

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	Recht und Politik
11	Sozialmedizin
16	Reha-Forschung und -Konzepte
17	Reha-Qualitätssicherung
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 2015
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 – Routedaten der Rentenversicherung
55	Aufwendungen für Rehabilitation
55	Aufwendungen im Jahr 2015
55	Entwicklung der Aufwendungen ab 2000
57	Vergleich zu weiteren Ausgaben der Rentenversicherung
59	Anhang
59	Datenquellen
59	Routedaten der Rentenversicherung

Vorwort



Präsidentin Gundula Roßbach



Direktorin Brigitte Gross

Mit dem Reha-Update 2016 stellen wir Ihnen die wichtigsten aktuellen Daten und Fakten zur Rehabilitation der Rentenversicherung zur Verfügung. Das Update 2016 beschreibt Umfang, Struktur und Ergebnis der medizinischen und beruflichen Rehabilitation sowie die Aufwendungen der Rentenversicherung für Reha-Leistungen. Wesentliche Grundlage sind die routinemäßig erhobenen Statistikdaten aus dem Jahr 2015. Die Entwicklung der Rehabilitation der Rentenversicherung, dargestellt in Zahlen, bildet den Kern der Publikation.

Eine umfassende Berichterstattung mit Daten aus der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung zu Prozess und Ergebnis der Reha-Leistungen sowie thematische Vertiefungen erfolgen wieder im Reha-Bericht 2017.

Darüber hinaus wollen wir Sie auch über einige wichtige aktuelle Entwicklungen aus den Bereichen Recht und Politik, Qualitätssicherung, Sozialmedizin und Forschung informieren.

Im Jahr 2016 war der Gesetzgeber besonders aktiv. Neben dem schon am 25. Juli 2015 in Kraft getretenen Präventionsgesetz werden in den kommenden Jahren insbesondere folgende Gesetze die Rehabilitation beeinflussen: das am 14. Dezember 2016 in Kraft getretene Flexirentengesetz und das am 16. Dezember 2016 verabschiedete Bundesteilhabegesetz. Einen Überblick über die neu geschaffenen Strukturen und Prozesse, die sich aus dem Präventionsgesetz ergeben, finden Sie im Kapitel „Aktuelle Entwicklungen“ unter den Rubriken „Recht und Politik“ sowie „Sozialmedizin“.

In der Reha-Qualitätssicherung wurde eine neue Leistungsklassifikation für die berufliche Rehabilitation eingeführt. Mit ihrer Hilfe können nun berufliche Bildungsleistungen der Rentenversicherung einheitlich, trägerübergreifend und rehabilitandenbezogen ausgewertet werden.

Im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung befragen wir regelmäßig unsere Rehabilitanden zur subjektiven Zufriedenheit mit der Rehabilitation und zum Rehabilitationserfolg – auch Eltern und Kinder/Jugendliche im Rahmen ihrer medizinischen Rehabilitation. Themen und Inhalte des Fragenprogramms wurden überarbeitet und mit Expertenunterstützung an die spezifischen Bedingungen der Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation angepasst.

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

Im Herbst 2016 ging eine neue Internetseite speziell für Ärztinnen und Ärzte, die für die Rehabilitation der Rentenversicherung eine zentrale Rolle im Gesundheitssystem einnehmen, online. Hier werden Informationen so gebündelt, dass Ärztinnen und Ärzte schnell erfassen können, wie sie Reha-Bedarf einschätzen können und worin ihre jeweiligen Aufgaben im Verfahren bestehen. Hilfreich ist der Überblick über Verfahrensabläufe in der Rentenversicherung sowie Hinweise zum Thema „Rehabilitation“, die Ärztinnen und Ärzte ihren Patientinnen und Patienten mit auf den Weg geben können.

Wir hoffen, Ihnen – unseren Versicherten und Beitragszahlern, der Fachöffentlichkeit, der Politik und allen interessierten Bürgerinnen und Bürgern – mit diesem Reha-Update 2016 einen Einblick in die vielfältigen Aufgaben der Rentenversicherung und interessante Informationen über Funktion und Bedeutung der Rehabilitation vorzulegen und freuen uns über Ihre Rückmeldungen.



Gundula Roßbach
Präsidentin der
Deutschen Rentenversicherung Bund



Brigitte Gross
Direktorin der
Deutschen Rentenversicherung Bund

Fakten im Überblick

Medizinische Rehabilitation

2015 wurden bei der Rentenversicherung mehr als 1,6 Millionen Anträge auf medizinische Rehabilitation gestellt.

Die Rentenversicherung führte 1.027.833 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch.

Davon entfielen 31.354 (3 %) auf die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen.

Die ambulanten Reha-Leistungen machen inzwischen 14 % aller medizinischen Reha-Leistungen aus.

Die Anschlussrehabilitation (AHB) umfasste 2015 mit 346.579 Leistungen gut ein Drittel aller medizinischen Reha-Leistungen.

Zur Reha-Nachsorge führte die Rentenversicherung 186.547 Leistungen durch.

57.625 Rehabilitanden erhielten 2015 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 64 % der Reha-Leistungen bei Frauen und 58 % bei Männern.

Mit steigendem Alter wird Rehabilitation häufiger in Anspruch genommen.

Frauen und Männer in der medizinischen Rehabilitation sind durchschnittlich nahezu gleich alt: Frauen 52,7 Jahre, Männer 52,2 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 22 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

2015 gingen bei der Rentenversicherung 434.308 Anträge auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) ein.

152.938 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) wurden 2015 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 steigt er seit 2013 wieder deutlich an.

Frauen und Männer in der beruflichen Rehabilitation sind durchschnittlich nahezu gleich alt: Frauen 46,8 Jahre, Männer 46,9 Jahre.

Etwa ein Fünftel der LTA sind berufliche Bildungsleistungen. Dabei stehen Erkrankungen des Bewegungsapparates und des Bindegewebes als Ursachen an erster Stelle (Frauen 51 %, Männer 60 %).

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 47 %, nach zwei Jahren bei 56 % der Teilnehmer).

Aufwendungen für Rehabilitation

2015 wendete die Rentenversicherung rund 6,21 Mrd. € für Rehabilitation auf (brutto), davon rund 4,6 Mrd. € für medizinische Rehabilitation, rund 1,3 Mrd. € für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) und rund 0,4 Mrd. € für Sozialversicherungsbeiträge.

Eine stationäre medizinische Rehabilitation bei körperlichen Erkrankungen kostet im Schnitt 2.752 €.

Die um einiges längeren medizinischen Reha-Leistungen bei psychischen und Abhängigkeitserkrankungen sind mit durchschnittlich 6.468 € deutlich teurer.

Aktuelle Entwicklungen

Recht und Politik



Das Präventionsgesetz – bisherige Entwicklungen

Das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) ist am 25. Juli 2015 in Kraft getreten. Das Gesetz stellt zum einen die Grundlage für die Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention in Lebenswelten dar. Zum anderen fördert es bundesweit die Zusammenarbeit aller Akteure in der Prävention und Gesundheitsförderung. Mit dem Präventionsgesetz wurde die Nationale Präventionskonferenz (NPK) mit einer Geschäftsstelle bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) eingeführt. Die Nationale Präventionskonferenz wird durch das neu eingerichtete Präventionsforum beraten, welches einmal jährlich tagt. Die Organisation des Präventionsforums liegt in den Händen der Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung (BVPG). Das Präventionsforum besteht aus Vertretern der für die Gesundheitsförderung und Prävention maßgeblichen Organisationen und Verbände sowie den stimmberechtigten und den beratenden Mitgliedern der NPK. (siehe nachfolgende Graphik 1).

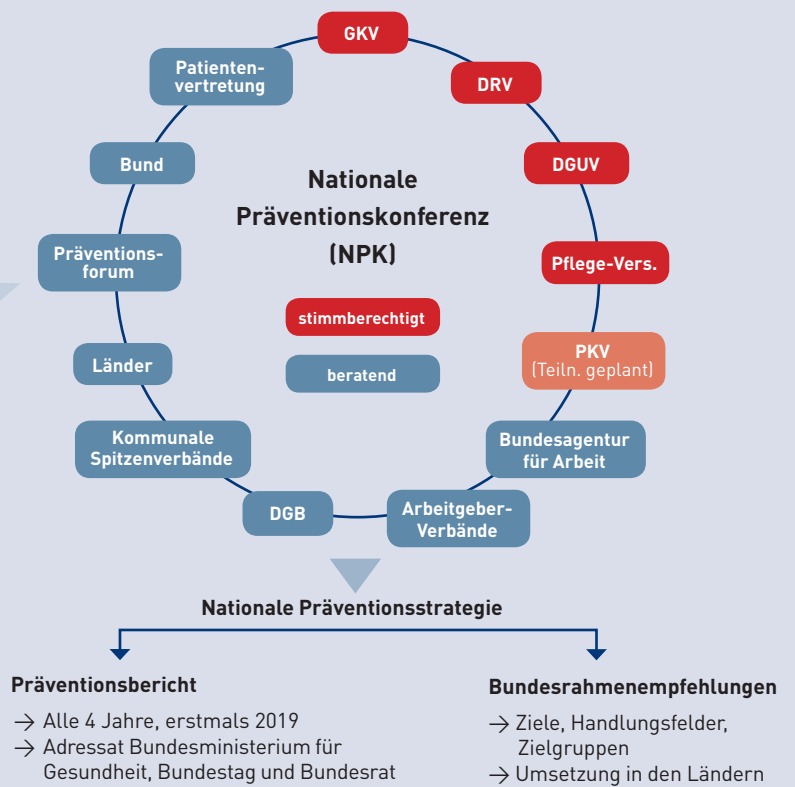
Graphik 1 Überblick: Die neugeschaffenen Strukturen und Prozesse zur Umsetzung des Präventionsgesetzes

Geschäftsstelle
Bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Aufgabe:
Organisation und Unterstützung der NPK

Präventionsforum

- Beratende Funktion für NPK
- Organisation: Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung (BVPG)
- Expertentagung 1 x jährlich



Ziele der Nationalen Präventionskonferenz

Die Nationale Präventionskonferenz, zu der die **Deutsche Rentenversicherung** gehört, besteht aus **stimmberechtigten Mitgliedern** (Gesetzliche Krankenversicherung, Deutsche Rentenversicherung, Gesetzliche Unfallversicherung, Gesetzliche Pflegeversicherung), der Privaten Krankenversicherung und **beratenden Mitgliedern** (Bund und Länder, Kommunale Spitzenverbände, Deutscher Gewerkschaftsbund, Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, Bundesagentur für Arbeit, Patientenvertretung, Präventionsforum). Die Teilnahme der Privaten Krankenversicherung als stimmberechtigtes Mitglied befindet sich derzeit noch in Abstimmung.

Die Nationale Präventionskonferenz entwickelt gemäß §§ 20d und 20e SGB V eine **Präventionsstrategie** und schreibt diese auch zukünftig fort. Die Nationale Präventionsstrategie umfasst die Vereinbarung von bundeseinheitlichen, trägerübergreifenden Rahmenempfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten einschließlich Betrieben (**Bundesrahmenempfehlungen**). Am 19. Februar 2016 wurden die Bundesrahmenempfehlungen in der zweiten Sitzung der NPK unterzeichnet. Die Bundesrahmenempfehlungen bilden die Grundlage für die Formulierung von Landesrahmenvereinbarungen. In acht Bundesländern sind inzwischen Landesrahmenvereinbarungen abgeschlossen worden: in Hessen, Thüringen, Sachsen, Rheinland-Pfalz, Nordrhein-Westfalen, Hamburg, Niedersachsen und Baden-Württemberg.

Am 13. September 2016 fand die erste Sitzung des Präventionsforums in Berlin statt. Die eingeladenen Fachleute für Gesundheitsförderung und Prävention haben zusammen mit den Vertretern der für die Gesundheitsförderung und Prävention maßgeblichen Organisationen, mit den stimmberechtigten und den beratenden Mitgliedern der Nationalen Präventionskonferenz über Vernetzung und Kooperation in der Gesundheitsförderung und Prävention beraten. Die gewonnenen Erkenntnisse werden evaluiert und bei der Fortentwicklung der Bundesrahmenempfehlungen berücksichtigt.

Alle vier Jahre wird ein Präventionsbericht erstellt werden, erstmals 2019.

Alle vier Jahre – erstmals zum 1. Juli 2019 – wird ein trägerübergreifender **Präventionsbericht** erstellt werden. Die Bundesländer können hierfür regionale Erkenntnisse aus ihrer Gesundheitsberichterstattung zur Verfügung stellen. Der Bericht wird dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zugeleitet und mit einer Stellungnahme der Bundesregierung, Bundestag und Bundesrat vorgelegt werden. Die Vorbereitungsgruppe der Nationalen Präventionskonferenz (NPK-Fachebene) berät derzeit gemeinsam mit dem Robert Koch-Institut über Gliederung und Inhalte des ersten Präventionsberichtes.

Die Deutsche Rentenversicherung erkennt und fördert die Erfolgspotentiale und Möglichkeiten einer aktiven Kooperation und Vernetzung, in deren Mittelpunkt Gesundheit, Beschäftigung und Teilhabe stehen. Sie wird auch zukünftig ihre Angebote an Präventionsleistungen – siehe Beitrag auf Seite 11 – erweitern und konsequent ausbauen, auf dem Weg, die gemeinsamen Ziele der Bundesrahmenempfehlungen zu erreichen.

