

# Rehabilitation und Erwerbsminderung – ein aktueller Überblick

Dr. Christiane Korsukéwitz, Uwe Rehfeld

Die Inanspruchnahme von medizinischen Rehabilitationsleistungen ist nach kontinuierlicher Zunahme in den letzten Jahren auf hohem Niveau stabil. Das gilt trotz der allgemeinen wirtschaftlichen Situation auch im ersten Halbjahr 2009, wobei ambulante Rehabilitationen zunehmend an Bedeutung gewinnen. Die Rehabilitation der Rentenversicherung (RV) wird von einer umfassenden Qualitätssicherung begleitet, bei der die Einbeziehung neuer Bereiche (z. B. ambulante und berufliche Rehabilitation) und die Erschließung weiterer Qualitätsdimensionen im Vordergrund stehen. Bei den Erwerbsminderungsrenten haben sich in den letzten Jahren Verschiebungen in der Indikationsverteilung ergeben. Auffällig ist hier der gestiegene Anteil psychischer Erkrankungen als Frühberentungsursache.

## 1. Entwicklung der Rehabilitation im Überblick

### 1.1 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Trotz der allgemeinen konjunkturellen Entwicklung ist die Zahl der Anträge auf medizinische und berufliche Rehabilitationsleistungen auch im ersten Halbjahr 2009 im Vergleich zum Vorjahreszeitraum leicht um 0,8 % (medizinische) bzw. um 1,4 % (berufliche Leistungen) gestiegen (vgl. Tabelle 1). Dabei waren auch die Veränderungen bei den Bewilligungszahlen mit +1,5 % bzw. +5,6 % positiv. Der Anstieg bei den bewilligten ambulanten medizinischen Rehabilitationsleistungen fällt dabei mit aktuell +9,3 % weiterhin überproportional aus.

Die insgesamt stabile Entwicklung ist ebenfalls bei den durchgeführten Rehabilitationsleistungen ablesbar (vgl. Tabellen 2 und 3, S. 336), weist jedoch in den einzelnen Indikationen unterschiedliche Ausprägungen auf: Während die Zahl der stationären Leistungen in den Indikationsgebieten Kardiologie und Onkologie bei Männern leicht abgenommen hat (Rückgang -0,9 % bzw. -1,2 %), ist deren Zahl bei

Frauen zunehmend (+5,7 % bzw. +4,2 %). Die Anzahl der Leistungen wegen psychischer Erkrankungen ist bei Frauen und Männern deutlich gestiegen (Zunahme 4,6 % bis 8,8 %).

Um demographische Effekte auszuschalten, werden die durchgeführten Rehabilitationen üblicherweise auf einen Versichertenbestand bezogen. Die so berechneten standardisierten Raten (vgl. Tabellen 4

und 5, S. 336 und S. 337) bestätigen die beschriebenen Trends bei der Inanspruchnahme sowohl für Männer als auch für Frauen. Mit 21,9 Leistungen pro 1 000 Versicherten liegt die Inanspruchnahmerate der Frauen auch im Jahr 2008 über der der männlichen Rehabilitanden mit 19,0. Geschlechtsspezifische Unterschiede im Krankheitsspektrum zeigen sich – vergleichbar mit anderen Versorgungsbereichen – ebenfalls: Bei den Männern ist die Inanspruchnahme kardiologischer Rehabilitationen vergleichsweise höher (2,5 versus 1,1), wohingegen

bei den Frauen onkologische Erkrankungen häufiger Grund für eine medizinische Rehabilitation sind (3,0 versus 1,5).

Dr. Christiane Korsukéwitz ist Leiterin des Geschäftsbereichs Sozialmedizin und Rehabilitation, Uwe Rehfeld ist Leiter des Geschäftsbereichs Forschung, Entwicklung, Statistik der Deutschen Rentenversicherung Bund.

**Tabelle 1: Anträge und Bewilligungen**

Jahr	Anträge medizinische Rehabilitation	Bewilligungen medizinische Rehabilitation	Bewilligungen ambulante Leistungen	Anträge Teilhabe am Arbeitsleben	Bewilligungen Teilhabe am Arbeitsleben
2005	1 295 991	879 796	84 893	339 616	219 550
2006	1 382 569	926 246	96 832	358 343	227 298
2007	1 504 640*	999 185**	111 887	387 153	254 035
2008	1 589 104	1 064 005	126 048	385 364	269 240
Januar–Juni 2008	861 993	559 516	63 613	194 533	132 825
Januar–Juni 2009	868 891	568 127	69 511	197 331	140 213

\* Ohne von der Knappschaft-Bahn-See nachgemeldete Fälle der ArGe Krebs NRW (insgesamt 5 710).

\*\* Ohne von der Knappschaft-Bahn-See nachgemeldete Fälle der ArGe Krebs NRW (insgesamt 5 434).

Quelle: Statistik über Reha-Anträge und ihre Erledigungen gem. § 3 RSVwV.

**Tabelle 2: Stationäre Leistungen – Männer**

Jahr	Insgesamt*	Skelett-Muskel-Bindegewebe	Herz-/Kreislauf	Stoffwechsel/Verdauung	Neubildungen	Psychische Erkrankungen
2003	396 798	153 598	55 716	17 472	60 052	62 194
2004	369 013	132 765	50 408	15 496	62 958	60 966
2005	362 002	124 442	47 578	15 028	65 298	60 748
2006	360 758	121 812	47 423	15 529	64 075	58 914
2007	397 726	133 811	50 724	17 085	66 976	66 967
2008	406 569	136 181	50 290	17 506	66 176	70 025

\* Summe aller Leistungen einschließlich weiterer Indikationen.

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“.

Die Anschlussrehabilitationen (AHB) bestätigen auch in 2008 durch kontinuierlich steigende Fallzahlen und mit einem Anteil von mittlerweile 29,3 %, dass die Verzahnung von ineinandergreifenden Behandlungsangeboten der Leistungsträger RV und Krankenversicherung weiter an Bedeutung gewinnt (vgl. Tabelle 6, S. 337).

Daneben sind auch die ambulant bzw. ganztägig ambulant durchgeführten Angebote erfolgreich<sup>1</sup>. Der deutlich wachsende Anteil dieser Leistungsart an den medizinischen Leistungen liegt im Jahr 2008 bei 10,6 % (vgl. Tabelle 7, S. 338). In Ballungsräumen wird z. B. schon jede dritte orthopädische Rehabilitation ambulant durchgeführt.

## 1.2 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Das von der RV zu erbringende Spektrum der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)<sup>2</sup> besteht

aus unterschiedlichen Leistungsarten (vgl. Tabelle 8, S. 338). Die RV fördert u. a. Qualifizierungsmaßnahmen zur beruflichen Bildung sowie Leistungen an Arbeitgeber und Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen.

Die Anteile einzelner Leistungsarten an den Gesamtleistungen haben sich im Verlauf der letzten Jahre deutlich verändert. Ohne Berücksichtigung der Vermittlungsbescheide nahm der Anteil der Leistungen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes von 25 % im Jahr 2003 auf 33 % im Jahr 2008 zu,

<sup>1</sup> Vgl. Lindow, Klosterhuis, Naumann (2007): Ambulante Rehabilitation – ein Versorgungsbereich profiliert sich. RVaktuell Jg. 54, Heft 7/8, S. 206–213.

