

Aktuelle Entwicklungen im Bereich der Rehabilitation

Brigitte Gross

Direktorin
der Deutschen Rentenversicherung Bund

13. aktuelles Presseseminar
der Deutschen Rentenversicherung Bund
14. und 15. November 2017 in Würzburg

Folie 1 (Titelfolie)

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich freue mich, dass Sie heute hier sind und möchte Sie ebenfalls herzlich begrüßen. Ich werde Ihnen heute die aktuellen Entwicklungen im Bereich Rehabilitation vorstellen.

Folie 2 (Überblick)

Ich beginne mit einer kurzen Übersicht zu unseren Teilhabeleistungen: Wie oft wurden Leistungen zur Medizinischen Rehabilitation beantragt, bewilligt und dann auch durchgeführt? Wieviel Geld haben wir dafür ausgegeben? Und was hat die Rehabilitation den Versicherten gebracht?

Danach komme ich auf ein Thema zu sprechen, das sehr aktuell ist und mit dem wir uns intensiv beschäftigen: Wie hilft unsere Rehabilitation Menschen mit psychischen Störungen? Und was für Strategien haben wir entwickelt, um Menschen mit psychischen Störungen noch besser zu helfen?

Es folgen aktuelle Informationen zur Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen. Und ich schließe wie immer mit einem Fazit.

Folie 3 (Zahlen 2016)

Meine Damen und Herren,

Was genau haben wir im vergangenen Jahr in der Rehabilitation gesehen?

Wir haben über eine Million medizinische Rehabilitationen durchgeführt. Davon waren ca. 148.000 der medizinischen Rehabilitationen ambulante Leistungen und ca. 843.000 stationäre Leistungen. Im Jahr 2016 haben wir in eigenen und in Vertragskliniken über 67.000 Betten belegt.

Auf Seiten der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – auch berufliche Reha genannt – hatten wir knapp 157.000 Leistungen. Diese umfassen ein breites Spektrum: Sie reichen von Sicherheitsschuhen über Arbeitgeberleistungen bis zu mehrjährigen Umschulungen. Im Bereich der beruflichen Bildung – also Umschulungen und Qualifizierungen – gab es knapp 31.000 Leistungen.

Folie 4 (Aufwendungen 2016)

So viel Rehabilitation führt allerdings auch zu entsprechenden Kosten. Die Deutsche Rentenversicherung hat im Jahr 2016 rund 6,4 Mrd. Euro für Leistungen zur Teilhabe ausgegeben. Davon entfielen ca. 4,01 Mrd. Euro auf die medizinische Rehabilitation, ca. 870 Mio. Euro auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA).

Knapp 1,5 Mrd. Euro wurden für sogenannten Übergangsgelder und Sozialversicherungsbeiträge gezahlt. Darunter versteht man Gelder, die an die Rehabilitanden während ihrer Rehabilitation, gezahlt werden sowie z.B. auch die Beiträge für die Arbeitslosen.- und /oder Krankenversicherung während der Reha bezahlt werden.

Folie 5 (Sozialmedizinischer Zweijahresverlauf)

Mit dieser Grafik möchte ich Ihnen zeigen, dass das Geld für die Rehabilitation gut ausgegeben ist.

Der Reha-Erfolg lässt sich an der Anzahl der Versicherten messen, die nach dem Ende der Reha-Leistung erwerbsfähig sind und dem ersten Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen. Dafür werden aus den Routinedaten der Rentenversicherung die gezahlten Beiträge der Rehabilitanden in dem Zeitraum von zwei Jahren nach ihrer Rehabilitation analysiert.

Das Ergebnis zeigt den Erfolg der medizinischen Rehabilitation. Die Abbildung zeigt den Erwerbsverlauf von pflichtversicherten Rehabilitanden nach medizinischer Reha im Jahr 2012 für die nachfolgenden zwei Jahre.