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

Hand in Hand – Prävention und Firmenservice der Deutschen Rentenversicherung

Die Deutsche Rentenversicherung erbringt im Rahmen der individuellen Verhaltensprävention medizinische Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit sowie Beratungsleistungen für Arbeitgeber im Rahmen des Firmenservice. Bisher richten sich diese medizinischen Leistungen nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI an Versicherte der Rentenversicherung, die eine gesundheitsgefährdende Beschäftigung ausüben, welche ihre Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflusst (siehe Seite 27). Nach dem Inkrafttreten des Flexirentengesetzes werden diese Leistungen zur Prävention nach § 14 SGB VI eine Pflichtleistung für Versicherte, die erste gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen, die die ausgeübte Beschäftigung gefährden. Mit Hilfe dieser Leistungen sollen die Versicherten die Fähigkeiten und Fertigkeiten erwerben, eigenverantwortlich einen gesünderen Lebensstil im Alltag und im Beruf zu entwickeln und langfristig umzusetzen. Die Rentenversicherung trägt durch diese Leistungen wesentlich zur Umsetzung des Präventionsgesetzes bei.

Die Leistung ist in vier aufeinander aufbauende Phasen gegliedert (siehe Graphik 2, S. 12).

Die Phasen der medizinischen Präventionsleistungen der Rentenversicherung bauen aufeinander auf.

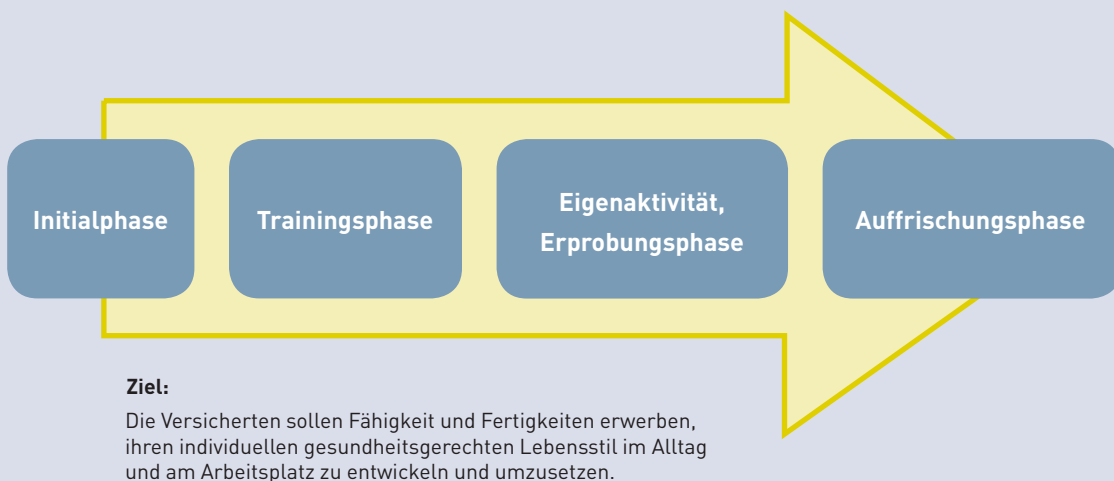
Während einer dreitägigen Initialphase, die ganztags ambulant oder stationär in einer Rehabilitationseinrichtung durchgeführt werden kann, wird der Gesundheitszustand der Versicherten erfasst. Gleichzeitig wird ein berufsbezogenes, individuelles Anforderungs- und Fähigkeitsprofil erstellt und ein individueller Trainingsplan erarbeitet. Darüber hinaus erfolgen schon zu diesem Zeitpunkt sowohl der theoretische als auch der praktische Einstieg in das Präventionsprogramm. Bereits in dieser frühen Phase werden die Versicherten durch Impulsvorträge und weiterführende Informationen für bestimmte Lebensbereiche sensibilisiert, beispielsweise für Ernährung und Bewegung, Stressbewältigung, Verhaltens- und Verhältnisprävention wie auch für das Thema Resilienz und deren Bedeutung und Schutzfunktion.

Die zweite Phase ist die Trainingsphase. Sie findet als berufsbegleitendes Intensivtraining an ein bis zwei Terminen pro Woche statt. Vermittelt werden insbesondere Strategien für ein erfolgreiches Selbstmanagement zur Etablierung eines nachhaltig gesunden Lebensstils. Je nach Bedarf und Schwerpunkt werden diese Strategien sehr praxisnah vermittelt.

Während der dritten Phase, der so genannten Eigenaktivitätsphase (Eigeninitiativphase), sollen die Versicherten das in der Trainingsphase Erlernte eigenverantwortlich in ihrem Alltag umsetzen.

Die vierte Phase dient der Vertiefung und damit der Verstetigung des Erlernten und individuell Erarbeiteten. So genannte „Auffrischungstage“ dienen dazu,

Graphik 2 Phasen medizinischer Präventionsleistungen der Rentenversicherung



gemeinsam die Erfahrungen der Versicherten bei der Umsetzung des Erlernten zu reflektieren. Sie bieten auch die Gelegenheit, weiterführende Bewältigungsstrategien für den Umgang mit schwierigen Alltagssituationen zu vermitteln.

Präventionsleistungen der Rentenversicherung können nur dann erbracht werden, wenn bei den Versicherten kein Rehabilitationsbedarf im Sinne des § 10 SGB VI vorliegt. Für die Bewilligung von Präventionsleistungen sind folgende Faktoren relevant, die die Erwerbsfähigkeit potentiell gefährden können: Auffällige AU-Zeiten, potentiell ungünstige Arbeitsbedingungen, ungünstige Kontextfaktoren (individuelle, in der Fachbezeichnung „personbezogene“ Faktoren genannt) mit negativen Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit.

Der Firmenservice der Rentenversicherung ist über eine bundesweit einheitliche Telefonnummer erreichbar.

Die betriebsbezogenen Leistungen im Rahmen des Firmenservices umfassen ein bundesweites Beratungsangebot mit einer einheitlichen Telefonnummer (0800 1000 453) und E-Mail-Adresse (firmenservice@deutsche-rentenversicherung.de)

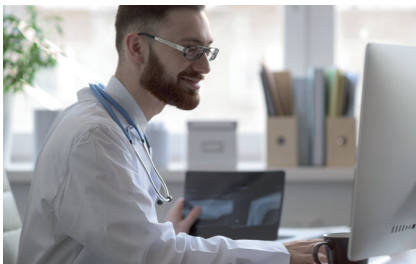
Der Firmenservice berät Arbeitgeber, Personalverantwortliche, Betriebs- und Werksärzte, Betriebs- und Personalräte sowie Schwerbehindertenvertretungen zu den Themen: „Gesunde Mitarbeiter“, „Rente und Altersvorsorge“ sowie „Beiträge und Meldungen zur Sozialversicherung“. Im Beratungsfeld „Gesunde Mitarbeiter“ unterstützt die Rentenversicherung die Arbeitgeber mit Informationen über Präventionsangebote, über medizinische und berufliche Rehabilitation, beim betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) sowie beim betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM). Darüber hinaus kann der Firmenservice auch eine Lotsenfunktion wahrnehmen oder als Wegweiser zu den anderen Sozialversicherungsträgern dienen.

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

Betriebs- und Werksärzte sind wichtige Kooperationspartner.

Betriebs- und Werksärzte werden in die Kooperation und Vernetzung eingebunden. Sie können Anträge von Versicherten gemeinsam mit Informationen zu den individuellen Anforderungen am Arbeitsplatz direkt an den Firmenservice senden. Diese Einbindung erleichtert und fördert die Umsetzung von Aktivitäten zur Verhaltens- und Verhältnisprävention im Betrieb.

Der Fokus der Rentenversicherung liegt auf der erfolgreichen Vernetzung mit den anderen Trägern der Nationalen Präventionsstrategie sowie weiteren Partnern vor Ort, um Gesundheit, Beschäftigungsfähigkeit und Teilhabe systematisch in die Prozesse und Strukturen der Lebenswelten, insbesondere in Betriebe zu integrieren.



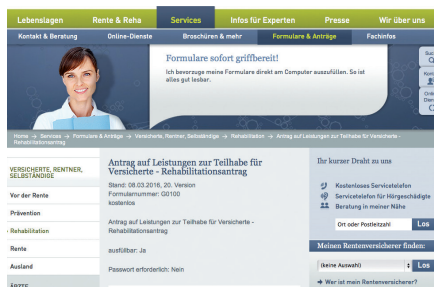
Informationen für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte – ein neues Internetangebot der Deutschen Rentenversicherung

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte – sowohl Haus- als auch Fachärzte – nehmen für die Rehabilitation der Rentenversicherung eine zentrale Rolle als Lotsen im System ein. Sie sollen Reha-Bedarf erkennen, Patient/inn/en fundiert über Inhalte, Ziele und Nutzen von Rehabilitation und Reha-Nachsorge informieren sowie die Betroffenen kompetent bei der Antragstellung unterstützen.

Ein Forschungsprojekt des Instituts für Sozialmedizin und Epidemiologie des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, hat gezeigt, dass niedergelassene Ärzte subjektiv deutliche Informationsdefizite hinsichtlich der Rehabilitation der Rentenversicherung haben und gleichzeitig gern besser informiert wären. Ihnen fehlt ausreichendes Wissen hinsichtlich der verschiedenen Rehabilitationsformen und ihrer konkreten Inhalte. Unklarheit besteht ebenfalls hinsichtlich des Antrags- und Bewilligungsverfahrens bei den Rentenversicherungsträgern, z. B. welche Informationen aus dem Befundbericht in eine Bewilligung bzw. Ablehnung eines Reha-Antrags einfließen, welche Leistungen erfolgt sein müssen, damit die ambulanten Maßnahmen ausgeschöpft sind oder wann ein Widerspruch sinnvoll sein kann. Darüber hinaus besteht hoher Informationsbedarf über Nachsorgeangebote.

Die Deutsche Rentenversicherung hat aus diesem Grunde in einer etwa zweijährigen Arbeitsphase eine eigene Webseite für genau diese Zielgruppe entwickelt. Die neue Homepage enthält die aus Ärzte-Sicht relevanten Informationen rund um die Rehabilitation, schafft Transparenz, ist sprachlich einfach und verständlich formuliert, gut erreichbar und gibt schnelle Orientierung (geringe Klicktiefe). Zu weiteren Funktionen, die die Nutzbarkeit der Homepage erleichtern, gehören eine Suchfunktion, Ausfüllhilfen für Formulare und speicherbare Formulare.

Die neue Homepage ist online verfügbar unter der Adresse: www.rehainfo-aerzte.de.



www.rehainfo-aerzte.de

Der Aufbau der Homepage geht auf die Bedürfnisse der Ärztinnen und Ärzte in unterschiedlichen typischen Situationen ein: von „Ich brauche einen Befundbericht und wie fülle ich diesen aus?“ bis „Ich habe etwas Zeit und möchte Hintergründe erfahren“. Dabei liefern Fallbeispiele schnelle Hilfe für konkrete Patientenanliegen und Reha-Indikationen.

Unter der Rubrik „Reha-Bedarf“ werden anhand von fiktiven Fällen Kriterien für Reha-Bedarf in unterschiedlichsten Konstellationen, aber auch Beispiele für abgelehnte Reha-Anträge und deren Begründung dargestellt.

Unter der Überschrift „Aufgaben des Arztes“ werden Hinweise gegeben, wie niedergelassene Ärztinnen und Ärzte ihre Patienten vor und nach der Rehabilitation, bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und bei Erwerbsminderungsrenten unterstützen können.

In der Rubrik „Ablauf/Verfahren“ werden die Hintergründe für Bewilligungen bzw. Ablehnungen stärker beleuchtet. Das Verfahren innerhalb der DRV wird so transparenter. Hier gibt es auch die entsprechenden Formulare.

Die Rubrik „Reha 1x1“ informiert über die konkreten Inhalte und die verschiedenen Formen der Rehabilitation. Ebenfalls sind hier Informationen zu den ergänzenden Leistungen und dem Thema Zuzahlung abgelegt.

Unter dem Stichwort „Rente“ findet man Informationen zu Erwerbsminderungsrenten und anderen Rentenarten, Informationen zum Verfahren und unterstützende Fallbeispiele.

Insgesamt wurden die Informationen so gebündelt, dass Ärztinnen und Ärzte schnell erfassen können, wie sie Reha-Bedarf einschätzen können und worin ihre Aufgaben im jeweiligen Verfahren bestehen. Hilfreich ist der Überblick über Verfahrensabläufe in der Rentenversicherung sowie Hinweise zum Thema „Rehabilitation“, die Ärztinnen und Ärzte ihren Patient/inn/en mit auf den Weg geben können.

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.

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

Neue Leitlinie für die sozialmedizinische Begutachtung

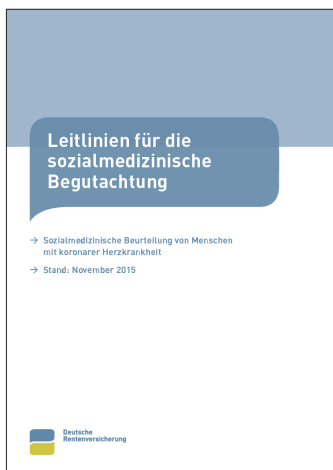
Die Deutsche Rentenversicherung entwickelt im Rahmen der Qualitätssicherung der sozialmedizinischen Begutachtung seit den 1990er Jahren kontinuierlich Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung.

Die Leitlinien bieten den Gutachtern Hilfestellung bei Fragen zur sozialmedizinischen Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit bei Anträgen auf Rehabilitationsleistungen sowie zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben.