<sup>2</sup> Erbstöber, Verhorst, Lindow, Klosterhuis (2008): Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durch die Deutsche Rentenversicherung – ein Überblick. RVaktuell, Jg. 55, Heft 11, S. 343–350.

**Tabelle 3: Stationäre Leistungen – Frauen**

Jahr	Insgesamt*	Skelett-Muskel-Bindegewebe	Herz-/Kreislauf	Stoffwechsel/Verdauung	Neubildungen	Psychische Erkrankungen
2003	355 628	137 931	18 542	12 319	75 009	67 651
2004	333 109	120 188	17 023	10 774	77 651	64 135
2005	334 729	116 490	16 669	10 832	80 880	65 791
2006	343 246	119 220	16 608	11 008	79 445	64 514
2007	374 056	128 892	17 439	12 164	82 118	71 805
2008	397 437	136 503	18 432	12 646	85 569	78 105

\* Summe aller Leistungen einschließlich weiterer Indikationen.

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“.

**Tabelle 4: Stationäre Leistungen pro 1 000 Versicherte\* (altersstandardisiert) – Männer**

Jahr	Insgesamt*	Skelett-Muskel-Bindegewebe	Herz-/Kreislauf	Stoffwechsel/Verdauung	Neubildungen	Psychische Erkrankungen
2003	20,2	8,3	3,1	1,0	1,8	3,5
2004	18,5	7,2	2,8	0,9	1,7	3,4
2005	17,8	6,7	2,6	0,8	1,7	3,4
2006	17,2	6,4	2,5	0,8	1,6	3,3
2007	18,7	6,8	2,6	0,9	1,6	3,7
2008	19,0	6,8	2,5	0,9	1,5	3,9

\* Aktiv Versicherte am 31. 12. des Berichtsvorjahres, ohne geringfügig Beschäftigte ohne Verzicht auf die Versicherungsfreiheit. Standardisierungspopulation: Summe Männer und Frauen 1992 bis einschließlich 64 Jahre.

Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen.

**Tabelle 5: Stationäre Leistungen pro 1 000 Versicherte\* (altersstandardisiert) – Frauen**

Jahr	Insgesamt*	Skelett-Muskel-Bindegewebe	Herz-/Kreislauf	Stoffwechsel/Verdauung	Neubildungen	Psychische Erkrankungen
2003	22,8	9,5	1,3	0,9	3,5	4,6
2004	21,0	8,2	1,2	0,8	3,5	4,4
2005	20,8	7,9	1,1	0,8	3,4	4,5
2006	19,9	7,6	1,1	0,7	3,1	4,2
2007	21,0	7,9	1,1	0,8	3,0	4,6
2008	21,9	8,2	1,1	0,8	3,0	4,9

\* Aktiv Versicherte am 31. 12. des Berichtsvorjahres, ohne geringfügig Beschäftigte ohne Verzicht auf die Versicherungsfreiheit. Standardisierungspopulation: Summe Männer und Frauen 1992 bis einschließlich 64 Jahre.

Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen.

während die zeit- und kostenintensiven Leistungen der beruflichen Bildung anteilig von 29 % auf 23 % zurückgingen. Damit werden die vorhandenen Ressourcen im Hinblick auf die Alterung der Belegschaften zielgerichtet und effizient und vor allem frühzeitig zur Arbeitsplatzsicherung eingesetzt.

### 1.3 Aufwendungen für LTA

Die Entwicklung der Aufwendungen für LTA insgesamt (vgl. Tabelle 9, S. 339) war zwischenzeitlich rückläufig, steigt aber entsprechend der Entwicklung der Fallzahlen wieder. Der Anteil der Aufwendungen für LTA (inklusive Übergangsgeld – ÜG – und anteiliger Beiträge) zur Sozialversicherung bezogen auf alle Leistungen betrug im Jahr 2008 wie im Vorjahr rd. 22 %<sup>3</sup>.

## 2. Aktuelles zur Reha-Qualitätssicherung der RV

### 2.1 Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation

Für die Rehabilitation hat die RV bereits frühzeitig mit der Implementierung eines Qualitätssicherungsprogramms begonnen, das vielfältige Instrumente und Verfahren zu verschiedenen Qualitätsaspekten für die medizinische und berufliche Rehabilitation vorhält. Ziele sind eine Transparenz des Leistungsgeschehens, die Initiierung eines qualitätsorientierten Wettbewerbs und damit eine am Patienten orientierte Qualitätsverbesserung. Hierfür werden regelmäßig einrichtungsbezogene „Berichte zur Reha-Qualitätssicherung“ verschickt. Diese sind als Bestandteil der Qualitätssteuerung in den Reha-Einrichtungen zwischenzeitlich etabliert<sup>4,5</sup>. Die Reha-

Qualitätssicherung wird kontinuierlich aktualisiert und weiterentwickelt, um eine optimale Nutzung durch die Reha-Einrichtungen zu ermöglichen.

Seit dem Jahr 2008 werden alle Versicherten der RV in die Berichterstattung einbezogen. So wird nicht nur eine wesentlich größere Anzahl der Rehabilitanden eingeschlossen, der überwiegende Teil der Einrichtungen erhält auch für einen deutlich größeren Anteil der versorgten Patienten Informationen. Erstmals erfolgte dies bei der Aussendung der Ergebnisse zur Rehabilitandenstruktur des Jahres 2007, die im November 2008 auf der Grundlage von 890 000 Reha-Entlassungsberichten erfolgte.

Grundsätzlich werden die Auswertungen zur Reha-Qualitätssicherung einrichtungsvergleichend durchgeführt. Neben den Ergebnissen der Einrichtung werden auch Werte der Vergleichsgruppe mitgeteilt. Für alle Qualitätsaspekte werden einheitliche Vergleichsgruppen auf Basis der Fachabteilung zugrunde gelegt.

Die Qualität der Reha-Leistungen ist ein wichtiger Faktor bei der Koordination, Planung und Steuerung der medizinischen Rehabilitation. Wurden in der Vergangenheit den Einrichtungen lediglich die Auswertungen zur Reha-Qualitätssicherung zurückgemeldet, erfolgt nunmehr eine Bewertung der Qualitätsergebnisse, die im Bericht einrichtungsbezogen dargestellt wird. Das Konzept zur Bewertung der Qualität von Reha-Einrichtungen (BQR) basiert auf den regel-

**Tabelle 6: Anschlussrehabilitationen (AHB)\***

Jahr	Anzahl	Anteil an medizinischer Reha – in % –
2003	208 929	24,7
2004	217 165	27,0
2005	227 347	28,3
2006	242 145	29,6
2007	268 379	29,7
2008	275 756	29,3

\* Einschließlich ambulante AHB.

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“.

<sup>3</sup> Frühere Jahrgänge und weitere Zeitreihen sind veröffentlicht in: Rentenversicherung in Zeitreihen, DRV-Schriftenreihe und im Internet unter: [www.forschung.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.forschung.deutsche-rentenversicherung.de).

