

# Die Bedeutung psychischer Erkrankungen aus der Perspektive der Deutschen Rentenversicherung

Gundula Roßbach, Dr. Susanne Weinbrenner, Dr. Silke Brüggemann, Stefanie Martin, Dr. Anne Rose

**Psychische Störungen sind häufige, in der Allgemeinbevölkerung weit verbreitete, komplexe Erkrankungen. Sie zeigen eine hohe Chronifizierungstendenz und können mit deutlichen Einschränkungen der Lebensqualität sowie vielfältigen Beeinträchtigungen und Teilhabe Einschränkungen verbunden sein. Insbesondere die jüngeren, im Erwerbsleben stehenden Altersgruppen sind von psychischen Erkrankungen betroffen. Nicht selten sind psychische Störungen von körperlichen Symptomen begleitet, umgekehrt können körperliche Erkrankungen psychische Störungen nach sich ziehen oder mit psychischen Störungen gemeinsam auftreten. Psychische Störungen bedeuten nicht nur individuelles Schicksal und Leiden, sie sind auch gesellschaftlich von großer Bedeutung und mit hohen sozioökonomischen Belastungen verbunden. Für die Deutsche Rentenversicherung sind psychische Erkrankungen wesentliche Indikationen für die Durchführung medizinischer Rehabilitationen und stehen in der Statistik der Antragstellung von Erwerbsminderungsrenten an erster Stelle – mit steigender Tendenz. Im vorliegenden Beitrag wird die Bedeutung psychischer Erkrankungen aus der Perspektive der Deutschen Rentenversicherung dargestellt.**

## 1. Einleitung

### 1.1 Psychische Erkrankungen im gesellschaftlichen Kontext

Psychische Störungen sind Veränderungen im Erleben und/oder Verhalten eines betroffenen Menschen. Sie äußern sich in Störungen der Wahrnehmung, der Denkprozesse, des Handelns sowie der Gefühle und können in unterschiedlichem Ausmaß zu Einschränkungen der Aktivitäten im Alltag, zur Verminderung der Leistungsfähigkeit sowie zu beruflichen und sozialen Beeinträchtigungen führen.

Ebenso wie bei akuten oder chronischen körperlichen Erkrankungen ist bei psychischen Störungen die Grenze zwischen Gesundheit und Krankheit fließend. Trotz verstärkter Aufklärung ist auch im gegenwärtigen gesellschaftlichen Kontext die Gefahr der Stigmatisierung und Ausgrenzung betroffener Menschen hoch. Ob eine psychische Störung Krankheitswert besitzt und damit behandlungsbedürftig ist, hängt u. a. von der Ausprägung der Erkrankung, von der (Krankheits-)Bewältigungsfähigkeit der Betroffenen, ihrer Belastung durch die Symptome und von ihrer sozialen sowie emotionalen Unterstützung ab. Spätestens wenn die Betroffenen in der Selbstversorgung, in der Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt sind, entsteht akuter Behandlungs- und in der Folge ggf. Reha-Bedarf<sup>1</sup>.

### 1.2 Klassifikation und Epidemiologie

Psychische Störungen werden nach der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) im Kapitel F als „Psychische und Verhaltensstörungen“ klassifiziert. Für die Rentenversicherung (RV) stehen ins-

besondere Depressionen und Angststörungen im Vordergrund.

Nach Angaben des Fehlzeiten-Reports 2012<sup>2</sup> des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) ist die Zahl der Arbeitsunfähigkeits-Fälle wegen psychischer Störungen seit 1994 um 120 % gestiegen, bei insgesamt gleichbleibendem Krankenstand. Die Dauer der Fehlzeiten aufgrund psychischer Störungen war im Jahr 2012 mit 33 Tagen je Krankheitsfall mehr als doppelt so hoch verglichen mit den Fehlzeiten aufgrund rein körperlicher (somatischer) Diagnosen<sup>3</sup>.

Epidemiologische Untersuchungen zeigen, dass psychische Störungen häufig in der Bevölkerung vorkommen, oft in kombinierter Form. Den Ergebnissen der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1-MH)<sup>4</sup> zufolge wurde bei 27,7 % der Allgemeinbevölkerung mindestens eine psychische Störung diagnostiziert, bezogen auf die zurückliegenden 12 Monate vor der Erhebung (Prävalenz). Das be-

<sup>1</sup> Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation (Hrsg.) (2014): Positionspapier der Deutschen Rentenversicherung zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung.

<sup>2</sup> Badura, Ducki, Schröder et al. (Hrsg.) (2012): Fehlzeiten-Report 2012, Gesundheit in der flexiblen Arbeitswelt: Chancen nutzen – Risiken minimieren, Springer-Verlag Berlin Heidelberg.

<sup>3</sup> Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation (Hrsg.) (2014), a. a. O.

<sup>4</sup> Jacobi, Höfler, Siegert, Mack, Gerschler, Scholl, Busch, Hapke, Maske, Gaebel, Maier, Wagner, Zielasek, Wittchen (2014) 12-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). International Journal of Methods in Psychiatric Research, DOI 10.1002/mp.1439. Letzter Zugriff 8. 6. 2015.

deutet, dass mehr als jeder Vierte in Deutschland von mindestens einer psychischen Erkrankung betroffen war. Am häufigsten wurden Angststörungen (15,3 %) diagnostiziert, gefolgt von affektiven (v. a. depressiven) Störungen (9,3 %) und Störungen durch Substanzgebrauch (5,7 %, ohne illegale Drogen). In etwa 40 % bis 50 % der Fälle wurden mehrere Diagnosen gestellt. Das Risiko, irgendwann einmal während des Lebens an einer psychischen Störung zu leiden, liegt bei 43 % – nahezu jeder zweite Bundesbürger wird also im Laufe seines Lebens wenigstens einmal an einer psychischen Gesundheitsstörung erkranken. Jeder Dritte wird aus diesem Grund mindestens einmal in seinem Leben professionelle Hilfe in Anspruch nehmen.

Die aktuellen nationalen<sup>5</sup> und internationalen<sup>6</sup> epidemiologischen Erhebungen zeigen aber auch, dass psychische Störungen zwar tatsächlich häufig auftreten, dass jedoch die Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung seit Jahrzehnten stabil<sup>7,8</sup> geblieben ist.

## 2. Die Kontroverse: Haben psychische Erkrankungen zugenommen?

Die Fragen, ob psychische Störungen real zugenommen haben und welche möglichen Ursachen es für diese Entwicklung gibt, werden vor dem Hintergrund der dargestellten Daten in der medialen Öffentlichkeit kontrovers diskutiert: Öffentliche Aufklärungskampagnen und medienwirksame Bekenntnisse Prominenter haben zur gesellschaftlichen Entstigmatisierung psychischer Störungen und zu einer veränderten Wahrnehmung damit verbundener Belastungen beigetragen<sup>9</sup>.

Diese Diskussion über die möglichen Ursachen für eine Zunahme psychischer Erkrankungen ist vielschichtig und verdeutlicht die vielen Facetten des Themas: in Erklärungsversuchen werden u. a. kausale Verknüpfungen hergestellt, z. B. mit den raschen

gesellschaftlichen Veränderungen in der Gegenwart. Vor allem im Kontext der Arbeitswelt werden zunehmend belastende Faktoren als ursächlich dargestellt wie steigende individuelle Anforderungen an zeitliche Flexibilität, Mobilität, an kommunikative Fähigkeiten und soziale Kompetenz.

Auch in der medizinischen Fachwelt gehen die Meinungen auseinander: einige Fachvertreter sprechen von der „Epidemie des 21. Jahrhunderts“<sup>10</sup>. Andere Autoren interpretieren die vorliegenden Daten im Sinne einer erhöhten Sensibilisierung der Öffentlichkeit und auch einer stärkeren Beachtung psychischer Belastungen und Störungen durch (Haus-)Ärzte und die betroffenen Menschen selbst<sup>7</sup>. Die Diagnose einer psychischen Störung darf heute klarer benannt werden und muss nicht mehr so häufig hinter anderen unspezifischen oder somatischen Beschwerden verborgen bleiben.