Die neueste Leitlinie beschäftigt sich mit der sozialmedizinischen Beurteilung der Leistungsfähigkeit von Menschen mit Koronarer Herzkrankheit (KHK) beziehungsweise nach einem Herzinfarkt. Sie stellt eine komplette Überarbeitung der bisher bestehenden Leitlinien zu diesem Krankheitsbild dar. Eine wesentliche Neuerung dieser Leitlinie ist, dass die Empfehlungen zur Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit mit Empfehlungen zur Leistungsbeurteilung im Rentenverfahren zusammengeführt werden. Bei der Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit werden jetzt zusätzlich auch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) berücksichtigt. Um die Akzeptanz der Leitlinien zu sichern, wurden in einem transparenten Verfahren die relevanten medizinischen Fachgesellschaften in den Konsentierungsprozess einbezogen.

Leitlinien zur sozialmedizinischen Begutachtung gibt es zu vielen weiteren Krankheitsbildern, beispielsweise psychischen Störungen und neurologischen Erkrankungen.

Alle Leitlinien zur sozialmedizinischen Begutachtung stehen auf der Homepage der Deutschen Rentenversicherung zur Verfügung: www.deutsche-rentenversicherung.de → **Infos für Experten** → **Sozialmedizin und Forschung** → **Sozialmedizin** → **Begutachtung** → **Leitlinien**



Reha-Forschung und -Konzepte

Online-Angebot „Infos für Reha-Einrichtungen“

Die Deutsche Rentenversicherung stellt über ihr Online-Angebot www.deutsche-rentenversicherung.de vielfältige Materialien zur Rehabilitation zur Verfügung. Dies sind z. B. Rahmenkonzepte, Handbücher, Handouts, Manuale, Instrumente und andere Informationen. Nun steht speziell für die Reha-Einrichtungen ein gebündeltes Angebot zur Verfügung. In diesem Online-Angebot sind Informationen zusammengefasst, auf die bereits zugegriffen werden konnte, die aber unter verschiedenen Rubriken im Internetangebot der Deutschen Rentenversicherung zusammengesucht werden mussten. Über die Internetadresse www.reha-einrichtungen-drv.de ist jetzt ein schnellerer Zugriff möglich. Das umfangreiche Online-Angebot umfasst ein breites Spektrum von Themen insbesondere zur medizinischen Rehabilitation. Es richtet sich an die unterschiedlichen Berufsgruppen im Reha-Team. Fachinformationen für die Bereiche Psychologie, soziale Arbeit, Patientenschulung und Ernährungsberatung werden ausführlich dargestellt. Das Ziel dieses Online-Angebotes „Infos für Reha-Einrichtungen“ ist es, Reha-Einrichtungen nützliche und praxisrelevante Informationen zur Verfügung zu stellen, die sie für die Weiterentwicklung ihrer Praxis unterstützen.

Neuer Erfahrungsbereich „Medizinische Reha“ auf der Website krankheitserfahrungen.de

Auf „krankheitserfahrungen.de“ berichten Betroffene in systematisch aufbereiteten Interviews über ihr Krankheitserleben, ihre Erfahrungen mit Therapien und den Folgen für ihr Alltagsleben. Bei der Auswahl der Interviewpartner(innen) wurde darauf geachtet, möglichst unterschiedliche Personen zu finden, z. B. bezogen auf Geschlecht, Alter, Ethnie, Beruf, Art der Reha-Einrichtung. Grundlage der Darstellung ist jeweils ein ausführliches Gespräch mit den Betroffenen. Die Interviews werden anschließend in Abhängigkeit von der Zustimmung der Betroffenen als Video-, Audio- oder Textdateien aufbereitet. Bisher erfolgte die Darstellung der Krankheitserfahrungen getrennt nach Diagnosen und den damit verbundenen Symptomen wie beispielsweise „Diabetes Typ 2“, „Epilepsie“, „Chronischer Schmerz“ und „Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen“.

Im Gegensatz dazu ist der neue Erfahrungsbereich „Medizinische Reha“ krankheitsübergreifend und hat das Ziel, Patientinnen und Patienten bei der Entscheidung für die Beantragung einer medizinischen Rehabilitation zu unterstützen. Die Forschergruppe um Prof. Gabriele Lucius-Hoene und Prof. Jürgen Bengel (Universität Freiburg) hat dazu Erfahrungen von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden unter anderem zu den Themen „Der Weg in die Reha“, „Alltag in der Reha“ und „Reha und Beruf“ zusammengestellt. Das Projekt wird im Rahmen des Forschungsschwerpunkts „Wege in die medizinische Rehabilitation“ (2013–2017) von der Deutschen Rentenversicherung Bund gefördert und sieht eine Evaluation des Erfahrungsbereichs vor, der seit April 2016 auf der Website zur Verfügung steht.

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

Reha-Qualitätssicherung



Deutsche
Rentenversicherung
Rehabilitation –
mit Sicherheit Qualität

Die Rentenversicherung erbringt jährlich über eine Million medizinische und berufliche Rehabilitationsleistungen. 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.

Überführung der Leistungsklassifikation für die berufliche Rehabilitation (LBR) in die Routine

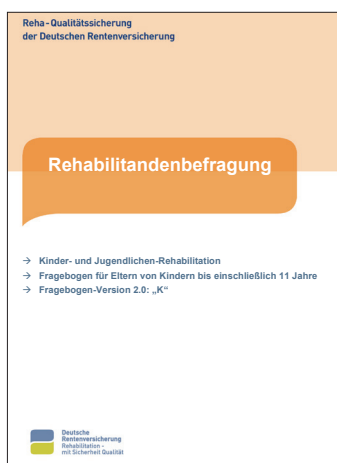
Das Programm der Deutschen Rentenversicherung zur Reha-Qualitätssicherung umfasst auch die berufliche Rehabilitation. Für die Abbildung der Prozessqualität bei beruflichen Bildungsleistungen wurde mit Hilfe wissenschaftlicher Unterstützung eine Leistungsklassifikation für die berufliche Rehabilitation (LBR) entwickelt. Dabei handelt es sich um eine völlig neu erarbeitete Leistungsklassifikation, die erstmals rv-einheitlich die Prozesse einrichtungsbezogen abbilden kann. Gleichzeitig wird die in der konzeptionellen Diskussion zur beruflichen Rehabilitation immer wieder geforderte Individualisierung und Flexibilisierung der Leistungen auf diese Weise für die Rentenversicherung nachvollziehbar.

Die Entwicklung der LBR dauerte zweieinhalb Jahre und umfasste u. a. eine breit angelegte Anwenderbefragung, Workshops, Expertentreffen und eine Testphase mit 27 beruflichen Bildungseinrichtungen. In der anschließenden Pilotierung der LBR dokumentierten erstmals 30 Berufsförderungswerke, Berufliche Trainingszentren und freie Bildungsträger detailliert ihre Leistungen. Die LBR wurde aufgrund der Erfahrungen aus dem Piloteinsatz weiterentwickelt und wird seit dem 1. Juli 2016 von den beruflichen Bildungseinrichtungen eingesetzt. Den Einrichtungen wird dabei ein Jahr Übergangszeit eingeräumt, um die rehabilitandenbezogene Dokumentation auf Organisationsebene umzusetzen. Für die Leitungen und Mitarbeiter der beruflichen Reha-Einrichtungen sowie Vertreter der Reha-Träger wurden LBR-Einführungsveranstaltungen und Schulungen durchgeführt.

Zukünftig sollen sowohl die beruflichen Bildungseinrichtungen als auch die Rentenversicherungsträger QS-Berichte zu ihrem Leistungsgeschehen erhalten.

Somit wird die Rentenversicherung dem gesetzlichen Auftrag gerecht, Maßnahmen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen zu ergreifen sowie vergleichende Qualitätsanalysen als Grundlage für ein effektives Qualitätsmanagement der Leistungserbringer zur Verfügung zu stellen.

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 bei LTA → LBR



Rehabilitandenbefragung: Überarbeitung der Fragebögen in der Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation

Das Programm der Deutschen Rentenversicherung (DRV) zur Reha-Qualitätssicherung (QS) der medizinischen Rehabilitation bezieht Reha-Einrichtungen für Kinder und Jugendliche mit ein. Wie in der Erwachsenenrehabilitation werden auch hier die Struktur-, die Prozess- und die Ergebnisqualität erhoben und den Einrichtungen in Form indikationsvergleichender Berichte rückgemeldet. Ein zentrales Anliegen der Reha-QS der DRV ist die Einbindung des Rehabilitanden in die Bewertung der durchgeführten Rehabilitation. Für den einzelnen Rehabilitanden muss sich die Qualität der Behandlung auch nachhaltig in seiner eigenen Wahrnehmung niederschlagen. Die Zufriedenheit der Rehabilitanden mit der rehabilitativen Versorgung und der subjektiv eingeschätzte Reha-Erfolg sind wichtige Indikatoren der Behandlungsqualität. Sie sind von entscheidender Bedeutung für den Rehabilitationsverlauf, für die Lebensqualität des Rehabilitanden, für die Bewältigung der Erkrankung und damit für das Reha-Ergebnis.

Seit 2012 erfolgt eine Elternbefragung bei Kindern bis einschließlich 11 Jahren und eine Befragung der Jugendlichen selbst ab dem Alter von 12 Jahren, die ca. 8–12 Wochen nach der Rehabilitation stattfindet. Beide Fragebögen erheben die Zufriedenheit mit der Rehabilitation sowie den Rehabilitationserfolg aus Eltern- und Jugendsicht. Basierend auf ersten Ergebnissen wurde ein Projekt zur Analyse und Optimierung der Fragebögen in der Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation mit wissenschaftlicher Unterstützung durchgeführt. Praktiker aus Reha-Einrichtungen wurden als Experten einbezogen, um die Fragebögen zu überarbeiten. Im Anschluss an die Überarbeitung wurden die neuen Fragebögen im Rahmen von Pre-Tests evaluiert. Im Ergebnis sind die Fragebögen der Rehabilitandenbefragung nun gekürzt und klarer strukturiert. Die Themen und Inhalte des Fragenprogramms sind – wie bislang – in beiden Fragebogenversionen in weiten Teilen deckungsgleich. Abweichungen zwischen den Versionen bestehen durch die Berücksichtigung altersspezifisch unterschiedlicher Rahmenbedingungen und Angebote sowie der Einbeziehung der Perspektive der Eltern im Rahmen der Kinder-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

Ein Musterbericht zur Rehabilitandenbefragung Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation 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**

Neuerungen in der Berichterstattung der Reha-Qualitätssicherung

Das Programm der Deutschen Rentenversicherung zur Reha-Qualitätssicherung (QS) basiert zu einem großen Teil auf den routinemäßig erfassten Daten aus dem ärztlichen Reha-Entlassungsbericht. Hierbei handelt es sich um ein einheitliches standardisiertes Dokument der Deutschen Rentenversicherung (DRV), das für jeden Rehabilitanden erstellt wird. Enthalten sind soziodemographische Angaben zum Rehabilitanden selbst, zum Reha-Verlauf sowie den durchgeführten therapeutischen Leistungen entsprechend der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL), zum Rehabilitationsergebnis als auch zur sozialmedizinischen Epikrise. Angesichts der hohen Anforderungen an die Dokumentation sowie dem Wunsch nach Verkürzung und zielgruppenspezifischer Optimierung hat sich die DRV zu einer Überarbeitung des ärztlichen Reha-Entlassungsberichts entschieden. Zeitgleich wurde die KTL überarbeitet, um beispielsweise konzeptionelle Neuerungen in der Rehabilitation abbilden zu können. In der KTL werden alle therapeutischen Leistungen der Rehabilitation mit Indikationsstellung und Therapiezielen beschrieben. Außerdem werden die Mindestdauer der Leistungseinheit sowie die Anforderungen an die Qualifikation des Personals festgelegt. Die von der Reha-Einrichtung durchgeführten KTL-Leistungen werden rehabilitandenbezogen im ärztlichen Reha-Entlassungsbericht dokumentiert und im Rahmen der Reha-QS ausgewertet.

Entsprechend diesen Überarbeitungen und der Einführung im Jahr 2015 werden sich die Berichte der Reha-QS verändern. Die Reha-Einrichtungen erhalten für das Jahr 2016 eine deskriptive Auswertung ihrer therapeutischen Leistungen nach der neuen KTL-Dokumentation. Dabei hängen die Fallzahlen der ausgewerteten ärztlichen Reha-Entlassungsberichte stark vom Zeitpunkt der Umstellung der Einrichtung auf die Dokumentation nach neuer KTL ab.

Ebenfalls von der Überarbeitung betroffen sind die Berichte zur Rehabilitandenstruktur. Sie enthalten Informationen zu soziodemografischen und krankheitsbezogenen Merkmalen wie Alter, Geschlecht, Erwerbsstatus, Leistungsfähigkeit oder Diagnosen. Dies ermöglicht einen differenzierten Blick auf die Rehabilitanden einer Einrichtung im Vergleich mit allen Reha-Einrichtungen dieser Indikation. Aufgrund der neu hinzu gekommenen Merkmale im ärztlichen Entlassungsbericht wird sich auch dieser Bericht ab dem Jahr 2016 in seiner Struktur etwas verändern.

Die auf der KTL basierenden Reha-Therapiestandards für ausgewählte, häufige Erkrankungsbilder wurden ebenfalls aktualisiert und wurden im Jahr 2016 eingeführt. Sie enthalten – ausgehend von wissenschaftlich vorliegender Evidenz – Anforderungen an die Rehabilitation von Versicherten mit der jeweiligen Erkrankung. Die Berichterstattung erfolgt im Jahr 2017 in deskriptiver Form über die Erfüllung der neuen Reha-Therapiestandards im Jahr 2016.