<sup>4</sup> Klosterhuis (2008): Aktuelle Strategien der Deutschen Rentenversicherung in der Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation. Prävention und Rehabilitation, Jg. 20, Nr. 4/2008, S. 184–192.

<sup>5</sup> Egner, Gerwin, Buschmann-Steinhage (2006): Stand der Qualitätssicherung in der Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung. Die Rehabilitation, Jg. 45, Heft 4, S. 221–231.

**Tabelle 7: Ambulante Leistungen\* einschließlich ambulanter Sucht-Reha und Nachsorge**

Jahr	Anzahl	Anteil an medizinischen Leistungen – in % –
2003	52 285	6,2
2004	60 557	7,5
2005	67 975	8,5
2006	75 850	9,3
2007	92 038	10,2
2008	99 820	10,6

\* Und ehemals teilstationäre Leistungen.

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“.

mäßig erhobenen und ausgewerteten Qualitätssicherungsergebnissen zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Aktuell kann sich das Bewertungskonzept auf drei Qualitätsindikatoren – Behandlungszufriedenheit, subjektiver Behandlungserfolg sowie Peer Review-Ergebnisse – stützen. Mittelfristig können die Strukturqualität, die therapeutischen Leistungen sowie Reha-Therapiestandards in das Bewertungskonzept einbezogen werden.

Die Bewertung fußt auf dem Konzept des Qualitätsoptimums (= 100 Qualitätspunkte), welches als das maximal erreichbare Ergebnis definiert ist. Die Rehabilitandenzufriedenheit ist demzufolge dann optimal, wenn alle Rehabilitanden alle Reha-Bereiche mit der Note „sehr gut“ beurteilen. Abb.1 zeigt die Verteilung einrichtungsbezogener Qualitätspunkte für das 1. Halbjahr 2007 am Beispiel der Behandlungszufriedenheit der Rehabilitanden aus 74 onkologischen Reha-Einrichtungen.

Erstmalig erfolgte die Aufnahme der BQR-Ergebnisse im Bericht zum Peer Review für die Indikationen Psychosomatik und Sucht. Dieser wurde im Mai 2009 an 361 Reha-Einrichtungen verschickt.

### ● Rehabilitandenbefragung

Die Einbindung des Rehabilitanden in die Bewertung der Reha-Maßnahme ist ein zentrales Anliegen der Reha-Qualitätssicherung. Die Rehabilitandenbefra-

gung erfasst die subjektive Zufriedenheit mit der rehabilitativen Versorgung und ermittelt den Therapieerfolg aus Rehabilitandensicht als Indikator der Behandlungsqualität. An der Rehabilitandenbefragung beteiligen sich alle von der RV federführend belegten Reha-Einrichtungen. Es existieren unterschiedliche Fragebogenvarianten für die somatischen Indikationen, den Bereich Psychosomatik und die Sucht-Rehabilitation<sup>6</sup>.

Der aktuelle Bericht zur Rehabilitandenbefragung wurde im August 2009 an 577 Reha-Einrichtungen somatischer Indikationen verschickt. Grundlage sind die Angaben von über 125 000 Rehabilitanden, die ihre Reha-Maßnahme zwischen August 2007 und Juli 2008 abgeschlossen haben. Es werden signifikante Unterschiede zwischen den Ergebnissen der Reha-Einrichtung und der Vergleichsgruppe gekennzeichnet. Dadurch hat die Reha-Einrichtung die Möglichkeit, Stärken auszubauen sowie Schwachstellen zu erkennen.

Der Fragebogen zur Rehabilitandenbefragung in den somatischen Indikationen der stationären medizinischen Rehabilitation wurde in einem wissenschaftlichen Projekt überarbeitet. Seit Oktober 2007 wird der neue Fragebogen eingesetzt. Bei dem aktuellen Ergebnisbericht handelt es sich um die erste flächendeckende Auswertung der neuen Befragung. Der verbesserte, gestraffte Fragebogen stellt eine wichtige Weiterentwicklung der Qualitätssicherung dar. Es ist mit einer höheren Akzeptanz bei den befragten Rehabilitanden und mit aussagefähigeren Ergebnissen zu rechnen<sup>7,8</sup>. Abb.2 (s. S. 340) zeigt die Rehabilitandenzufriedenheit der aktuellen Befragung. Bei insgesamt hoher Zufriedenheit sind in den Bereichen zur Abstimmung über Reha-Plan und Ziele und zur Vor-

<sup>6</sup> Widera, Klosterhuis (2007): Patientenorientierung in der Praxis – 10 Jahre Rehabilitandenbefragung im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung. RVaktuell, Jg. 54, Heft 6, S. 177–182.

<sup>7</sup> Meyer, Brüggemann, Widera (2008): Rehabilitation braucht Zielorientierung – aktuelle Lehren aus der Rehabilitandenbefragung. RVaktuell, Jg. 55, Heft 3, S. 94–99.

<sup>8</sup> Meyer, Pohontsch, Maurischat, Raspe (2008): Patientenzufriedenheit und Zielorientierung in der Rehabilitation. Jacobs-Verlag.

**Tabelle 8: Ausgewählte Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben**

Jahr	LTA Insgesamt*	Erhaltung/ Erlangung eines Arbeitsplatzes	Berufliche Bildung	Leistung an Arbeitgeber	Werkstatt für behinderte Menschen	Kfz-Hilfen
2003	99 142	25 173	28 935	9 690	6 991	2 867
2004	102 773	24 375	31 496	11 132	7 429	3 094
2005	110 329	29 808	32 342	10 938	9 075	3 617
2006	104 159	28 728	28 627	10 435	10 014	3 681
2007	110 809	34 950	27 335	10 545	10 156	3 163
2008	121 069	40 540	27 731	10 666	10 731	3 120

\* Ohne Vermittlungsbescheide (bedingte LTA in Form einer Bereitschaftserklärung).

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“.

**Tabelle 9: Aufwendungen für Leistungen zur Teilhabe (in Mio. EUR)**

Jahr	Insgesamt*	Medizinische Reha (ohne Übergangsgeld)	Übergangsgeld bei medizinischer Reha	LTA (ohne Übergangsgeld)	Übergangsgeld bei LTA	Sozialversicherungsbeiträge
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

\* Summe der übrigen Spalten, gerundet, AAÜG-Erstattungen wurden nicht berücksichtigt.  
Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“.

bereitung auf die Zeit nach der Rehabilitation Verbesserungsmöglichkeiten zu erkennen.

Die Daten wurden für den vorliegenden Bericht erstmalig adjustiert, d. h., die spezifische Rehabilitandenstruktur jeder Reha-Einrichtung wurde berücksichtigt. Damit wird die Vergleichbarkeit der Qualitätsergebnisse erleichtert.

● **Peer Review**

Das Peer Review ist ein Verfahren zur Überprüfung der Prozessqualität der Rehabilitation, es wird in allen von der RV federführend belegten Reha-Einrichtungen durchgeführt<sup>9</sup> und basiert auf einer

aktiven Einbeziehung der leitenden Ärzte. Um ein objektives Urteil zu gewährleisten, werden diese regelmäßig in mehrtägigen Seminaren eingehend geschult.

