2	1,3	3,2	0,9	1,0	3,5	1,8	4,7	3,5
2004	22,6	20,5	9,1	8,2	1,2	2,9	0,8	0,9	3,5	1,8	4,5	3,5
2005	22,6	20,1	9,0	7,8	1,2	2,7	0,8	0,8	3,5	1,7	4,6	3,5
2006	21,9	19,7	8,8	7,6	1,1	2,7	0,7	0,8	3,1	1,6	4,3	3,4
2007*	23,3	21,6	9,3	8,3	1,1	2,8	0,8	0,9	3,1	1,6	4,7	3,9
2008	24,4	22,1	9,8	8,5	1,2	2,8	0,8	0,9	3,1	1,6	5,1	4,0
2009	24,9	22,8	9,8	8,8	1,2	2,9	0,8	0,9	3,2	1,6	5,4	4,3
2010	24,9	22,7	9,7	8,6	1,2	2,8	0,7	0,9	3,2	1,6	5,7	4,5
2011	23,6	21,4	8,9	7,9	1,1	2,7	0,7	0,8	2,8	1,5	5,8	4,5
2012	24,5	21,8	9,2	7,9	1,2	2,9	0,7	0,8	2,8	1,5	6,2	4,7
2013	23,3	21,2	8,7	7,7	1,2	2,8	0,6	0,8	2,6	1,4	5,8	4,5

Frauen ☐ Männer

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

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

Quelle: Statistiken „Rehabilitation" 2000–2013, Statistiken „Versicherte" 1999–2012

4 Vorwort
6 Fakten im Überblick
9 Aktuelle Entwicklungen
21 Rehabilitation im Licht der Statistik
21 Medizinische Rehabilitation
41 Berufliche Rehabilitation
55 Aufwendungen für Rehabilitation
59 Anhang

Bei den Krankheiten der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes, den Krankheiten des Stoffwechsels und der Verdauungsorgane sowie den Neubildungen sind die altersstandardisierten Inanspruchnahmeraten im beobachteten Zeitraum rückläufig, wenn auch mit kleinen Schwankungen. Für die Herz-Kreislauf-Erkrankungen gilt dies bis 2006, danach bleiben die Inanspruchnahmeraten relativ stabil.

Für die psychischen Erkrankungen (inkl. Abhängigkeitserkrankungen) nehmen die altersstandardisierten Raten sowohl bei Frauen als auch bei Männern insbesondere seit 2007 zu. Dies zeigt, dass die Rehabilitationen wegen psychischen Erkrankungen (inkl. Abhängigkeitserkrankungen) stärker zugenommen haben als durch die veränderte Versichertenpopulation zu erwarten war. Gegenüber 2012 sind die altersspezifischen Raten bei psychischen Erkrankungen für Frauen und Männern im Jahr 2013 leicht rückläufig.

Medizinische Rehabilitation: Ergebnis

Die Erwerbsfähigkeit dauerhaft zu erhalten, ist ein Hauptziel der Rehabilitation der Rentenversicherung. Um den Erfolg einer medizinischen Rehabilitation zu erfassen, werden einerseits die Rehabilitanden nach ihrer Einschätzung/Bewertung gefragt (Rehabilitandenbefragung). Andererseits werden auch Routinedaten ausgewertet, die unter anderem zeigen, wie lange Versicherte nach der Rehabilitation im Erwerbsleben bleiben (Sozialmedizinischer Verlauf). In der Rehabilitandenbefragung, einem Instrument der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung, können sich die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden durch Ausfüllen eines Fragebogens an der Qualitätssicherung beteiligen. Die Befragung erfasst unter anderem die Zufriedenheit mit der medizinischen Reha-Behandlung sowie den wahrgenommenen Behandlungserfolg aus Patientensicht.

Da die Aufbereitung der Daten der Reha-Qualitätssicherung zum Teil sehr aufwändig ist, werden die Ergebnisse nur in der umfassenden Version des Reha-Berichts der Rentenversicherung veröffentlicht. Ausführliche Ergebnisse aus der Reha-Qualitätssicherung lesen Sie demnach wieder im Reha-Bericht 2015. Im Übrigen wird auf den Reha-Bericht 2013 verwiesen.

Behandlungserfolg – Sozialmedizinischer Verlauf

Routinedaten zum Erfolg der Rehabilitation

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

Sozialmedizinischer Verlauf

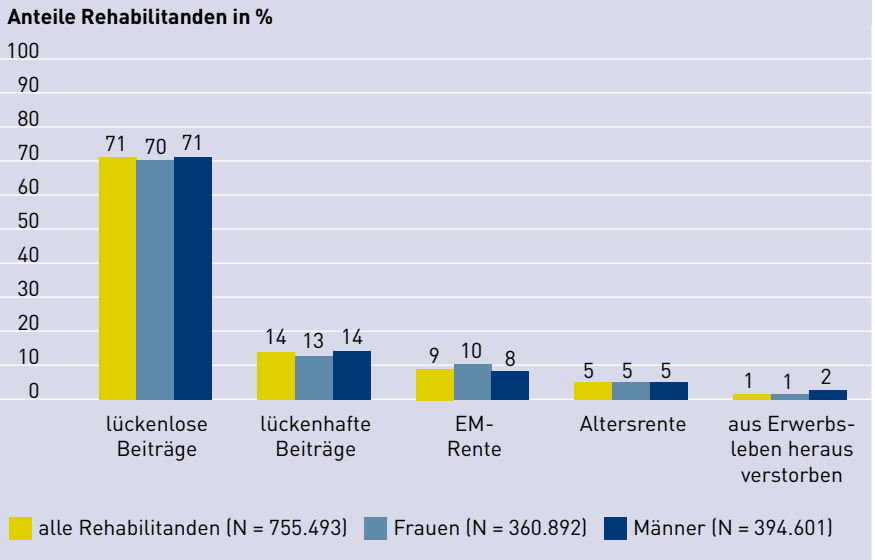
Rehabilitation der Rentenversicherung zielt darauf ab, eine vorzeitige Berentung der Versicherten zu vermeiden oder hinauszuschieben – sie will die Erwerbsfähigkeit der Versicherten möglichst auf Dauer erhalten. Als Indikator für die Erwerbsfähigkeit der Rehabilitanden wird der „Sozialmedizinische Verlauf“ im Anschluss an eine Rehabilitationsleistung nachgezeichnet: Er gibt Auskunft darüber, wie viele Rehabilitanden in einem bestimmten Zeitraum – zumeist zwei Jahre nach Rehabilitation – im Erwerbsleben verbleiben konnten und wie viele aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind. Bei den im Erwerbsleben Verbliebenen wird zusätzlich danach unterschieden, ob in dem betrachteten Zeitraum 1. für jeden Monat Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt wurden („lückenlose Beiträge“) oder 2. für zumindest einen Monat keine Beiträge auf das Konto bei der Rentenversicherung eingingen („lückenhafte

Beiträge"). Die Beitragszahlungen können aus versicherungspflichtiger Beschäftigung, längerfristiger Arbeitsunfähigkeit (Krankengeld/Übergangsgeld) oder Arbeitslosigkeit kommen.