Weitere Informationen zur Reha-Qualitätssicherung, die neue KTL oder die Reha-Therapiestandards sowie Musterberichte finden Sie auf der Internetseite der Deutschen Rentenversicherung: **www.deutsche-rentenversicherung.de** → **Infos für Experten** → **Sozialmedizin & Forschung** → **Reha-Qualitätssicherung**
oder **www.reha-qs-drv.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

2015 gingen bei der Rentenversicherung mehr als 1,6 Mio. Anträge auf medizinische Rehabilitation ein. Rund 66 % der erledigten Anträge wurden bewilligt, etwa 18 % abgelehnt – meist aus medizinischen (93 %), selten aus dann meist versicherungsrechtlichen (7 %) Gründen. Die restlichen 16 % der Anträge wurden zum jeweils zuständigen Rehabilitationsträger weitergeleitet.

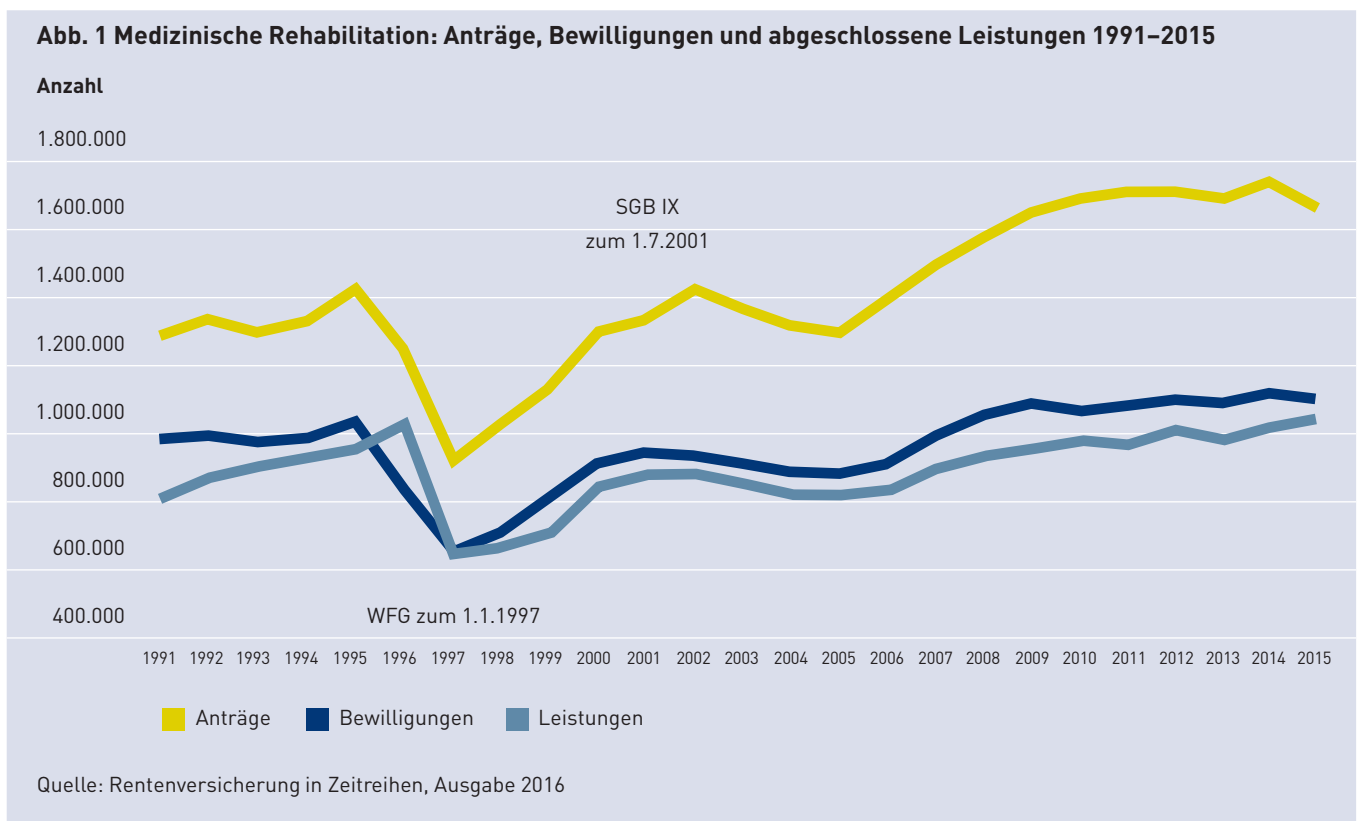
Abbildung 1 zeigt die Entwicklung von Anträgen, Bewilligungen und durchgeführten medizinischen Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung. Gewählt wurde der Zeitraum ab 1991, da seit diesem Jahr die Versicherten der neuen Bundesländer mit ausgewiesen werden. Die Anträge sind zwischen 1991 und 2015 von ca. 1.282.000 auf rund 1.660.000, die Bewilligungen von rund 995.000 auf rund 1.096.000 und die durchgeführten Leistungen von 803.000 auf rund 1.028.000 gestiegen.

2015 erhielten Versicherte rund 1.027.833 medizinische Reha-Leistungen.

Allerdings fällt auf, dass beispielsweise 1995 fast ebenso viele Bewilligungen wie 2015 erfolgten – bei deutlich mehr Anträgen in 2015. 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



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

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

der Mittel 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 %.

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 2010 erstmals wieder deutlich über den Zahlen in 1995 (s. Abb. 1).

Die medizinischen Reha-Leistungen stiegen von 2014 auf 2015 um 2,3 %.

Tabelle 1 wirft noch einmal einen Blick auf die Änderungsraten von 2014 auf 2015: Die Anträge sind um 2,0 %, die Bewilligungen um 0,1 % und die durchgeführten Reha-Leistungen um 2,3 % gestiegen.

Tab. 1 Medizinische Rehabilitation: Anzahl der Anträge, Bewilligungen und abgeschlossenen Leistungen 2014 und 2015

	Anträge	Bewilligungen	Leistungen
2014	1.724.277	1.135.087	1.014.763
2015	1.659.740	1.096.127	1.027.833
Veränderungsrate 2014–2015	- 2,0 %	- 0,1 %	+ 2,3 %

Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2016

Verschiedene Formen der Rehabilitation

Gemäß dem Grundsatz „Reha vor Rente“ steht bei der Mehrzahl der medizinischen Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung die Sicherung der Erwerbsfähigkeit der Versicherten im Vordergrund. Für Tumorerkrankungen und Kinderrehabilitation ist dies jedoch keine notwendige Voraussetzung. Die Anschlussrehabilitation (AHB) wird direkt aus einem Aufenthalt im Akutkrankenhaus heraus eingeleitet. Für Alkohol-, Drogen-, Medikamenten- und Mehrfachabhängige gibt es die Entwöhnungsbehandlung als spezielle Form der medizinischen Rehabilitation.

Auch die ganztägig ambulante Rehabilitation ist an dieser Stelle zu nennen. Diese Form der medizinischen Rehabilitation, bei der die Rehabilitanden nur tags-

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

14 % aller medizinischen Reha-Leistungen 2015 wurden ambulant durchgeführt.

über 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 2015 von 93 % auf 82 %. Die ambulanten Leistungen für Erwachsene haben sich dagegen 2015 mehr als verfünffacht von rund 25.000 im Jahr 2000 auf knapp 148.000 Leistungen. Sie machen derzeit ca. 14 % 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 sechs Jahren konstant bei 3 % (s. Tab. 2). Rehabilitationsleistungen bei Neubildungen (in ca. 95 % der Fälle bei bösartigen Neubildungen) sind 2015 wieder etwas angestiegen (s. Tab. 3).

Tab. 2 Abgeschlossene Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 2000–2015: 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 %
2014	1.014.763	840.639	83 %	141.147	14 %	31.384	3 %
2015	1.027.833	845.825	82 %	147.783	14 %	31.354	3 %

* stationäre und ambulante Reha-Anteile in Kombination erbracht (2831 Mischfälle in 2015); nur in Ingesamt-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“ 2000–2015

2015 waren gut ein Drittel aller Reha-Leistungen Anschlussrehabilitationen (AHB).

Derzeit ist jede sechste medizinische Rehabilitation für Erwachsene eine onkologische Reha-Leistung (16 % bzw. rund 158.000 Leistungen in 2015). Noch deutlich stärker als der Anstieg aller Reha-Leistungen zwischen 2000 und 2015 ist der Zuwachs bei der Anschlussrehabilitation (AHB). Mit rund 347.000 Leistungen stellt die AHB im Jahr 2015 einen Anteil von 35 % – verglichen mit 2000 eine Erhöhung des Anteils um mehr als 50 %.

Die Anzahl von Entwöhnungsbehandlungen hat sich in den Jahren seit 2000 schwankend entwickelt. 2015 liegen sie mit rd. 47.000 Leistungen nahe an dem Niveau von 2000 (rd. 46.500 Leistungen). Der Anteil der Entwöhnungsbehandlungen an den medizinischen Reha-Leistungen für Erwachsene liegt wie in den letzten Jahren relativ konstant bei 5 % (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

Tab. 3 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 2000–2015: 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	35 %	152.562	16 %	51.211	5 %
2014	983.379	337.618	35 %	152.260	16 %	50.485	5 %
2015	996.479	346.579	35 %	157.626	16 %	46.986	5 %

* stationäre und ambulante Reha-Anteile in Kombination erbracht (2.831 Mischfälle in 2015)

** 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“ 2000–2015

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

langfristig zu sichern, können so genannte Nachsorgeleistungen in Anspruch genommen werden. Ein bekanntes Beispiel sind die „Herzgruppen“. Aber nicht nur bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist Reha-Nachsorge sinnvoll, sondern auch bei anderen körperlichen und psychischen Erkrankungen: beispielsweise die Intensivierte Reha-Nachsorge (IRENA) für verschiedene Indikationen und das Curriculum Hannover für die Psychosomatik/Psychotherapie. Die Nachsorgeleistungen der Rentenversicherung haben in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen, auch von 2013 (178.184 Nachsorgeleistungen) auf 2014 (189.496 Leistungen; Anstieg 6 %). Im Jahr 2015 führte die Rentenversicherung mit 186.547 etwas weniger Nachsorgeleistungen durch.

Nachsorge und Stufenweise Wiedereingliederung fördern die Rückkehr an den Arbeitsplatz.

Nach einer medizinischen Rehabilitation können manche Versicherte ihre berufliche Tätigkeit nicht sofort in vollem Umfang wieder aufnehmen. Seit dem SGB IX kann die Rentenversicherung bei Stufenweiser Wiedereingliederung (STW) unmittelbar nach der medizinischen Rehabilitation Übergangsgeld (als Entgeltersatzleistung) zahlen. Die an der STW Teilnehmenden werden dann schrittweise, in der Regel mit ansteigender Stundenzahl, an die volle Arbeitsbelastung herangeführt. Eine Stufenweise Wiedereingliederung kann von sechs Wochen bis zu sechs Monaten dauern. Im Jahr 2015 unterstützte die Rentenversicherung auf diese Weise in 57.625 Fällen den (Wieder-) Einstieg in die berufliche Tätigkeit. Dies stellt eine Steigerung um 55 % von 2010 auf 2015 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 2015 waren es insgesamt 1.218. 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. Zu aktuellen Entwicklungen im Zusammenhang mit dem im Juli 2015 verabschiedeten Präventionsgesetzes (PrävG) siehe S. 9.

Krankheitsspektrum – zeitliche Entwicklung

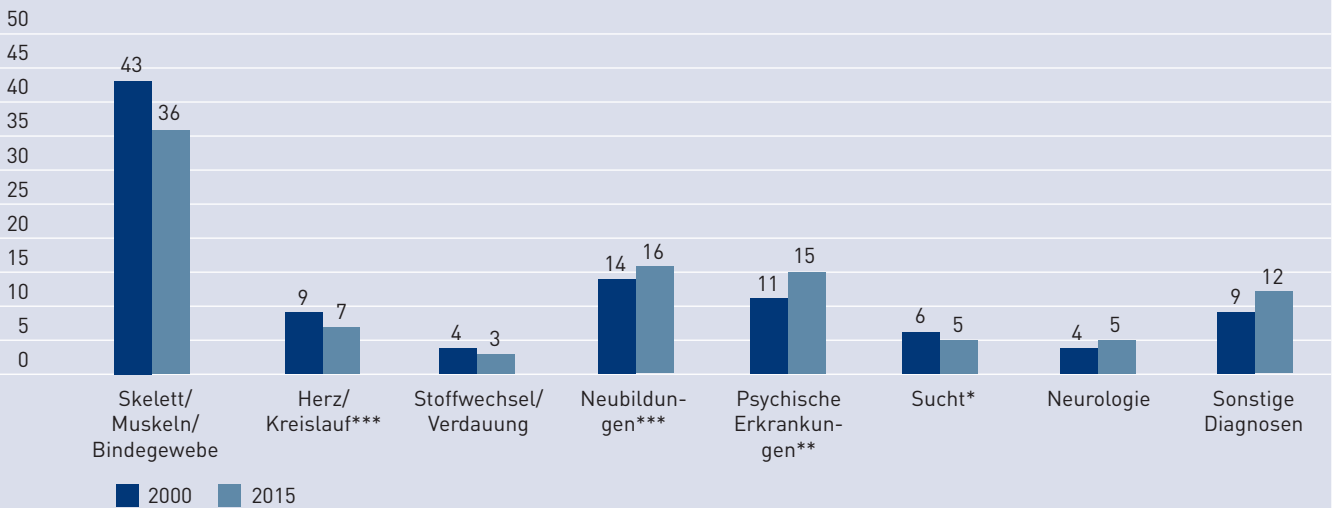
Fasst man stationäre und ambulante Leistungen zusammen, haben sich die medizinischen Reha-Leistungen der einzelnen Diagnosengruppen in den letzten Jahren unterschiedlich entwickelt (s. Abb. 2). Dies zeigt die Gegenüberstellung der Reha-Leistungen aus 2015 und aus 2000.