Diese Entwicklung bildet sich auch in den Daten der Deutschen Rentenversicherung ab. Sowohl bei den Anträgen zur (medizinischen) Rehabilitation als auch bei den Erwerbsminderungsrenten sowie bei den abgeschlossenen Leistungen zeigen sie eine deutliche Verschiebung vom Indikationsbereich der körperlichen Erkrankungen hin zu einem deutlichen Anstieg bei den Diagnosen psychischer Störungen.

Zugenommen hat in jedem Fall die Bereitschaft Betroffener, über psychische Belastungen zu sprechen und professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Messbar zugenommen hat auch die Bereitschaft innerhalb des Versorgungssystems, psychische Störungen wahrzunehmen und zu diagnostizieren. Die Frage nach der adäquaten Beratung, Behandlung und weiteren Begleitung von Betroffenen, z. B. bei lang andauernder Arbeitsunfähigkeit oder Verminderung der Leistungsfähigkeit bildet derzeit einen aktuellen gesellschaftlichen Fokus. Hier ist die Rehabilitation der RV ein wichtiger Baustein in der Versorgungskette.

## 3. Arbeit und psychische Gesundheit

### 3.1 Gesellschaftliche Veränderungen beeinflussen die Ausgestaltung der Arbeitswelt

Mit dem Übergang zur Wissens- und Dienstleistungsgesellschaft in den Industrienationen hat sich für einen großen Teil der Erwerbstätigen eine Umgestaltung ihrer Arbeitswelt vollzogen, die die Identifikation mit der Arbeit verändert. Als Stressoren im Zusammenhang mit dem Arbeitsleben gelten u. a. steigende Arbeitslosigkeit, unsichere Arbeitsverhältnisse, Über- und Unterforderung, erhöhte Anforderungen an Flexibilität, Erreichbarkeit und Mobilität,

Gundula Roßbach ist Direktorin der Deutschen Rentenversicherung Bund, Dr. Susanne Weinbrenner ist Leitende Ärztin und Leiterin des Geschäftsbereiches Sozialmedizin und Rehabilitation, Dr. Silke Brüggemann ist Leiterin des Bereiches Sozialmedizin, Dr. Anne D. Rose ist Mitarbeiterin in diesem Bereich und Stefanie Märtin ist Mitarbeiterin im Bereich „Reha-Wissenschaften“.

<sup>5</sup> Jacobi, Höfler, Siebert, Mack, Gerschler, Scholl, Busch, Hapke, Maske, Gaebel, Maier, Wagner, Zielasek, Wittchen (2014), a. a. O.

<sup>6</sup> OECD (2012), Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work. Organisation for Economic Cooperation and Development – OECD: Paris [Ed.] <http://dx.doi.org/10.1787/9789264124523-en>. Letzter Zugriff 8. 6. 2015.

<sup>7</sup> Jacobi, 2014, Nervenarzt 85: 77–87, Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung; Weber, Hörmann, Köllner, 2006, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 103, Heft 13, 688–69; 1 DEGS, 2012.

<sup>8</sup> Jacobi, Klose, Wittchen: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 2004, 47: 736–744.

<sup>9</sup> Angermeyer et al., 2014, Psychiatry, 29: 390–395; Ernst, 2015, PPM, 65: 89.

<sup>10</sup> Weber et al., 2006, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 103, Heft 13: A834–A841.

wachsender Konkurrenzdruck, wenig wertschätzendes Betriebsklima sowie zunehmende Schwierigkeiten, Arbeit und Privatleben zu trennen. Soziale Belastungen betreffen auch den Wegfall bisher funktionierender sozialer Strukturen, den abnehmenden familiären Zusammenhalt und mangelnde soziale und emotionale Unterstützung, erhöhte Anforderungen an die Sozialkompetenz sowie ökonomische Unsicherheit<sup>11</sup>. Gleichmaßen haben sich die gesellschaftlichen Anforderungen, Erwartungen und Ziele im privaten Lebensraum verändert. Die Möglichkeiten für individuelle Entscheidungen sind vielfältig und können gleichzeitig eine Unfähigkeit zum „Abschalten“ und Ausruhen begünstigen. Der Wunsch, Familie, Beruf und Karriere zu vereinbaren, kann im Verlauf (zunächst unerwartete) Doppelbelastungen und damit verbunden krankheitswertige Stressreaktionen auslösen, z.B. bei hoher Erwartungshaltung an die eigene Elternrolle. Der individuelle Anspruch, Freizeit aktiv zu gestalten, kann ebenfalls zur Belastung beitragen.

### 3.2 Psychische Störungen können Einfluss auf die Teilhabe am Arbeitsleben nehmen

Krankheitsspezifische Symptome psychischer Störungen selbst können Einfluss auf die Teilhabe am Arbeitsleben nehmen. Einschränkungen der Anpassungs- und Konzentrationsfähigkeit beispielsweise, eine ausgeprägte Vermeidungshaltung wie bei Angststörungen typisch, sozialer Rückzug sowie ein vermindertes Selbstwertgefühl bei depressiven Störungen führen zu erheblichen Einbußen an Lebensqualität bei den betroffenen Menschen und gefährden ihre Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit.

Nach einer 2012 von der OECD<sup>12</sup> veröffentlichten Studie verdienen Menschen mit psychischen Störungen im Arbeitsprozess besondere Beachtung: Psychische Störungen sind bei Arbeitslosen zwei- bis dreifach häufiger als bei Personen in einem Beschäftigungsverhältnis<sup>13</sup>. Menschen mit psychischen Störungen wechseln vermehrt, auch in kurzen Zeitabständen, ihren Arbeitsplatz. Sie sind häufiger an Arbeitsplätzen mit geringen Qualifikationsanforderungen beschäftigt. Hier entstehen hohe psychische Belastungen dadurch, dass große Anpassungsleistungen mit einem geringen individuellen Handlungsspielraum kombiniert sind. Die Daten zeigen, dass Menschen mit psychischen Störungen besonders oft und lang andauernd arbeitsunfähig geschrieben werden, verglichen mit Menschen, die wegen somatischer Diagnosen, z.B. mit Diabetes mellitus oder Bluthochdruck, zum Arzt gehen. Die Zahlen für die Rehabilitation der RV und für Erwerbsminderungsrenten gehen in dieselbe Richtung.

### 3.3 Veränderungen in der Arbeitswelt und das „Burn-out-Phänomen“

Unterschiedlichste Konzepte werden als Erklärungsmodelle für die Entstehung psychischer Erkrankungen im Arbeitsprozess angeführt: Gratifikations-

krisen<sup>14</sup>, d.h. ein Ungleichgewicht zwischen Engagement und Anerkennung, mangelnde Möglichkeiten der Einflussnahme, innerer Rückzug und fehlende Sinnhaftigkeit der Tätigkeit.

Das Erkennen individuell erlebter, krankmachender Gefährdungspotentiale am Arbeitsplatz und die Identifizierung Betroffener ist vor dem Hintergrund von Arbeitsausfällen und betriebswirtschaftlichen Auswirkungen in den vergangenen Jahren zunehmend in den Fokus von Betriebs- und Arbeitsmedizinern getreten. Im Rahmen des Arbeitsschutzgesetzes ist ihre Aufgabe in den Vordergrund getreten, auch psychische Gefährdungspotentiale im Zusammenhang mit Arbeitsbedingungen zu erkennen, Maßnahmen zu deren Beseitigung zu entwickeln und betroffene Mitarbeiter im Hinblick auf medizinische Behandlungsmöglichkeiten zu beraten.

Darüber hinaus sind auf betrieblicher Seite zunehmend Initiativen zu beobachten, die helfen sollen, Gefährdungspotentiale zu reduzieren. Sie fokussieren auf eine „gute Unternehmenskultur“ mit einem wertschätzenden Führungsstil, integrierenden Kommunikationsformen und direkter Beteiligung und Unterstützung von Arbeitnehmern innerhalb des Arbeitssettings.