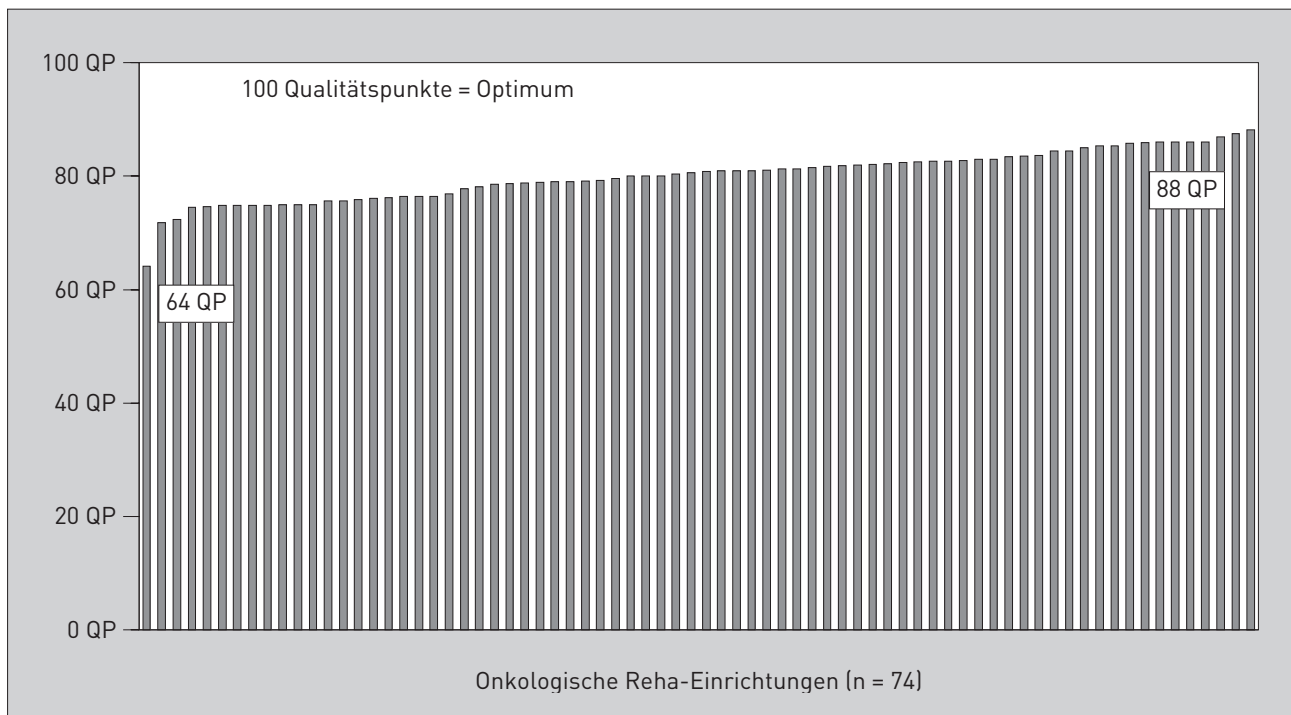
Werden die Ergebnisse verfolgt, so lässt sich eine kontinuierliche Verbesserung erkennen. Es wird aber auch ein weiterhin verbesserungswürdiger Anteil von gravierenden Mängeln bei Aspekten, die sich auf die Einbindung der Rehabilitanden in die Reha-Planung beziehen, deutlich. Hierbei handelt es sich um Merkmale wie die Selbsteinschätzung des Rehabilitanden zur Teilhabe am Arbeitsleben oder die Beschreibung des Arbeitsplatzes.

<sup>9</sup> Baumgarten, Klosterhuis (2007): Aktuelles aus der Reha-Qualitätssicherung: Peer Review-Verfahren ausgewertet – bessere Reha-Qualität, aber deutliche Unterschiede zwischen Reha-Einrichtungen. RVaktuell, Jg. 54, Heft 5, S. 152–154.

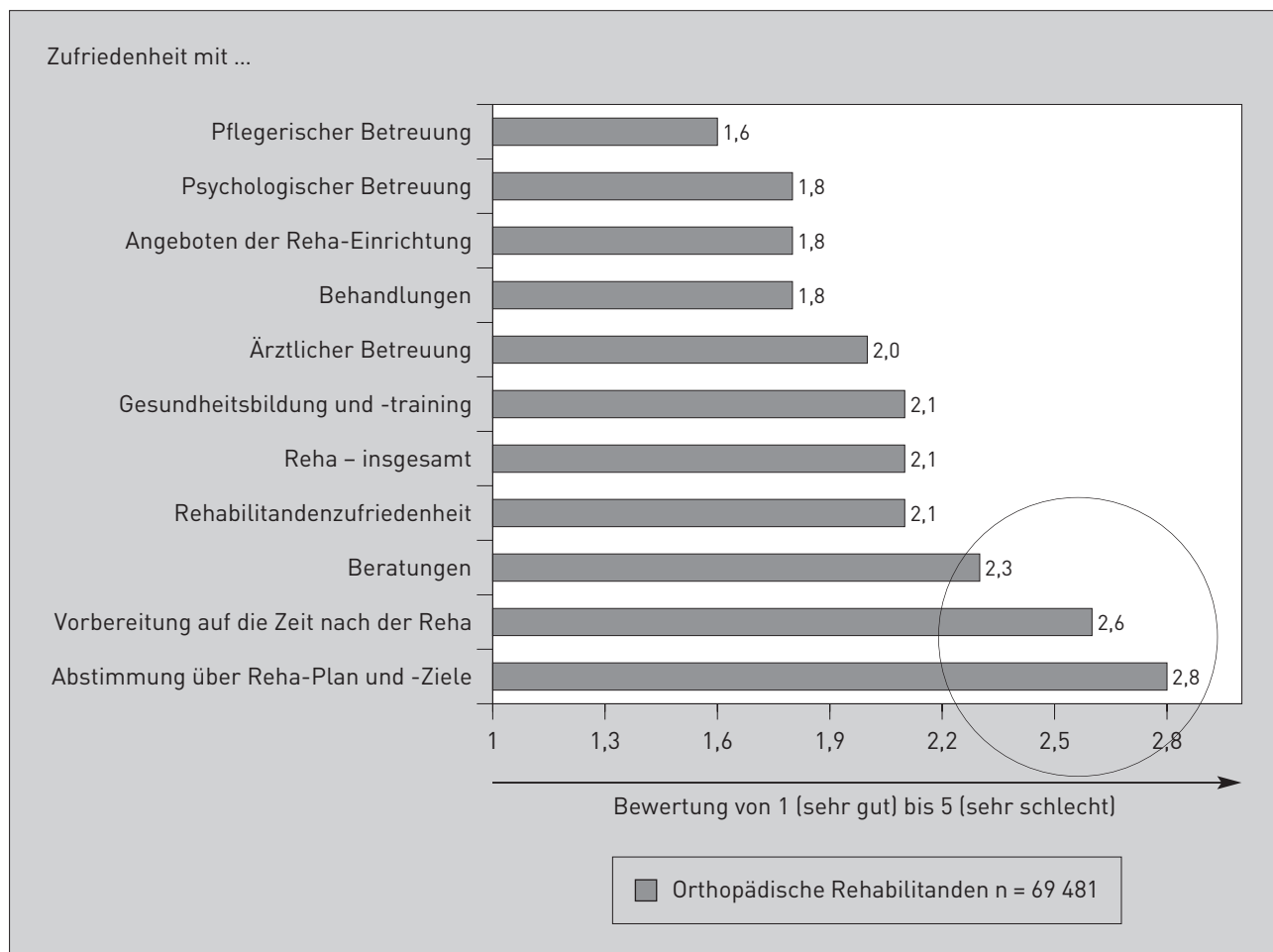
● **Therapeutische Versorgung**

Mit der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) wird das Leistungsgeschehen einer Reha-Einrichtung für jeden Rehabilitanden dokumentiert. Im