Rehabilitation bei psychischen Störungen nimmt zu.

Der Anteil an Leistungen bei Muskel-, Skelett- und Bindegewbserkrankungen, nach wie vor die größte Diagnosengruppe, betrug 2000 noch 43 %, in 2015 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 Entwick-

Abb. 2 Krankheitsspektrum in der medizinischen Rehabilitation Erwachsener¹ (ambulant und stationär): 2000 und 2015

Anteile Reha-Leistungen in %



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

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

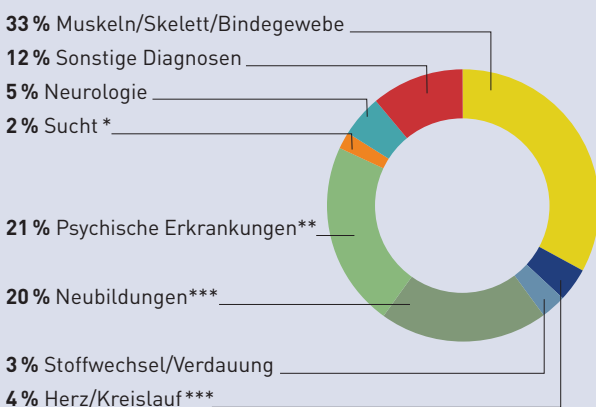
** ohne Sucht

*** ohne neurologische Krankheitsbilder

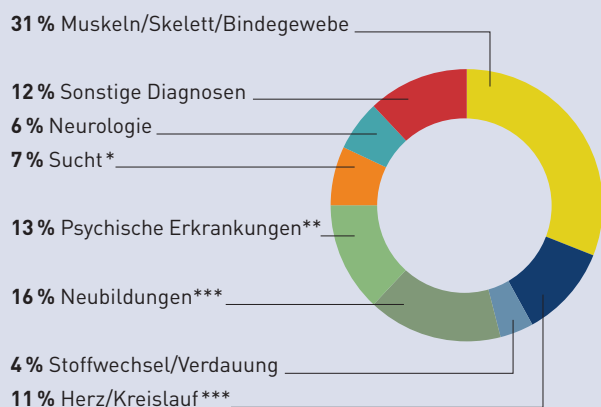
Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2000 und 2015

Abb. 3 Stationäre medizinische Rehabilitation 2015: Krankheitsspektrum¹ (Anteile Reha-Leistungen in %)

Frauen



Männer



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

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

** ohne Sucht

*** ohne neurologische Krankheitsbilder

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2015

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

lungen in den einzelnen Diagnosengruppen gehen bei Frauen und Männern in die gleiche Richtung.

Krankheitsspektrum im Jahr 2015

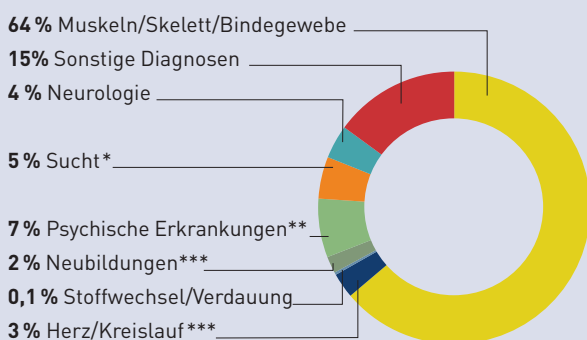
Vergleicht man die aktuelle Verteilung der Diagnosen in der medizinischen Rehabilitation in 2015 getrennt nach stationärer und ambulanter Reha-Form, stellt sich das Krankheitsspektrum unterschiedlich dar. Die Abbildungen 3 und 4 geben darüber hinaus auch Unterschiede im Krankheitsspektrum von Frauen 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.

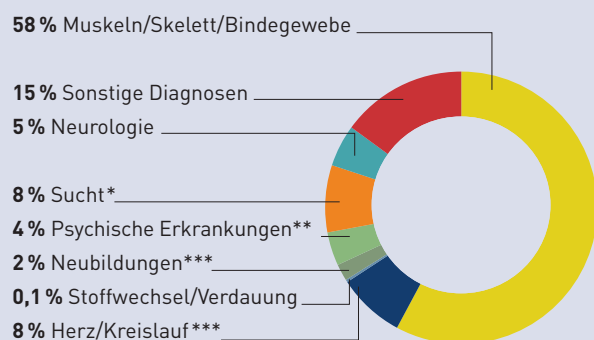
Eine stationäre medizinische Rehabilitation erhalten Frauen wie Männer zu etwa einem Drittel wegen Krankheiten der Muskeln, des Skeletts oder des Bindegewebes. Rang 2 belegt bei Frauen die medizinische Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen (21 %), dicht gefolgt von Rehabilitation bei Neubildungen (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 (16 %) inzwischen an dritter Stelle. Entwöhnungsbehandlungen (Sucht) sind bei Männern fast viermal so häufig wie bei Frauen (s. Abb. 3).

Abb. 4 Ambulante medizinische Rehabilitation 2015: Krankheitsspektrum¹ (Anteile Reha-Leistungen in %)

Frauen



Männer



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

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

** ohne Sucht

*** ohne neurologische Krankheitsbilder

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2015

Eine stationäre Rehabilitation dauerte im Schnitt 29 Tage.

Im Durchschnitt befinden sich Rehabilitanden 29 Tage in ihrer stationären medizinischen Rehabilitation. Nimmt man Reha-Leistungen wegen psychischer Erkrankungen, Suchterkrankungen und auch neurologischer Erkrankungen, die einer längeren Therapie bedürfen, davon aus, dauert die stationäre Rehabilitation in den einzelnen Diagnosengruppen zwischen 22 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 des Herz-Kreislauf-Systems, wegen Verdauungs- und Stoffwechselstörungen sowie Neubildungen 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 zwei 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 2015: Krankheitsspektrum und Behandlungsdauer

	Insgesamt (inkl. sonst. Leistungen)	Skelett/ Muskeln Binde- gewebe	Herz/ Kreislauf*	Stoff- wechsel/ Verdauung	Neu- bildun- gen*	Psychische Erkran- kungen**	Sucht***	Neurologie	Sonstige Diagno- sen	Fehlende Diagno- sen****
Ambulant										
Frauen	61.768	36.292	1.432	67	1.097	3.875	2.879	2.312	8.353	5.461
Behandlungs- tage****	20	16	16	16	16	30	-	21	-	-
Männer	86.015	47.192	6.725	104	1.650	2.897	6.858	3.674	12.162	4.753
Behandlungs- tage****	20	17	16	19	16	35	-	21	-	-
Stationär										
Frauen	430.077	138.565	14.584	11.209	83.522	89.122	8.796	19.845	48.533	15.901
Pflegetage****	28	23	24	23	23	37	89	30	-	-
Männer	415.748	123.878	44.670	17.863	63.170	52.438	28.453	25.423	50.599	9.254
Pflegetage****	30	23	23	22	22	38	87	29	-	-

* ohne neurologische Krankheitsbilder

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

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

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

***** 1. Diagnose noch nicht erfasst

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2015

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 (64 %) wie bei Männern (58 %) 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 20 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 16 (Frauen) bzw. 17 Behandlungstage (Männer) benötigt. Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen suchen im Schnitt an rund 32 Tagen die ambulante Reha-Einrichtung auf. Anders als in der stationären Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen ist im ambulanten Bereich die Behandlungsdauer bei Frauen (30 Tage) deutlich niedriger als bei Männern (35 Tage).

Das Durchschnittsalter in der orthopädischen Rehabilitation lag 2015 bei 51,8 Jahren, in der Suchtrehabilitation bei 42,3 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 42,3 Jahren in der Suchtrehabilitation (Entwöhnungsbehandlung). Rehabilitanden mit psychischen Erkrankungen (ohne Entwöhnungsbehandlungen; 49,1 Jahre) oder mit Erkrankungen des Verdauungs- und Stoffwechselsystems (49,4 Jahre) sind im Schnitt etwa gleich alt, gefolgt von Rehabilitanden mit neurologischen Erkrankungen (50,3 Jahre), orthopädischen Erkrankungen (51,8 Jahre) und Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems (53,8 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 2015 eine medizinische Rehabilitation abgeschlossen haben, lag bei 52,7 Jahren. Männer waren mit 52,2 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 2015 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.

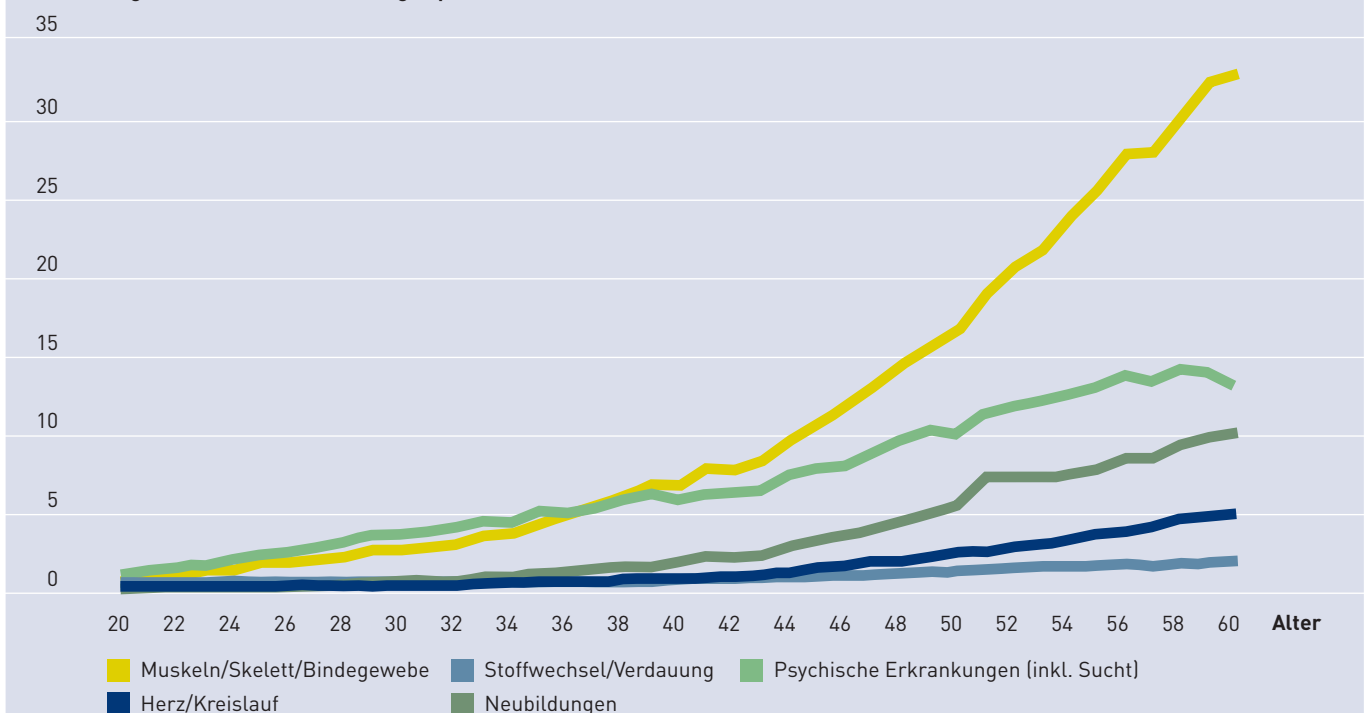
Altersstandardisierte Inanspruchnahme

Sei es Krankheitshäufigkeit, Sterblichkeit oder Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen – bei all diesen altersabhängigen Sachverhalten stellt sich die Frage, worauf ihre Schwankungen im Zeitablauf zurückzuführen sind. Bei der Betrachtung eines längeren Zeitraums kann sich nämlich sowohl die Größe der betrachteten Versichertenpopulation als auch deren Alters-

Unterschiedliche Altersstrukturen erfordern eine altersstandardisierte Betrachtung.

Abb. 5 Medizinische Rehabilitation: Altersspezifische Inanspruchnahmeraten bei Frauen 2015

Anzahl abgeschlossene Reha-Leistungen pro 1.000 Versicherte



Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2015, „Versicherte“ 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

zusammensetzung 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 2015

Anzahl abgeschlossene Reha-Leistungen pro 1.000 Versicherte

35

30

25

20

15

10

5

0

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

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

Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2015, „Versicherte“ 2014

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

Tabelle 5 gibt für Frauen und für Männer die altersstandardisierten Inanspruchnahmeraten insgesamt sowie für die wichtigsten fünf Diagnosengruppen zwischen 2000 und 2015 wieder.

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. 2015 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 2015 über denen von 2000. Diese deutliche Aufwärtsbewegung kann also zum Teil auf die veränderte

Tab. 5 Ambulante und stationäre medizinische Leistungen 2000–2015 nach ausgewählten Diagnosengruppen pro 1.000 Versicherte (altersstandardisiert¹, 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
2014	22,3	21,1	8,5	7,7	1,1	2,8	0,6	0,8	2,5	1,4	5,4	4,4
2015	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“ 2000–2015, Statistiken „Versicherte“ 1999–2014

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

Altersstruktur der Versichertenpopulation zurückgeführt werden. So kommen zum Beispiel die geburtenstarken Jahrgänge aus den 1960er Jahren zunehmend in das Alter, in dem sie vermehrt Rehabilitation benötigen.

Bei den Krankheiten 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. Nach einem leichten Rückgang zwischen 2012 und 2014 haben die altersstandardisierten Raten bei psychischen Erkrankungen für Frauen und Männern 2015 wieder zugenommen.



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 2017. Im Übrigen wird auf den Reha-Bericht 2015 verwiesen.