Ein Teil der Erwerbstätigen in Deutschland erlebt sich als „ausgebrannt“ und erschöpft. In der aktuellen Diskussion um die Bedeutung psychischer Erkrankungen wird derzeit in den Medien sehr häufig über das Thema „Burn-out“ gesprochen. Insgesamt ist bei der Debatte um die Krankheitswertigkeit dieses Symptomenkomplexes zu berücksichtigen, dass es eine eigenständige medizinische Diagnose „Burn-out-Syndrom“ nicht gibt. Die Beschwerden, die im Zusammenhang mit Burn-out beschrieben werden, erfüllen nach den gängigen Klassifikationssystemen nicht die Kriterien einer krankheitswertigen psychischen Störung. Eine sorgfältige medizinische Differentialdiagnostik ist daher zwingend erforderlich, um die „Burn-out-Beschwerden“ näher zu analysieren, von einer psychischen Erkrankung abzugrenzen und ggf. eine adäquate somatische oder gezielte psychiatrisch-psychosomatische Behandlung durchzuführen<sup>15</sup>.

Die positiven Aspekte von Arbeit geraten dabei mitunter aus dem Blick. Stellvertretend seien nur einige an dieser Stelle genannt: identitätsstiftende Gestal-

<sup>11</sup> Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation (Hrsg.) (2014), a. a. O.

<sup>12</sup> OECD (2012), a. a. O.

<sup>13</sup> Peter, March, Schröder et al. (2015): Besteht ein Zusammenhang von psychischen Erkrankungen und Arbeitsunfähigkeit unabhängig von soziodemographischen Faktoren? DOI <http://dx-doi.org/10.1055/2-0034-1398598>. Online-Publikation: 10. 3. 2015; Gesundheitswesen 2015; 77: 370–376. Georg Verlag KG, Stuttgart-New York.

<sup>14</sup> Sigris (1994), Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. J. Occup Health Psychol 1996; 1: 27–41.

<sup>15</sup> Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation (Hrsg.) (2014), a. a. O.



tungsmöglichkeiten, Aktivität und Zeitstrukturierung, gesellschaftlicher Status und Anerkennung, soziale Integration, Autonomie und Befriedigung individueller Bedürfnisse durch selbsterwirtschaftete finanzielle Mittel.

In diesem Zusammenhang kann die Rehabilitation der RV, eingebettet in das Bezugssystem der ICF (International Classification of Functioning)<sup>16,17</sup> auf der Basis des bio-psycho-sozialen Modells, auch die hier relevanten Kontextfaktoren berücksichtigen und den Weg in die berufliche Re-Integration wirksam unterstützen.

#### **4. Psychische Komorbiditäten erhöhen die Krankheitslast für die Betroffenen**

Psychische Störungen treten nicht nur allein, sondern auch als Begleiterkrankungen bei primär körperlich bedingten Grunderkrankungen auf, als „komorbide“ Störungen. So können bei Betroffenen mehrere Diagnosen nebeneinander bestehen (z. B. Herzinfarkt und depressive Störung). Die traditionelle kulturelle Prägung in unserem Medizinsystem, Denkgewohnheiten sowie diagnostische Prozesse und Abläufe bewirken, dass überwiegend die Diagnose einer körperlichen Erkrankung gestellt und erst im weiteren Krankheitsverlauf bei Betroffenen psychische Belastungen erkannt und oftmals zeitverzögert als krankheitswertige „psychische Komorbidität“ benannt werden. Wenn komorbide psychische Störungen nicht diagnostiziert werden, ist eine ganzheitliche Behandlung der Betroffenen erheblich erschwert.

In einer Studie von Härter et al. (2007)<sup>18</sup>, die von der Deutschen Rentenversicherung gefördert wurde, konnte gezeigt werden, dass jeder fünfte Rehabilitand, der wegen einer körperlichen Grunderkrankung eine medizinische Rehabilitation in Anspruch nimmt, eine behandlungsbedürftige psychische Be-

gleiterkrankung aufweist. Am häufigsten sind hier Angststörungen, somatoforme Störungen und Abhängigkeitserkrankungen. Nur ein Bruchteil, etwa 20 %, wird zeitnah diagnostiziert. Die verbleibenden 80 % werden im Behandlungsprozess nicht erkannt und bleiben daher unbehandelt. Bei rd. 20 % bis 40 % aller Menschen mit einer Tumorerkrankung, bei 15 % bis 30 % aller Patienten mit oder nach einem Herzinfarkt und bei etwa 30 % bis 50 % der Patienten mit einer orthopädischen Diagnose werden begleitende psychische Belastungen oder Störungen diagnostiziert. Die psychische Erkrankung wirkt sich oft negativ auf die Behandlungsmotivation, die Lebensqualität und somit das Behandlungsergebnis der Betroffenen aus, erhöht Morbidität und Mortalität sowie die Kosten der Versorgungsabläufe. Um die Diagnostik und Therapie komorbider psychischer Störungen in dem zeitlich begrenzten Rahmen der Rehabilitation – zu meist drei Wochen in der medizinischen Rehabilitation – und der nachgehenden Behandlungsangebote zu verbessern, hat die Deutsche Rentenversicherung zwei Broschüren (s. unter [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de) bzw. <http://bitly.com/1fgruhl>) veröffentlicht, um die Reha-Einrichtungen bei ihrer Arbeit zu unterstützen:

- „Psychische Komorbidität – Leitfaden zur Implementierung eines psychodiagnostischen Stufenplans in der medizinischen Rehabilitation“<sup>19</sup>
- „Psychologische Interventionen – Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation: Chronische Rückenschmerzen und Koronare Herzerkrankung“<sup>20</sup>

Das beschriebene, vordergründig sehr medizinisch geprägte Phänomen der komorbiden psychischen Störungen beeinflusst in vielfältiger Hinsicht die Bedeutung psychischer Erkrankungen im Verantwortungsbereich der Deutschen Rentenversicherung. Die zum Teil nicht oder erst spät im Verlauf einer anderen Erkrankung diagnostizierten komorbiden Störungen beeinflussen unmittelbar den Reha-Erfolg, sowohl während als auch nach der Rehabilitation bei insgesamt hohem Belastungs- und Behinderungspotential<sup>21</sup>.

### **5. Psychische Störungen und ihre Bedeutung in der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung**

#### **5.1 Der Rahmen: Gesetzlicher Auftrag**

In Deutschland stehen differenzierte Versorgungsstrukturen mit gestuften Versorgungsangeboten für die Behandlung von psychischen Störungen zur Verfügung. Für die Krankenbehandlung psychischer Störungen einerseits und deren medizinische Rehabilitation andererseits bestehen gesetzlich geregelte Zuständigkeiten, differenzielle Indikationen und unterschiedliche Behandlungsziele.

Die umfassende Aufgabe der Rehabilitation wird in § 4 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – for-

<sup>16</sup> WHO (2001): International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF); [www.who.int/classifications/icf/en/](http://www.who.int/classifications/icf/en/). Letzter Zugriff 8. 6. 2015.

<sup>17</sup> Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI): ICF, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, German Edition, Stand 2005. [www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/](http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/). Letzter Zugriff 8. 6. 2015.

<sup>18</sup> Hahn, Baumeister, Härter (2007): Behandlungsmotivation von körperlich kranken Patienten mit komorbiden psychischen Störungen. In Härter, Baumeister, Bengel (Eds.), Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen pp. 139–146. Berlin: Springer.

<sup>19</sup> Deutsche Rentenversicherung Bund (2011): Psychische Komorbidität – Leitfaden zur Implementierung eines psychodiagnostischen Stufenplans in der medizinischen Rehabilitation. Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Berlin.

<sup>20</sup> Deutsche Rentenversicherung Bund (2013): Psychologische Interventionen – Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation: Chronische Rückenschmerzen und Koronare Herzerkrankung. Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Berlin.

<sup>21</sup> Wittchen (2015): Reha-Kolloquium 2015, Augsburg.

muliert. Die Integration von Betroffenen in Familie, Arbeit, Beruf und Gesellschaft ist im gegliederten Sozialleistungssystem der Bundesrepublik Deutschland unterschiedlichen Trägern der Leistungen zur Teilhabe zugeordnet, für die jeweils eigene leistungsrechtliche Kriterien gelten.