Bei dem größten Anteil der Rehabilitanden wird das Ziel einer dauerhaften Erwerbsfähigkeit erreicht. Innerhalb der ersten 24 Monate nach der medizinischen Rehabilitation sind 86 Prozent der Personen weiterhin erwerbsfähig und zahlen entweder lückenlos (74 Prozent) oder mit Unterbrechungen (12 Prozent) ihre Beiträge. Nur 14 Prozent der Personen scheiden nach einer medizinischen Rehabilitation aus dem Erwerbsleben aus: 8 Prozent erhalten eine

Erwerbsminderungsrente, 5 Prozent eine Altersrente und 1 Prozent verstirbt aus dem Erwerbsleben heraus.

Folie 6 (Startfolie / Publikationen psychische Erkrankungen)

Meine Damen und Herren,

ich komme jetzt zu meinem nächsten Thema – den psychischen Störungen.

Unterscheiden muss man zwischen psychischen Belastungen und psychischen Störungen. Psychische Belastungen müssen nicht immer in eine relevante psychische Störung münden. Was ich damit genau meine, möchte ich Ihnen an dem Beispiel des Burn-out darstellen.

In den letzten Jahren haben sich immer mehr Prominente als von „Burn-out“, aber auch von einer depressiven Störung Betroffene „geoutet“. Dadurch, aber auch sonst, hat sich die Wahrnehmung von psychischen Belastungen und psychischen Erkrankungen in der Öffentlichkeit und Gesellschaft deutlich geändert. Es wird vermehrt über sie gesprochen und geschrieben. „Burn-out“ tritt häufig in Zusammenhang mit beruflichen Belastungssituationen auf. Typischerweise sind Männer mittleren Alters betroffen. Die Diagnose eines Burn-outs ist eher gesellschaftlich akzeptiert.

Die Symptome des Burn-Outs sind – anders als bei einer Depression – eher unspezifisch und erfüllen nicht die eigentlichen Kriterien für eine psychische Störung. Dennoch können Menschen mit einer derartigen Problemkonstellation in der Rehabilitation der Rentenversicherung gut aufgehoben sein, insbesondere wenn das eigentliche Problem doch eine Depression ist und somit doch eine Erkrankung vorliegt.

Für die Rehabilitation der Rentenversicherung spielen vor allem die psychischen Störungen eine große Rolle. Ihre wachsende Bedeutung innerhalb des Gesundheitssystems lässt sich sowohl an den Rehabilitations- und Rentenstatistiken als auch an den Daten zu Arbeitsunfähigkeitszeiten der Krankenkassen ablesen. Einige davon möchte ich Ihnen nun vorstellen.

Folie 7 (AU-Fälle durch psych. Erkrankungen)

Schaut man sich beispielsweise die Daten der Krankenkassen an, hier der AOK, spiegeln diese die stetig steigende Rolle von psychischen Störungen in unserem Gesundheitssystem wider. Die folgende Grafik veranschaulicht das. Sie zeigt einen Ausschnitt aus dem Fehlzeiten-Report-2017 des wissenschaftlichen Instituts der AOK. Dargestellt wird der Verlauf der Fälle von Arbeitsunfähigkeit, kurz AU-Fälle, aufgrund von psychischen Erkrankungen von AOK-Mitgliedern in den letzten zehn Jahren. Der Wert von 2005 wurde hier als Indexwert mit 100 Prozent angesetzt und alle weiteren Jahren auf den Jahrgang 2005 bezogen. Sie sehen, dass die AU-Fälle bei psychischen Erkrankungen seit 2006 stetig ansteigen und letztlich um über 50 Prozent gestiegen sind.

Betroffene Menschen zeigen doppelt so lange Ausfallzeiten wie bei anderen Erkrankungen, 2016 im Schnitt 25,7 Tage.

2015 lagen psychische Störungen an zweiter Stelle der Erkrankungen mit Langzeit-Arbeitsunfähigkeit. Als Langzeit-Arbeitsunfähigkeit werden Fälle ab sechs Wochen bezeichnet.