Behandlungserfolg – Sozialmedizinischer Verlauf

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.

Routinedaten zum Erfolg der Rehabilitation

Sozialmedizinischer Verlauf

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

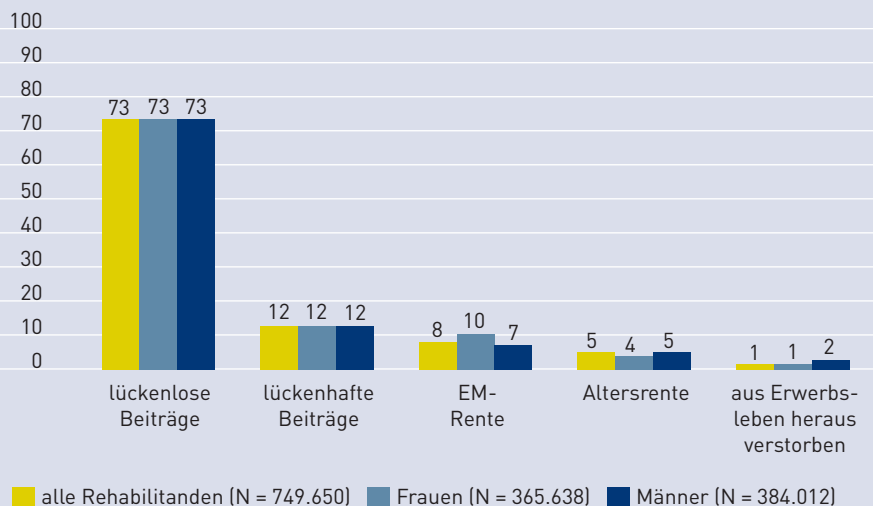
Die Beitragszahlungen können aus versicherungspflichtiger Beschäftigung, längerfristiger Arbeitsunfähigkeit (Krankengeld/Übergangsgeld) oder Arbeitslosigkeit kommen.

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 Gesamterblichkeit 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 2012 für die nachfolgenden zwei Jahre. Nur 14 % der Personen scheidern nach einer medizinischen Rehabilitation aus dem Erwerbsleben aus: 8 % erhalten eine Erwerbsminderungsrente, 5 % eine Altersrente und 1 % verstorben 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

Abb. 7 Sozialmedizinischer 2-Jahres-Verlauf nach medizinischer Rehabilitation in 2012 (pflichtversicherte Rehabilitanden)

Anteile Rehabilitanden in %



Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2007–2014

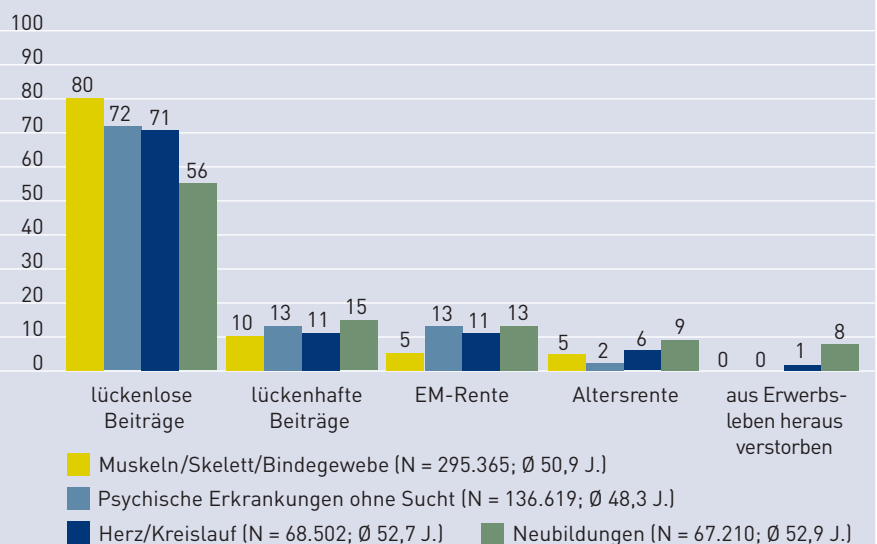
4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
21	Rehabilitation im Licht der Statistik
21	Medizinische Rehabilitation
41	Berufliche Rehabilitation
55	Aufwendungen für Rehabilitation
59	Anhang

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

lückenlos (73 %) oder mit Unterbrechungen (12 %) 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 2012 für verschiedene Diagnosengruppen (pflichtversicherte Rehabilitanden)

Anteile Rehabilitanden in %



Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2007-2014

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 90 % wesentlich mehr Personen erwerbsfähig als beispielsweise nach einer onkologischen Rehabilitation (71 % bei Zusammenfassung der Kategorien lückenlose und lückenhafte Beiträge). Das Durchschnittsalter der Rehabilitanden mit Neubildungen unterscheidet sich mit 52,9 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 (13 %), sondern auch in der höheren Sterblichkeit (8 %) 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 Arbeitsplatz erreichen zu können
- Berufsvorbereitung einschließlich der wegen der Behinderung eventuell notwendigen Grundausbildung
- Berufliche Bildung: Ausbildung (i.d.R. keine Leistung der Rentenversicherung), berufliche Anpassung, spezifische Qualifizierung und Weiterbildung wie z. B. Umschulungen
- Gründungszuschuss bei Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit
- Eingliederungszuschüsse an Arbeitgeber
- Leistungen in einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen

Anträge, Bewilligungen und durchgeführte Leistungen

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 2015 reichten die Versicherten 434.308 Anträge auf LTA bei der Rentenversicherung ein (wobei ein Versicherter auch mehrere Leistungen gleichzeitig beantragen kann). 68 % der erledigten Anträge wurden bewilligt, 24 % abgelehnt und 8 % anderweitig erledigt, z. B. an den letztlich zuständigen Rehabilitationsträger weitergeleitet. Die Ablehnungen erfolgten zu knapp 73 % 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.

434.308 Anträge auf LTA gingen 2015 bei der Rentenversicherung ein.

Vermittlungsbescheide

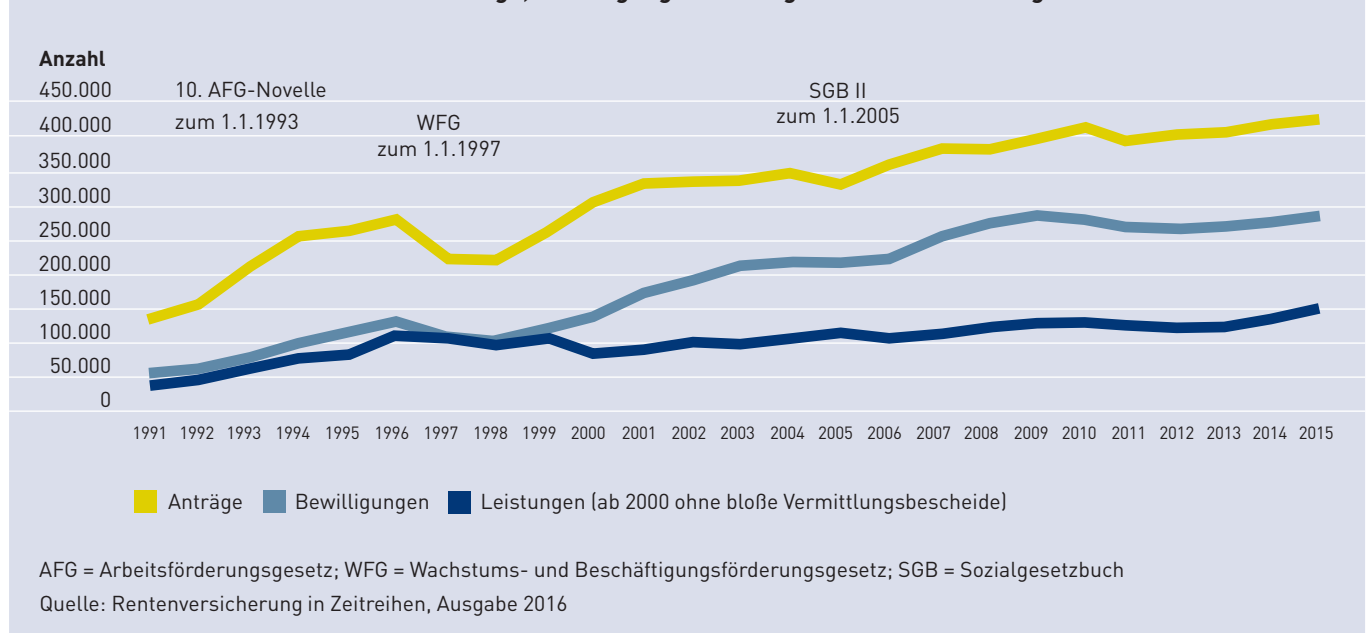
Eine Besonderheit bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind die so genannten Vermittlungsbescheide: Sie sind eine Zusage weiterer Leistungen für den Fall, dass Versicherte nach einer beruflichen Umschulung einen Arbeitsplatz finden, der ihren krankheitsbedingten Beeinträchtigungen gerecht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

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

Die Zahl der Anträge, Bewilligungen und abgeschlossenen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unterliegt wie bei medizinischen Leistungen (vgl. Abb. 1, S. 22) zeitlichen Schwankungen, wenn auch nicht so ausgeprägt (s. Abb. 9). Von 1991 bis 2015 ist die Zahl der Anträge von etwa 145.000 auf mehr als

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

Abb. 9 Teilhabe am Arbeitsleben: Anträge, Bewilligungen und abgeschlossene Leistungen 1991–2015



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

430.000 und damit auf das Dreifache gestiegen. Die Zahl der Bewilligungen hat sich in diesem Zeitraum verfünffacht.

Dagegen beträgt die Zahl der abgeschlossenen Leistungen im Jahr 2015 wiederum nur das rd. Dreifache 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.

Von 2014 auf 2015 stiegen die LTA um 4 %.

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. Von 2014 auf 2015 haben die Antragszahlen zugenommen (+ 4 %). Ebenso sind die Bewilligungen (+ 4,7 %) und durchgeführten Leistungen (+ 7,5 %) wieder angestiegen (s. Tab. 6).

Tab. 6 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben: Anzahl der Anträge, Bewilligungen und abgeschlossenen Leistungen 2014 und 2015

	Anträge	Bewilligungen	Leistungen
2014	417.531	280.060	142.323
2015	434.308	293.251	152.938
Veränderungsrate 2014–2015	+ 4,0 %	+ 4,7 %	+ 7,5 %

Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2016

Zeitliche Entwicklung

Tabelle 7 unterlegt die zeitliche Entwicklung der abgeschlossenen LTA mit Zahlen. In dem hier dargestellten Zeitraum 2000–2015 wurden im Jahr 2015 mit 152.938 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. Seit 2013 sind die abgeschlossenen Leistungen wieder angestiegen. Dies zeigt

Tab. 7 Abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 2000–2015

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
2014	142.323	91.494	50.829
2015	152.938	98.049	54.889

Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2000–2015

Männer nehmen LTA erheblich häufiger wahr als Frauen.

sich sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen. Insgesamt hat sich bei Frauen zwar die Anzahl abgeschlossener Leistungen von 2000 bis 2015 weit mehr als verdoppelt. Dennoch absolvierten sie 2015 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 mit 44 % und Männern mit 48 % den größten Leistungsbereich dar.

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

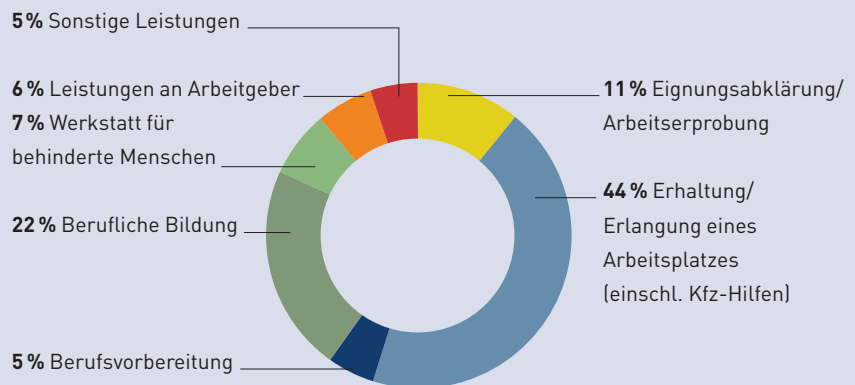
30.546 Leistungen zur beruflichen Bildung in 2015

Einen weiteren großen Block bilden Leistungen zur beruflichen Bildung, die für Frauen (22 %) wie Männer (19 %) 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 (Frauen 7 %, Männer 6 %) und zur Berufsvorbereitung (5 %). Männer nehmen dagegen Leistungen zur Eignungsabklärung und Arbeitserprobung (12 %) sowie Leistungen an Arbeitgeber (7 %) etwas häufiger in Anspruch als Frauen (11 % 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.

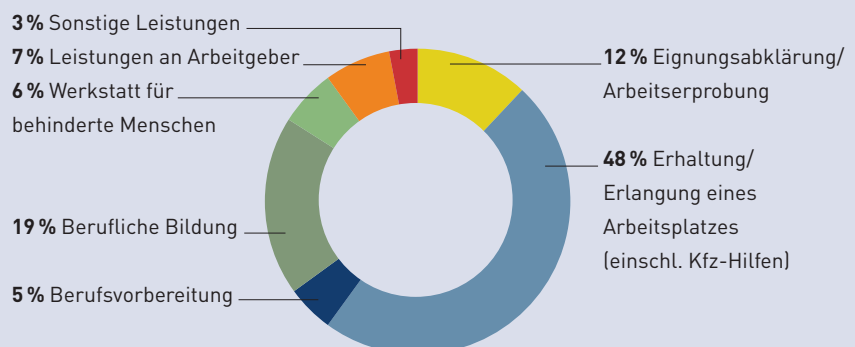
Ähnliches Leistungsspektrum bei Frauen und Männern

Abb. 10 Spektrum der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei Frauen und Männern 2015 – abgeschlossene Leistungen

Frauen: 54.889 Leistungen



Männer: 98.049 Leistungen



Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2015

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.