Bei den aus dem Erwerbsleben ausgeschiedenen Rehabilitanden unterscheidet man Teilgruppen: 1. die wegen geminderter Erwerbsfähigkeit oder aus Altersgründen berentet werden sowie 2. die aus dem Erwerbsleben heraus versterben. In den Sozialmedizinischen Verlauf geht also nicht die 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. 59).

Abbildung 7 zeigt den Erwerbsverlauf von pflichtversicherten Rehabilitanden des Jahres 2010 für die nachfolgenden zwei Jahre. Nur 15 % der Personen scheiden nach einer medizinischen Rehabilitation aus dem Erwerbsleben aus: 9 % erhalten eine Erwerbsminderungsrente, 5 % eine Altersrente und 1 % verstirbt aus dem Erwerbsleben heraus. Bei dem weitaus größten Anteil der Rehabilitanden wird das Ziel einer dauerhaften Erwerbsfähigkeit erreicht. Innerhalb der ersten 24 Monate nach der medizinischen Rehabilitation sind immerhin 85 % der Personen weiterhin erwerbsfähig und zahlen entweder lückenlos (71 %) oder mit

Abb. 7 Sozialmedizinischer 2-Jahres-Verlauf nach medizinischer Rehabilitation in 2010 (pflichtversicherte Rehabilitanden)



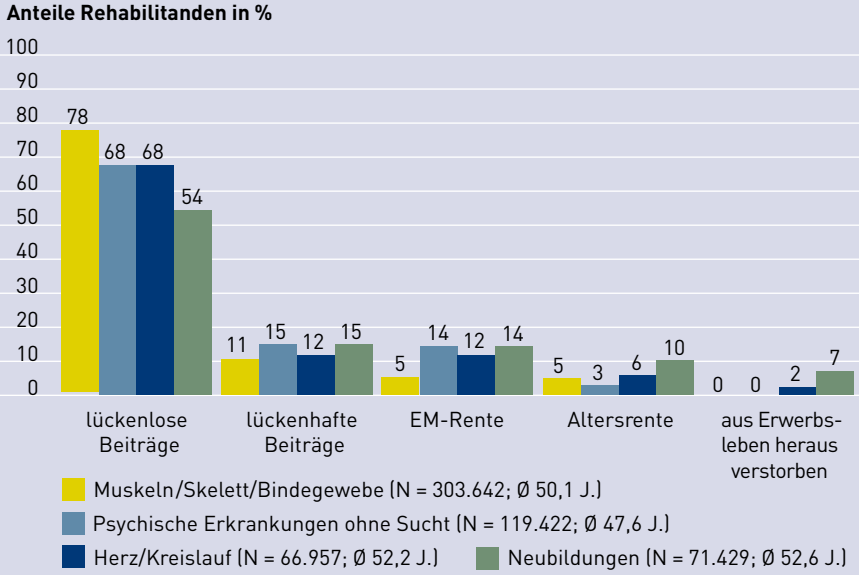
Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2005–2012

4 Vorwort
6 Fakten im Überblick
9 Aktuelle Entwicklungen
21 Rehabilitation im Licht der Statistik
21 Medizinische Rehabilitation
41 Berufliche Rehabilitation
55 Aufwendungen für Rehabilitation
59 Anhang

In den zwei Jahren nach Rehabilitation sind 85 % der Rehabilitanden erwerbsfähig.

Unterbrechungen (14 %) ihre Beiträge. Das Ergebnis zeigt den Erfolg der medizinischen Rehabilitation, wenn man bedenkt, dass vor der Rehabilitation eine erheblich gefährdete oder sogar bereits geminderte Erwerbsfähigkeit vorlag.

Abb. 8 Sozialmedizinischer 2-Jahres-Verlauf nach medizinischer Rehabilitation in 2010 für verschiedene Diagnosengruppen (pflichtversicherte Rehabilitanden)



Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2005–2012

Die Erwerbsfähigkeit nach Rehabilitation unterscheidet sich erheblich zwischen den Diagnosengruppen.

Geschlechtsspezifische Unterschiede sind eher gering. Große Unterschiede zeigen sich dagegen zwischen den Diagnosengruppen (s. Abb. 8). So bleiben nach einer orthopädischen Rehabilitation mit 89 % 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 52,6 Jahren wenig von dem anderer somatischer Diagnosengruppen, da in die Betrachtung des Erwerbsverlaufs nur pflichtversicherte Rehabilitanden im erwerbsfähigen Alter eingehen. Diejenigen Rehabilitanden, die nach § 31 SGB VI ihre onkologische Rehabilitation erhalten und im Rentenalter sein können, fallen hier weg. Grund für die z. T. deutlichen Unterschiede zwischen den Diagnosengruppen sind die krankheitsspezifischen Verläufe, die zum Beispiel bei Tumorerkrankungen ungünstiger sind als bei vielen nicht bösartigen Erkrankungen. Dies spiegelt sich nicht nur in einem größeren Anteil an Erwerbsminderungsrenten (14 %), sondern auch in der höheren Sterblichkeit (7 %) von onkologischen Rehabilitanden wider.

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, Anhang S. 59) 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 Arbeitplatz 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

Anträge, Bewilligungen und durchgeführte Leistungen

407.265 Anträge auf LTA gingen 2013 bei der Rentenversicherung ein.

Wie bei der medizinischen ist auch bei der beruflichen Rehabilitation (d. h, bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, LTA) zunächst die Initiative der Versicherten gefragt. Im Jahr 2013 reichten die Versicherten 407.265 Anträge auf LTA bei der Rentenversicherung ein (wobei ein Versicherter auch mehrere Leistungen gleichzeitig beantragen kann). 68 % der erledigten Anträge wurden bewilligt, 25 % 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. 3 % der bewilligten Leistungen traten die Versicherten nicht an, häufig wegen familiärer Probleme oder einer Verschlechterung ihres Gesundheitszustands.