Das ist von großer Bedeutung, da die Dauer der Arbeitsunfähigkeit eine spätere Erwerbsminderungsrente sehr gut vorhersagen kann, steigt doch das Risiko für eine Erwerbsminderungsrente mit zunehmender Dauer der Arbeitsunfähigkeit.

Folie 8 (Rentenzugänge nach Indikation)

Schauen wir auf den Bereich der Rentenversicherung. Auch in unseren Auswertungen ist erkennbar, dass psychische Störungen eine zunehmend zentrale Rolle spielen.

Unverändert sind diese mit 43 Prozent der Spitzenreiter bei den Rentenzugängen 2016 wegen verminderter Erwerbsfähigkeit,

wie Sie auf der Grafik erkennen können.

Die Diskrepanz in der Entwicklung zwischen orthopädischen und psychischen Erkrankungen bei den Zugängen bei Erwerbsminderungsrenten in den letzten zehn Jahren fällt auf. 2006 lagen die Rentenzugänge wegen orthopädischer Erkrankungen bei ca. 16 Prozent, die wegen psychischer Erkrankungen lagen damals bereits ungefähr doppelt so hoch bei knapp 33 Prozent. In den

letzten 10 Jahren haben die EM-Rentenzugänge wegen orthopädischer Erkrankungen kontinuierlich abgenommen, die wegen psychischer Erkrankungen aber kontinuierlich zugenommen, wie in der Grafik dargestellt. Bei den Rentenzugängen 2016 waren in ca. 13 Prozent orthopädische Erkrankungen vorzufinden, wohingegen die psychischen Erkrankungen in diesem Bereich mit ca. 43 Prozent klar herausragen.

Folie 9 (Psych. Störungen in der Reha nach Geschlecht)

Bei der Betrachtung von psychischen Störungen spielt auch das Geschlecht der Betroffenen eine Rolle.

Hier sehen sie die häufigsten psychischen Diagnosen in der Rehabilitation, die zusammengefasst über 90 Prozent dieses Indikationsgebiets ausmachen. Ganz offensichtlich unterscheidet sich das Spektrum bei den psychischen Störungen zwischen den Geschlechtern.

So gehen Männer mit einer Abhängigkeitserkrankung – meist Alkohol – mehr als dreimal so oft in eine Rehabilitation wie Frauen. Diese leiden allerdings häufiger an den sogenannten affektiven Störungen - hier summa summarum Depressionen.

Folie 10 (zukünftige Strategien)

Psychische Störungen sind für die betroffenen Menschen häufig mit erheblichen Einbußen an Lebensqualität verbunden. Oft gehen sie mit Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit im Arbeitsleben einher. Die individuell zugeschnittene Rehabilitation der Rentenversicherung ist ein wichtiges Glied in der Behandlungskette und schafft in vielen Fällen erst die Voraussetzungen für die weitere Teilhabe der Versicherten am Erwerbsleben und damit auch am Leben in der Gesellschaft.

Um diese Menschen besser und früher zu erreichen, arbeiten wir derzeit an neuen Konzepten. Dafür soll der Zugang zur medizinischen Rehabilitation besser gestaltet und erleichtert werden. Wir brauchen hier spezifische Konzepte, die die Betroffenen da abholen, wo sie stehen, z. B. wenn weniger Therapieerfahrung vorhanden ist.

Wir werden auch die Inhalte der Rehabilitation genau unter die Lupe nehmen und sicherstellen, dass zu den heutigen Anforderungen der Arbeitswelt passen. Denn die Arbeitswelt und die gesellschaftlichen Bedingungen, in denen sie verortet sind, haben sich in den vergangenen Jahren deutlich geändert: Die Bedeutung körperlicher Arbeit sinkt. Arbeitsprozesse sind zeitlich verdichtet. Soziale Stressfaktoren und Konflikte treten in den Vordergrund. Und auch die Anforderungen an die Menschen ändern sich: Der Trend geht zu anspruchsvolleren Tätigkeiten mit der Folge weiter steigender Qualifikationsanforderungen. So wird der Bedarf an Hoch- und Fachhochschulabsolventen in Deutschland weiterhin wachsen. Die Qualifizierung aller Erwerbspersonen und lebenslanges Lernen

werden zu Schlüsselgrößen für die zukünftige Wirtschafts- und Arbeitsmarktentwicklung, die sowohl bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben als auch in der medizinischen Rehabilitation verstärkt berücksichtigt werden müssen.