Gem. § 10 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) haben diejenigen Versicherten die persönlichen Voraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe erfüllt, deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert ist und bei denen mindestens eine der drei folgenden Konstellationen zutrifft:

- bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit kann eine Minderung der Erwerbsfähigkeit durch rehabilitative Leistungen abgewendet werden,
- bei geminderter Erwerbsfähigkeit kann diese durch rehabilitative Leistungen wesentlich gebessert oder wiederhergestellt oder hierdurch eine wesentliche Verschlechterung abgewendet werden,
- bei teilweiser Erwerbsminderung ohne Aussicht auf eine wesentliche Besserung der Erwerbsfähigkeit kann der Arbeitsplatz durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten werden.

Die medizinische Rehabilitation der RV nach § 9 und § 15 SGB VI hat die Aufgabe, Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit oder das vorzeitige Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder die Betroffenen möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wieder einzugliedern. Während im Zentrum der kurativen Medizin die Behandlung der psychischen Störungen steht, liegt der Schwerpunkt der medizinischen Rehabilitation auf der Störungsbewältigung, um einen Umfang mit den Störungsfolgen zu erreichen, der zu einer bestmöglichen Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gesellschaft führt.

Ungeachtet ihrer Genese ergibt sich die Reha-Bedürftigkeit bei einer psychischen Erkrankung nicht aus der Diagnose, sondern vor allem aus resultierenden Funktionseinschränkungen i. S. der ICF<sup>22, 23</sup>. Neben dem Nachweis der Reha-Bedürftigkeit sind Reha-Fähigkeit und -Prognose von großer Wichtigkeit im Kontext der Bewilligung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Reha-Fähigkeit steht im engen Zusammenhang mit der Vorbehandlung, die die Betroffenen erhalten haben und besteht, wenn die psychische und somatische Verfassung der Versicherten eine erfolgsversprechende und aktive Teilnahme an einem geeigneten Reha-Angebot zulässt.

Eine positive Reha-Prognose liegt vor, wenn es unter Berücksichtigung des bisherigen Krankheitsverlaufs, des Kompensationspotentials und der individuellen Ressourcen medizinisch begründet überwiegend wahrscheinlich ist, dass das Reha-Ziel durch die Leistung zur Teilhabe erreicht werden kann. Dabei ist es Ziel der RV, Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit

der Versicherten entgegenzuwirken und ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern. Der Einschätzung der Reha-Prognose kommt angesichts der erheblich variierenden Krankheitsverläufe bei psychischen Störungen und des individuellen Reha-Potentials unter Berücksichtigung der wichtigsten Kontextfaktoren eine besondere Bedeutung zu. Häufige oder länger andauernde Arbeitsunfähigkeitszeiten – vor allem in Kombination mit einem Rentenwunsch – fehlende Motivation für psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlungsansätze und ein laufendes Rentenantragsverfahren sind oft ungünstige Faktoren im Hinblick auf die Reha-Prognose.

## 5.2 Psychische Erkrankungen in der medizinischen Rehabilitation

Im Jahr 2013 wurden insgesamt 945 996 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durchgeführt, davon 21% aufgrund psychischer Störungen (s. Abb. 1). Sie stellen somit die zweitgrößte Indikationsgruppe dar, hinter den muskuloskeletalen Erkrankungen mit einem Anteil von 36 %.

Wegen der zunehmenden Nachfrage wurden die Behandlungsplätze (Kapazitäten) in den letzten Jahren ausgebaut. Derzeit erfolgt die Rehabilitation bei psychischen Störungen in etwa 195 Reha-Einrichtungen und Fachabteilungen, die sich auf trügereigene und Vertragseinrichtungen verteilen.

Anders als in der Akutbehandlung stehen in der Rehabilitation die Überwindung von Krankheitsfolgen bei chronischen Störungen, die Reduktion von Funktionseinschränkungen und die Verbesserung der Teilhabe am Arbeitsleben und im Alltag im Vordergrund. Im Fall einer längeren Arbeitsunfähigkeit ist es sinnvoll, die Rehabilitation schon früh in den Therapieprozess zu integrieren.

Die medizinische Rehabilitation mit ihrer Orientierung am bio-psycho-sozialen Modell und ihrem multiprofessionellen Behandlungsansatz ist bei psychischen Störungen in der Regel Teil eines langfristigen Behandlungsprozesses. Diese Möglichkeit wird in der Realität allerdings im Verlauf der Behandlungskette häufig sowohl durch die Betroffenen als auch durch die Behandler im Akutbereich zu spät wahrgenommen und entsprechend zu selten genutzt. Oft ist die Chronifizierung und damit Fixierung der Symptomatik bei Reha-Antragstellung dann bereits fortgeschritten<sup>24</sup>.

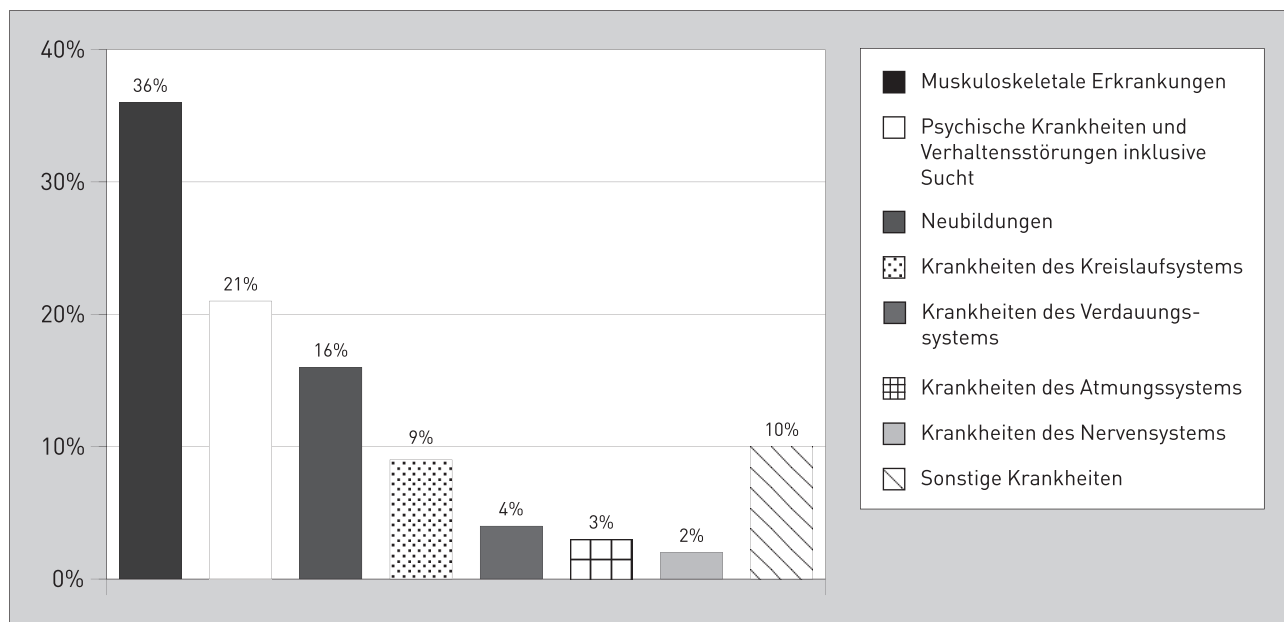
Versicherte in der Rehabilitation von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen weisen einige Besonderheiten auf: Rehabilitanden mit psychischen Störungen sind mit einem Altersdurchschnitt von

<sup>22</sup> Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), a. a. O.

<sup>23</sup> WHO (2001), a. a. O.

<sup>24</sup> Köllner, 2014, Psychotherapeut Band 59, Heft 6, November 2014, 485–502, Springer-Verlag Berlin Heidelberg.

**Abb. 1: Abgeschlossene Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Jahr 2013 nach Indikationen (Deutsche Rentenversicherung), Anteil in %, N = 945.996**



Quelle: ISRV Tab. 320.00 M, abgeschlossene Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Berichtsjahr 2013, Verteilung nach 1. Diagnose (Diagnosegrundgruppen).

46,9 Jahren deutlich jünger als beispielsweise Rehabilitanden mit orthopädischen Leiden (52,2 Jahre). Zum anderen erfordert die rehabilitative Behandlung aufgrund der Komplexität der Therapie einen längeren Behandlungszeitraum als bei somatischen Indikationen. Psychische und psychosomatische Erkrankungen wurden im Jahr 2013 durchschnittlich 37 Tage therapiert, im Vergleich zu 23 Tagen bei muskuloskeletalen Erkrankungen.