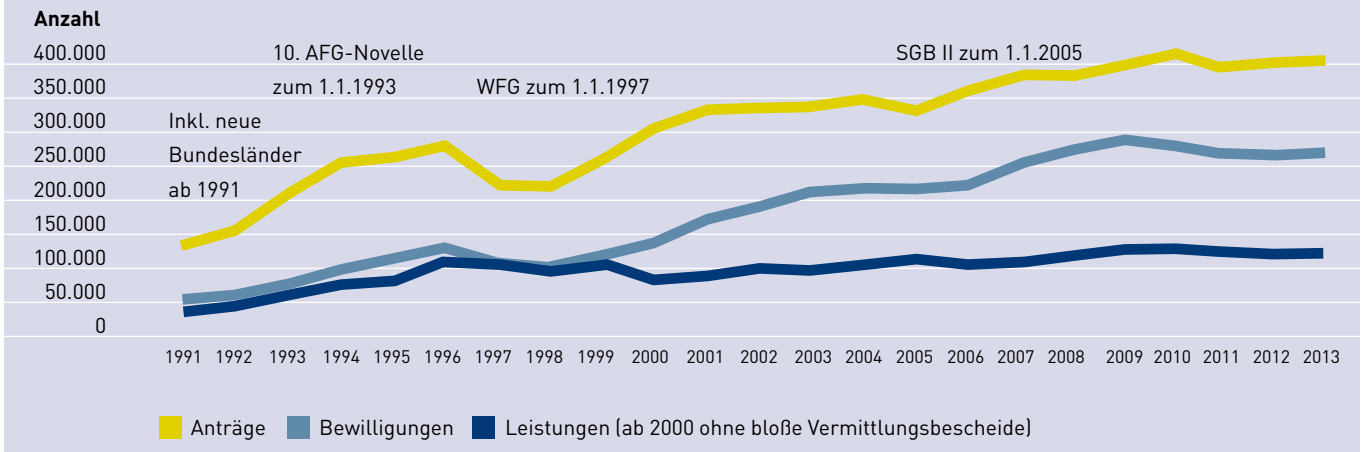
Vermittlungsbescheide
Eine Besonderheit bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind die so genannten Vermittlungsbescheide: Sie sind eine Zusage weiterer Leistungen für den Fall, dass Versicherte nach einer beruflichen Umschulung einen Arbeitsplatz finden, der ihren krankheitsbedingten Beeinträchtigungen 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.

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

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. 9). Von 1991 bis 2013 ist die Zahl der Anträge von etwa 145.000 auf mehr als 400.000 und damit auf das 2,8-fache gestiegen. Die Zahl der Bewilligungen hat sich in diesem Zeitraum beinahe verfünffacht.

Abb. 9 Teilhabe am Arbeitsleben: Anträge, Bewilligungen und abgeschlossene Leistungen 1991–2013



AFG = Arbeitsförderungsgesetz; WFG = Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz; SGB = Sozialgesetzbuch
Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2014

4 Vorwort
6 Fakten im Überblick
9 Aktuelle Entwicklungen
21 Rehabilitation im Licht der Statistik
21 Medizinische Rehabilitation
41 Berufliche Rehabilitation
55 Aufwendungen für Rehabilitation
59 Anhang

Dagegen beträgt die Zahl der abgeschlossenen Leistungen im Jahr 2013 wiederum nur das 2,7-fache des Jahres 1991. Diese Diskrepanz ist im Wesentlichen auf die Vermittlungsbescheide (s. Info-Box S. 42) zurückzuführen, die zwar bewilligt werden, aber sich ab 2000 nicht in einer vergleichbar höheren Zahl abgeschlossener Leistungen niederschlagen.

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

In den Folgejahren – mit Ausnahme des Jahres 2005 – zeigt sich wieder ein kontinuierlicher Anstieg von Anträgen und Bewilligungen. Für die abgeschlossenen Leistungen ist diese Entwicklung ähnlich – wenn auch auf einem niedrigeren Niveau (s. Abb. 9). Der Rückgang der Anträge auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) in 2005 lässt sich unter anderem auf die Einführung des SGB II (Grundsicherung für Arbeitssuchende) mit einer veränderten Zuständigkeit für Langzeitarbeitlose und auch deren Rehabilitation zurückführen. Seit 2006 zeigt sich wieder ein steigender Trend. Nach einem Rückgang der Anträge von 2010 auf 2011 (- 3,8 %) haben die Antragszahlen wieder leicht zugenommen, von 2012 auf 2013 um 0,8 %. Die Bewilligungen (+ 1,9 %) und durchgeführten Leistungen (+ 1,3 %) sind nach leichten Rückgängen in den letzten Jahren wieder angestiegen (s. Tab. 6).

Von 2012 auf 2013 stiegen die LTA um 1,3 %.

Tab. 6 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben: Anzahl der Anträge, Bewilligungen und abgeschlossenen Leistungen 2012 und 2013

	Anträge	Bewilligungen	Leistungen
2012	403.938	269.484	126.917
2013	407.265	274.585	128.518
Änderungsrate 2012–2013	+0,8 %	+1,9 %	+1,3 %

Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2014

Zeitliche Entwicklung

Tabelle 7 unterlegt die zeitliche Entwicklung der abgeschlossenen LTA mit Zahlen. In dem hier dargestellten Zeitraum 2000–2013 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 abgeschlossenen LTA bis 2010 wieder deutlich zu. Der erneute Rückgang in 2011 und 2012 war zu einem großen Anteil auf die in diesen Jahren rückläufige Entwicklung der LTA bei den Frauen zurückzuführen. 2013 sind die abgeschlossenen Leistungen wieder leicht angestiegen. Dies zeigt sich sowohl bei den Männern (hier ist wieder nahezu der Höchststand von 2010 erreicht) als auch bei den Frauen. Insgesamt hat sich bei Frauen zwar

Tab. 7 Abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 2000–2013

Jahr	Insgesamt	Männer	Frauen
2000*	86.352	65.106	21.246
2001	99.347	75.934	23.413
2002	102.149	75.535	26.614
2003	99.142	70.711	28.431
2004	102.773	71.958	30.815
2005	110.329	76.069	34.260
2006	104.159	70.193	33.966
2007	110.809	72.909	37.900
2008	121.069	77.912	43.157
2009	132.259	82.571	49.688
2010	135.211	83.608	51.603
2011	130.888	81.933	48.955
2012	126.917	82.150	44.767
2013	128.518	83.043	45.475

* ab 2000 ohne statistisch gesondert erfasste bloße Vermittlungsbescheide
Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation" 2000–2013

Männer nehmen LTA erheblich häufiger wahr als Frauen.

die Anzahl abgeschlossener Leistungen von 2000 bis 2013 knapp verdoppelt. Dennoch absolvierten sie 2013 immer noch deutlich weniger LTA als Männer. Das Verhältnis von Frauen und Männern ist in der beruflichen Rehabilitation demnach noch immer erheblich zu Gunsten der Männer verschoben.

Leistungsspektrum

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

Leistungen zum Erlangen oder Erhalten eines Arbeitsplatzes

Die Verteilung der verschiedenen LTA fällt bei Frauen und Männern relativ ähnlich 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) – stellen bei Frauen wie Männern mit 42 % den größten Leistungsbereich dar.