Folie 11 (Praxisempfehlungen)

Die Rentenversicherung kümmert sich aber nicht nur um Menschen mit einer psychischen Störung als Hauptdiagnose. Wir gehen davon aus, dass unabhängig von der Art der Grunderkrankung psychische Störungen bei rund 20 Prozent der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit anderen Diagnosen zusätzlich auftreten. Beispielsweise kann jemand der wegen eines orthopädischen Leidens oder einer Krebserkrankung in der Reha ist, zusätzlich eine behandlungsbedürftige psychische Störung haben. Die häufigsten Diagnosen sind dabei depressive Störungen und Angststörungen. Einen entsprechenden Fall möchte ich Ihnen später zur Veranschaulichung schildern.

Auch Suchtkrankheiten können unabhängig von der Art der Grunderkrankung als zusätzliche Erkrankungen auftreten und sind immer eine bedeutender Risikofaktor für die Gesundheit.

Wir gehen davon aus, dass bei Versicherten, die in der Rehabilitation wegen einer körperlichen Erkrankung sind, zusätzliche Abhängigkeitserkrankungen genauso häufig auftreten wie in der Allgemeinbevölkerung, das heißt bei circa 1 Prozent der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden. In der psychosomatischen Rehabilitation liegt der Anteil der zusätzlichen Abhängigkeitserkrankungen sogar sehr viel höher, nämlich bei

circa 30 Prozent. Die Zeit der Rehabilitation sollte deswegen grundsätzlich genutzt werden, hier genauer hinzuschauen und Probleme aufzudecken.

Um das gezielt umsetzen zu können, hat die Deutsche Rentenversicherung 2016 Handlungsempfehlungen entwickelt, die die Reha-Einrichtungen dabei unterstützen, zusätzliche Suchtprobleme zu erkennen und eine klare Vorgehensweise im Umgang und Behandlung zu konzipieren.

Folie 12 (Fotos - Fallbeispiel)

Abschließend noch zur Illustration ein Fallbeispiel:

Andreas, 48 Jahre alt, getrennt lebend und von Beruf Lehrer. Er hat einen 16-jährigen Sohn. Bereits seit einem Jahr ist er krankgeschrieben. Er leidet unter zahlreichen körperlichen Beschwerden wie Herzklopfen, Schweißausbrüche, Atembeschwerden und psychischen Beeinträchtigungen wie Schwindel und Angst vor Kontrollverlust. Sein Nervenarzt diagnostiziert eine generalisierte Angststörung. Der Arzt regt eine Reha an und Andreas tritt zum ersten Mal in seinem Leben eine stationäre Rehabilitation an. Eine solche stationäre Rehabilitation dauert in der Regel fünf Wochen. Hinterher geht es Andreas deutlich besser.

Besonders den Austausch mit den anderen Rehabilitanden hat er als hilfreich erlebt. Zunächst ablehnend gegenüber der Gruppentherapie empfand er diese recht schnell als Bereicherung und konnte von den Gesprächen profitieren. Mit Hilfe der Sport- und Bewegungstherapie konnte er seine Belastbarkeit steigern und ein

positives Körpergefühl entwickeln sowie sein Selbstwertgefühl steigern. Es stellte sich zusehends Lebensfreude ein, die er in den letzten Jahren immer häufiger vermisste. Oft fühlte er sich nach einem Therapietag erschöpft und erlebte die Rehabilitation als anstrengend, konnte jedoch den Nutzen davon erkennen.

„Ich fühle mich verstanden und angenommen, erkenne die Zusammenhänge zwischen meinen Beschwerden und meinem Leben. Vor allem geht es mir besser und ich nehme mich wieder als Mensch wahr. Sport wird wieder zu meinem Alltag gehören und auch meine sozialen Kontakte, die ich vernachlässigt habe.“
Inzwischen möchte er wieder in seinen Beruf als Lehrer zurückkehren.