In Abb. 2 (s. S. 120) ist die Altersverteilung von Rehabilitanden bei der Inanspruchnahme von stationären Reha-Leistungen und sonstigen Leistungen zur Teilhabe innerhalb der drei häufigsten psychischen Diagnosen dargestellt. Gezeigt werden affektive Störungen, in denen Depressionen enthalten sind, neurotische, Belastungsstörungen und somatoforme Störungen, die die Angsterkrankungen einschließen sowie Suchterkrankungen.

Abb. 2 zeigt sehr eindrücklich die Bedeutung der psychischen Erkrankungen für die Deutsche Rentenversicherung: Für Betroffene mit den Diagnosen einer Depression oder einer Angsterkrankung liegt das Maximum der Inanspruchnahme von stationären Reha-Leistungen und sonstigen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in der Altersklasse der 50- bis 54-Jährigen, beginnend mit einem Anstieg bei den 40- bis 45-Jährigen. Dieser Bereich umfasst also genau diejenige Altersklasse, die die Mehrzahl der Erwerbstätigen einschließt. Bei den Suchterkrankungen beginnt die Inanspruchnahme früher, bereits mit dem Eintrittsalter ins Erwerbsleben, bei den 20-Jährigen – weniger in den Altersklassen der über 50-Jährigen –, hier stehen dann die akuten körper-

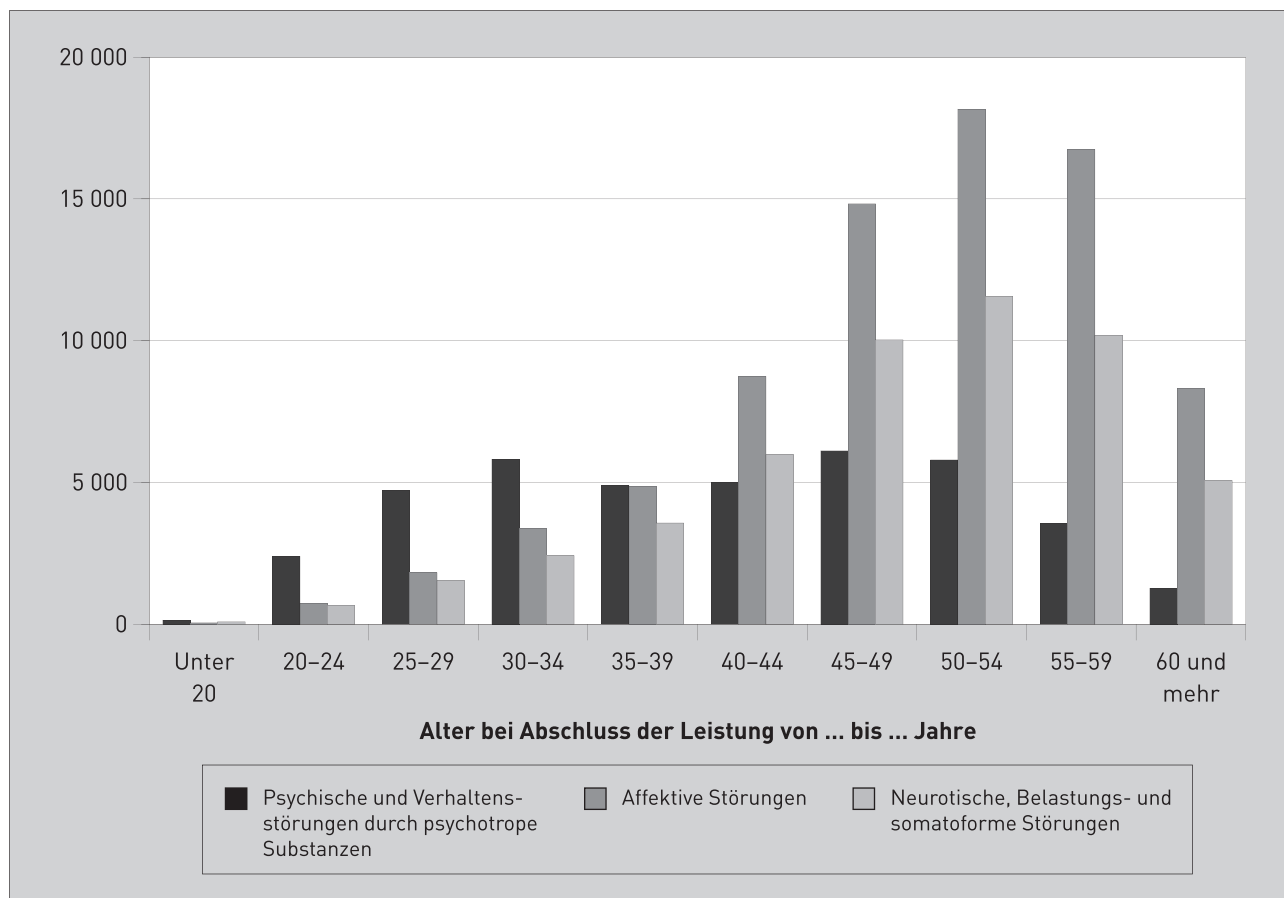
lichen Einschränkungen und Folgen der Abhängigkeitserkrankungen im Vordergrund der Behandlung und Versorgung.

### 5.3 Vor und während der Rehabilitation

Wie bereits unter 5.1 ausführlich dargestellt, ist der Auftrag der Deutschen Rentenversicherung – wie auch der anderer Sozialleistungsträger – gesetzlich geregelt. An dieser Stelle kann nicht im Einzelnen auf Aspekte von Prävention, Früherkennung, Akutbehandlung, Nachbehandlung und der speziellen Rollen der in diesen Bereichen agierenden Akteure und Institutionen eingegangen werden. Wichtig ist jedoch die Zusammenarbeit aller Beteiligten, die gemeinsame nahtlose Konzeptualisierung des Versorgungsablaufes und der Versorgungskontinuität, insbesondere an den vielfältigen Schnittstellen des Versorgungssystems: zwischen den Sozialleistungsträgern, Ärzten unterschiedlichster Fachrichtungen, Unternehmen, zwischen ambulanter, stationärer und rehabilitativer Versorgung und vielen mehr. Der Prozess des Aufnahme-, Behandlungs-, Übernahme-, Entlass- und Überleitungsmanagements beispielsweise hat zu gewährleisten, dass keine (Ab-)Brüche in den Versorgungsverläufen von Versicherten entstehen.

Die Deutsche Rentenversicherung hat sich bereits in den vergangenen Jahren intensiv mit der Zunahme psychischer Erkrankungen bei ihren Versicherten beschäftigt und innovative Lösungswege aufgezeigt. Dazu wurden Modellprojekte oder Forschungsvorhaben initiiert, die bereits im Vorfeld einer medizinischen Rehabilitation Betroffene oder vulnerable Mitarbeiter während des Arbeitsprozesses frühzeitig identifizie-

**Abb. 2: Altersverteilung innerhalb ausgewählter Hauptdiagnosen des Unterkapitels F „Psychische und Verhaltensstörungen“ der ICD-10**



Quelle: Statistikband „Rehabilitation 2013“ (Band 199).

ren sollen. Diese Interventionen zielen darauf ab zu verhindern, dass langandauernde krankheitsbedingte Ausfallzeiten entstehen, dies in Kooperation mit Betriebsärzten und Krankenkassen.

Andere Modellprojekte sind vom Ansatz her präventiv ausgerichtet. Ihre Angebote sollen verhindern, dass aus psychischen Belastungen krankheitswertige psychische Störungen entstehen oder sich psychische Störungen chronifizieren und diese so ein Risiko für die Minderung der Erwerbsfähigkeit darstellen. Für diese Art der Präventionsprogramme ist eine enge Kooperation mit Arbeitgebern, Krankenkassen und vielen weiteren Akteuren im Gesundheitswesen erforderlich.