**Abb. 1: BQR – Behandlungszufriedenheit 2007/2009 – Qualitätspunkte onkologischer Reha-Einrichtungen**



**Abb. 2: Rehabilitanden-Urteil über Behandlung und Betreuung – Orthopädische Rehabilitation (Rehabilitandenbefragung 2007/2009)**

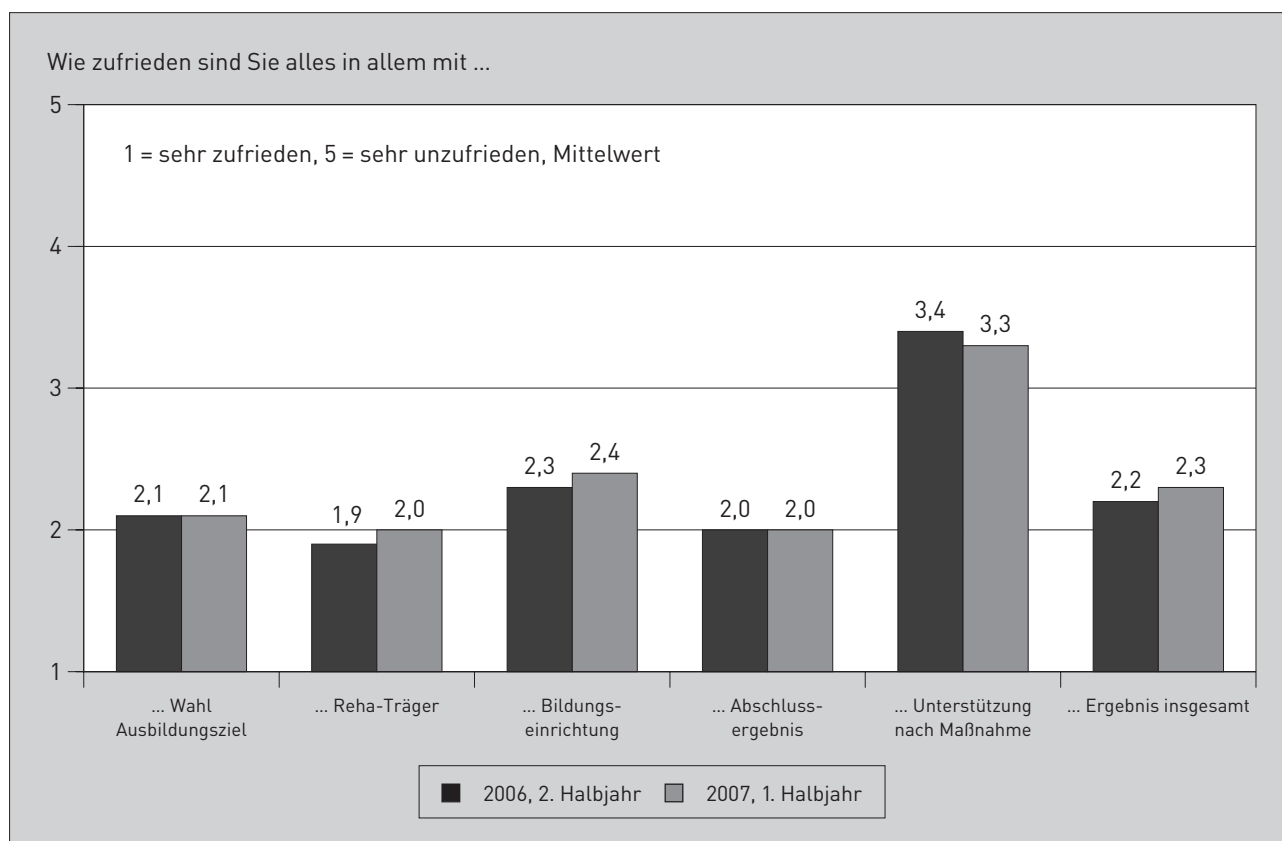


**Tabelle 10: Therapeutische Versorgung (KTL) 2007/2008 – Stationäre und ambulante orthopädische Rehabilitation**

	Anteil behandelter Rehabilitanden		Dauer der Rehabilitationsleistungen Stunden/Woche	
	Ambulant n = 13 397 - in % -	Stationär n = 46 036 - in % -	Ambulant	Stationär (50 % Stichprobe)
Sport- und Bewegungstherapie	96	92	6,5	4,2
Physiotherapie	97	95	3,5	2,9
Information, Motivation, Schulung	96	97	3,2	2,9
Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie	59	43	0,3	0,3
Ergotherapie, Arbeitstherapie und andere funktionelle Therapie	55	36	0,8	0,9
Klinische Psychologie, Neuropsychologie	82	71	1,5	1,5
Reha-Pflege	11	21	0,3	0,3
Physikalische Therapie	96	96	2,6	2,6
Rekreationstherapie	14	33	1,0	2,1



**Abb. 3: LTA – Teilnehmerbefragung nach beruflicher Bildung (n = 8 593)**



Februar 2009 wurde der erste rentenversicherungsweite Bericht zur Qualität der therapeutischen Versorgung an 1 060 Reha-Einrichtungen verschickt. In die Auswertung sind über 470 000 Reha-Entlassungsberichte eingegangen. Die Vollständigkeit der Erfassung der dokumentierten KTL-Codes muss allerdings noch verbessert werden<sup>10,11</sup>. Insgesamt wird die multimodale und multiprofessionelle Leistungserbringung in der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung deutlich. Tabelle 10 zeigt die Leistungsverteilung für die stationäre und ambulante Rehabilitation bei Erkrankungen der Wirbelsäule und des Rückens.

Behandlungsschwerpunkte sind zum einen Leistungen zur Information, Motivation und Schulung, aber auch Sport- und Bewegungstherapie. Dabei ist aktuell sowohl der Anteil der Rehabilitanden, die Leistungen erhalten, als auch die Dauer der Leistungen in der ambulanten Rehabilitation größer. Es ist verfrüht, zum jetzigen Zeitpunkt hieraus grundsätzliche Bewertungen abzuleiten<sup>12</sup>. Zunehmende Bedeutung gewinnt die KTL auch bei der Entwicklung und Einführung von Reha-Therapiestandards für die medizinische Rehabilitation.