Solche Fälle bestätigen uns und wir möchten noch mehr Menschen erreichen und unterstützen. Aktuell untersucht die Deutsche Rentenversicherung daher in Modellprojekten, wie Versicherte gezielter kontaktiert werden können. Hierzu zählen einerseits verschiedene Zugangswege, also über Haus- bzw. Fachärzte, Werks- und Betriebsärzte, über ein proaktives Anschreiben an die Versicherten, bei denen wir in den Routinedaten der Rentenversicherung Hinweise auf eine Teilhabe einschränkung sehen, über einen Kontakt im Rahmen der Renteninformation oder über eine postalische Einladung, das Screening online durchzuführen oder zu einer individuellen ärztlichen Untersuchung.

Folie 13 (Warum eigentlich Kinderreha?)

Meine Damen und Herren,

der Gesetzgeber hat mit dem Flexirentengesetz unseren Aufgabenbereich mit einem weiteren Feld erweitert: die Kinderreha. 2016 wurden ca. 35.000 Anträge bewilligt. Insgesamt wendete die Deutsche Rentenversicherung rund 174 Millionen Euro für die Kinder-Reha auf.

Wissen Sie, warum die Rentenversicherung diese Leistungen erbringt?

Zur Beantwortung müssen wir zunächst den gesundheitlichen Zustand der Kinder und Jugendlichen in Deutschland betrachten:

Im Vergleich zu Erwachsenen und vor allem älteren Menschen stellen Kinder und Jugendliche - glücklicherweise - die gesündeste Bevölkerungsgruppe dar.

Allerdings ist auch zu beobachten, dass sich das Krankheitsspektrum bei Kindern und Jugendlichen über die Jahre verändert hat. Dies wird auch durch die Kinder- und Jugendgesundheitsstudie des Robert Koch-Instituts belegt.

Während bei (akuten) Infektionskrankheiten eine rückläufige Tendenz zu beobachten ist, nehmen chronische Krankheiten und insbesondere psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen zu. Darüber hinaus ist bei Kindern und Jugendlichen eine zunehmende Multimorbidität festzustellen. Kinder und Jugendliche

aus Familien mit niedrigem Sozialstatus - gemessen z. B. an Bildungsstand, Erwerbsstatus oder Einkommen der Eltern - sind davon besonders betroffen.

Folie 14 (Möglichkeiten nach dem Flexirentengesetz)

Die Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation der Rentenversicherung war bis zum Inkrafttreten des Flexirentengesetzes auf stationäre Leistungen begrenzt. Die stationären Leistungen dauern in der Regel mindestens vier Wochen. Jetzt können ambulanten Leistungen auch Nachsorgeleistungen mit dem Ziel, den durch die vorangegangene Rehabilitationsleistung eingetretenen Erfolg weiter zu verbessern oder nachhaltig zu sichern, erbracht werden.

Der Vorteil einer ambulanten Rehabilitation ist, dass sie in Wohnortnähe stattfindet. Die Kinder und Jugendlichen können so in ihrem Umfeld verbleiben. Dieser „Heimvorteil“ kann wiederum therapeutisch genutzt werden. Darüber hinaus kann eine langfristig angelegte ambulante Weiterbetreuung durch Leistungen zur Nachsorge den Rehabilitationserfolg des Kindes bzw. des Jugendlichen nachhaltig sichern.

Das Interesse der Deutschen Rentenversicherung ist es, mit der Kinder-Reha frühzeitig deren Leistungsfähigkeit wiederherzustellen bzw. zu verbessern, um die Teilhabe an Schule, Ausbildung und am späteren Erwerbsleben dieser Kinder und Jugendlichen zu sichern.

Folie 15 (Fotos - Fallbeispiel Kinderrehabilitation)

Als Beispiel für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche, habe ich Ihnen den Fall von Jasmin mitgebracht.