Seit 2015 bietet die Deutsche Rentenversicherung mit ihrem Firmenservice<sup>25</sup> eine Vielzahl von Informationen rund um die Themen gesunde Beschäftigte, Rente und Altersvorsorge sowie Sozialabgaben an. Der Firmenservice berät Arbeitgeber, Betriebs- und Werksärzte, Betriebsräte und Schwerbehindertenvertretungen bei allen Fragen rund um das Leistungsspektrum der gesetzlichen RV. Durch kostenlose Informationen und Beratung in den Betrieben vor Ort helfen die Experten der RV dabei, die Beschäftigungsfähigkeit von Mitarbeitern langfristig zu sichern und

deren vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu vermeiden<sup>26</sup>.

Um der Vielfalt psychisch erkrankter Rehabilitanden während des Aufenthaltes in einer Reha-Einrichtung Rechnung zu tragen, wurden differenzierte Konzepte für die unterschiedlichen und sehr individuellen Problemkonstellationen der Rehabilitanden entwickelt: Berufsbezogene Konzepte, wie die Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) mit dem Ziel, die berufliche Wiedereingliederung der Rehabilitanden zu verbessern, ebenso wie Belastungserprobungen und Arbeitsplatztraining. Ein indikationsspezifisches Konzept wurde bereits 2001/2002 entwickelt: die Verhaltensmedizinisch-orthopädische Rehabilitation (VMOR) für Menschen mit chronifizierten Schmerzzuständen und einer hohen psychischen und/oder sozialen Belastung in orthopädischen Reha-

<sup>25</sup> Deutsche Rentenversicherung: Information für Experten, Arbeitgeber & Steuerberater: [www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/0\\_Home/meldungen/firmenservice.html](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/0_Home/meldungen/firmenservice.html). Letzter Zugriff 8. 6. 2015.

<sup>26</sup> Nachrichten.de: [www.nachrichten.de/sport/Rente-Neuerbundesweiter-Firmenservice-der-Deutschen-Rentenversicherung-aid\\_2860464872653930719.html](http://www.nachrichten.de/sport/Rente-Neuerbundesweiter-Firmenservice-der-Deutschen-Rentenversicherung-aid_2860464872653930719.html) - focus online. Letzter Zugriff 8. 6. 2015.



Einrichtungen. Zur Optimierung der rehabilitativen Behandlung dieser Personengruppe wurden Konzepte zur Vermittlung des Zusammenhangs von somatischen und psychosozialen Faktoren im Krankheitserleben und -verhalten entwickelt und damit das ursprünglich rein orthopädische Behandlungskonzept erheblich erweitert.

Darüber hinaus gibt es Reha-Konzepte für besondere Gruppen – wie ältere und arbeitslose Rehabilitanden, Rehabilitanden mit langen Arbeitsunfähigkeitszeiten, mit einem eher somatischen Krankheitsverständnis oder einer geringen Änderungsbereitschaft.

Eine eigene Gruppe bilden Rehabilitanden, die bereits einen Rentenanspruch gestellt haben und daher oft mit einer negativen subjektiven Erwerbsprognose in die Rehabilitation kommen. Diese Personengruppe stellt eine besondere Herausforderung für das Versorgungssystem und speziell für das Reha-Team dar. Diese Personengruppe gesondert zu betrachten, ist eine künftige Aufgabe der Sozialversicherungsträger.

#### 5.4 Nach der Rehabilitation

Von besonderer Bedeutung ist es, während der Rehabilitation wieder Arbeitsfähigkeit zu erzielen oder mit einer stufenweisen Wiedereingliederung einen konkreten Weg dorthin zu bahnen. Häufig finden Betroffene erst während der Rehabilitation wieder in einen strukturierten Tagesablauf, aus einer Situation der sozialen Isolation heraus, so dass die Chance für die erfolgreiche berufliche Reintegration in der Zeit nach der Entlassung aus der Reha-Einrichtung besonders hoch ist, insbesondere wenn vor der Rehabilitation lange Arbeitsunfähigkeitszeiten bestanden haben, eine Rückkehr an den alten Arbeitsplatz aber möglich ist. Dieses Zeitfenster ist wichtig und darf nicht ungenutzt verstreichen, „auch wenn die Patienten nicht selten aus angstbedingtem Vermeidungsverhalten einen weiteren Aufschub des Arbeitsbeginns durch erneute Krankschreibung wünschen“<sup>27</sup>.

In der Reha-Nachsorge stehen für Menschen mit psychischen Störungen zahlreiche Modelle zur Verstärkung des Reha-Erfolges nach der Entlassung aus der Reha-Einrichtung zur Verfügung, wie z. B. die Nachsorgeformen IRENA oder das Curriculum Hannover. Bereits im Verlauf des Aufenthaltes in der Reha-Einrichtung sollten entsprechende Wege gebahnt werden.

Hilfreich ist auch das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) nach § 84 Abs. 2 SGB IX, bei dem die RV Betriebe und Unternehmen, insbesondere Klein- und Mittelbetriebe, wirksam unterstützen kann, z. B. durch Beratung, Fallbegleitung, Prüfung von Reha-Bedarf und ggf. frühzeitige Einleitung einer medizinischen Rehabilitation sowie die Koordination der stufenweisen Wiedereingliederung.

Abb. 3 (s. S. 122) zeigt den sozialmedizinischen Verlauf des Rehabilitanden-Jahrganges von 2010. Zwei

Jahre nach Abschluss einer medizinischen Rehabilitation wegen psychischer Erkrankungen haben von 119 422 Rehabilitanden 68 % lückenlose Beiträge zur RV gezahlt, 15 % haben lückenhafte Beitragszahlungen geleistet. Von diesem Jahrgang stehen also 83 % im Erwerbsleben oder dem Arbeitsmarkt zur Verfügung. Bei 14 % wurde eine Rente wegen Erwerbsminderung (EM-Rente) gezahlt, 3 % erhielten im Zeitverlauf eine Altersrente.

#### 7. Psychische Erkrankungen und Erwerbsminderung

Nicht in jedem Fall gelingt die Wiedereingliederung ins Arbeitsleben, wie auch aus Abb. 3 ersichtlich. Dann kann aus gesundheitlichen Gründen eine EM-Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung gewährt werden. Erwerbsgemindert (voll oder teilweise) im rentenrechtlichen Sinne sind Personen, wenn sie wegen Krankheit oder Behinderung auf absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei bzw. sechs Stunden täglich erwerbsfähig zu sein (§ 43 SGB VI).

Der Anteil der EM-Renten aufgrund psychischer Störungen an der Gesamtzahl der Berentungen nimmt seit 2001 kontinuierlich zu. In der Statistik der Deutschen Rentenversicherung lagen psychische Störungen in den neunziger Jahren noch an dritter Stelle. Seit 2001 sind psychische Störungen der häufigste Grund für die Bewilligung einer EM-Rente. Im Jahr 2013 erfolgten 38 % aller neubewilligten EM-Renten aufgrund der Diagnose einer psychischen Störung, beinahe dreimal so häufig wie bei der Gruppe der muskuloskeletalen Erkrankungen mit 14 % (s. Abb. 4, S. 123).