27.154 Leistungen zur beruflichen Bildung in 2013

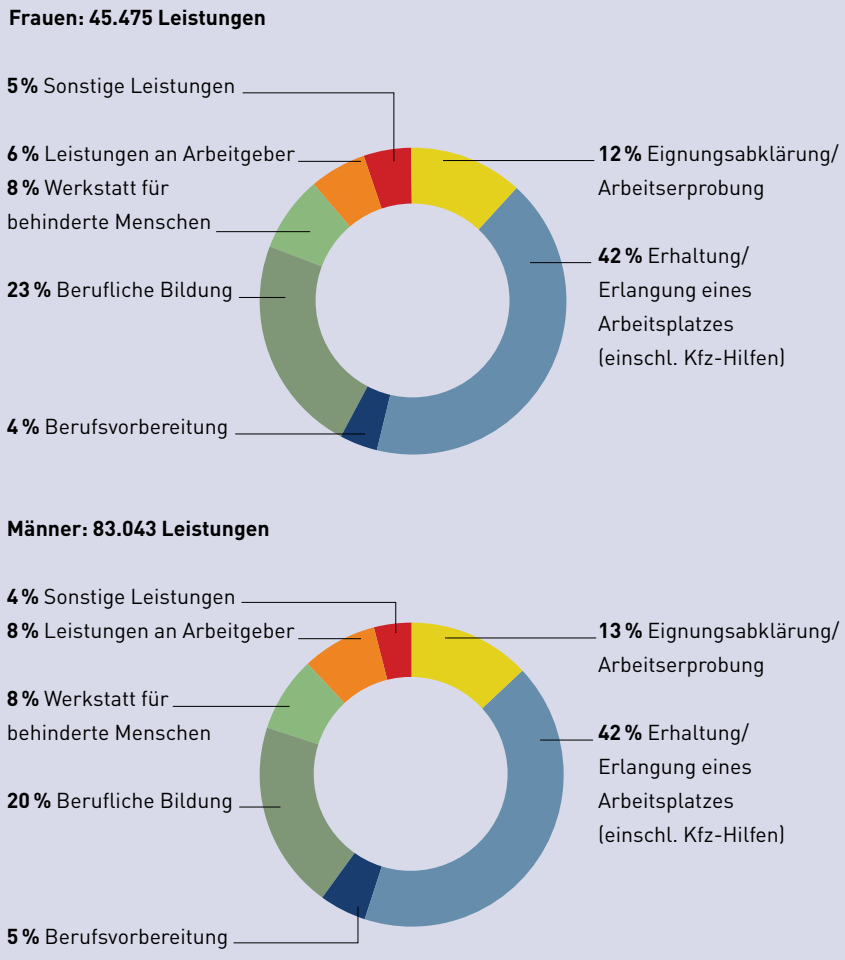
Einen weiteren großen Block bilden Leistungen zur beruflichen Bildung, die für Frauen (23 %) wie Männer (20 %) eine ähnlich große Bedeutung haben. Hierbei stehen vor allem Weiterbildungen (Umschulung, Fortbildung) und berufliche Anpassung im Vordergrund. Für Frauen und Männer ungefähr gleich bedeutsam sind die Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen (8 %)

4 Vorwort
6 Fakten im Überblick
9 Aktuelle Entwicklungen
21 Rehabilitation im Licht der Statistik
21 Medizinische Rehabilitation
41 Berufliche Rehabilitation
55 Aufwendungen für Rehabilitation
59 Anhang

und zur Berufsvorbereitung (Frauen 4 %, Männer 5 %). Männer nehmen dagegen Leistungen zur Eignungsabklärung und Arbeitserprobung (13 %) sowie Leistungen an Arbeitgeber (8 %) etwas häufiger in Anspruch als Frauen (12 % 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.

Ähnliches Leistungsspektrum bei Frauen und Männern

Abb. 10 Spektrum der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei Frauen und Männern 2013 – abgeschlossene Leistungen



Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation" 2013

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).

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.

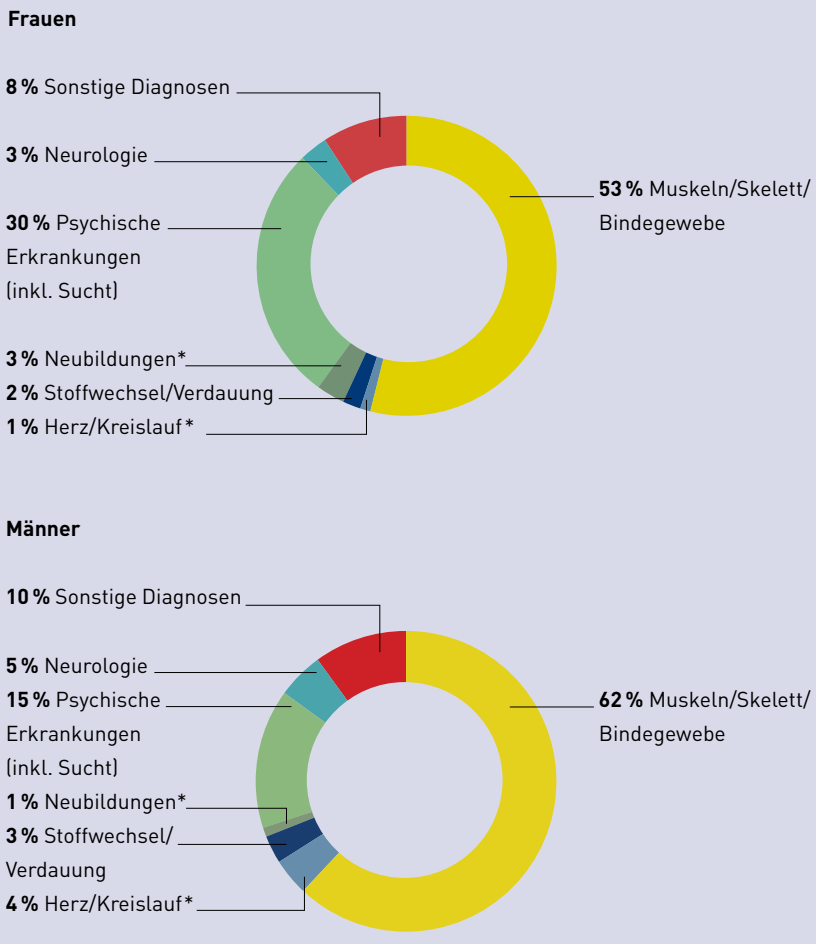
Durchgeführt werden die beruflichen Bildungsleistungen von Berufsförderungswerken, privaten Bildungsträgern, staatlichen Fachschulen und Betrieben – in der Regel in Vollzeit, unter bestimmten (behinderungsbedingten oder familiären) Voraussetzungen auch in Teilzeit.

Vor allem zwei Diagnosengruppen führen zu beruflichen Bildungsleistungen (s. Abb. 11). 53 % der beruflichen Bildungsleistungen für Frauen und sogar 62 % der für Männer gingen 2013 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 nahezu ein Drittel (30 %) aller Bildungsleistungen der Grund, bei Männern für 15 %.

4 Vorwort
6 Fakten im Überblick
9 Aktuelle Entwicklungen
21 Rehabilitation im Licht der Statistik
21 Medizinische Rehabilitation
41 Berufliche Rehabilitation
55 Aufwendungen für Rehabilitation
59 Anhang

Vor allem orthopädische und psychische Erkrankungen führen zu beruflichen Bildungsleistungen.

Abb. 11 Krankheitsspektrum bei Bildungsleistungen von Frauen und Männern 2013 – abgeschlossene Leistungen[1]



[1] ohne Fälle, bei denen die 1. Diagnose noch nicht erfasst ist
* ohne neurologische Krankheitsbilder
Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation" 2013

Neurologische Erkrankungen spielen eine deutlich geringere Rolle: Wegen einer solchen Erkrankung werden 3 % der Leistungen bei Frauen und 5 % der Leistungen bei Männern durchgeführt. Ein ähnliches Verhältnis zeigt sich auch bei den Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems (Frauen 1 %, Männer 4 %).