Jasmin ist 15 Jahre alt. Sie ist auf den ersten Blick ein ganz normales Mädchen. Sie trifft sich gern mit ihren Freundinnen, geht mehr oder weniger gern zur Schule.

Aber immer dann im Jahr, wenn die Pollen fliegen, wird ihr Leben unerträglich. Sie fängt bei unterschiedlichsten Gelegenheiten an, schwer zu atmen, zu keuchen und mitunter sogar um Luft zu ringen. Und mit der Atemnot kommt auch die Angst. Stellen Sie sich vor, Sie könnten beim Schnorcheln die Luft nur noch durch einen Strohhalm einatmen. So fühlt sich Jasmin.

Durch ihre nächtlichen Atemnotattacken ist sie häufig am Tag müde. Einbußen in den schulischen Leistungen sind die Folge. Außerdem kann Jasmin aufgrund der Atemnot häufig nicht am Schulsport bzw. an Freizeitaktivitäten teilnehmen. Sie fühlt sich durch die Einschränkungen in Schule, Alltag und Freizeit ausgegrenzt.

Jasmin leidet an allergischem Asthma bronchiale.

Da die regelmäßige Behandlung durch den Kinderarzt sowie eine ambulante Asthmaschulung keine wesentliche Besserung

brachten, regte der Kinderarzt eine stationäre Kinderrehabilitation an.

In der Klinik wird für Jasmin ein individueller Therapieplan erstellt, an dessen Umsetzung nicht nur die Ärzte und das Pflegepersonal beteiligt sind, sondern auch Sportlehrer, Psychologen, Ernährungsberater und Sozialarbeiter. Jasmin lernt viel über die Ursachen ihrer Erkrankung, Frühsymptome und Therapiemöglichkeiten.

Jasmins Rehabilitationsplan umfasst unter anderem Sport, Inhalationstraining, Asthmaschulung, das Erlernen von Entspannungstechniken und Kompetenztraining. Alle Therapien des Rehabilitationsplans sind darauf ausgerichtet, Jasmin an einen besseren Umgang mit ihrem Asthma heranzuführen. Sie befindet sich in der Klinik in einer Gruppe mit Gleichgesinnten und Gleichaltrigen. Hier kann sie sich mit den anderen Jugendlichen austauschen und von ihnen lernen. Diese Gemeinschaft stärkt ihr Selbstbewusstsein und ihre Motivation. Jasmin lernt, mit Ihrer Krankheit umzugehen, wird wieder leistungsfähiger und gewinnt ihr Selbstvertrauen zurück.

Auch das Thema „Schule“ kommt während der Rehabilitation nicht zu kurz. Jasmin erhält neben ihren Behandlungen Unterricht in allen Hauptfächern und versäumt dadurch nicht den Anschluss an ihre Heimatschule. Durch enge Kontakte zwischen der Klinik- und der Heimatschule besteht für sie sogar die Möglichkeit, Klassenarbeiten an der Heimatschule mitzuschreiben.

Ihr behandelnder Kinderarzt erhält zeitnah einen ausführlichen Bericht über den Klinikaufenthalt und kann so seine weitere Behandlung gut darauf einstellen. Wir sind jetzt sogar in der Lage, mit Leistungen zur Nachsorge in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Kinderarzt den Reha-Erfolg des Kindes nachhaltig zu sichern.

Folie 16 (Fazit)

Meine Damen und Herren,

ich bin am Ende meiner Ausführungen und möchte gerne mit einem Fazit schließen.

Die Deutsche Rentenversicherung bietet passende Leistungen für alle Versicherten. In unserem Portfolio sind unterschiedlichste und individuell passgerechte Angebote für Versicherte mit drohenden oder vorhandenen gesundheitlichen Einschränkungen, so dass gesundheitliche Hürden überwunden werden können.

Die Deutsche Rentenversicherung sorgt damit erfolgreich für eine dauerhafte berufliche Integration.

Folie 17 (Abspann)

Ich danke Ihnen vielmals für Ihre Aufmerksamkeit.