## 2.2 Qualitätssicherung der beruflichen Rehabilitation

Auch die Leistungen zur beruflichen Rehabilitation werden zunehmend in die Qualitätssicherung einbezogen. So erfolgt seit Juli 2006 in der RV die Befragung aller Teilnehmer an beruflichen Bildungsleistungen mit dem Berliner Fragebogen<sup>13</sup>. Erfragt wird sowohl die Zufriedenheit mit der Vorbereitung der Maßnahme, als auch mit dem Reha-Prozess und den Ereignissen während der ersten sechs Monate nach dem Abschluss. Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf dem Eingliederungserfolg. In 2008 wurden erstmalig Auswertungen der Ergebnisse von 8 593 Teilnehmern verschickt<sup>14</sup>. Eine Übersicht über die Teilnehmerzufriedenheit mit unterschiedlichen Aspekten der Bildungsleistung zeigt Abb.3. Insbesondere die Unterstützung bei der Wiedereingliederung wird von den Teilnehmern kritisch eingeschätzt.

<sup>10</sup> Bitzer, Dörning, Beckmann, Somhammer, Zander, Klosterhuis (2006): Verbesserte Dokumentation als Grundlage für Reha-Qualitätssicherung – Weiterentwicklung der Klassifikation therapeutischer Leistungen. RVaktuell, Jg. 53, Heft 9/10, S.398–406.

<sup>11</sup> Zander, Beckmann, Somhammer, Klosterhuis (2009): Therapeutische Versorgung in der medizinischen Rehabilitation – mehr Transparenz mit der Klassifikation therapeutischer Leistungen. RVaktuell, Jg. 56, Heft 5/6, S.186–194.

<sup>12</sup> Baumgarten, Lindow, Klosterhuis (2008): Wie gut ist die ambulante Rehabilitation? Aktuelle Ergebnisse der Reha-Qualitätssicherung. RVaktuell, Jg. 55, Heft 11, S.335–342.

<sup>13</sup> Hansmeier, Radoschewski (2005): Qualitätssicherung bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – Entwicklung eines Rehabilitandenfragebogens. DAngVers, Jg. 52, Heft 8, S.371–379.

<sup>14</sup> Erbstöfer, Klosterhuis, Lindow (2007): Berufliche Rehabilitation aus Teilnehmersicht – aktuelle Ergebnisse des Berliner Fragebogens. RVaktuell, Jg. 54, Heft 10, S.362–366.

**Tabelle 11: Rentenzugang 2008**

	Versichertenrenten insgesamt	Darunter Renten wegen Erwerbsminderung		Nachrichtlich: Anteil der EM-Rentenzugänge mit Berücksichtigung der Arbeitsmarktlage
	Anzahl	Anzahl	- in % -	- in % -
Insgesamt	873 249	162 839	18,6	15,7
West* Männer	362 453	69 385	19,1	14,5
Frauen	363 187	59 922	16,5	16,6
Ost Männer	74 639	18 638	25,0	14,5
Frauen	72 970	14 894	20,4	18,7

\* Einschließlich Ausland.

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung – Rentenzugang 2008.

Zwischenzeitlich wurde der Fragebogen unter Einbeziehung der gesetzlichen Unfallversicherung überarbeitet und gekürzt. Er wird nach einer gemeinsamen Testphase seit 1.1.2009 von der RV eingesetzt. Aktuell ist eine Auswertung von einrichtungsbezogenen Berichten für Bildungseinrichtungen und Berufsförderungswerke erfolgt.

### 3. Der Rentenzugang wegen Erwerbsminderung

Im Jahr 2008 wurden rd. 1,25 Mio. Renten neu bewilligt, darunter 873 000 Versichertenrenten und 374 000 Renten wegen Todes. Nahezu ein Fünftel der Versichertenrentenzugänge (18,6 %) erfolgte aufgrund von Erwerbsminderung. Tabelle 11 zeigt, dass der Anteil dieser Renten in Ostdeutschland bei Männern und Frauen höher als in Westdeutschland liegt. Derzeit beträgt der Anteil arbeitsmarktbedingter Erwerbsminderungsrentenzugänge, bei denen die medizinisch bedingte halbe Rente wegen des konkret verschlossenen Teilzeitarbeitsmarktes in Höhe einer vollen Rente geleistet wird, 15,7 %.

#### 3.1 Diagnosespektrum

Erwerbsminderungsrenten (EM-Renten) werden nur geleistet, wenn der Versicherte die medizinischen und wartezeitrechtlichen Voraussetzungen erfüllt und nach dem Grundsatz „Reha vor Rente“ eine Rehabilitation nicht erfolgreich war oder keinen Erfolg verspricht. Die Analyse der Daten von EM-Rentenzugängen zeigt für Männer und Frauen zum Teil unterschiedliche Entwicklungen des Diagnosespektrums (vgl. Abb. 4)<sup>15</sup>.

Betrachtet wird die relative Struktur des Rentenzugangs. Markant ist der Rückgang der Frühberentungen wegen Erkrankungen der Bewegungsorgane bei den Männern seit 2002 und bei Frauen kontinuierlich in den letzten zehn Jahren. Berentungen wegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen treten sowohl bei Männern als auch bei Frauen (hier auf niedrigerem Niveau) weniger häufig auf. Eine leichte Zunahme ist beim Anteil der Frühberentungen wegen Neubildungen insbesondere bei Männern zu verzeich-

nen. Besonders hervorzuheben ist die Entwicklung der psychischen Störungen in den vergangenen zehn Jahren: Bei den Männern stieg der Anteil der EM-Renten aufgrund psychischer Erkrankungen von 18 % auf 30 %; bei Frauen stieg der entsprechende Anteil von 29 % auf 41 %.

Die Veränderungen des Diagnosespektrums unterliegen einer Reihe unterschiedlicher Faktoren. Dazu gehören insbesondere der medizinische Fortschritt, daraus resultierende Behandlungserfolge und eine wirksame Rehabilitation. Weitere Einflussfaktoren sind geänderte Arbeits- und Lebensbedingungen und ein verbesserter Arbeitsschutz in der Arbeitswelt. Unübersehbar ist der Trend zu einem größeren Anteil psychischer Erkrankungen, wobei hier wiederum vielfältige Ursachen einwirken. Eine verbesserte Diagnostik sowie auch die gestiegene Akzeptanz psychischer Störungen dürften sich niederschlagen.