Berufliche Bildung – altersspezifische Inanspruchnahme

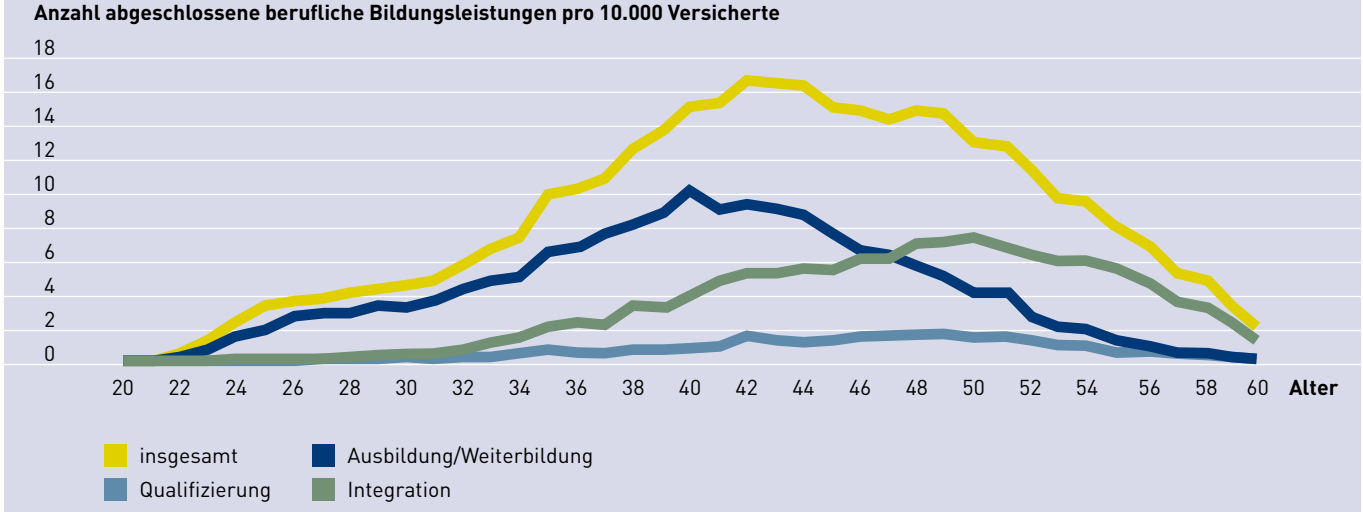
Rehabilitanden, die Bildungsleistungen in Anspruch nehmen, sind im Durchschnitt wesentlich jünger als Rehabilitanden in der medizinischen Rehabilitation (s. S. 31). Das Durchschnittalter von Frauen, die in 2013 eine berufliche

Bildungsleistung abgeschlossen haben, liegt bei 45,0 Jahren. Männer waren im Durchschnitt mit 44,2 Jahren etwas jünger. Betrachtet man alle LTA, sind sowohl Frauen als auch Männer im Schnitt etwas älter als in der Teilgruppe mit beruflichen Bildungsleistungen (Frauen 46,1 Jahre, Männer 45,9 Jahre). Auch die Inanspruchnahme beruflicher Bildungsleistungen hängt, wie die Inanspruchnahme medizinischer Reha-Leistungen, mit dem Alter zusammen. Die Inanspruchnahme wird als Inanspruchnahmerate dargestellt, d. h. als Leistungen pro 10.000 Versicherte. Werden die Rehabilitanden zu Versicherten gleichen Alters in Beziehung gesetzt, erhält man die altersspezifische Inanspruchnahme. Je nach der Leistungsart ergibt sich ein unterschiedlicher alterspezifischer Verlauf bei der Inanspruchnahme beruflicher Bildungsleistungen (s. Abb. 12).

Der Altersgipfel für Bildungsleistungen insgesamt liegt bei etwa 42 Jahren.

Weiterbildungen als berufliche Bildungsleistung steigen im Jahr 2013 bis zum Alter von 40 Jahren stetig an und haben dort ihr Maximum (zehn Rehabilitanden auf 10.000 Versicherte). Anschließend sinkt die altersspezifische Inanspruchnahme, ab etwa 45 Jahre sogar deutlich (s. Abb. 12), d. h., Weiterbildungen werden am häufigsten bei Versicherten zwischen 40 und 44 Jahren durchgeführt. 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 8/10.000 Versicherte gleichen

Abb. 12 Berufliche Bildungsleistungen: Alterspezifische Inanspruchnahmeraten 2013



Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation" 2013, „Versicherte" 2012

4 Vorwort
6 Fakten im Überblick
9 Aktuelle Entwicklungen
21 Rehabilitation im Licht der Statistik
21 Medizinische Rehabilitation
41 Berufliche Rehabilitation
55 Aufwendungen für Rehabilitation
59 Anhang

Alters); in höherem Alter sinkt die Inanspruchnahme dann wieder. Bei den Qualifizierungsmaßnahmen gibt es ebenfalls einen – wenngleich moderaten – Anstieg der Inanspruchnahme mit zunehmendem Alter bis etwa 49 Jahre (rund 2/10.000 Versicherte gleichen Alters).

Berufliche Bildung – altersstandardisierte Inanspruchnahme

Wie im vorhergehenden Abschnitt dargestellt, gibt es einen Zusammenhang zwischen der Nutzung der unterschiedlichen Bildungsleistungen und dem Alter der 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 2013 sind getrennt für Frauen und Männer in Tabelle 8 wiedergegeben.

2013 sind die Bildungsleistungen bei Frauen und Männern leicht zurückgegangen.

Tab. 8 Leistungen zur beruflichen Bildung 2000–2013 nach Art der Bildungsleistung (altersstandardisiert – Leistungen pro 10.000 Versicherte[1])

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
2011	7,3	10,6	0,8	1,1	3,7	5,7	2,9	3,7
2012	7,1	10,1	0,7	1,1	3,6	5,4	2,8	3,6
2013	6,6	9,5	0,7	1,0	3,1	5,0	2,8	3,6

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" 2000-2013, „Versicherte" 1999–2012

Die Inanspruchnahme von Bildungsleistungen schwankt im betrachteten Zeitraum bei Frauen zwischen 4,7 (in 2000) und 7,5 (in 2010) Leistungen, bei Männern zwischen 9,5 (in 2013) und 13,1 (in 2002) Leistungen pro 10.000 Versicherte. Es zeigen sich geschlechtsspezifisch unterschiedliche Entwicklungen: Bei Frauen liegt die Inanspruchnahme 2013 mit 6,6 pro 10.000 Versicherte deutlich über der Rate im Jahr 2000 (4,7), bei Männern liegt sie 2013 mit 9,5 pro 10.000 Versicherte dagegen niedriger als in 2000 (10,6).