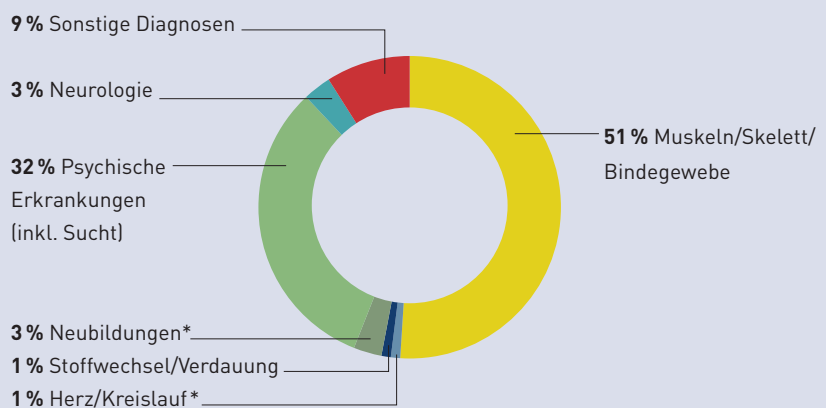
Vor allem zwei Diagnosengruppen führen zu beruflichen Bildungsleistungen (s. Abb. 11). 51 % der beruflichen Bildungsleistungen für Frauen und sogar 60 % der für Männer gingen 2015 auf Krankheiten der Muskeln, des Skeletts oder des Bindegewebes zurück. Ebenfalls von erheblicher Bedeutung sind die psychischen Erkrankungen, insbesondere bei Frauen. Hier waren sie für nahezu ein Drittel (32 %) aller Bildungsleistungen der Grund, bei Männern für 17 %.

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

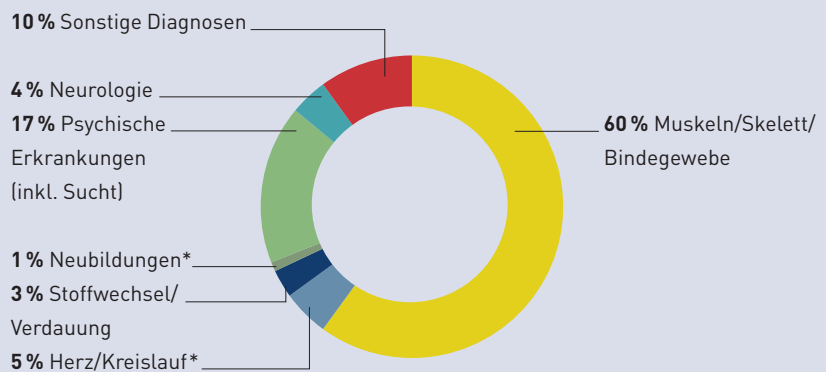
Vor allem orthopädische und psychische Erkrankungen führen zu beruflichen Bildungsleistungen.

Abb. 11 Krankheitsspektrum bei Bildungsleistungen von Frauen und Männern 2015 – abgeschlossene Leistungen¹

Frauen



Männer



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

* ohne neurologische Krankheitsbilder

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2015

Neurologische Erkrankungen spielen eine deutlich geringere Rolle: Wegen einer solchen Erkrankung werden 3 % der Leistungen bei Frauen und 4 % der Leistungen bei Männern durchgeführt. Dies trifft auch auf die Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems zu (Frauen 1 %, Männer 5 %).

Berufliche Bildung – altersspezifische Inanspruchnahme

Rehabilitanden, die Bildungsleistungen in Anspruch nehmen, sind im Durchschnitt wesentlich jünger als Rehabilitanden in der medizinischen Rehabilitation (s. S. 31). Das Durchschnittsalter von Frauen, die in 2015 eine berufliche

Bildungsleistung abgeschlossen haben, liegt bei 45,8 Jahren. Männer waren im Durchschnitt mit 45,0 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 46,8 Jahre, Männer 46,9 Jahre).

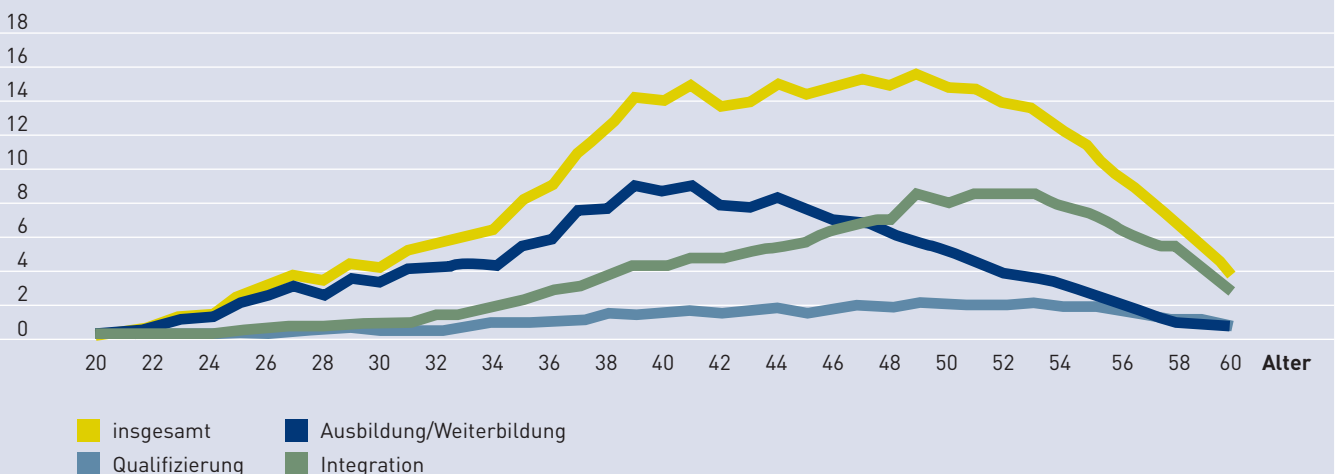
Auch die Inanspruchnahme beruflicher Bildungsleistungen hängt, wie die Inanspruchnahme medizinischer Reha-Leistungen, mit dem Alter zusammen. Die Inanspruchnahme wird als Inanspruchnahmerate dargestellt, d. h. als Leistungen pro 10.000 Versicherte. Werden die Rehabilitanden zu Versicherten gleichen Alters in Beziehung gesetzt, erhält man die altersspezifische Inanspruchnahme. Je nach der Leistungsart ergibt sich ein unterschiedlicher altersspezifischer Verlauf bei der Inanspruchnahme beruflicher Bildungsleistungen (s. Abb. 12).

Weiterbildungsleistungen werden am häufigsten bei Versicherten zwischen 39–44 Jahren durchgeführt.

Weiterbildungen als berufliche Bildungsleistung steigen im Jahr 2015 bis zum Alter von 39 Jahren stetig an und haben dort ihr Maximum (neun Rehabilitanden auf 10.000 Versicherte). Auch mit 41 Jahren (neun Rehabilitanden auf 10.000 Versicherte) und mit 44 Jahren (acht Rehabilitanden auf 10.000 Versicherte) gibt es weitere Spitzen. Anschließend sinkt die altersspezifische Inanspruchnahme deutlich (s. Abb. 12), d. h., Weiterbildungen werden am häufigsten bei Versicherten zwischen 39 und 44 Jahren durchgeführt. Diese relativ kostenintensiven Leistungen – vor allem Umschulungen mit einer Dauer von etwa zwei Jahren, die eine recht anspruchsvolle Qualifizierung darstellen – kommen also überwiegend jüngeren Versicherten zugute. Ähnlich wie bei den Weiterbildungen, nur zeitlich etwas versetzt, steigt auch bei den Integra-

Abb. 12 Berufliche Bildungsleistungen: Altersspezifische Inanspruchnahmeraten 2015

Anzahl abgeschlossene berufliche Bildungsleistungen pro 10.000 Versicherte



Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2015, „Versicherte“ 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

tionsleistungen die Inanspruchnahme mit dem Alter bis zum Maximum bei 53 Jahren (rund 9/10.000 Versicherte gleichen Alters); in höherem Alter sinkt die Inanspruchnahme dann wieder. Bei den Qualifizierungsmaßnahmen gibt es ebenfalls einen – wenngleich moderaten – Anstieg der Inanspruchnahme mit zunehmendem Alter 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).

2015 sind die Bildungsleistungen bei Frauen und Männern leicht gestiegen.

Tab. 8 Leistungen zur beruflichen Bildung 2000–2015 nach Art der Bildungsleistung (altersstandardisiert – Leistungen pro 10.000 Versicherte¹)

Jahr	Insgesamt		Qualifizierungsmaßnahmen		Ausbildung/Weiterbildung		Integrationsleistungen	
2000	4,7	10,6	0,9	1,8	2,4	5,7	1,5	3,1
2001	4,7	12,4	1,4	4,3	1,7	4,5	1,6	3,6
2002	5,2	13,1	1,3	4,3	2,0	5,1	1,9	3,7
2003	5,6	11,6	0,9	2,1	2,7	6,0	2,0	3,5
2004	6,6	12,2	0,8	1,8	3,6	6,6	2,1	3,8
2005	7,0	12,5	0,8	1,6	3,8	6,8	2,4	4,1
2006	6,0	10,9	0,6	1,2	3,2	6,0	2,2	3,7
2007	5,8	10,3	0,5	1,0	2,8	5,3	2,5	4,0
2008	6,3	10,2	0,7	1,1	2,9	5,0	2,8	4,1
2009	6,9	10,8	0,8	1,1	3,1	5,3	3,0	4,4
2010	7,5	11,4	0,8	1,2	3,6	5,7	3,1	4,4
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
2014	6,8	10,0	0,6	1,0	3,2	5,1	3,0	3,9
2015	7,2	10,1	0,8	1,1	3,4	5,2	3,1	3,9

■ Frauen □ Männer

¹ Aktiv Versicherte am 31.12. des Vorjahres, ohne geringfügig Beschäftigte ohne Verzicht auf die Versicherungsfreiheit. Standardisierungspopulation: Summe Männer und Frauen 1999.

Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2000-2015, „Versicherte“ 1999-2014

Die altersstandardisierten Inanspruchnahmeraten für die Jahre 2000 bis 2015 sind getrennt für Frauen und Männer in Tabelle 8 wiedergegeben.

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. Für das Jahr 2015 zeigen sich folgende Entwicklungen: Bei Frauen liegt mit 7,2 pro 10.000 Versicherte die Inanspruchnahme deutlich über der Rate im Jahr 2000 (4,7), bei Männern liegt sie mit 10,1 pro 10.000 Versicherte nahe an der Rate in 2000 (10,6).

Die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Inanspruchnahme haben sich gegenüber 2000 etwas angeglichen. Nach einem leichten Rückgang der Inanspruchnahme zwischen 2011 und 2013 nimmt sie seit 2014 wieder zu.



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 2017.

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.

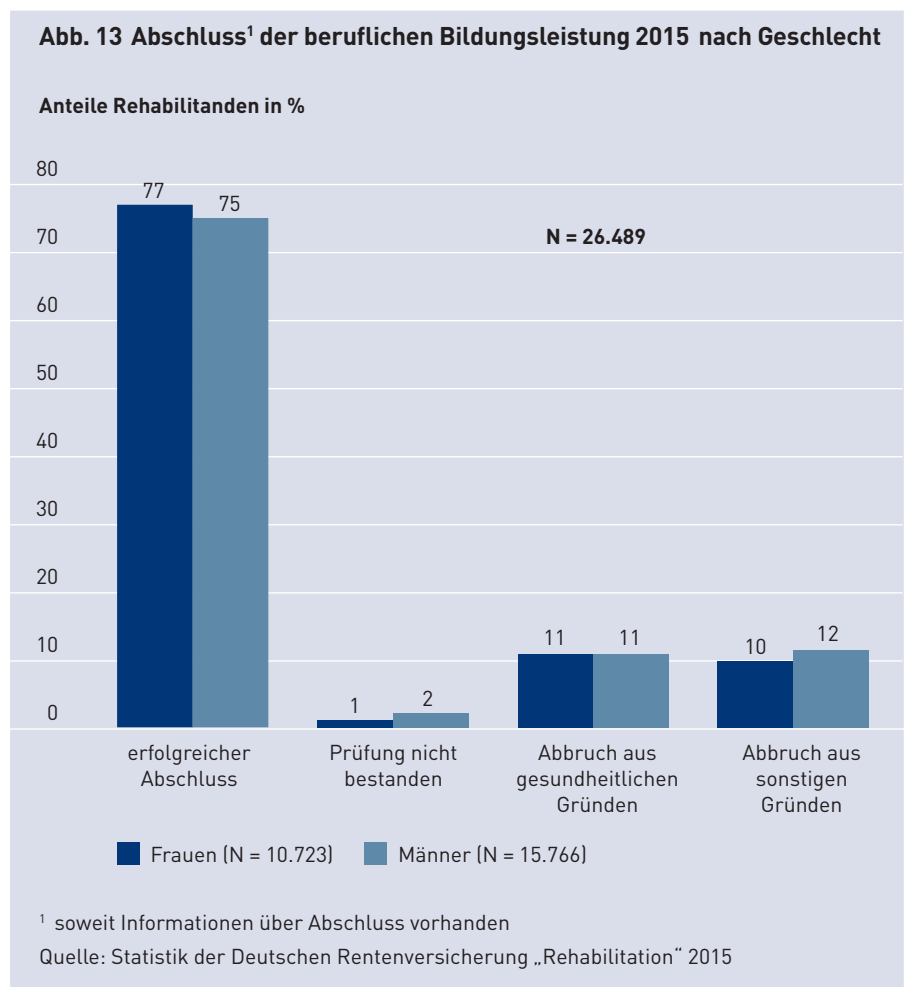
Der Erfolg der beruflichen Bildungsleistungen bemisst sich wesentlich am Anteil der Rehabilitanden und Rehabilitandinnen, der anschließend dauerhaft erwerbstätig ist. Die Routinedaten der Rentenversicherung ermöglichen dazu eine Betrachtung über die beiden Jahre nach der Bildungsleistung (s. Abb. 14). Die berufliche Wiedereingliederung der Rehabilitanden und Rehabilitandinnen, die 2012 ihre Bildungsleistung abgeschlossen haben, nimmt im Verlauf der

Berufliche Rehabilitation: Ergebnis von Bildungsleistungen

beiden folgenden Jahre zu: Sind im sechsten Monat nach Ende der Bildungsleistung 47 % pflichtversichert beschäftigt, erhöht sich dieser Anteil nach zwei Jahren auf immerhin 56 %. Im selben Zeitraum sinkt der Anteil der Arbeitslosen von anfänglich 28 % auf 19 %.