#### 3.2 Frühberentung nach Alter, Geschlecht und Diagnose

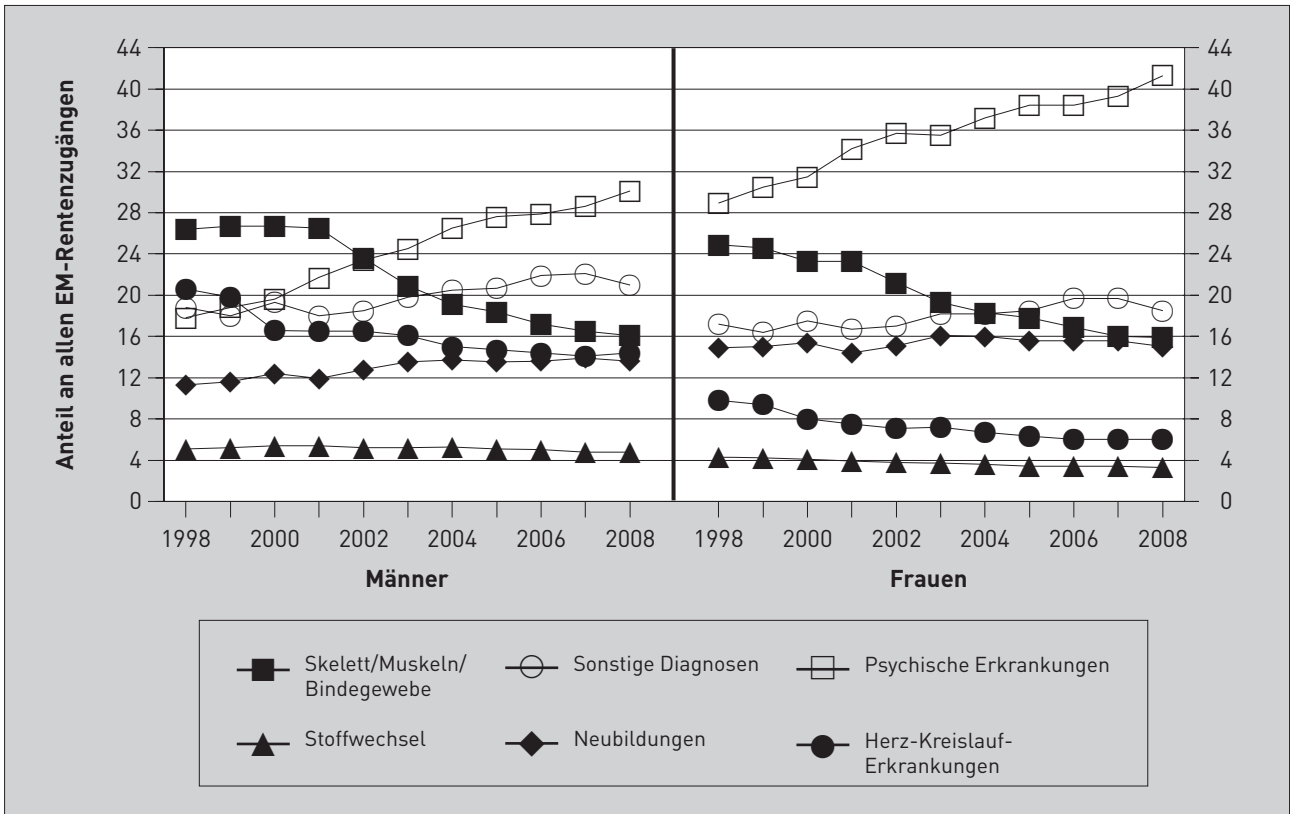
Absolute Fallzahlen und Anteilsangaben zum EM-Rentenzugang geben erste Hinweise auf Veränderungen in der Indikationsentwicklung. Das geschlechtsspezifische Erwerbsminderungsrisiko wird jedoch präzise nur wiedergegeben, wenn die entsprechenden Bezugspopulationen zugrunde gelegt werden. Z. B. ist der niedrigere Anteil an EM-Rentenzugängen bei Frauen dadurch zu erklären, dass Frauen aufgrund von familiären Phasen der Nichterwerbstätigkeit Versicherungslücken aufweisen und daher häufig nicht die versicherungsrechtliche Voraussetzung von mindestens drei Pflichtbeitragsjahren in den letzten fünf Jahren erfüllen.

Durch den Bezug der absoluten Zugangszahlen auf die jeweilige Versichertenpopulation können Hinweise auf das Risiko der Erwerbsminderung gegeben werden. In den Abb. 5 und 6 (s. S. 344) sind die Be-

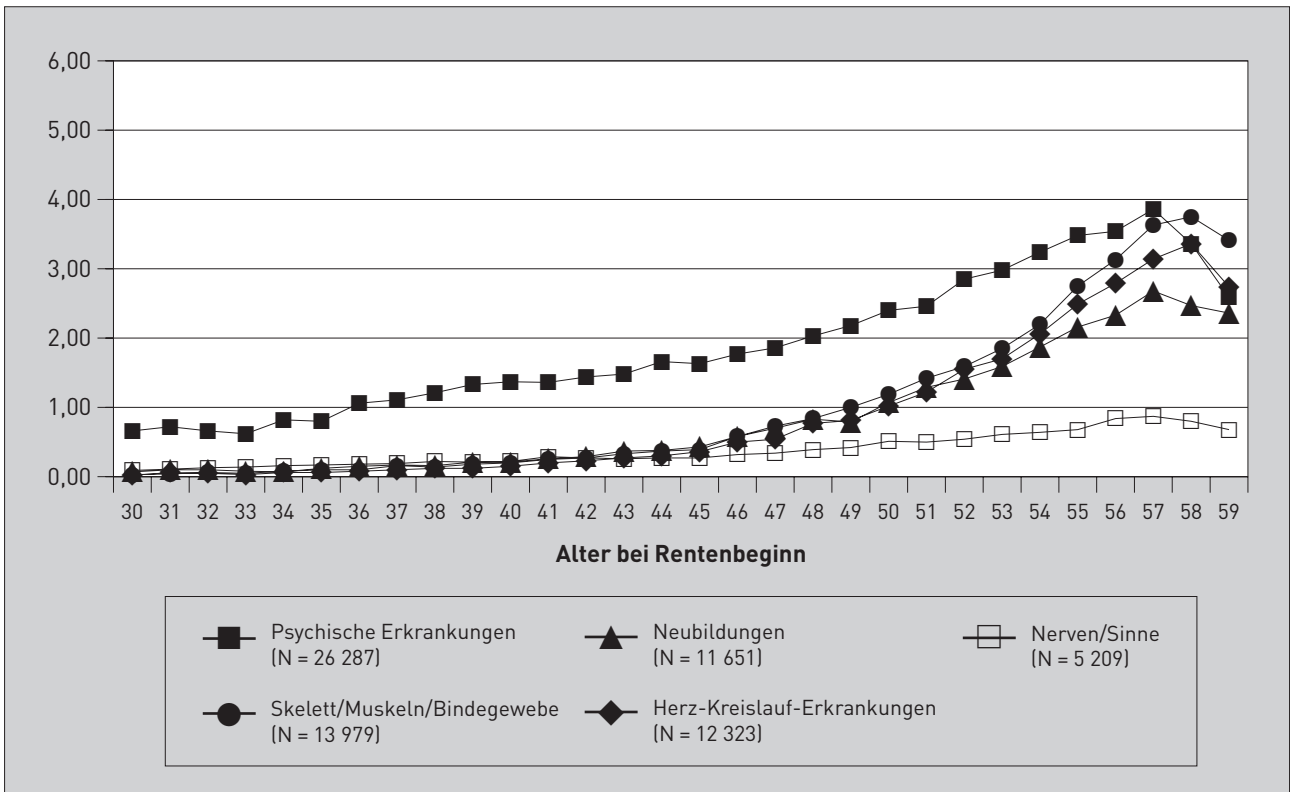
<sup>15</sup> Vgl. Hoffmann, Hofmann (2008); Rentenzugang 2007: Trendwende bei Zugängen in die Regelaltersrente? RVaktuell, Jg. 55, Heft 5/6, S. 150–159.