Die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Inanspruchnahme haben sich gegenüber 2000 etwas angeglichen. Seit 2011 zeigt sich ein leicht absteigender Trend, der sich auch 2013 weiter fortsetzt: Bei Frauen sinkt die Inanspruchname von 7,3 pro 10.000 Versicherte in 2011 auf 6,6 in 2013. Bei Männern sinkt sie von 10,6 pro 10.000 Versicherte in 2011 auf 9,5 in 2013.

Berufliche Rehabilitation: Ergebnis von Bildungsleistungen

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) sind Angebote der beruflichen Rehabilitation und ermöglichen die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben. Zu ihnen gehören unter anderem die beruflichen Bildungsleistungen, die auch in einer neuen Ausbildung (Umschulung) bestehen können (s. Info-Box S. 46). Die Rentenversicherung hat zur Sicherung der Qualität dieser Leistungen ein eigenes Konzept entwickelt: Besondere Bedeutung kommt der Bewertung der Qualität durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu. Seit 2006 erhalten alle Teilnehmer ein halbes Jahr nach Ende der Rehabilitation einen Fragebogen zu ihrer beruflichen Bildungsleistung, den so genannten „Berliner Fragebogen". Die Teilnehmerbefragung bezieht sich auf den Verlauf der Bildungsleistung (z. B. individuelle Förderung während der Maßnahme) und auf deren Ergebnis (z. B. erfolgreicher Abschluss oder Wiedereingliederung in das Erwerbsleben nach Ende der Rehabilitation).

Da die Aufbereitung der Daten der Reha-Qualitätssicherung zum Teil sehr aufwändig ist, werden die Ergebnisse nur in der umfassenden Version des Reha-Berichts der Rentenversicherung veröffentlicht. Wie sich Prozess und Ergebnis der beruflichen Rehabilitation aus Rehabilitandensicht darstellen, lesen Sie demnach wieder im Reha-Bericht 2015.

Erfolg beruflicher Bildung – Routinedaten der Rentenversicherung

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

Drei Viertel der Befragten schließen ihre berufliche Bildungsleistung erfolgreich ab.

Gut drei Viertel der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden schließen ihre Bildungsleistungen erfolgreich ab, davon gut ein Viertel mit einem staatlich anerkannten Abschluss. Etwa jeder Fünfte bricht die Bildungsleistung ab, davon mehr als die Hälfte aus gesundheitlichen Gründen (s. Abb. 13). Meist werden die Bildungsmaßnahmen von den Versicherten selbst abgebrochen, selten vom Rentenversicherungsträger.

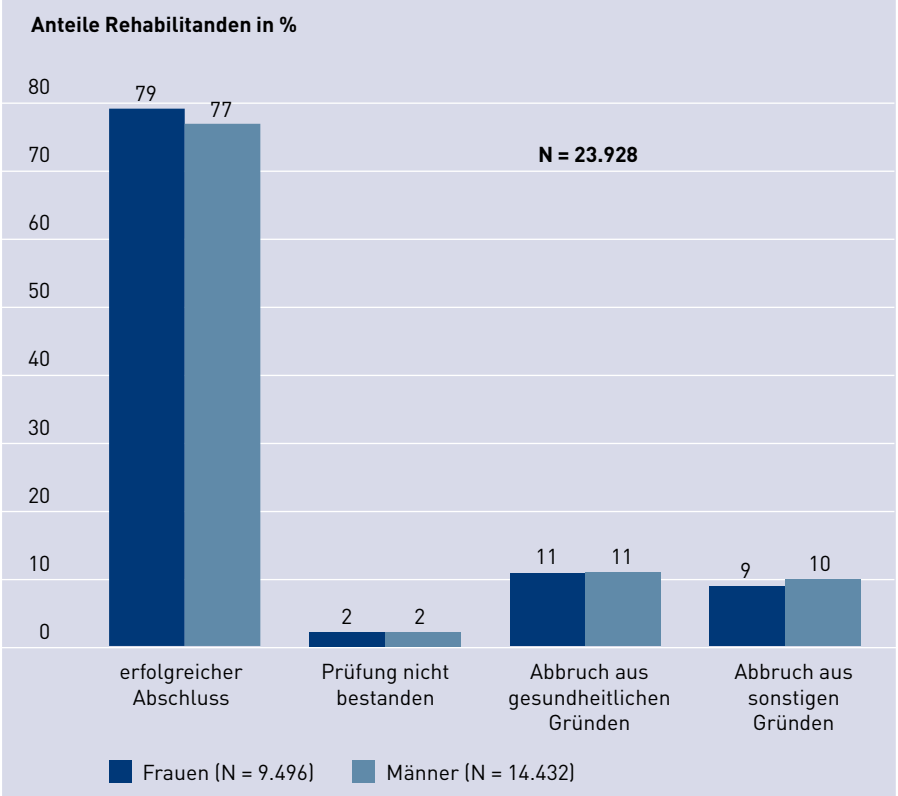
Der Erfolg der beruflichen Bildungsleistungen bemisst sich wesentlich am Anteil der Rehabilitanden und Rehabilitandinnen, der anschließend dauerhaft erwerbstätig ist. Die Routinedaten der Rentenversicherung ermöglichen dazu eine Betrachtung über die beiden Jahre nach der Bildungsleistung (s. Abb. 14). Die berufliche Wiedereingliederung der Rehabilitanden und Rehabilitandinnen, die 2010 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 immerhin 53 %. Im selben Zeitraum sinkt der Anteil der Arbeitslosen von anfänglich 33 % auf 20 %.

Der Anteil der langfristig Arbeitsunfähigen nimmt im Nachbetrachtungszeitraum geringfügig ab. Ein Teil von ihnen erhält eine Erwerbsminderungsrente (EM-Rente). Während im ersten Jahr nach der Bildungsleistung noch etwa 7 % eine weitere LTA benötigen, beispielsweise eine Integrationsmaßnahme, sind es zum Ende des zweiten Jahres nur noch 3 %. Für jeden Siebten bis Neunten liegen nach der beruflichen Rehabilitation keine weiteren Daten vor, z. B. weil sie als Selbständige keine Beiträge an die Rentenversicherung zahlen.

Noch zwei Jahre nach der Bildungsleistung nimmt die Beschäftigungsrate zu.