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 Sechsten bis Siebten 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.



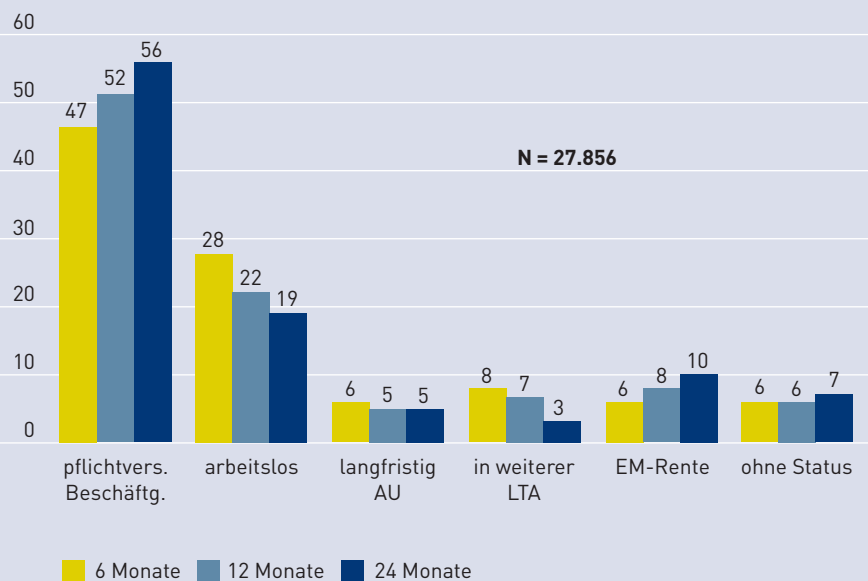
4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
21	Rehabilitation im Licht der Statistik
21	Medizinische Rehabilitation
41	Berufliche Rehabilitation
55	Aufwendungen für Rehabilitation
59	Anhang

Frauen und Männern unterscheiden sich teilweise hinsichtlich ihrer Wiedereingliederung. Zwei Jahre nach der Bildungsleistung sind etwas weniger Frauen als Männer pflichtversichert beschäftigt (Frauen 55 %, Männer 56 %) bzw. arbeitslos (Frauen 16 %, Männer 20 %). Der Anteil an EM-Renten ist bei Frauen mit rd. 13 % höher als bei Männern mit rd. 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 2012

Anteile Rehabilitanden in %



Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2007-2014



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 2015

2015 gab die Deutsche Rentenversicherung insgesamt ca. 6,21 Mrd. € für Rehabilitation aus (Bruttoaufwendungen). Da diesen Ausgaben auch Einnahmen, z. B. aus Zuzahlungen der Versicherten gegenüberstehen, entstanden 2015 Nettoaufwendungen in Höhe von 6,02 Mrd. €. Dies entspricht einer Änderungsrate von + 3,0 % von 2014 auf 2015. Damit blieb die Rentenversicherung wieder im Rahmen des Budgets, das ihr für Reha-Leistungen gesetzlich vorgegeben ist und für 2015 auf 6,375 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 2015 entfielen rd. 1,1 Mrd. € brutto (17,6 %) 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 2015 insgesamt 61,3 Mio. € Zuzahlungen, das sind im Durchschnitt 60 € pro Reha-Leistung.

Für eine einzelne stationäre medizinische Rehabilitation bei körperlichen Erkrankungen betragen die direkten Behandlungskosten – ohne ergänzende Leistungen wie Übergangsgeld oder Reisekosten – im Jahr 2015 im Schnitt 2.752 €. Ambulant erbrachte Reha-Leistungen bei körperlichen Erkrankungen kosteten durchschnittlich 1.786 €. 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 6.468 € pro stationärer Rehabilitation deutlich höher, was sich durch ihre längere Dauer, vor allem bei Suchterkrankungen, erklärt.

Entwicklung der Aufwendungen ab 2000

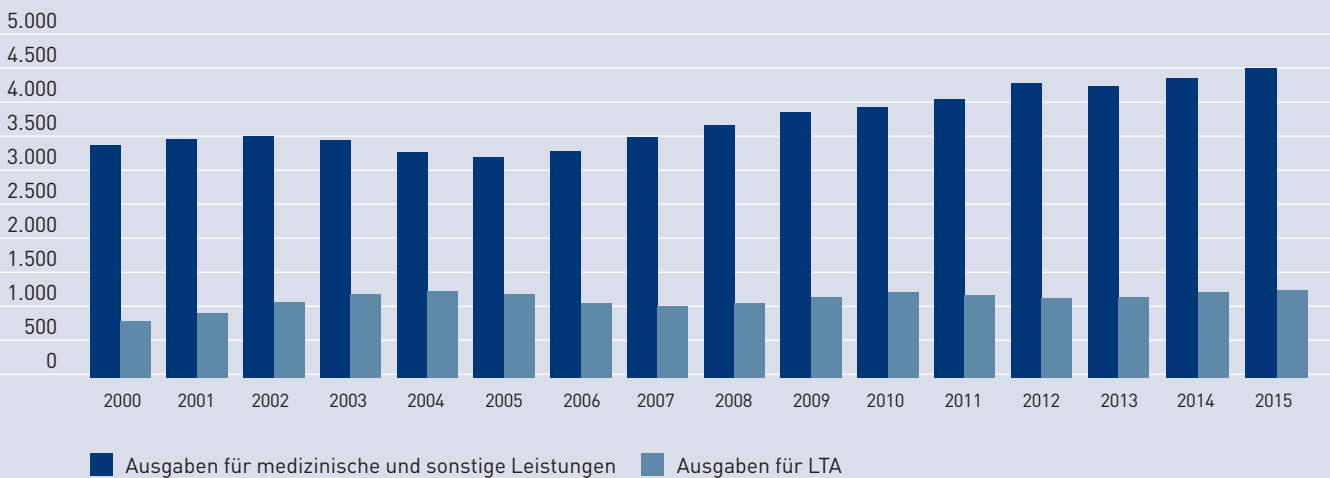
Abbildung 15 gibt die Entwicklung der Aufwendungen ab 2000 wieder. Tabelle 9 (s. S. 57) gewährt einen differenzierten Einblick zu den Kosten nach Leistungsgruppen. Die Aufwendungen für Rehabilitation (brutto, inkl. Sozialversicherungsbeiträge) nehmen in dem betrachteten Zeitraum insgesamt kontinuierlich zu, bis auf einen leichten Rückgang in den Jahren 2004–2006. In 2015 steigen sie im Vergleich zum Vorjahr leicht an und fallen damit um

2015 gab die Rentenversicherung 6,21 Mrd. Euro für Rehabilitation aus.

Eine stationäre Rehabilitation bei körperlichen Erkrankungen kostete 2015 im Durchschnitt 2.752 €, eine ambulante Rehabilitation 1.786 €.

Abb. 15 Aufwendungen¹ für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben 2000–2015

in Mio. €



¹ Bruttoaufwendungen, d.h. Reha-Ausgaben zzgl. Erstattungen, inkl. Übergangsgeld, ohne Sozialversicherungsbeiträge und persönliches Budget

Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2016

2015 betragen die Ausgaben für LTA etwa ein Fünftel der Gesamtausgaben für Rehabilitation.

rund 37 % höher als im Jahr 2000 (s. Abb. 15). Die Zahlen dieser beiden Jahre 2000 und 2015 sind aufgrund der zu berücksichtigenden Preissteigerungen jedoch nicht direkt vergleichbar.

Bei den LTA zeigt sich eine dynamischere Ausgabenentwicklung als bei der medizinischen Rehabilitation. Während die Aufwendungen für medizinische und sonstige Reha-Leistungen inkl. Übergangsgeld 2015 zu etwa 32 % über dem Niveau von 2000 liegen, haben sich diejenigen für LTA inkl. Übergangsgeld im Vergleich zu 2000 um 55 % erhöht (s. Tab. 9).

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 2005 bis 2007 nehmen die Ausgaben für LTA seit 2008 mit leichten Schwankungen wieder zu. Bei den Aufwendungen für medizinische Rehabilitation zeigt sich von 2006 an ein kontinuierlicher Anstieg.

Insgesamt hat sich im betrachteten Zeitraum das Verhältnis zwischen den Aufwendungen für medizinische Rehabilitation und berufliche 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

Tab. 9 Aufwendungen¹ für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben 2000–2015 in Mio. €

Jahr	Aufwendungen für Rehabilitation insgesamt*	Medizinische und sonst. Leistungen	Übergangsgeld für med. und sonst. Leistungen	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	Übergangsgelder bei LTA	Sozialversicherungsbeiträge
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
2014	6.030,8	3.815,4	618,8	800,9	445,1	350,0
2015	6.208,3	3.909,4	635,5	838,0	457,7	366,9

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

* ab 2011 ist „Persönliches Budget“ in der Spaltensumme enthalten (2015: 0,8 Mio. €)

Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2016

etwas zugunsten letzterer verändert: Lag 2000 das Verhältnis noch bei 4,1:1, lag es 2015 bei etwa 3,5:1.

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 2015 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 2015 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.

Aufwendungen für Rehabilitation

Tab. 10 Ausgaben der gesetzlichen Rentenversicherung 2015 nach Ausgabearten in Mio. €

Ingesamt	Rehabilitation*	Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit	Altersrenten	Hinterbliebenenrenten	sonst. Ausgaben (v. a. KVdR**)	Verwaltungs- und Verfahrenskosten
277.749	6.022	16.964	192.344	40.260	18.340	3.820
100,0 %	2,2 %	6,1 %	69,3 %	14,5 %	6,6 %	1,4 %

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

** KVdR = Krankenversicherung der Rentner

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung – Rechnungsergebnisse 2015

Datenquellen

Grundlage des Reha-Berichts: Update 2016 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 2016 wurden die folgenden jährlichen Statistiken über Routinedaten der Rentenversicherung herangezogen:

Der umfangreiche Tabellenband „Rehabilitation“ 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.

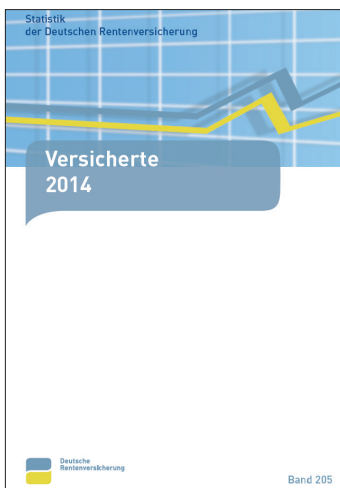
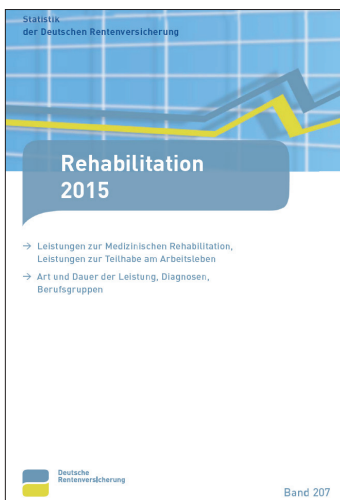
Rehabilitation

Statistik der Deutschen Rentenversicherung
Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund
Ausgaben für die Jahre 2000 bis 2015

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 2014





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

Rentenversicherung in Zeitreihen

Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund

Ausgabe 2016

DRV-Schriften, Band 22

Statistikpublikationen der Deutschen Rentenversicherung können auf folgender 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.reha-wissenschaften-drv.de
E-Mail: reha-wissenschaften@drv-bund.de

Bezug

www.reha-berichte-drv.de

Koordination

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

Statistische Daten

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

Mitwirkende

Wir danken folgenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für ihre Mitwirkung:
Sebastian Ellert, Johannes Falk, Guy Oskar Kamga Wambo, Silke Kirschning,
Nina-Tamara Moser, Teresia Widera, Janett Zander, Pia Zollmann

Fotos

Deutsche Rentenversicherung Bund, fotolia (S. 13, S. 18)

Satz und Layout

de-sign-network, Zossen & Dallgow-Döberitz

Druck

H. Heenemann GmbH & Co. KG, Berlin

Auflage

5.000

Berlin, Dezember 2016

ISSN 2193-5718 (Reha-Bericht)

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliographie.