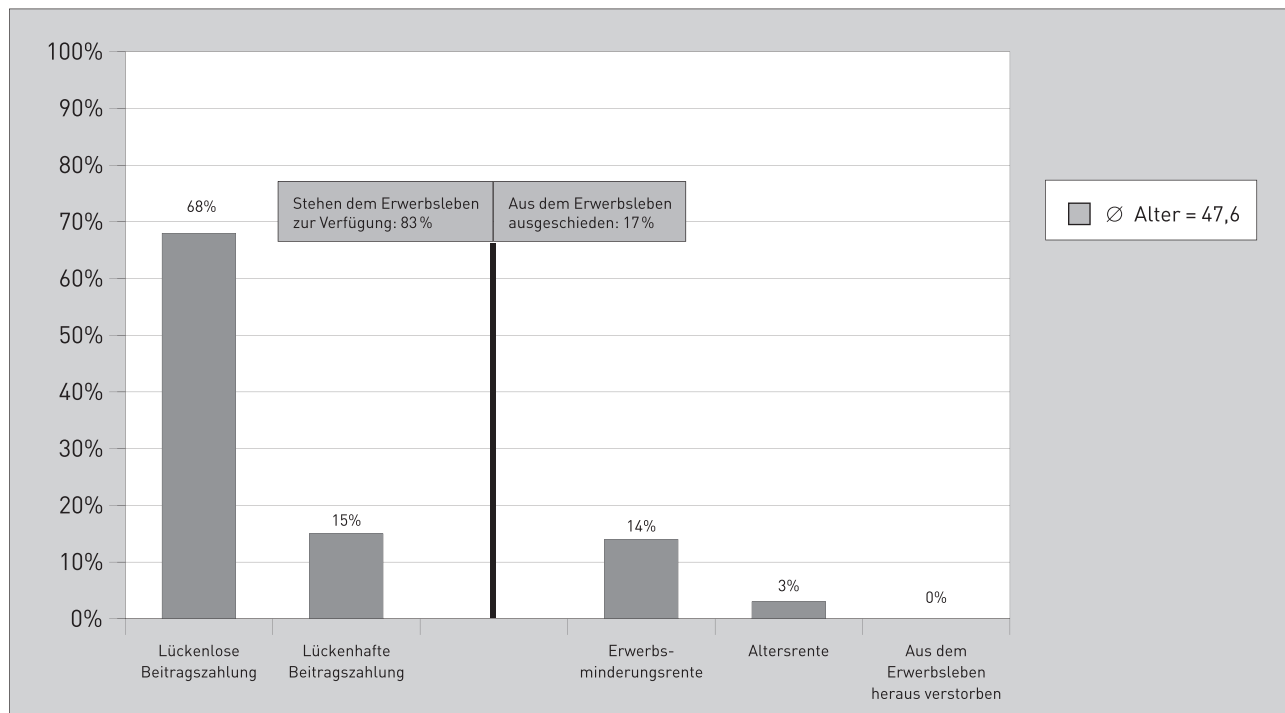
Bei den Diagnosen, die zur Bewilligung einer EM-Rente führen, stehen affektive Störungen an erster, Angsterkrankungen an zweiter Stelle. Beide Erkrankungsgruppen wachsen zahlenmäßig kontinuierlich, während andere psychische Störungen wie somatoforme Störungen und Suchterkrankungen eine nur geringere Zunahme zeigen. Die Zahl der Neuberentungen aufgrund teilweiser oder voller Erwerbsminderung wegen schizophrener, schizotyper und wahnhafter Störungen ist dagegen über die Jahre gesehen stabil.

Die Betrachtung des Renteneintrittsalters der Betroffenen ergibt Folgendes: das tatsächliche durchschnittliche Renteneintrittsalter lag 2013 bei 61,3 Jahren, das Eintrittsalter bei EM-Renten 2013 bei 51 Jahren. Menschen mit psychischen Erkrankungen scheiden tendenziell noch früher aus dem Erwerbsleben aus (2013: 49,2 Jahre bei Frauen, 48,9 Jahre bei Männern). Die genannten Zahlen verdeutlichen einige Facetten der ökonomischen Bedeutung psychischer Erkrankungen für die Deutsche Rentenversicherung bezogen auf das Erwerbsminderungsgeschehen: einerseits gehen der Solidargemeinschaft frühzeitig Sozialversicherungsbeiträge verloren, während gleichzeitig länger Rentenleistungen

<sup>27</sup> Köllner, 2014, a. a. O.



**Abb. 3: Sozialmedizinischer Verlauf des Rehabilitanden-Jahrganges von 2010 zwei Jahre nach Abschluss einer medizinischen Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen (ohne Sucht, pflichtversicherte Rehabilitanden, N = 119 422)**



Quelle: Rehabericht 2013, RSD 2005–2012.

an vergleichsweise junge Menschen aufgrund der Minderung ihrer Erwerbsfähigkeit gezahlt werden. Im Hinblick auf das gesamtwirtschaftliche Geschehen ist der Verlust von ggf. hochqualifizierten Arbeitskräften zu ergänzen.

Im Zusammenhang mit der Antragstellung für eine EM-Rente können, ähnlich wie bei der Wiedereingliederung ins Arbeitsleben, krankheitsspezifische Aspekte psychischer Erkrankungen eine besondere Rolle spielen. Patienten mit depressiven Störungen, Angststörungen und somatoformen Störungen unterschätzen nicht selten die eigene Leistungsfähigkeit oder leiden unter arbeitsbezogenen Ängsten mit entsprechendem Vermeidungsverhalten und versuchen dementsprechend, die Rückkehr an den Arbeitsplatz lange hinauszuzögern. Eine langandauernde Arbeitsunfähigkeit kann diese Haltungen verfestigen und somit die Symptomatik ungewollt verstärken sowie zur Chronifizierung der Symptomatik beitragen. Ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben ist meist mit einer längerfristig schlechteren Lebensqualität und einem ungünstigeren Krankheitsverlauf verknüpft<sup>28</sup>.

Das wird auch subjektiv erlebt, wie ein Teilaspekt der ArentA-Studie<sup>29</sup> der Deutschen Rentenversicherung Westfalen (Abschlussbericht 2011) verdeutlicht. Die Studie zeigte, dass die subjektiven Erwartungen, die Antragsteller für die Zeit nach Bewilligung der EM-Rente haben, zwei Jahre nach Erhalt der Rente nicht erfüllt wurden. Die untersuchten Erwartungen

bezogen sich auf die Verbesserung der Gesundheit, der Pflege von Freundschaften, Interessen und Hobbys, der finanziellen Lage, der Zukunftsaussichten. Erwartet wurde von den Befragten eine Verbesserung des Lebens insgesamt. In der Nachbefragung zwei Jahre nach Rentenbewilligung zeigte sich in keinem der genannten Aspekte eine explizite Verbesserung. Unverändert war die subjektive Einschätzung von Freundschaften. Explizit verschlechtert hatten sich subjektiv die finanzielle Lage, die Zukunftsaussichten, die Pflege von Interessen und Hobbys, die Gesundheit – die Bewertung des Lebens insgesamt.

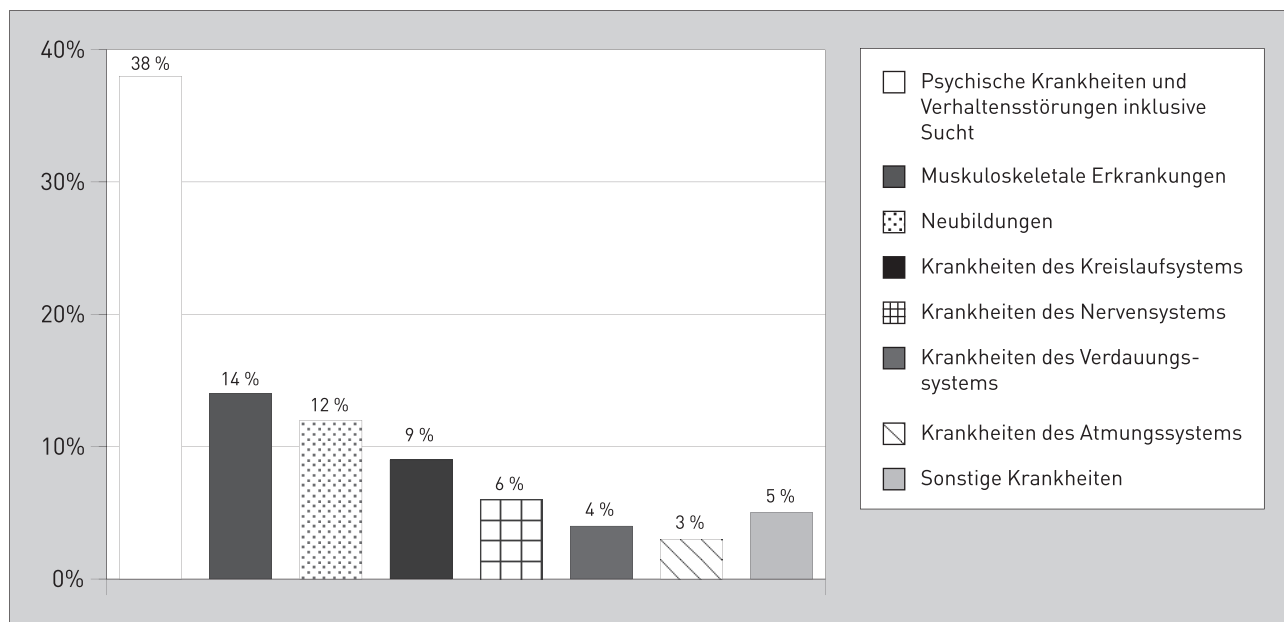
## 8. Diskussion und Ausblick

Die Deutsche Rentenversicherung nimmt schon seit vielen Jahren auch im Kontext der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen eine wesentliche Rolle ein. Sei es durch ihre Leistungen zur Teilhabe, durch proaktive Vernetzung mit Akteuren im Gesundheitswesen, durch aufklärende Veranstaltungen sowie bei der Vergabe von Mitteln für Forschungsvorhaben und der Umsetzung der Ergebnisse

<sup>28</sup> Bernard, Sandweg, 2003, Nervenarzt 73: 406–412; Köllner, 2014, a. a. O.