**Abb. 4: Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach ausgewählten Diagnosenhauptgruppen Männer und Frauen**



**Abb. 5: EM-Rentenzugänge 2008 pro 1 000 aktiv Versicherte nach ausgewählten Hauptdiagnosegruppen; Männer**



Quelle: Sonderauswertungen der Statistiken der Deutschen Rentenversicherung – Rentenzugang 2008 und aktiv Versicherte am 31.12.2007 (ohne ausschließlich geringfügig Beschäftigte).

rentungsintensitäten nach Geschlecht sowie indikations- und einzelaltersspezifisch dargestellt. Die Erwerbsminderungshäufigkeit steigt – epidemiologisch plausibel – mit dem Alter und sinkt im rentennahen Alter ab 58 Jahren. Letzteres kann damit begründet werden, dass viele Versicherte sich für eine vorgezogene Altersrente – ohne Gesundheitsprüfung – entscheiden.

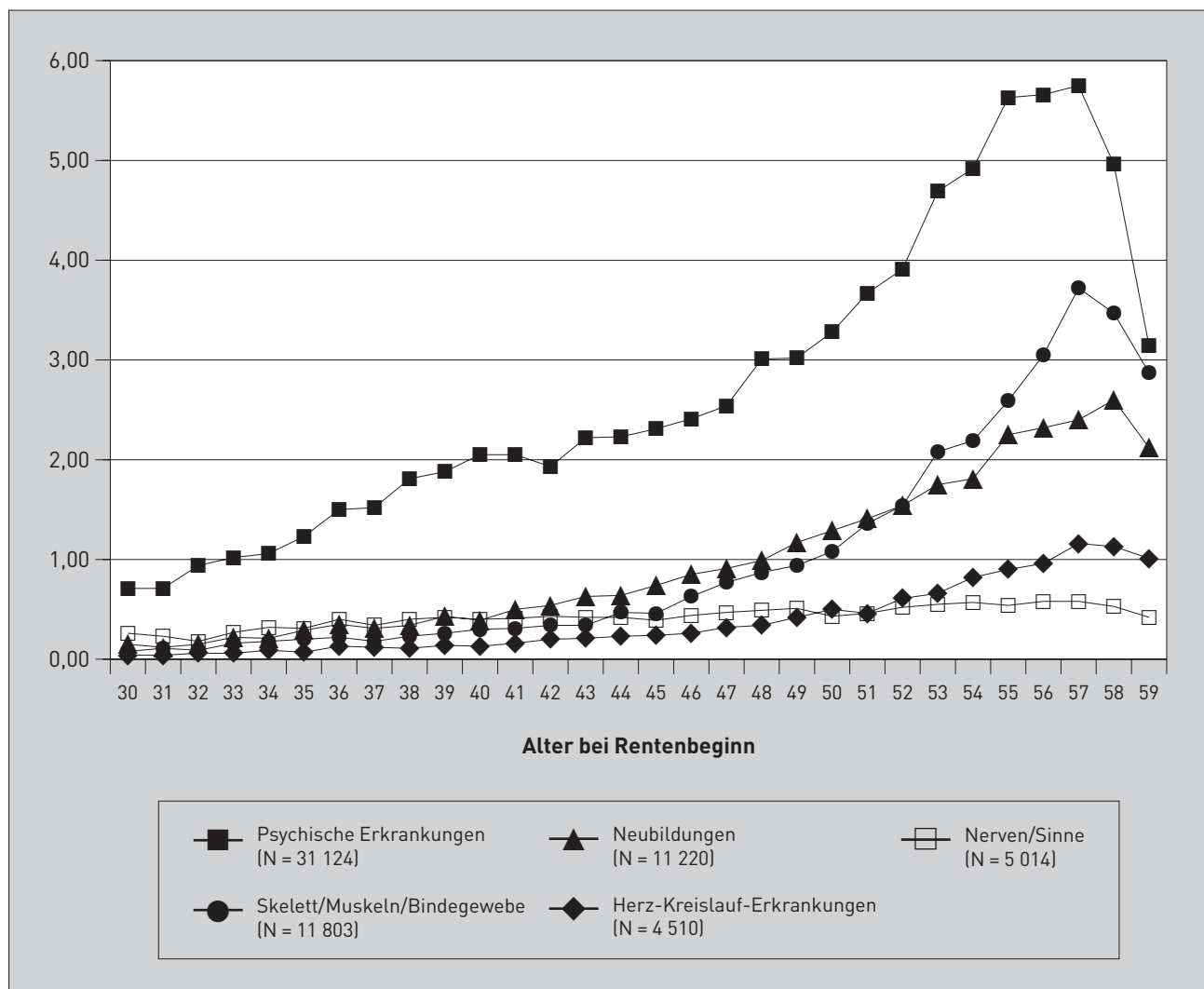
Die Raten für psychische Erkrankungen liegen in jedem Alter über dem der anderen aufgeführten Diagnosen. Bei Männern ab 55 Jahren werden psychische Erkrankungen durch Erkrankungen des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes als häufigste Diagnosegruppe abgelöst. Bei Frauen ist eine ähnliche Entwicklung festzustellen.

Die Berentungsintensität liegt bei Frauen – vor allem mit dem höheren Anteil psychischer Erkrankungen – bis zum Alter 55 auf einem höheren Niveau als bei Männern.

#### 4. Ausblick

Mit dem Beitrag werden wesentliche Entwicklungen des Rehabilitationsgeschehens der RV zusammengefasst. Trotz der schwierigen konjunkturellen Situation ist derzeit eine stabile Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen festzustellen. Das Leistungsspektrum der Rehabilitationsleistungen verändert sich kontinuierlich sowohl in der medizinischen, als auch in der beruflichen Rehabilitation. So hat sich ein umfassendes Angebot für ambulante medizinische Leistungen entwickelt und die beruflichen Bildungsleistungen werden individueller ausgestaltet. Die Qualitätssicherung nimmt mit ihren Instrumenten und Verfahren diese Entwicklungen auf und stellt die Ergebnisse nutzerorientiert zur Verfügung. Gleichzeitig setzt sich eine Veränderung des Diagnosespektrums in Richtung psychischer Erkrankungen sowohl in der Rehabilitation, als auch bei den Erwerbsminderungsrenten fort.

Abb. 6: EM-Rentenzugänge 2008 pro 1 000 aktiv Versicherte nach ausgewählten Hauptdiagnosegruppen; Frauen



Quelle: Sonderauswertungen der Statistiken der Deutschen Rentenversicherung – Rentenzugang 2008 und aktiv Versicherte am 31.12.2007 (ohne ausschließlich geringfügig Beschäftigte).