Abb. 13 Abschluss der beruflichen Bildungsleistung 2013[1] nach Geschlecht



[1] soweit Informationen über Abschluss vorhanden

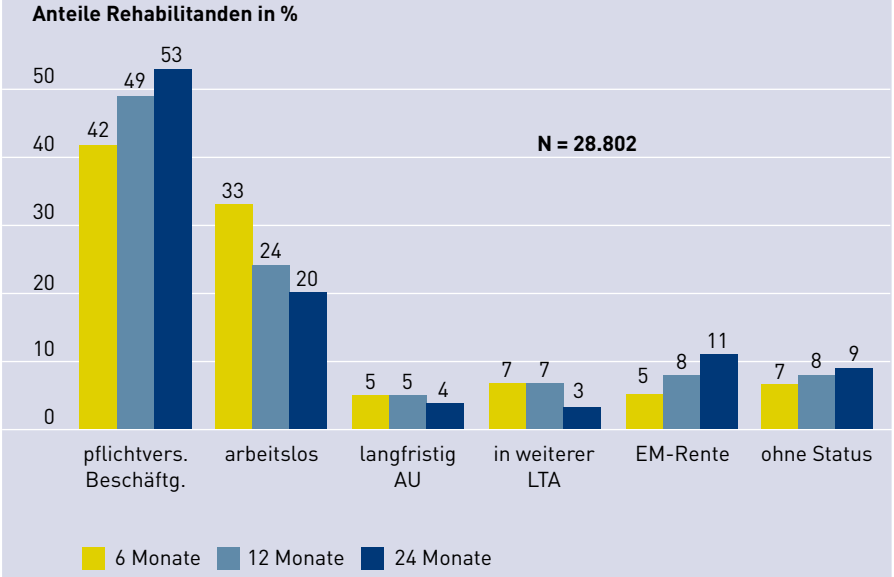
Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation" 2013

4 Vorwort
6 Fakten im Überblick
9 Aktuelle Entwicklungen
21 Rehabilitation im Licht der Statistik
21 Medizinische Rehabilitation
41 Berufliche Rehabilitation
55 Aufwendungen für Rehabilitation
59 Anhang

Frauen und Männern unterscheiden sich teilweise hinsichtlich ihrer Wiedereingliederung. Zwei Jahre nach der Bildungsleistung sind etwas weniger Frauen als Männer pflichtversichert beschäftigt (Frauen 52 %, Männer 54 %) bzw. arbeitslos (Frauen 18 %, Männer 21 %). Der Anteil an EM-Renten ist bei Frauen mit 13 % höher als bei Männern mit 9 %.

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

Abb. 14 Wiedereingliederungsstatus im 6., 12. und 24. Monat nach beruflicher Bildungsleistung im Jahr 2010



Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2005-2012

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 2013

2013 gab die Rentenversicherung 5,84 Mrd. € für Rehabilitation aus.

2013 gab die Deutsche Rentenversicherung insgesamt ca. 5,84 Mrd. € für Rehabilitation aus (Bruttoaufwendungen). Da diesen Ausgaben auch Einnahmen, z. B. aus Zuzahlungen der Versicherten gegenüberstehen, entstanden 2013 Nettoaufwendungen in Höhe von 5,66 Mrd. €. Dies entspricht einer Änderungsrate von - 0,3 % von 2012 auf 2013. Damit blieb die Rentenversicherung wieder im Rahmen des Budgets, das ihr für Reha-Leistungen gesetzlich vorgegeben ist und für 2013 auf 5,82 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. Tab. 9, S. 57). Von den Gesamtaufwendungen für Rehabilitation in 2013 entfielen rd. 1,02 Mrd. € brutto (17,5 %) auf Übergangsgelder, die zum Beispiel dann anfallen, wenn Rehabilitanden aufgrund von länger dauernden Maßnahmen, dem Bezug von Krankengeld oder bei Arbeitslosigkeit keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung haben. Dagegen leisteten die Rehabilitanden in der medizinischen Rehabilitation 2013 insgesamt 58,5 Mio. € Zuzahlungen, das sind im Durchschnitt 59 € pro Reha-Leistung.

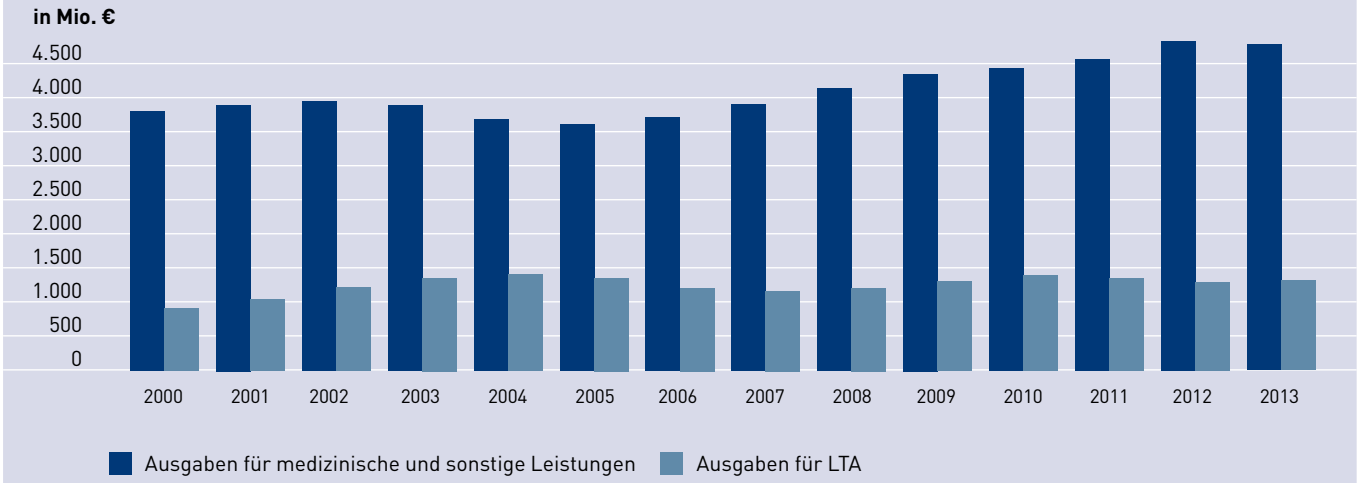
Eine stationäre Rehabilitation bei körperlichen Erkrankungen kostete 2013 im Durchschnitt 2.685 €, eine ambulante Rehabilitation 1.746 €.

Für eine einzelne stationäre medizinische Rehabilitation bei körperlichen Erkrankungen betrugen die direkten Behandlungskosten – ohne ergänzende Leistungen wie Übergangsgeld oder Reisekosten – im Jahr 2013 im Schnitt 2.685 €. Ambulant erbrachte Reha-Leistungen bei körperlichen Erkrankungen kosteten durchschnittlich 1.746 €. 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 6.254 € pro stationärer Rehabilitation deutlich höher, was sich durch ihre längere Dauer, vor allem bei Suchterkrankungen, erklärt.

Entwicklung der Aufwendungen ab 2000

Abbildung 15 gibt die Entwicklung der Aufwendungen ab 2000 wieder. Tabelle 9 (s. S. 57) gewährt einen differenzierten Einblick zu den Kosten nach Leistungsgruppen. Die Aufwendungen für Rehabilitation (brutto, inkl. Sozialversicherungsbeiträge) nehmen in dem betrachteten Zeitraum insgesamt kontinuierlich zu, bis auf einen leichten Rückgang in den Jahren 2004–2006. In 2013 sinken sie im Vergleich zum Vorjahr leicht, fallen aber immer noch

Abb. 15 Aufwendungen[1] für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) 2000–2013 (inkl. Übergangsgeld, ohne Sozialversicherungsbeiträge und persönliches Budget)



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

Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2014

um rund 28 % höher aus als im Jahr 2000. Die Zahlen dieser beiden Jahre 2000 und 2013 sind aufgrund der zu berücksichtigenden Preissteigerungen jedoch nicht direkt vergleichbar.