<sup>29</sup> Kedzia, Heuer, Institut für Rehabilitationsforschung Norderney, Abteilung Sozialmedizin (2011): ArentA. Erwerbsminderung abgelehnt! Was wird aus den Antragstellern? Eine Analyse der gesundheitlichen, sozialen und beruflichen Entwicklung von Antragstellern zwei Jahre nach Ablehnung des Rentenanspruchs. Abschlussbericht Oktober 2011.

**Abb. 4: EM-Rentenzugänge\* im Jahr 2013 für verschiedene Diagnosegruppen, Erwerbsfähigkeit nach Indikationen, N = 175 136**



\* Ohne Renten an Bergleute wegen Vollendung des 50. Lebensjahres.

Quelle: ISRV Tab 229.00 Z, Rentenzugänge 2013 wegen verminderter Erwerbsfähigkeit.

z. B. in den eigenen Reha-Einrichtungen. Verwiesen sei auch auf die Vielzahl der bereits publizierten Broschüren wie Praxisleitfäden, Rahmenkonzepte oder Leitlinien, u. a. zur sozialmedizinischen Begutachtung. Zuletzt wurde Anfang 2014 ein Positionspapier vorgelegt mit dem Titel: „Die Bedeutung Psychischer Erkrankungen in der medizinischen Rehabilitation und bei Erwerbsminderung“<sup>30</sup>. Es enthält zum einen eine umfassende Bestandsaufnahme zum Thema „Psychische Erkrankungen“ mit Beschreibungen und Analysen der vorliegenden Daten. Es legt zum anderen dar, an welchen Stellen wichtige Handlungsfelder für die Deutsche Rentenversicherung, aber auch für andere Akteure (z. B. Institutionen des Gesundheitssystems, Sozialleistungsträger, Betriebe, Fachärzte, Hausärzte usw.), bestehen. In einem folgenden Schritt formulieren die Rentenversicherungsträger (RV-Träger) aus den benannten Handlungsfeldern konkrete Handlungsvorschläge und -strategien.

Die Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen ist ein wichtiges Element innerhalb des Versorgungssystems bei psychischen Erkrankungen. Sie ist jedoch nur ein Baustein von vielen innerhalb des Behandlungsprozesses und kann mögliche Versorgungslücken oder Defizite an anderen Stellen dieser Kette

nur zu einem Teil kompensieren. In den Ergebnissen der DEGS1-MH-Studie (Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland, Mental-Health Modul) wird im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems<sup>31,32</sup> beschrieben, dass eine Behandlung psychischer Störungen selten zeitnah nach Diagnosestellung erfolgt. Nur etwa 10 % bis 20 % der Betroffenen werden innerhalb der ersten zwölf Monate nach Erstdiagnose behandelt<sup>30</sup>. Speziell für Angsterkrankungen betrug die geschätzte Zeit zwischen der Erstdiagnose und einer darauf folgenden Behandlung sechs Jahre<sup>30</sup>, für depressive Störungen sieben Jahre<sup>30</sup>. Häufig wird bei psychischen Störungen ein Reha-Antrag erst nach einer längeren Zeit der Arbeitsunfähigkeit gestellt – dann meist in einem bereits chronifizierten Stadium der Erkrankung mit entsprechend geringeren Erfolgsaussichten.

Die Erfahrung von behandelnden Therapeuten, von Reha-Teams, von Gutachtern und anderen sozialmedizinisch tätigen Ärzten zeigt, dass eine Rehabilitation meist nicht erfolgreich durchgeführt werden kann, wenn bereits ein Rentenanspruch gestellt wurde. Diejenigen, die den Schritt der Rentenantragstellung bereits unternommen haben und dann zunächst eine Rehabilitation erhalten, können nur selten so sehr von den Reha-Angeboten profitieren, dass eine dauerhafte Wiedereingliederung ins Arbeitsleben erfolgen kann. Alle Akteure im Gesundheitswesen sind daher aufgefordert, in diesem Prozess eng zu kooperieren, um Menschen mit psychischen Störungen zum richtigen Zeitpunkt die jeweils geeignete Leistung anzubieten – initial frühzeitig und niederschwellig, auf freiwilliger Basis und gleichzeitig lange genug, um die erwünschten Effekte zu erzielen, wie

<sup>30</sup> Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation (Hrsg.) (2014), a. a. O.

<sup>31</sup> Wittchen HU (2015), a. a. O.

<sup>32</sup> Mack S. 2014 Int. J. Methods Psychiatr. Res. 23(3): 289–303, Published online 31 March 2014 in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com) DOI: 10.1002/mpr. 1438. Letzter Zugriff 8.6.2015.

z. B. eine drohende Einschränkung der Erwerbsfähigkeit abzuwenden.

Die Deutsche Rentenversicherung wird ihre Dienstleistungen im Bereich der Beratung der Versicherten und der Arbeitgeber erheblich ausbauen. Wichtige Bausteine sind dabei der Firmenservice, das BEM, der Reha-Fachberatungsdienst sowie die Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation. Individuelle Fallsteuerung bietet als Lösungsstrategie geeignete Methoden und Instrumente, um den beruflichen Teilhabeprozess zu steuern und die Versicherten bei dessen Umsetzung zu begleiten – spezifisch und am individuellen Bedarf orientiert. Die Deutsche Rentenversicherung wird mit externer Unterstützung ein berufsorientiertes Fallmanagement erarbeiten, das für alle RV-Träger umsetzbar ist.

Insgesamt kommt es darauf an, dass alle Akteure sowohl ihre eigenen Aufgaben im Umgang mit diesem komplexen gesamtgesellschaftlichen Thema erfüllen als auch strukturiert miteinander zusammenarbeiten. Wichtig ist auch, dass alle Beteiligten (psychische) Belastungen differenziert betrachten und zwischen Einschränkungen des subjektiven Wohlbefindens und psychischen Erkrankungen unterscheiden. Nicht immer kann eine adäquate und die Betrof-

fenen zufriedenstellende Lösung allein im Gesundheitssystem angeboten werden. Es geht darum, die bisherigen diagnostischen und Behandlungsprozesse noch genauer zu analysieren und Behandlungspfade zu etablieren, in denen die Beteiligten zeitlich und inhaltlich möglichst nahtlos kooperieren, und Übergangsprobleme zwischen Versorgungssektoren zum Vorteil der Betroffenen minimiert werden. Dabei ist eine erhöhte Aufmerksamkeit der vermeintlich „unsichtbaren“ Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft wie auch am Arbeitsleben durch psychische Störungen notwendig.

Die Deutsche Rentenversicherung misst diesem Thema eine große Bedeutung bei. Die Bereitschaft, gemeinsam mit anderen Akteuren des Gesundheitswesens bessere Wege und Lösungen für die betroffenen Versicherten zu finden, ist hoch. Das diesjährige Reha-Kolloquium der Deutschen Rentenversicherung, das im März 2015 in Augsburg stattfand, hat diese Thematik unter dem Motto: „Psychische Störungen – Herausforderungen für Prävention und Rehabilitation“ aufgegriffen.

Die Deutsche Rentenversicherung stellt sich ihrer gesellschaftlichen Aufgabe und verfolgt den skizzierten Weg engagiert und konsequent.