Der Blick auf die Ausgabenentwicklung für medizinische Rehabilitation und LTA zeigt eine dynamischere Entwicklung bei den LTA. Während die Aufwendungen für medizinische und sonstige Reha-Leistungen inkl. Übergangsgeld 2013 zu etwa 26 % über dem Niveau von 2000 liegen, haben sich diejenigen für LTA im Vergleich zu 2000 um 43 % erhöht (s. Tab. 9).

2013 betrugen die Ausgaben für LTA etwa ein Fünftel der Gesamtausgaben für Rehabilitation.

Die Aufwendungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und für medizinische Rehabilitationsleistungen haben sich in dem betrachteten Zeitraum teilweise gegenläufig entwickelt. In den Jahren 2000 bis 2003 steigen die Ausgaben sowohl für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben als auch für medizinische Rehabilitation – für LTA sogar kräftig. Während sich diese Aufwärtstendenz bei LTA bis zum Jahr 2005 fortsetzt, sinken die Aufwendungen für medizinische Rehabilitation bis zum Jahr 2006. Nach einer rückläufigen Entwicklung in den Jahren 2006 bis 2008 und einem erneuten Rückgang in 2012 nehmen die Ausgaben für LTA seit 2009 wieder zu. Dagegen zeigt sich bei den Aufwendungen für medizinische Rehabilitation von 2006 bis 2012 ein kontinuierlicher Anstieg. 2013 liegen sie, wenn auch nur minimal, unter den Ausgaben in 2012.

4 Vorwort
6 Fakten im Überblick
9 Aktuelle Entwicklungen
21 Rehabilitation im Licht der Statistik
21 Medizinische Rehabilitation
41 Berufliche Rehabilitation
55 Aufwendungen für Rehabilitation
59 Anhang

Tab. 9 Aufwendungen[1] für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben 2000–2013 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	Sozial-versicherungs-beiträge
2000	4.553,1	2.894,8	536,2	509,0	327,0	286,1
2001	4.782,7	2.984,0	539,1	548,0	406,2	305,4
2002	5.019,2	3.047,0	526,6	655,2	458,1	332,4
2003	5.090,6	3.045,9	468,8	735,6	504,2	336,1
2004	4.932,8	2.927,2	406,3	769,8	517,9	311,6
2005	4.782,1	2.887,9	379,7	745,9	487,1	281,4
2006	4.726,1	2.965,3	389,2	689,3	412,9	269,4
2007	4.860,3	3.130,1	408,8	682,6	381,6	257,2
2008	5.115,9	3.319,3	427,1	724,1	382,8	262,6
2009	5.434,3	3.470,4	462,0	769,5	424,7	307,7
2010	5.559,3	3.510,0	504,1	811,0	450,7	283,6
2011	5.657,8	3.596,6	525,7	804,3	423,9	307,3
2012	5.861,5	3.741,8	620,5	759,6	411,9	327,4
2013	5.841,0	3.722,2	589,7	766,6	427,5	334,5

[1] Brutto-Aufwendungen, d. h. Reha-Ausgaben zuzügl. Erstattungen

* Ab 2011 ist „Persönliches Budget" in der Summenspalte enthalten.

Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2014

Insgesamt hat sich im betrachteten Zeitraum das Verhältnis zwischen den Aufwendungen für medizinische Rehabilitation und berufliche Rehabilitation etwas zugunsten letzterer verändert: Lag 2000 das Verhältnis noch bei 4,1:1, lag es 2013 bei etwa 3,6:1.

Vergleich zu weiteren Ausgaben der Rentenversicherung

Mit den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben verfolgt die Rentenversicherung das gesetzlich vorgegebene Ziel, die Erwerbsfähigkeit ihrer Versicherten zu erhalten und eine drohende Berentung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit abzuwenden oder zumindest aufzuschieben. In Tabelle 10 (s. S. 58) werden die Aufwendungen für Rehabilitation den Aufwendungen der Rentenversicherung insgesamt sowie für verschiedene Rentenarten gegenüber gestellt.

Ausgaben für Rehabilitation entsprachen 2013 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 2013 mit 2,2 % nur einen geringen Anteil aller Aufwendungen der Rentenversicherung. Die Nettoaufwendungen für Rehabilitation stehen zu denjenigen für Erwerbsminderungsrenten (6,1 %) etwa im Verhältnis 1:2,8.

Tab. 10 Ausgaben der gesetzlichen Rentenversicherung 2013 nach Ausgabearten in Mio. €

Ingesamt	Rehabilitation*	Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit	Altersrenten	Hinter-bliebenen-renten	sonst. Ausgaben (v. a. KVdR**)	Verwaltungs- und Verfahrens-kosten
258.770	5.658	15.701	177.021	39.575	17.079	3.737
100,0 %	2,2 %	6,1 %	68,4 %	15,3 %	6,6 %	1,4 %

* Nettoaufwendungen, d. h. nach Abzug von Einnahmen/Erstattungen

** KVdR = Krankenversicherung der Rentner

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung – Rechnungsergebnisse 2013

Anhang

Datenquellen

Grundlage des Reha-Berichts: Update 2014 bilden Routinedaten aus der Statistik der Rentenversicherung.

Routinedaten der Rentenversicherung

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

Für den Reha-Bericht: Update 2014 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 2000 bis 2013

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 1999 bis 2012

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

Rentenversicherung in Zeitreihen
Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund
Ausgabe 2014
DRV-Schriften, Band 22

Statistikpublikationen der Deutschen Rentenversicherung können auf der Internetseite heruntergeladen werden: **www.deutsche-rentenversicherung.de → Wir über uns → Fakten und Zahlen → Statistiken → Statistikpublikationen**
Auszüge findet man im Forschungsportal der Deutschen Rentenversicherung: **www.forschung.deutsche-rentenversicherung.de → Statistiken**

Für Ihre Notizen

Für Ihre Notizen

Für Ihre Notizen

Für Ihre Notizen

Impressum

Herausgeber
Deutsche Rentenversicherung Bund
Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation
Bereich 0420 Reha-Wissenschaften
Ruhrstr. 2, D-10709 Berlin
Postanschrift: 10704 Berlin
Telefon: 030 865 39336
Telefax: 030 865 28879
Internet: www.deutsche-rentenversicherung.de; www.reha-wissenschaften.de
E-Mail: reha-wissenschaften@drv-bund.de

Bezug
www.reha-berichte-drv.de

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

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

Mitwirkende
Wir danken folgenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für ihre Mitwirkung:
Dr. Eckehard Baumgarten, Verena Bonn, Jörg Gehrke, Dr. Karen Hemmrich,
Dr. Wolfgang Keck, Dr. Silke Kirschning, Stefanie Märtin, Pia Zollmann

Fotos
Deutsche Rentenversicherung Bund, action press (S. 11) , plainpicture (S. 16)

Satz und Layout
de-sign-network, Zossen & Dallgow-Döberitz

Druck
H. Heenemann GmbH & Co. KG, Berlin

Auflage
5.000

Berlin, November 2014

ISSN 2193-5718 (Reha-Bericht)

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliographie.