



Deutsche
Rentenversicherung

Bund

Reha-Bericht 2022

Die **medizinische** und
berufliche Rehabilitation
der Rentenversicherung im
Licht der Statistik.

Mit dem Fokusthema:
Abhängigkeitserkrankungen

Auf einen Klick

Unser Service für Sie: Alle Abbildungen und Tabellen finden Sie online als pdf-Datei. Für Ihre Präsentationen und Ihre wissenschaftliche Arbeit.



Mehr Informationen:

Ergebnisse aus Forschung und Praxis |

Deutsche Rentenversicherung ([deutsche-rentenversicherung.de](https://www.deutsche-rentenversicherung.de))

Inhalt

6	VORWORT
8	FAKTEN IM ÜBERBLICK
12	AKTUELLE ENTWICKLUNGEN
14	RECHT UND POLITIK
16	REHA-QUALITÄTSSICHERUNG
18	SOZIALMEDIZIN
27	REHA-WISSENSCHAFTEN UND NEUE KONZEPTE
36	REHABILITATION IM LICHT DER STATISTIK
38	MEDIZINISCHE REHABILITATION: UMFANG UND STRUKTUR
39	ANTRÄGE, BEWILLIGUNGEN UND DURCHGEFÜHRTE LEISTUNGEN
40	VERSCHIEDENE FORMEN DER REHABILITATION
45	SPEKTRUM DER INDIKATIONEN – ZEITLICHE ENTWICKLUNG
45	SPEKTRUM DER INDIKATIONEN IN 2021 – NACH GESCHLECHT UND REHA-FORM
49	ALTERSSPEZIFISCHE BETRACHTUNG
51	MEDIZINISCHE REHABILITATION: PROZESS UND ERGEBNIS
51	ZUFRIEDENHEIT AUS PERSPEKTIVE DER REHABILITANDINNEN UND REHABILITANDEN
53	BEHANDLUNGSERFOLG AUS SICHT DER REHABILITANDINNEN UND REHABILITANDEN
54	THERAPEUTISCHE VERSORGUNG – DOKUMENTATION DER KTL
56	REHA-THERAPIESTANDARDS – ANFORDERUNGEN AN DIE REHABILITATION
58	PEER REVIEW – REHABILITATION AUS SICHT DER EXPERTINNEN UND EXPERTEN
62	BEHANDLUNGSERFOLG – SOZIALMEDIZINISCHER VERLAUF
65	MEDIZINISCHE REHABILITATION: REHA-EINRICHTUNGEN
65	ANZAHL STATIONÄRER REHA-EINRICHTUNGEN

67	BERUFLICHE REHABILITATION: UMFANG UND STRUKTUR
67	ANTRÄGE, BEWILLIGUNGEN UND DURCHGEFÜHRTE LEISTUNGEN FÜR LTA
70	ZEITLICHE ENTWICKLUNG
71	SPEKTRUM DER LEISTUNGEN
73	BERUFLICHE BILDUNG – SPEKTRUM DER INDIKATIONEN
74	BERUFLICHE BILDUNG – ALTERSSPEZIFISCHE INANSPRUCHNAHME
76	BERUFLICHE REHABILITATION: PROZESS UND ERGEBNIS VON BILDUNGSLEISTUNGEN
76	ABSCHLUSS DER BERUFLICHEN BILDUNGSLEISTUNGEN
76	STATUS NACH BERUFLICHEN BILDUNGSLEISTUNGEN
79	AUFWENDUNGEN FÜR REHABILITATION
79	AUFWENDUNGEN IN 2021
81	ENTWICKLUNG DER AUFWENDUNGEN AB 2006
82	VERGLEICH ZU WEITEREN AUSGABEN DER RENTENVERSICHERUNG
84	IM FOKUS
86	REHABILITATION BEI ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNGEN
105	ANHANG
105	DATENQUELLEN

Vorwort



Gundula Roßbach

Erkennen Sie ihn wieder? Das ist der neue Reha-Bericht. Wie gewohnt legen wir Ihnen die wichtigsten aktuellen Daten, Fakten und Entwicklungen zur Rehabilitation der Rentenversicherung gewissenhaft zusammengestellt vor. Aber in einem frischen, modernen Design. Sachlich, klar und aufgeräumt wie unsere Daten soll er sein. Tauchen Sie ein in die neue Navigation, folgen Sie den farbigen Pfaden, die das Leistungsgeschehen in der medizinischen und beruflichen Rehabilitation der Rentenversicherung transparenter und nachvollziehbarer abbilden. Entdecken Sie auch die digitale Version des Reha-Berichtes 2022. Um dem Umweltschutz und der Rohstoffknappheit Rechnung zu tragen, haben wir die Palette der Funktionalitäten erweitert. Tabellen und Abbildungen sind in der Online-Version stärker mit dem Text verknüpft. Das Inhaltsverzeichnis ist ebenfalls mit den Artikeln verbunden – für ein interessanteres und intuitiveres Lesen.

Innerhalb der routinemäßig erhobenen Statistikdaten der Rentenversicherung für das Jahr 2021 und den Ergebnissen der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung gibt es noch eine Neuerung: Bisher wurden die Daten für die ärztlichen Diagnosen gruppiert und innerhalb des Krankheitsspektrums statistisch ausgewertet. Erkrankungen von Muskel, Skelett oder Bindegewebe waren zu einer Gruppe zusammengefasst. Herz-Kreislauf-Erkrankungen gehörten zusammen. Zum 1. Januar 2021 erfolgte innerhalb der Rentenversicherung ein Wechsel auf die Indikationsgruppen. Im vorliegenden Reha-Bericht werden die Daten erstmals im Spektrum der Indikationen veröffentlicht, beispielsweise für die Kardiologie und die Orthopädie mit der Rheumatologie. Wir orientieren uns damit besser an den für die Rehabilitation typischen Indikationen auf Basis der ICD-10-Codes.

In den Fokus rücken wir für Sie im aktuellen Reha-Bericht die Abhängigkeitserkrankungen in der medizinischen Rehabilitation. Zentral wurden dafür die Alkoholentwöhnungen während der Pandemie wissenschaftlich untersucht. Basis sind statistischen Daten der Rentenversicherung aus den Jahren 2019, 2020 und 2021.

In den ausgewählten aktuellen Entwicklungen zur Rehabilitation aus den Bereichen Recht und Politik, Qualitätssicherung, Sozialmedizin sowie Reha-Forschung berichten wir auch über das ab Juli 2023 greifende „Gesetz Digitale Rentenübersicht“, mit dem die Transparenz verbessert werden soll. Das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten wurde gestärkt und spielt bei der Auswahl einer Rehabilitationseinrichtung eine noch größere Rolle.

Als Krise mit globalen Auswirkungen rollte die SARS-CoV-2-Pandemie in das Jahr 2020 und bestimmt seitdem das Geschehen mit. Auch in 2021. Wissenschaftliche Projekte, die von der Rentenversicherung gefördert werden, untersuchen seit Herbst 2020 die Auswirkungen der Pandemie auf das System der Rehabilitation und eruieren Lösungswege. Erste Ergebnisse wurden schon vorgelegt. Deutlich wird: Herausforderungen bergen Chancen. Das lässt sich auch auf andere Bereiche übertragen.

Durch den beschleunigten Wandel hin zur stärkeren Digitalisierung wurden die Angebote der Rentenversicherung in der Prävention und in der Rehabilitation weiter aufgefächert. Da die Lösung meist in der Mitte liegt, heißt das Keyword hier: hybrid. Die Vorteile aus der virtuellen und der analogen Welt sollen sich bereichern, im besten Sinne für die Teilhabe der Versicherten an Leben und Gesellschaft. Hybrid präsentierte die Rentenversicherung auch erstmals die Ergebnisse aus Forschungsprojekten beim Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium im März 2022 in Münster.



Brigitte Gross

Die Rentenversicherung passt ihre Leistungen zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation kontinuierlich an. Richtungsweisend sind die wissenschaftlich fundierten Erkenntnisse aus der Rehabilitationsforschung. Um die berufliche Rehabilitation stärker ins Licht zu rücken, wurde ein Forschungsschwerpunkt ins Leben gerufen. Seit Herbst 2021 analysieren neun Forschungsprojekte Strategien zur Verbesserung der beruflichen Rehabilitation. Acht Rentenversicherungsträger haben sich dafür zusammengeschlossen, um erstmals einen gemeinsamen, trägerübergreifenden Forschungsschwerpunkt zur „Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation“ zu initiieren. Bis 2026 laufen hier die Forschungsaktivitäten, die von Netzwerk-Veranstaltungen begleitet werden.

Das Bundesprogramm „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“, dessen Modellvorhaben zur Stärkung der Rehabilitation vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales gefördert werden, geht bereits in die dritte Ausschreibungsrunde. Aktuell befinden sich 51 Projekte aus dem Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung seit dem ersten Aufruf vom Mai 2018 in Förderung. Demnächst können neue wissenschaftliche Projekte starten.

Mit diesem Bericht wollen wir der Fachöffentlichkeit, der Politik und allen interessierten Bürgerinnen und Bürgern – relevante und aktuelle Informationen über die Funktion, Bedeutung und (Weiter-) Entwicklung der Rehabilitation vorlegen.

Wir hoffen, dies ist uns gelungen, und wir freuen uns über Ihre Rückmeldungen.



Gundula Roßbach



Brigitte Gross

Fakten im Überblick

Medizinische Rehabilitation

16 %

ambulante
Leistungen

Ein Großteil der Reha-Leistungen wird stationär erbracht. Der Anteil der ambulanten Leistungen liegt mit rund 142.000 Fällen bei 16 %.

83 %

nach **2 Jahren**
erwerbsfähig

Rehabilitation wirkt: Zwei Jahre nach einer medizinischen Reha-Leistungen waren 83 % im Erhebungszeitraum 2020 erwerbsfähig. Das Geschlechter-Verhältnis ist hier recht ausgeglichen.

Knapp 1,4 Millionen Anträge auf medizinische Rehabilitation wurden 2021 bei der Rentenversicherung gestellt.

Genau 891.176 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation führte die Rentenversicherung in 2021 durch. Pandemiebedingt wurde in 2021 das Niveau von 2019 mit knapp 1,6 Mio. gestellten Anträgen nicht erreicht.

Auf die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen entfielen 28.295 Leistungen. Der prozentuale Anteil von Kinder- und Jugendrehabilitationen an allen Reha-Leistungen der Rentenversicherung rangierte auch in 2021 bei 3 %.

Die ambulanten Reha-Leistungen machten 16 % aller medizinischen Reha-Leistungen in 2021 aus. Der überwiegende Teil medizinischer Rehabilitation erfolgt jedoch nach wie vor stationär.

Die Anschlussrehabilitation (AHB) umfasste mit 321.107 Leistungen mehr als ein Drittel aller medizinischen Reha-Leistungen (37 %).

Zur Reha-Nachsorge führte die Rentenversicherung 178.902 Leistungen nach §17 Sozialgesetzbuch (SGB) VI durch.

46.648

Menschen erhielten
Wiedereingliederung

46.648 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erhielten 2021 durch die Stufenweise Wiedereingliederung Unterstützung bei ihrer Rückkehr in den Beruf.

22 bis 24 Tage
dauerte eine
stationäre Reha

Die durchschnittliche Dauer einer stationären medizinischen Rehabilitation wegen körperlicher Erkrankungen variierte zwischen 22 und 24 Tagen. Die Zahl variiert je nach Indikation.

46.648 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erhielten 2021 durch die Stufenweise Wiedereingliederung Unterstützung bei ihrer Rückkehr in den Beruf.

Die häufigsten Reha-Indikationen waren orthopädische und rheumatische Erkrankungen: Auf sie entfielen stationär mehr als ein Drittel der Reha-Leistungen bei Frauen mit 36 % und bei Männern mit 33 %.

Im ambulanten Bereich machten orthopädische und rheumatische Erkrankungen bei Frauen 75 % der Reha-Leistungen im ambulanten Bereich aus. Bei Männern lag der Anteil bei 68 %.

Mit steigendem Alter wird die Rehabilitation nach Beobachtungen der zurückliegenden Jahre häufiger in Anspruch genommen. Frauen (53,7 Jahre) und Männer (53,8 Jahre) waren in der medizinischen Rehabilitation durchschnittlich fast gleich alt.

Die durchschnittliche Dauer einer stationären medizinischen Rehabilitation wegen körperlicher Erkrankungen variierte, je nach Indikation, zwischen 22 und 24 Tagen (ohne neurologische und psychische Erkrankungen). In den zwei Jahren nach ihrer medizinischen Rehabilitation in 2018 waren 83 % der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erwerbsfähig. Das Geschlechterverhältnis ist hier ausgeglichen: 85 % der Männer und 83 % der Frauen. Ein Großteil von ihnen (73 %) war auch erwerbstätig.

Berufliche Rehabilitation

126.953

Leistungen
abgeschlossen

Von den erfolgreich abgeschlossenen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nahmen Männer in 2021 den Großteil in Anspruch. Frauen nutzen nur ein Drittel der LTA.

20 %

der Leistungen für
berufliche Bildung

Ein Fünftel aller Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben waren in 2021 Bildungsleistungen wie Umschulungen und Fortbildungen. 23.741 Maßnahmen zählten dazu.

2021 gingen bei der Rentenversicherung 366.282 Anträge auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) ein. Bewilligt wurden 252.188 Leistungen durch die Rentenversicherung. 126.953 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wurden abgeschlossen.

Männer nahmen deutlich häufiger LTA in Anspruch als Frauen: In 2021 wurde nur etwa ein Drittel der LTA von Frauen absolviert. In der beruflichen Rehabilitation waren Frauen durchschnittlich ein Jahr jünger als Männer: Das Alter der Frauen lag in 2021 im Mittel bei 48,0 Jahren. Männer waren durchschnittlich 49,1 Jahre alt.

Etwa ein Fünftel der LTA waren in 2021 berufliche Bildungsleistungen. Orthopädische und rheumatische Erkrankungen standen auch bei beruflicher Bildung als Ursachen an erster Stelle. Bei Frauen traf dies in 63 % der Diagnosen zu. Bei Männern lag der Anteil mit 66 % leicht höher.

Gut drei Viertel aller Teilnehmenden schlossen ihre berufliche Bildungsleistung erfolgreich ab. Noch zwei Jahre nach Abschluss einer beruflichen Bildungsleistung nahm die pflichtversicherte Beschäftigung zu und lag bei 60 %. Sechs Monate nach einer beruflichen Bildungsleistung war über die Hälfte der Teilnehmenden (52 %) pflichtversicherungspflichtig beschäftigt. 12 Monate danach lag der Anteil bei 58 %.

Aufwendungen für Rehabilitation

5,3 Mrd. Euro
Aufwand für
Rehaleistungen

Die Rentenversicherung gab in 2021 mehr als 5,3 Mrd. Euro für medizinische Rehabilitation aus. Über 1,1 Mrd. Euro flossen in Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA).

290 Mio. Euro
pandemiebedingte
Zuschüsse gezahlt

Durch das Sozialdienstleister-Einsatzgesetz (SodEG) wurden Zuschüsse an rund 300 medizinische Rehabilitationseinrichtungen und Anbieter von LTA gezahlt.

Die Rentenversicherung wandte im Jahr 2021 rund 7,1 Mrd. Euro (brutto) für Rehabilitation auf. Davon flossen mehr als 5,3 Mrd. Euro in Leistungen für medizinische Rehabilitation. Über 1,1 Mrd. Euro wurden für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) gezahlt und rund 0,4 Mrd. Euro für Sozialversicherungsbeiträge.

Eingerechnet sind in den Gesamtbetrag von 2021 rund 290 Mio. Euro, die pandemiebedingt durch das Sozialdienstleister-Einsatzgesetz (SodEG) als Zuschüsse an rund 300 medizinische Rehabilitationseinrichtungen und Anbieter von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gezahlt wurden, mit denen die Rentenversicherung in einem Vertragsverhältnis steht.

Die Auszahlungsbeträge verringerten sich im Vergleich zum Vorjahr um etwa 40 %: Diese Reduzierung ist darauf zurückzuführen, dass die Beeinträchtigungen durch Pandemiebekämpfungsmaßnahmen im Rehabilitationsbetrieb nach und nach zurückgefahren werden konnten.

Der gesetzliche Sicherstellungsauftrag des SodEG galt seit März 2020 und ist zum 30. Juni 2022 ausgelaufen.

Aktuelle Entwicklungen



Recht und Politik

Reha-Qualitätssicherung

Sozialmedizin

**Reha-Wissenschaften und neue
Konzepte**



Recht und Politik

Finanzielle Unterstützung von rund 300 Reha-Einrichtungen in der Pandemie

Der Fortbestand der pandemischen Situation in 2021 bedingte die Weiterführung der Sicherstellung der sozialen Dienstleister durch die Rentenversicherung: Zuschüsse in Höhe von circa 290 Mio. Euro wurden im Rahmen des Sozialdienstleister-Einsatzgesetzes (SodEG) von der Rentenversicherung an rund 300 Rehabilitationseinrichtungen ausgezahlt, die aufgrund von Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung in der Leistungserbringung eingeschränkt waren. Im Vergleich zum Vorjahr verringerten sich die Zahlungsbeträge um fast 40 %. Diese Reduzierung ist darauf zurückzuführen, dass die Beeinträchtigungen durch Pandemiebekämpfungsmaßnahmen im Rehabilitationsbetrieb nach und nach zurückgefahren werden konnten.

40 % weniger
Zuschüsse

Die Zuschüsse sind von den sozialen Dienstleistern im Nachhinein zurückzuzahlen, sofern sie im Zuschuss-Zeitraum andere, vorrangige Mittel bezogen haben. Dazu gehören beispielsweise Kurzarbeitergeld, Entschädigungen nach dem Infektionsschutzgesetz sowie Zuschüsse des Bundes und der Länder.

Nur wenige Erbringer von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben waren auf die Zuschüsse nach dem SodEG angewiesen, da diese Leistungen in alternativer Form, wie beispielsweise über Online-Angebote, erbracht werden konnten.

Der gesetzliche Sicherstellungsauftrag des SodEG galt seit März 2020 und lief zum 30. Juni 2022 aus.

Neu ab Juli 2023: Zulassung und Vergütung in der Rehabilitation

Mit dem „Gesetz Digitale Rentenübersicht“ soll die Transparenz in der Rehabilitation verbessert werden. Ab Juli 2023 treten auf dieser rechtlichen Basis die neuen, zentralen Regelungen zur Beschaffung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch die Träger der Rentenversicherung in Kraft. Die praktische Umsetzung wird von der

Rentenversicherung intensiv vorbereitet. Vier verbindliche Entscheidungen werden die gesetzlichen Vorschriften im Detail konkretisieren. Sie betreffen folgende Themen:

- Neues Zulassungsverfahren: Einen Anspruch auf Zulassung haben künftig alle Rehabilitationskliniken, die qualitativ geeignet sind und den übrigen Zulassungsanforderungen des Gesetzes entsprechen.
- Neues Vergütungssystem: Ziel ist es, die Vergütung der Rehabilitationsleistungen transparent und diskriminierungsfrei zu gestalten. Die Entwicklung dieses Systems unter Einbindung der Vereinigungen der Rehabilitationseinrichtungen und der Verbände der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sind zentrale Aufgaben der Rentenversicherung.
- Qualitätsorientierte Klinikauswahl: Diese ist ein zentraler Gesichtspunkt des neuen Beschaffungsrechts. Die Klinikauswahl erfolgt diskriminierungsfrei und transparent unter Beachtung der Daten der externen Qualitätssicherung der jeweiligen Einrichtung.
- Stärkung des Wunsch- und Wahlrechts: Das Gesetz stärkt das Wunsch- und Wahlrecht und gibt vor, dass die Versicherten ihre Wunscheinrichtung schon im Rahmen der Antragsstellung nennen können. Wenn die Versicherten hiervon keinen Gebrauch machen, oder wenn die von ihnen gewünschte Klinik nicht die sozialmedizinischen Kriterien erfüllt, schlägt die Rentenversicherung ihnen mehrere geeignete andere Kliniken zur Auswahl vor. Hierdurch wird sichergestellt, dass die individuellen Bedarfe der Versicherten im Antragsverfahren Berücksichtigung finden.
- „Public Reporting“: Es sollen erstmals die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung der Rentenversicherung objektiv und nachvollziehbar veröffentlicht werden. Denn Versicherte sollen sich künftig besser über die Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation, mit denen die Rentenversicherung kooperiert, informieren können. Damit werden sie bei der Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts unterstützt.

Klinikauswahl:
Stärkung des
Wunsch- und
Wahlrechts

Die vier verbindlichen Entscheidungen werden sorgfältig ausgearbeitet und schließlich von den Gremien der Selbstverwaltung beschlossen. In die Ausgestaltung dieser verbindlichen Entscheidungen sind auch die Vereinigungen der Rehabilitationseinrichtungen und die Verbände der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden einbezogen. In einer Vielzahl von Fachgesprächen werden mit den Vertreterinnen und Vertretern der Verbände alle Einzelheiten des neuen Beschaffungsverfahrens eingehend besprochen. Die Anmerkungen und auch die Argumente der Beteiligten wurden analysiert und führten teilweise zu einer Überarbeitung der Entwürfe der verbindlichen Entscheidungen.



Reha-Qualitätssicherung

Qualitätsdaten sind bald im Netz: Public Reporting geht online

Ab Juli 2023 soll der offizielle „Wegweiser der DRV zu einer qualitätsgesicherten Reha-Einrichtung“ online sein. Auf diesem neuen Internetportal „Meine Rehabilitation“ werden Interessierte bei der Suche nach einer qualitätsgesicherten Einrichtung für Ihre Rehabilitation unterstützt und können sich über die Ergebnisse der Qualitätssicherung der Rentenversicherung der Reha-Einrichtungen informieren. Die regelmäßig erhobenen Resultate der verschiedenen Indikatoren von Qualität werden zu einer einheitlichen Bewertung zusammengefasst.

Portal ab Juli
2023 online

Weitere wichtige Informationen, beispielsweise zur Durchführungsart der Rehabilitation in ambulanter oder stationärer Form, werden auf den Internetseiten dargestellt. Auskunft gibt das Portal auch, auf welche spezifischen Krankheitsbilder eingegangen werden kann sowie zur Lage und zu den Kontaktmöglichkeiten. Zusätzlich wird die geschätzte Wartezeit auf einen freien Platz in der Einrichtung angegeben.

Indikatoren von Qualität (siehe „Medizinische Rehabilitation: Prozess und Ergebnis“)

- Rehabilitandenbefragung: Besserung durch und Zufriedenheit mit der Rehabilitation aus Sicht der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden
- Klassifikation therapeutischer Leistungen: Erfassung von Art und Umfang der durchgeführten Therapien
- Reha-Therapie-Standards: Abgleich der durchgeführten Therapien mit evidenzbasierten Mindestanforderungen und Leitlinien für die häufigsten Krankheitsbilder
- Peer Review: Beurteilung der durchgeführten Rehabilitation durch erfahrene Reha-Ärztinnen und -Ärzte

Ziel ist es, eine Informations- und Orientierungsplattform zu schaffen, um das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten bei der Suche nach einer geeigneten Rehabilitationseinrichtung zu stärken. Mit dem neuen digitalen Service kommt die Rentenversicherung ihrem gesetzlichen Auftrag zum „Public Reporting“ nach.

Recherchiert werden können auf der digitalen Seite neben den Qualitätswerten auch medizinische Merkmale und andere Charakteristika der Einrichtungen. Über Filterfunktionen können zum Beispiel die Fremdsprachen ausgewählt werden, die in den Einrichtungen gesprochen werden. Eltern können Klick für Klick herausfinden, ob sie ihr Kind zur Rehabilitation mitnehmen und es altersgerecht betreut oder sogar mitbehandelt werden kann. Ob in der Reha-Einrichtung auch Platz für den Hund ist, kann auf der Seite ebenfalls nachgeschaut werden. Mit diesem Service sollen Versicherte ein optimal auf ihre Bedürfnisse zugeschnittenes Angebot aus der Vielzahl der dargestellten Reha-Einrichtungen auswählen können. Das öffentlich zugängliche Portal soll sich durch hohe Nutzungsfreundlichkeit auszeichnen. Der Internetauftritt wird möglichst einfach gestaltet, um ein breit angelegtes Publikum zu erreichen. Versicherte, aber auch Kundenberaterinnen und Kundenberater der Rentenversicherung sind in den Prozess von Anfang an miteinbezogen.





Sozialmedizin

Bedarf höher als
Angebot

Neues Konzept bringt mehr Bewegung in den Herzsport

Knapp 9.000 Herzsportgruppen wurden zum 1. Januar 2020 in Deutschland gezählt. Bei maximaler Auslastung können damit rund 180.000 Menschen sportlich fit gehalten werden. Mit Blick auf die hohen Zahlen von Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist das noch zu wenig. Der Deutsche Behindertensportverband (DBS) schätzte den Bedarf im September 2020 sechs Mal höher ein.

Die Hürde: Bislang war die ständige Anwesenheit von verantwortlichen Ärztinnen und Ärzten während der Übungseinheit festgeschrieben. Der zunehmende ärztliche Fachkräftemangel stand einer notwendigen Ausweitung des Angebotes ambulanter Herzgruppen im Weg. Doch Studiendaten zeigen, dass während der vergangenen Jahrzehnte das Risiko von schwerwiegenden kardiovaskulären Ereignissen während einer Bewegungstherapie gesunken ist. Es erscheint damit nicht mehr notwendig, jede Herzgruppe ärztlich begleiten zu lassen.

Eine neue Fassung der Rahmenvereinbarung regelt nun in Anlehnung an das Herzsportkonzept des DBS die Durchführung des Rehabilitationssports in Herzgruppen auch ohne eine ständige ärztliche Anwesenheit. Die verantwortlichen Ärztinnen und Ärzte oder Rettungskräfte müssen nicht immer zwingend vor Ort sein, aber in Bereitschaft, um für die Übungsleitungen in Notfallsituationen lückenlos erreichbar und für die erste medizinische Hilfe unverzüglich vor Ort zu sein.

Neu definiert wurden in der aktuellen Rahmenvereinbarung auch die ärztlichen Anforderungen: fachärztliche Qualifikationen oder zumindest Erfahrung im Rehabilitationssport oder im Sport mit Herzpatientinnen und -patienten wurden als gleichwertige Voraussetzungen festgelegt. Ergänzt wurde das Tätigkeitsprofil vor allem um die Vermittlung medizinischer und psychosozialer Beratungsinhalte. Neu in die Rahmenvereinbarung aufgenommen wurden auch Herzinsuffizienzgruppen für kardiovaskuläre Hochrisikopatientinnen und -patienten.



Beim Rehabilitationssport in Herzinsuffizienzgruppen ist weiterhin zwingend die ständige Präsenz von verantwortlichen Ärztinnen und Ärzten während der Übungsveranstaltungen erforderlich.

Ärztliche Verordnung für Reha-Sport

Rehabilitationssport und das Funktionstraining sind als Anspruchsleistung gesetzlich festgeschrieben und werden durch die Rentenversicherung und die gesetzlichen Krankenkassen als ergänzende Leistung getragen. Rehabilitationssport kommt grundsätzlich bei allen Formen der Beeinträchtigung auf Grundlage einer ärztlichen Verordnung in Frage. Rehabilitationssport wirkt mit den Mitteln des Sports, sportlich ausgerichteter Spiele und bewegungstherapeutischer Inhalte ganzheitlich auf die Menschen ein, die mit Behinderungen leben oder von einer dauerhaften Beeinträchtigung bedroht sind, aber noch über die notwendige Mobilität und die physische und psychische Belastbarkeit für Übungen in der Gruppe verfügen. Der organisierte Sport übernimmt mit der Durchführung des Rehabilitationssports mit seinem bio-psycho-sozialen Ansatz auch eine wichtige gesellschaftliche Aufgabe.

Die Landesverbände des DBS können Herzsportgruppen auf Grundlage der Rahmenvereinbarung und eines bundeseinheitlichen Anerkennungsverfahrens ins Leben rufen. Damit ist eine Überprüfung der örtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen im Rehabilitationssport grundsätzlich alle zwei Jahre gewährleistet und sichert die kontinuierliche Überprüfung des zielgruppenspezifischen Angebots. Im Rahmen der Qualitätssicherung wird bundesweit ein umfangreiches Beschwerdeverfahren eingesetzt. Die Systematisierung und Vereinheitlichung dieses Verfahrens wurde im DBS auf Bundesebene geregelt.

Die zunehmende Überalterung der Bevölkerung, die damit einhergehende Zunahme der Zahl der Menschen mit oder mit drohender Behinderung sowie Erkrankten und die verlängerte Lebensarbeitszeit zeigen die zunehmende Bedeutung des Rehabilitationssports und stellen die Weichen für seine Aufgaben als ergänzende Leistung zur Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben. Dabei spielt die Berücksichtigung des gesamten individuellen Lebenshintergrundes der Menschen mit oder mit drohender Behinderung sowie chronischer Erkrankung und ihrer Lebenswelten in Familie, Freizeit und Arbeit eine maßgebliche Rolle.



Studium verändert die Psychotherapieausbildung

Zur Entwicklung einer modernen, zeitgerechten Psychotherapieausbildung wurde im November 2019 ein neues Psychotherapeutengesetz (PsychThG) erlassen. Die Approbationsordnung vom März 2020 konkretisiert die staatlichen Vorgaben. Seit dem Wintersemester 2020 gibt es auch den Studiengang „Psychotherapie“ mit sechs Semestern im Bachelor und zwei Jahren im Master. Nach dem universitären Abschluss ist eine Approbationsprüfung vorgesehen, um anschließend eine Weiterbildung in einem Richtlinienverfahren beginnen zu können. Dazu hat die Bundespsychotherapeutenkammer im April 2021 eine Muster-Weiterbildungsordnung erlassen.

Bachelor-
Studium läuft
bereits

Eine fünfjährige Weiterbildung zur Fachpsychotherapeutin und zum Fachpsychotherapeuten erlaubt die Behandlung von Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen und qualifiziert zur Therapie im Bereich der Neuropsychologie. Die Ausbildung als Psychotherapeutin und Psychotherapeut in Weiterbildung (PIW) erfolgt dabei mindestens über zwei Jahre in psychosomatischen oder psychiatrischen Kliniken, zu denen auch Rehabilitationseinrichtungen zählen. Mindestens zwei Jahre müssen zudem im ambulanten Bereich absolviert werden. Die Theorie-Ausbildung umfasst insgesamt 500 Stunden. Nach Abschluss der Weiterbildung kann ein Eintrag in das Register der kassenärztlichen Vereinigungen erfolgen und eine Zulassung für die Erbringung von Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung beantragt werden.

Zahlreiche Universitäten haben den Bachelor-Studiengang bereits eingerichtet. Derzeit werden zunehmend Master-Studienplätze aufgebaut, bundesweit liegt die Zielperspektive bei rund 3000 Plätzen. Im Herbst 2025 sollten die ersten Studierenden des neuen Studiengangs ihr Studium mit dem Master beendet haben und eine entsprechende Weiterbildung beginnen. Rund 1.000 Absolvierenden des Bachelor-Studiums werden bereits 2023 erwartet. Sie konnten sich bereits aus einem vorherigen Studium Leistungen anrechnen lassen.

Die juristischen Neuregelungen ziehen Veränderungen mit sich: Da mit dem Erhalt der Approbation die staatliche Zulassung zur Berufsausübung eines akademischen Heilberufes verbunden ist, analog zur ärztlichen Weiterbildung, wird die künftige Arbeit in tariflicher Höhe vergütet ähnlich wie bei Assistenzärztinnen und -ärzten.



Bei den bisherigen Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Ausbildung (PiA) gab es keine verbindliche Regelung zur Vergütung. Im Rahmen der Übergangsfristen ist nun eine Mindestvergütung für PiA von monatlich 1.000 Euro bei einer Vollzeittätigkeit vorgesehen.

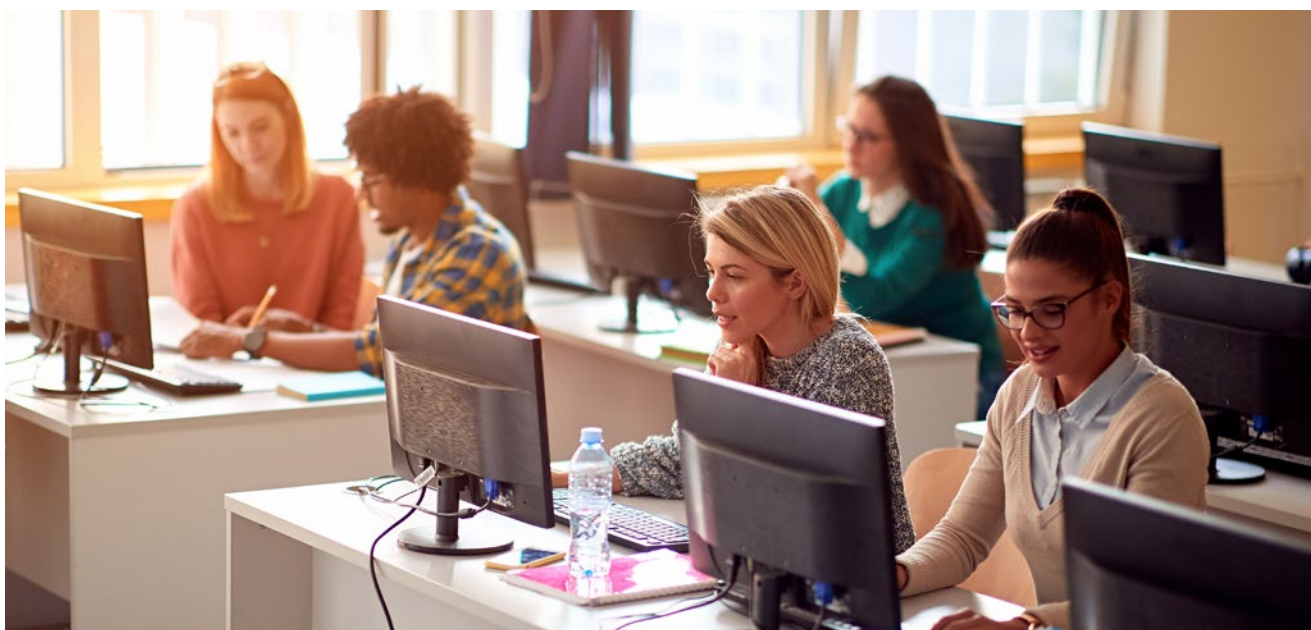
Für ihre Weiterbildung müssen die zukünftigen Fachpsychotherapeutinnen und -therapeuten von der Arbeit freigestellt werden. Therapieausbildung, Supervision und Selbsterfahrung sind zu finanzieren. Weiterbildungsstätten benötigen entsprechend Weiterbildungsbefugte. Sie müssen nach den Vorgaben der Landespsychotherapeutenkammern in der Regel Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten (PP) sein. Um die organisatorischen und finanziellen Auswirkungen zu klären, hat die Rentenversicherung bereits eine Projektgruppe initiiert, in der beispielsweise Mitglieder des Medical Boards der Kliniken der Rentenversicherung teilnehmen.

Neu: Sozialmedizin integriert in Psychotherapie

Bisher konnten nur Ärztinnen und Ärzte die Zusatzbezeichnung „Sozialmedizin“ durch eine erfolgreiche Weiterbildung erwerben. Künftig können auch Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten (PP) die Qualifikation für das Teilgebiet der Medizin erlangen, das die vielfachen Wechselwirkungen zwischen Krankheit und Gesundheit, Individuum und Gesellschaft berücksichtigt. Die juristische Grundlage dazu legte das 2020 in Kraft getretene „Gesetz für bessere und unabhängige Prüfungen“, auch MDK-Reformgesetz genannt. Auf dieser Basis regelt das neue Psychotherapie-Gesetz, dass eine sozialmedizinische Tätigkeit begrenzt ist auf „die Bewertung von Art und Umfang gesundheitlicher Störungen, bei denen Psychotherapie indiziert ist“. Eine differenziertere Darlegung erfolgt nicht.

Unterschiede in
Weiterbildungs-
zeiten

Die Musterweiterbildungsordnungen (MWBO) auf Bundesebene haben nur Empfehlungscharakter. Rechtsverbindlich sind dagegen die Weiterbildungsordnungen (WBO) der jeweiligen Landesärztekammern und Landespsychotherapeutenkammern als Körperschaften des öffentlichen Rechtes. Allerdings sind sie im Hinblick auf die Landesärztekammern nicht einheitlich. Vier Landespsychotherapeutenkammern haben bereits eine WBO für die „Sozialmedizin“ beschlossen, die in Gänze der MWBO entsprechen. In Niedersachsen ist die Weiterbildung im Jahr 2021 bereits gestartet.



Ein Vergleich der MWBO für Ärztinnen und Ärzte, die 2018 in Kraft trat, und der MWBO für PP von 2021 zeigt, dass der Anteil der Theoriestunden mit 320 gleich hoch ist. Deutliche Unterschiede gibt es in der Weiterbildungszeit und in der Anzahl der zu absolvierenden Begutachtungen. Hinsichtlich der Dauer sind für PP 18 Monate vorgeschrieben, während die Weiterbildungszeit für Ärztinnen und Ärzte in Bayern und Berlin mit zwölf Monaten geregelt ist. Die Anzahl der nachgewiesenen Begutachtungen und sozialmedizinischen Stellungnahmen variiert ebenfalls: bei Ärztinnen und Ärzten sind es 500, inklusive 100 Rehabilitationsentlassungsberichten oder Leistungsbeurteilungen. Diese Vorgaben werden von der überwiegenden Anzahl der Landesärztekammern als Voraussetzung für den Erwerb der Zusatzbezeichnung übernommen. PP müssen im Rahmen der sozialmedizinischen Begutachtung und Beratung dagegen insgesamt 60 Leistungspunkte nachweisen. Das entspricht beispielsweise zehn Begutachtungen mit Aktensichtung und Untersuchung.

Sozialmedizi-
nisches
Curriculum
entwickelt

Fraglich ist, ob die Vorgaben der MWBO für Ärztinnen und Ärzte den Rückgang der Absolvierenden der Sozialmedizin weiter verstärken. Denn während die Zahl der bundesweit tätigen Ärztinnen und Ärzte in den vergangenen Jahren um 12 Prozent gestiegen ist, sank der Anteil der sozialmedizinisch Ausgebildeten zwischen 2014 und 2020 um 4,2 Prozent. 5521 berufstätige Sozialmedizinerinnen und Sozialmediziner meldete die Bundesärztekammer im Dezember 2020. Ob und in welchem Umfang PP mit der Zusatzbezeichnung „Sozialmedizin“ gutachterlich für die Rentenversicherung tätig werden, wird aktuell durch Expertinnen und Experten geklärt.

Lehrplan für sozialmedizinische Weiterbildung entwickelt

Bei einer sozialmedizinischen Beurteilung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben wird geprüft, ob gesundheits- oder behinderungsbedingte Einschränkungen vorliegen, die Leistungen seitens der Rentenversicherung begründen. Das ist ein Prozess, der hohe Anforderungen an die ärztlichen Mitarbeitenden der sozialmedizinischen Dienste der Rentenversicherung stellt. Eine Arbeitsgruppe der Universität Würzburg um Prof. Dr. Heiner Vogel ist seit Dezember 2020 mit der Entwicklung eines „Sozialmedizinischen Curriculums für die Tätigkeit als medizinischer Sachverständiger im Bereich der Gesetzlichen Rentenversicherung“ befasst, unterstützt durch ein Gremium aus Expertinnen und Experten der Rentenversicherung als wissenschaftlicher Beirat. Bestandteile des zu erstellenden Lehrplans sollen die erforderlichen Ausbildungsinhalte sein, aber auch Vorschläge und Empfehlungen zur Art ihrer Vermittlung.

Das Ziel: Fachärztinnen und Fachärzte sollen die Kenntnisse und Fertigkeiten erwerben, die sie zur Erledigung ihrer Aufgaben in den sozialmedizinischen beziehungsweise beratungsärztlichen Diensten der Rentenversicherungsträger benötigen und die sie zu Sachverständigen auf diesem Gebiet machen. Die Ausbildung bezieht sich insbesondere auf sozialmedizinische Fragen, die den Auftrag der gesetzlichen Rentenversicherung betreffen. Andere Bereiche des Sozialleistungssystems sollen bei inhaltlichen Überschneidungen ebenfalls punktuell mit einbezogen werden. Tiefergehende, zumindest theoretische Kenntnisse anderer Sozialleistungsträger müssen auf jeden Fall weiterhin durch den ergänzenden Besuch der sozialmedizinischen Kurse an den Akademien für Sozialmedizin erworben werden.

Um zu erfassen, wie das bisherige Vorgehen bei den verschiedenen Rentenversicherungsträgern ist, wurden zunächst mit den jeweiligen Ausbildungsverantwortlichen strukturierte Interviews per Telefon und Videokonferenz geführt, die aufgezeichnet und transkribiert wurden. Zudem wurden die ärztlichen Kolleginnen und Kollegen, die in den sozialmedizinischen Diensten der verschiedenen Rentenversicherungsträger arbeiten, zu ihren Erfahrungen und Erwartungen hinsichtlich der internen Ausbildung befragt. Aus der Zusammenfassung dieser beiden Erhebungen wurden Lernfelder und Lernziele benannt wie beispielsweise das System der sozialen Sicherung, die sozialmedizinische Beurteilung des Leistungsvermögens, Sozialrecht, IT-Kompetenz im Allgemeinen und im Besonderen, der Perspektiv- und Rollenwechsel, aber auch die Interaktionskompetenz.

Ende 2022 ist der Abschluss des Projektes vorgesehen. Vorher wird in einem finalen Workshop mit der Arbeitsgruppe der Universität Würzburg und dem Gremium aus Expertinnen und Experten der Rentenversicherung, das die wissenschaftliche Untersuchung als Beirat begleitet, der Inhalt des trägerübergreifenden, gemeinsamen Ausbildungscurriculums abgestimmt. Darüber hinaus sollen Vorschläge zur Methodik der unterschiedlichen Schwerpunkte diskutiert werden, um für jedes Thema die passende Vermittlungsstrategie zu finden und ins Curriculum der Rentenversicherung aufzunehmen.



Sozialmedizinischer
Glossar der Deutschen
Rentenversicherung

Sozialmedizinisches Glossar aktualisiert: Jetzt online lesen

Wie ist die Mitwirkung im sozialrechtlichen Sinne zu verstehen? Wofür stehen die drei Buchstaben KTL? Und wann besteht Rehabilitationsbedarf? Diese und mehr als 250 weitere Fachbegriffe aus der Sozialmedizin klärt das „Sozialmedizinische Glossar der Deutschen Rentenversicherung“. Jetzt gibt es eine Neuauflage des praxisorientierten Nachschlagewerkes.

Erstmals wurde das Nachschlagewerk 2008 erarbeitet, um Hintergrundinformationen zu sozialmedizinischen Fragestellungen und Sachverhalten in kurzer, prägnanter Form anzubieten. Ausgegeben wurde eine handliche DIN A5-Broschüre für die tägliche Arbeit im sozialmedizinischen Kontext – immer griffbereit, zur schnellen Orientierung. Einzelne Bezeichnungen, die thematisch zusammengehören, sind für eine bessere Auffindbarkeit und Lesbarkeit gruppiert worden. Beispielsweise gibt es im Glossar jeweils einen Komplex, der Einzelstichworte zur körperlichen Arbeitsschwere, zu Pausen, Qualität und Prävention erklärt. Ergänzt wurde das Spektrum um Begriffe zu Themen, die inzwischen im beratungsärztlichen beziehungsweise im sozialmedizinischen Dienst relevant geworden sind. Dazu gehören das Flexirenten- und auch das Präventionsgesetz.

Neu: ein Abkürzungsverzeichnis am Anfang, in dem auch Abkürzungen für Bezeichnungen und Institutionen aufgeführt sind, die keinen eigenen Eintrag im Glossar haben. Ein Anhang mit Tabellen und Grafiken, um für einzelne Punkte eine schnelle Übersicht zu ermöglichen, ist ebenfalls ein Novum in dem Leitfaden. Erläutert wird hier beispielsweise die Zusammensetzung der Nationalen Präventionskonferenz, die körperliche Arbeitsschwere wird verdeutlicht und die Träger für Rehabilitationsleistungen sind aufgeführt. In neu hinzugekommenen Fußnoten finden sich in Einzelfällen vertiefende Informationen zum Begriff. In aller Regel gibt es aber Hinweise auf die Informationsquelle, weiterführende Literatur und zu thematisch relevanten Webseiten. In der digitalen Ausgabe des Glossars, das auf der Internetseite der Rentenversicherung veröffentlicht ist, führen die Verlinkungen direkt auf diese Seiten.

Die gründliche Überarbeitung des Glossars wurde angestoßen von einem Gremium, in dem Leitende Ärztinnen und Ärzte verschiedener Rentenversicherungsträger mitwirken. Grundlage war eine umfassende Recherche zu Wünschen und Anregungen für die Neufassung des Glossars bei den Rentenversicherungsträgern, insbesondere das Interesse an der Aufnahme neuer Themen und Begriffe wurde abgefragt. Ein Team aus Sozialmedizinerinnen und Sozialmedizinern verschiedener Rentenversicherungsträger kümmerte sich mit fachlicher Unterstützung weiterer Expertinnen und Experten der Rentenversicherung um die Aktualisierung des Glossars.

Die überarbeitete Fassung berücksichtigt die Belange der Rentenversicherung, erhebt aber keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Interessierte können das Glossar nutzen. In Grenz- oder überlappenden Bereichen zu anderen Sozialleistungsträgern sind jedoch anderslautende oder abweichende Beschreibungen möglich. Bei Kenntnis dieser Umstände wurde im Einzelfall darauf hingewiesen.



Zur digitalen Version:

**DRV-Schriften | DRV-Schriften | Deutsche Rentenversicherung
([deutsche-rentenversicherung.de](https://www.deutsche-rentenversicherung.de))**

Post-COVID: Zügig Antrag auf medizinische Rehabilitation stellen

Seit Frühjahr 2020 beherrscht die Pandemie das tägliche Leben. Anfangs standen die schweren, lebensbedrohlichen Verläufe im Fokus. Doch inzwischen ist klar: Betroffene können noch lange unter den gesundheitlichen Folgen einer SARS-CoV-2-Infektion leiden. Selbst nach einer Erkrankung mit mildem Verlauf berichten viele Menschen davon, nicht wieder allen erforderlichen Aktivitäten nachgehen zu können. Als Begriff für dieses Phänomen hat sich in der Fachwelt inzwischen „Post-COVID-Syndrom“ etabliert. Betroffene sprechen auch häufig von Long-COVID. Von Post-COVID abzugrenzen ist das sogenannte Chronische Fatigue Syndrom (CFS), unter dem ein geringer Anteil der Betroffenen leidet.

Forschung zeigt
positiven Trend

Das Krankheitsbild von Post-COVID ist sehr vielfältig. Bis zu 200 verschiedene Symptome wurden bereits beschrieben. Post-COVID kann buchstäblich in jedem Organsystem des menschlichen Körpers Probleme verursachen. Seit November 2020 können die



Folgeerkrankung von SARS-CoV-2 auch mit der ICD-10 kodiert werden. Die Analyse der Statistik der medizinischen Rehabilitationen der Rentenversicherung zeigt bereits, dass diese Diagnosen im Jahr 2021 zunehmend kodiert wurden.

Eine medizinische Rehabilitation kann ein wichtiger Schritt auf dem Weg zur Genesung und zurück ins normale Leben sein. Besonders relevant mit Blick auf die Erwerbsfähigkeit sind dabei neben Fatigue auch Konzentrationsstörungen und eine eingeschränkte körperliche Belastbarkeit. Hier ist geraten: Wenn auch drei Monate nach der SARS-CoV-2-Infektion eine Wiederaufnahme der Arbeit nicht möglich ist und andere behandelbare Ursachen ausgeschlossen wurden, sollte zügig ein Antrag auf medizinische Rehabilitation gestellt werden. Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte sollten im Befundbericht möglichst genau beschreiben, in welchem Bereich die größten Funktionseinschränkungen bestehen. Auf Basis dieser Informationen kann die passende Rehabilitation, beispielsweise in einer Fachabteilung für Neurologie, Innerer Medizin oder Psychosomatik, ausgewählt und bewilligt werden, um die Einschränkungen gezielt zu therapieren. Belastungen können individuell an den körperlichen Zustand der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden angepasst werden. Komplette Schonung dagegen hat sich als nicht zielführend erwiesen, belegen Studien. Um den Erfolg der Reha-Angebote zu messen und fortlaufend weiterzuentwickeln, evaluiert die Deutsche Rentenversicherung die Post-COVID-Reha. Erste Forschungsergebnisse zeigen eindeutig einen positiven Trend: Die Reha der Rentenversicherung ist wirksam. Ergänzend hat die Rentenversicherung vielfältige Forschungsprojekte angestoßen, siehe auch „Erste Ergebnisse der Corona-Forschungsprojekte liegen vor“ auf Seite 28.

Wegen der vielfältigen Symptome bei Post-COVID ist es erforderlich, dass die unterschiedlichen Fachabteilungen enger zusammenarbeiten und Therapien interdisziplinär stattfinden. Das stellt die medizinische Rehabilitation in ihrer bisherigen Form vor neue Herausforderungen. Die Rentenversicherung hat den Bedarf an gezielter Hilfe frühzeitig erkannt und sehr schnell auf die Entwicklung reagiert. Einzelne Reha-Kliniken haben sich auf die Behandlung von Post-COVID spezialisiert. Konkrete Anforderungskriterien definiert die Rentenversicherung bereits. Auch die Nachfrage wird aufmerksam verfolgt, um schnell auf mögliche Steigerungen der Antragszahlen reagieren und Betroffenen frühzeitig einen Platz anbieten zu können.



RV Fit Kurse im Livestream

Digitalisierung in der Prävention überwindet Grenzen

Das Präventionsprogramm RV Fit der Rentenversicherung soll künftig flächendeckend in der Nähe des Wohnortes oder des Arbeitsplatzes angeboten werden. Die Digitalisierung einzelner RV Fit Phasen ermöglicht inzwischen, dass auch schwer erreichbare Versichertengruppen wie Pflegekräfte, Beschäftigte mit Schichtarbeit und Alleinerziehende am Präventionsangebot der Rentenversicherung teilnehmen können, mit dem Ziel einer möglichst breiten Versorgung.

Bis Mitte 2019 waren die Präventionsangebote bis auf wenige Ausnahmen als Präsenzveranstaltungen konzipiert. Die Pandemie bedingten Kontaktbeschränkungen brachten einen enormen Digitalisierungsschub mit sich: Laufende RV Fit Kurse wurden auf Livestream umgestellt und zahlreiche digitale Modellprojekte ins Leben gerufen. In einer Zeit der Kontaktreduzierung sollte den Versicherten weiterhin ein sicherer Zugang zu den Präventionsleistungen der Rentenversicherung ermöglicht werden.

Die Rentenversicherung ist inzwischen an elf unterschiedlichen Modellprojekten in 25 Einrichtungen beteiligt, die von acht Rentenversicherungsträgern durchgeführt werden. Digitale Prävention bedeutet hier, dass digitale Anwendungen als Therapie- und Schulungswerkzeug im Rahmen des RV Fit Programms als Bausteine mit eingesetzt werden. Bei allen Projekten wird das digitale Lernelement in der Startphase eingeführt. Überwiegend findet die Trainingsphase digital statt. Damit handelt es sich fast ausnahmslos um hybride Gestaltungen mit einem Mix aus Präsenz- und digitalen Modulen.



Reha-Wissenschaften und neue Konzepte

Über Tablet
in die Klinik
schalten

Digitale Zukunft der medizinischen Rehabilitation wird erforscht

Morgens Frühsport im Wohnzimmer, tagsüber Therapiegespräche am Küchentisch und nachmittags den Entspannungspodcast „Traumreise durch den Wald“ auf dem Balkon zu Hause hören. Ist das die Zukunft der medizinischen Rehabilitation? Eine von der Rentenversicherung geförderte Studie der Universität Lübeck um Prof. Dr. Ruth Deck untersucht aktuell, ob eine psychosomatische Rehabilitation auch hybrid angeboten werden kann. Die Idee: die finale Woche der stationären Rehabilitationsleistung wird von der Klinik nach Hause verlegt in ein rein digitales Therapie-Setting. Ein Tablet, das die Teilnehmenden des Projektes schon in der Einrichtung kennengelernt haben, begleitet sie zurück in die heimische Umgebung. Die erforderlichen Inhalte und Therapiebausteine werden auf dem Gerät bereitgestellt. Für therapeutische Sitzungen, Beratungen und Aktivitäten können sich die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die an der wissenschaftlichen Untersuchung teilnehmen, über das Tablet live in die Klinik schalten. Unter welchen Bedingungen die Digitalisierung Unterstützung für die Versicherten leisten kann, wird in wissenschaftlichen Projekten untersucht, die von der Rentenversicherung gefördert werden.

Die fortschreitende Digitalisierung verändert die Gewohnheiten und Bedürfnisse der Menschen im täglichen Leben und hat durch die Corona-Pandemie einen zusätzlichen Schub bekommen. Digitale Technologien bieten für die Rentenversicherung Chancen und stellen sie auch vor neue Herausforderungen. Teilhabeleistungen können beispielsweise durch eine digitale Umsetzung flexibler gestaltet werden, um die Inanspruchnahme zu erleichtern und manchmal sogar überhaupt erst zu ermöglichen. Über digitale Formate lassen sich für einen Teil der Versicherten therapeutische Inhalte besser mit der individuellen Lebenswelt verbinden. Angebote werden flexibler, wenn die digitale Technik die



räumlichen Barrieren aufheben kann. Im Fokus der Weiterentwicklung steht jedoch immer der Mensch, an den Bedürfnissen der Versicherten werden die Leistungen ausgerichtet.

Ein Vorbild ist hier die Nachsorge: Mit der wachsenden Verbreitung der Tele-Reha-Nachsorge hat die digitale Technik hier bereits Einzug erhalten. Für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gibt es noch Entwicklungspotentiale.

Um künftig medizinische Rehabilitation mit digitalen Elementen anbieten zu können, werden Rahmenbedingungen definiert, um medizinischen Rehabilitationseinrichtungen und Anbietern digitaler Leistungen eine Orientierung zu geben und die Qualität der neuen Leistungsform sicherzustellen. Die Rentenversicherung erarbeitet Eckpunkte für eine digital flexibilisierte medizinische Rehabilitation. Denkbar sind hybride Formen, in der ein Anteil der Therapien wie beispielsweise Vorträge, Einzel- und Gruppengespräche durch die Nutzung digitaler Technologien örtlich oder auch zeitlich ungebunden, flexibel genutzt werden kann. Die wissenschaftlich fundierten Ergebnisse, die in der Studie der Universität Lübeck zur hybriden psychosomatischen Rehabilitation und in anderen Forschungsprojekten gewonnen werden, werden dabei fortlaufend herangezogen und für die Weiterentwicklung genutzt.

Erste Ergebnisse der Corona-Forschungsprojekte liegen vor

Die SARS-CoV-2-Pandemie machte seit 2020 relevante Forschungsbedarfe sichtbar, die beispielsweise die adäquate Anpassung von Strukturen und Prozessen der Rehabilitation sowie die Evaluation modifizierter Rehabilitationsleistungen betreffen. Um die Strukturen und Prozesse der Rehabilitation anzupassen, wurden von der Rentenversicherung seit Herbst 2020 vier Forschungsprojekte gefördert. Im Frühjahr 2023 werden die Ergebnisse vorliegen. Da sie aufgrund der Dringlichkeit des Themas mit Spannung erwartet werden, legten die Forschenden laufend Zwischenberichte vor. Eine Zusammenfassung der wichtigsten Resultate bisher im Überblick:

Vier Studien
untersuchen
Folgen von
Corona

→ Prof. Dr. Patrick Brzoska, Universität Witten/Herdecke, entwickelt in der Studie „Medizinische Rehabilitation in Zeiten von SARS-CoV-2. Eine Mixed-Method-Studie zu Herausforderungen und Bewältigungsstrategien aus intersektionaler Multi-Stakeholder-Perspektive (ReCoVer)“ Handlungsempfehlungen wie die medizinische



rehabilitative Versorgung während und nach Pandemien bestmöglich aufrechterhalten werden kann. Die bereits vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass die Hygienemaßnahmen in den Einrichtungen etabliert sind. Die Balance zwischen Infektionsschutz und sozialer Interaktion wird als schwierig bewertet. Die Therapieangebote konnten teilweise um digitalisierte Lösungen erweitert werden. Nur ein geringer Teil der Einrichtungen gab an, sich sehr gut auf eine Pandemie vorbereitet zu fühlen.

- Mit der „Medizinische(n) Rehabilitation nach einer Corona-Erkrankung (Re_Co)“ beschreiben Prof. Dr. Ruth Deck, Universität zu Lübeck, und Dr. Jördis Frommhold, Median Klinik Heiligendamm, die Krankheitsfolgen von Patientinnen und Patienten nach einer COVID-19-Erkrankung und deren Veränderungen durch eine medizinische Rehabilitation. Daraus werden konkrete Empfehlungen zur Ausgestaltung der Rehabilitation bei COVID-19 und bei Bedarf auch erforderliche Nachsorgestrategien abgeleitet. Die Ergebnisse zeigen, dass bei Reha-Beginn eine hohe Krankenkostenlast bei den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden besteht. Zu Reha-Ende haben sich psychische und physische Beeinträchtigungen, neurologisch-kognitive Einschränkungen und Leistungsminderungen deutlich verbessert. Sechs Monate nach der Rehabilitation berichten die Teilnehmenden leichte Verschlechterungen. Gegenüber dem Reha-Beginn sind die Veränderungen jedoch signifikant besser. Als hilfreichste Therapien wurden Ausdauersport, Atemphysiotherapie und Medizinische Trainingstherapie (MTT) genannt. Die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden äußern zudem eine hohe Zufriedenheit mit dem Reha-Erfolg. Hinsichtlich Inanspruchnahme und Qualität der Nachsorge besteht Verbesserungsbedarf.

Lernen von der Pandemie

- „Lernen von der SARS-CoV-2 Pandemie: Lektionen für die Zukunft der Leistungserbringung in der ambulanten beruflichen Rehabilitation (CoVaRe)“: Die berufliche Rehabilitation ist von den Folgen der Pandemie besonders betroffen. Viele Leistungen wurden auf Distanzangebote und Hybridformen umgestellt. In der Studie erfassen Prof. Dr. Mathilde Niehaus, Universität zu Köln, und Björn Hagen, Fortbildungsakademie der Wirtschaft, die veränderte, stark digitalisierte und häufig hybride Leistungserbringung in der ambulanten beruflichen Rehabilitation, um daraus Implikationen für eine zukünftige Leistungserbringung bereitzustellen. Die Befragungen belegen bereits, dass der Wunsch nach mehr Flexibilität hinsichtlich individuell abgestimmter

Chancen der Digitalisierung

und hybrider Angebote sowie ein Bedarf an Teilzeitangeboten besteht. Digitalisierung stellt sowohl eine Chance wie auch eine Herausforderung dar: Einerseits sind die Beteiligten besser erreichbar. Die individuellere Betreuung der Teilnehmenden in der beruflichen Rehabilitation führt zu besseren Ergebnissen. Die Stärkung digitaler Kompetenzen wird darüber hinaus als gute Vorbereitung auf den Arbeitsmarkt angesehen. Andererseits fehlen soziale Kontakte. Psychische Belastungen nehmen zu und die pädagogische Arbeit ist erschwert. Die notwendige Selbständigkeit kann die Teilnehmenden zudem überfordern. Wünschenswert sei zukünftig eine Kombination von Homeoffice und Präsenzunterricht.

- Mit dem Projekt „Auswirkungen der SARS-CoV-2-Pandemie auf Zugang, Inanspruchnahme und Ausgestaltung der Sucht-Rehabilitation (CoV-AZuR)“ von Prof. Dr. Karla Spyra, Charité – Universitätsmedizin Berlin, wird mit Unterstützung des Fachverbandes Sucht + (FVS) sowie des Bundesverbandes stationäre Suchtkrankenhilfe (bus.) eine umfassende Bestandsaufnahme der Pandemie-bedingten Veränderungen im Bereich der ambulanten und stationären Suchtrehabilitation vorgenommen. In den Reha-Einrichtungen werden Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sowie das leitende Personal befragt. Die Ergebnisse werden mit Daten der Suchtverbände und der Rentenversicherung in Beziehung gesetzt. Erste Ergebnisse aus der Einrichtungsbefragung zeigen, dass während der ersten Welle der Pandemie im Frühjahr 2020 etwa drei Viertel der befragten Einrichtungen die laufenden Behandlungen vollständig weiterführten. Therapeutische Gruppen wurden verkleinert, direkte Begegnungen durch digitale Gespräche und Videokonferenzen ergänzt, um auf die erschwerten Rahmenbedingungen zu reagieren. Die Beteiligten nahmen die Veränderungen positiv auf. Nach Einschätzung der Einrichtungen liegt in der zunehmenden Digitalisierung auch über die Pandemie hinaus eine Chance, die Rehabilitation für abhängigkeitskranke Menschen weiter zu verbessern. Die Einrichtungen, aber auch die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden benötigen jedoch bei der technischen Ausstattung und der Stärkung digitaler Kompetenzen noch Unterstützung.



Mehr Informationen:
<http://www.reha-wissenschaften-drv.de>



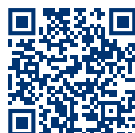
Förderung ab
2024

rehapro: Neue Impulse im dritten Aufruf

Innovative Ansätze in der Digitalisierung und in der besseren Zusammenarbeit der Sozialleistungsträger erproben. Neue Ideen für den niedrighschwelligigen Zugang zu Prävention und Rehabilitation entwickeln und Lösungen testen, um Verfahren zu vereinfachen. Um diese Impulse wurde der dritte Förderaufruf zum Bundesprogramm „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“ erweitert. Im Juli 2022 wurde die erneute Ausschreibung unter Vorbehalt der Verfügbarkeit ausreichender Haushaltsmittel veröffentlicht. Ab 2024 sollen neue innovative Modellprojekte die bisherigen Modellprojekte ergänzen. Sie können wieder in einem zweistufigen Verfahren von den Rentenversicherungsträgern und den Jobcenter beantragt werden. Höchstens vier Jahre sollen die Projekte des dritten Förderaufrufes dauern, der ansonsten auf den inhaltlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen der ersten beiden Förderaufrufe fußt.

Mit dem Bundesprogramm „rehapro“ fördert das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) praxisorientierte Projekte. Ziel ist die Stärkung der Grundsätze „Prävention vor Rehabilitation“ und „Rehabilitation vor Rente“ sowie die Wiederherstellung und der Erhalt der Erwerbsfähigkeit. Durch die Erprobung innovativer Maßnahmen sollen Übergänge reduziert werden in Eingliederungshilfen, Werkstätten für behinderte Menschen und Erwerbsminderungsrenten. Für die Umsetzung des Förderprogramms wird insgesamt eine Milliarde Euro bereitgestellt.

Im Rahmen des ersten Förderaufrufs, der im Mai 2018 veröffentlicht wurde, befinden sich 24 Rentenversicherungsprojekte sowie sechs rechtskreisübergreifende Projekte unter Beteiligung eines Rentenversicherungsträgers. Die überwiegende Mehrheit der Projekte startete Anfang 2020. Die begleitenden wissenschaftlichen Untersuchungen wollen nachweisen, dass durch diese Modellprojekte die Erwerbsfähigkeit erhalten beziehungsweise wiederhergestellt werden kann. Gezeigt werden soll auch, inwiefern die gesellschaftliche und berufliche Teilhabe verbessert wird. Inhaltliche Schwerpunkte sind das frühzeitige Erkennen und Behandeln von Personen mit einem erhöhten Erwerbsminderungsrisiko, insbesondere bei psychischen Erkrankungen, die individualisierte Betreuung bei komplexen Problemlagen, die verbesserte Vernetzung von Leistungserbringern sowie die verstärkte Kooperation mit Arbeitgebern. Trotz erschwelter Bedingungen seit 2020 durch die Corona-Pandemie werden die Modellprojekte der Rentenversicherungsträger weiter erfolgreich umgesetzt. Die Förderdauer beträgt höchstens fünf Jahre. Das gilt auch für die 21 innovativen Modellprojekte, die nach dem zweiten Förderaufruf, der im Mai 2021 veröffentlicht wurde, an den Start gingen. Inhaltlich konzentrierten sich die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler in diesen Projekten insbesondere auf die Optimierung der Kinder- und Jugendrehabilitation sowie auf die Einbindung der institutionellen Selbsthilfe und Partizipation von Betroffenen.



Mehr Informationen:
www.modellvorhaben-rehapro.de



„rehalitätsnah“: Projekte im neuen Podcast präsentiert

Seit Dezember 2022 ist der Wissenschaftspodcast „rehalitätsnah“ mit Dr. Marco Streibelt, Leiter des Dezernats Rehawissenschaften der Deutschen Rentenversicherung, auf Sendung. Vorgestellt wird in jeder Folge eins von neun Forschungsprojekten, das im Forschungsschwerpunkt „Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation“ seit Herbst 2021 von acht Rentenversicherungsträgern gemeinsam gefördert wird. Ihr Ziel ist es, evidenzbasierte Erkenntnisse für zukunftsfähige Leistungen und Prozesse in der beruflichen Rehabilitation zu entwickeln. Im Podcast „rehalitätsnah“ erzählen die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, was sie erforschen, was sie antreibt und fasziniert in der beruflichen Rehabilitation und auch, wo sie sonst noch Forschungsbedarf sehen.

Podcast jederzeit und überall hören

Die Folgen erscheinen monatlich - bis jedes Projekt vorgestellt und das Team dazu präsentiert worden ist. Zu hören ist „rehalitätsnah“ unabhängig von Zeit und Ort auf den Internetseiten der Rentenversicherung und auf allen gängigen Streaming-Plattformen wie Spotify, Deezer, Apple, über Google und auch auf Youtube. Hören Sie rein.



„rehalitätsnah“ Reinhören können Sie hier:

Forschungsschwerpunkt „Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation“ | Deutsche Rentenversicherung ([deutsche-rentenversicherung.de](https://www.deutsche-rentenversicherung.de))



„Starker Impuls“, um Forschung zu unterstützen

„Wir brauchen Forschungsergebnisse, die uns Aufschluss über die Wirksamkeit unserer Leistungen geben und neue Erkenntnisse, die bislang unerkannte Bedarfe identifizieren und zeigen, mit welchen Reha-Angeboten darauf reagiert werden kann.“ Brigitte Gross, Direktorin der Deutschen Rentenversicherung Bund, betonte die Bedeutung des Forschungsschwerpunktes zur „Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation“ bei der Auftaktveranstaltung im Rahmen des 31. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquiums im März 2022 in Münster. Dort diskutierte sie mit Prof. Dr. Heike Ohlbrecht, Otto-von-Guericke Universität Magdeburg, Andreas Flegel vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Dr. Susanne Gebauer, Vorstandsvorsitzende des Bundesverbandes Deutscher Berufsförderungswerke und Geschäftsführerin des Berufsförderungswerks Nürnberg, und Dr. Marco Streibelt über die wissenschaftliche, praktische, aber auch politische Bedeutung des neuen Forschungsschwerpunktes. Die acht beteiligten Rentenversicherungsträger investieren insgesamt rund 4,5 Mio. Euro in die neun geförderten Projekte. „Wir möchten damit einen starken Impuls setzen, der die Forschung in diesem Feld unterstützt und nachhaltig verstärkt“, machte Brigitte Gross deutlich.

Untersucht wird in den Projekten das Management von Zugangswegen in die berufliche Rehabilitation und bei den Übergängen zwischen den Leistungen, die Relevanz komplexer und diskontinuierlicher Fallgestaltungen, die Rolle bestimmter Berufsgruppen und die Bedeutung der von ihnen erbrachten Leistungen.



Mehr Informationen:
**Forschungsschwerpunkt
„Weiterentwicklung der
beruflichen Rehabilitation“ |
Deutsche Renten-
versicherung (deutsche-
rentenversicherung.de)**

Aber auch konkrete Konzepte und Interventionen werden von den Forschenden evaluiert. Dr. Marco Streibelt wies auf die Bedeutung der Vernetzung innerhalb der beruflichen Rehabilitation und des neu aufgesetzten Forschungsschwerpunktes hin: „Wir sind mit den Forschenden eng in Kontakt, bieten Veranstaltungen zum Austausch und Workshops zu begleitenden Themen an. Methoden-Werkstätten gehören ebenfalls dazu, um besonders den wissenschaftlichen Nachwuchs einzubeziehen“. Im Juli 2022 gab es Bildungszentrum Erkner ein Netzwerktreffen mit rund 40 Forschenden der Projekte und Vertreterinnen und Vertretern der Träger. Neben Impulsvorträgen zur beruflichen Rehabilitation der Rentenversicherung und zur Rolle des Reha-Beratungsdienstes konnten in Arbeitsgruppen forschungsmethodische Fragen und Herausforderungen im Theorie-Praxis-Transfer diskutiert werden. Auch für 2023 ist ein Treffen mit den Forschenden der Projekte geplant.



Reha-
Kolloquium 2023
in Hannover

„Neue Wege, neue Chancen“: Premiere des hybriden Reha-Kolloquiums

Die 31. Ausgabe des Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquiums fand im März 2022 erstmals als Hybrid-Kongress in Münster statt. Nach der gelungenen Online-Premiere im Jahr 2021 wurde erneut ein innovatives Veranstaltungskonzept realisiert, um allen Interessierten trotz pandemiebedingter Einschränkungen ein sicheres und attraktives Kongresserlebnis zu ermöglichen. Das Kongressprogramm konnte zum ersten Mal sowohl live vor Ort als auch per Live-Stream im Internet verfolgt werden. Mehr als 1.400 Expertinnen und Experten, davon rund 600 in Präsenz, diskutierten in über 250 Vorträgen und Diskussionsrunden aktuelle Erkenntnisse zu Prävention, Rehabilitation und Nachsorge.

Das Kongressmotto „Rehabilitation: Neue Wege, neue Chancen“ legte einen besonderen Fokus auf die Herausforderungen und Entwicklungstrends des zukünftigen Rehabilitationsgeschehens. Die Digitalisierung, der Umgang mit den Folgen der Pandemie und neue Impulse für berufliche Teilhabe-Strategien bildeten dabei zentrale Schwerpunkte im Vortragsprogramm. Eröffnet wurde der Kongress von Gundula Roßbach, Präsidentin der Deutschen Rentenversicherung Bund, die im Hinblick auf die zentralen Handlungsfelder zur Weiterentwicklung der Rehabilitation die Bedeutung eines noch stärker vernetzten Vorgehens sowie den hohen Stellenwert der Reha-Forschung hervorhob. Im Rahmen einer Podiumsdiskussion diskutierte Brigitte Gross, Direktorin der Deutschen Rentenversicherung Bund, mit Thomas Keck, Erster Direktor der Deutschen Rentenversicherung Westfalen, und Fachpolitikern unterschiedlicher Bundestagsfraktionen über den von der neuen Bundesregierung im Koalitionsvertrag gesetzten Handlungsrahmen, den alle Beteiligten grundsätzlich begrüßten.

Veranstaltet wurde das hybride Reha-Kolloquium von der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Deutschen Rentenversicherung Westfalen und der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW). Das 32. Reha-Kolloquium fand vom 20. bis 22. Februar 2023 unter dem Titel „Veränderungskultur fördern - Teilhabe stärken - Zukunft gestalten“ in Hannover statt.



Mehr zum Kolloquium:
www.reha-kolloquium.de

Rehabilitation im Licht der Statistik



Medizinische Rehabilitation

Berufliche Rehabilitation

**Aufwendungen für
Rehabilitation**



Medizinische Rehabilitation: **Umfang und Struktur**

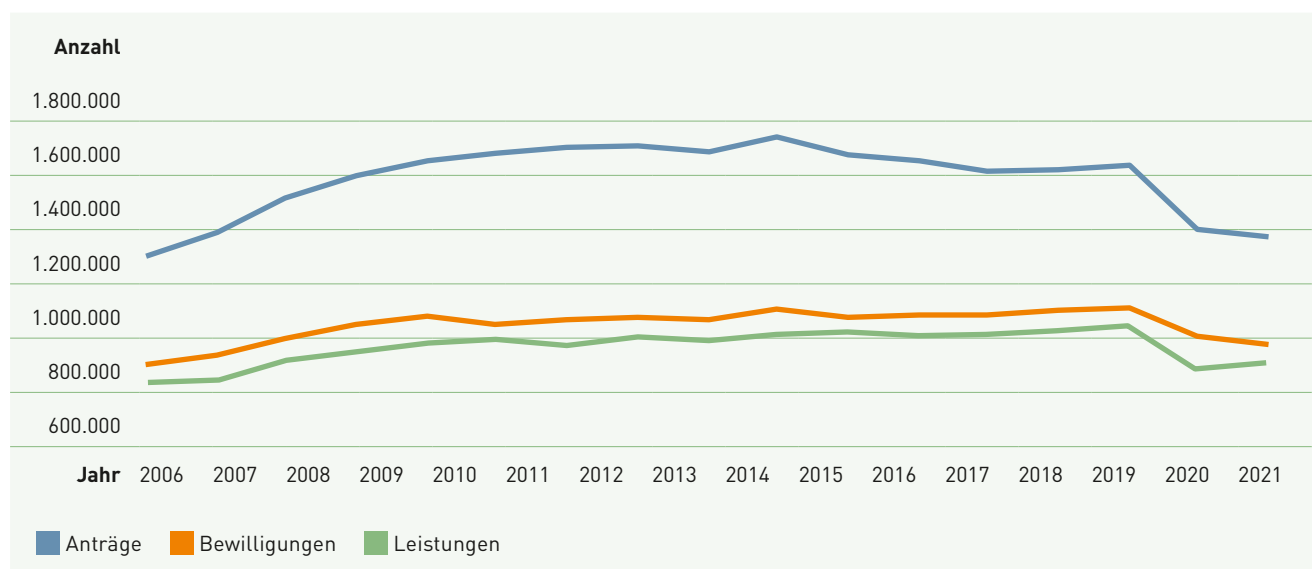
Wie viele Leistungen zur medizinischen Rehabilitation finanziert die Deutsche Rentenversicherung? Wie haben sich die verschiedenen Reha-Formen entwickelt? Wie stellen sich die Reha-Leistungen dar – je nach Erkrankung, Geschlecht und Alter der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden? Auf diese und andere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

Kurz erklärt: Routinedaten der Rentenversicherung

Grundlage der statistischen Daten sind die Verwaltungsvorgänge bei den Rentenversicherungsträgern. Sie werden auch prozessproduzierte Daten genannt. Dazu gehören u. a. die Mitteilung der Rentenversicherungsbeiträge durch die Unternehmen, die Arbeitnehmende beschäftigen, die Erfassung von Anträgen und Bescheiden (Reha, Rente) oder auch die Informationen aus dem ärztlichen Entlassungsbericht nach einer durchgeführten Rehabilitation.

In den Routinedaten werden auch die Rehabilitationsdiagnosen verschlüsselt, um Einzeldiagnosen zu gruppieren. Bis Ende 2020 wurden diese Einzeldiagnosen in Diagnosegrundgruppen zusammengefasst, die sich eng an den Kapiteln der ICD-10-GM (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification) orientierten. Sie bildeten die Grundlage für die statistischen Auswertungen. Zum 1. Januar 2021 erfolgte innerhalb der Rentenversicherung der Wechsel auf Indikationsgruppen. Im Reha-Bericht 2022 sind sie erstmals aufgenommen. Wegen dieser Änderung sind Vergleiche mit den berichteten Daten der Vorjahre nur eingeschränkt möglich.

Abbildung 1: Medizinische Rehabilitation – Anträge, Bewilligungen und abgeschlossene Leistungen 2006–2021



Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2022

Anträge, Bewilligungen und durchgeführte Leistungen

Wer eine medizinische Rehabilitation (siehe Info-Box „Kurz erklärt: Medizinische Rehabilitation“ auf Seite 44) in Anspruch nehmen möchte, muss zunächst selbst die Initiative ergreifen und einen Antrag stellen. Dies geschieht beispielsweise auf hausärztlichen Rat und mit deren Unterstützung. Die Rentenversicherung prüft, ob sie zuständig ist, ob die medizinische Notwendigkeit besteht und, ob Antragstellende die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllen. 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. Es können auch berufliche und familiäre Gründe dagegen sprechen. In 2021 wurden 11 % der bewilligten Anträge nicht in Anspruch genommen.

Tabelle 1: Medizinische Rehabilitation – Anzahl der Anträge, Bewilligungen und abgeschlossenen Leistungen in 2020 und 2021

Jahr	Anträge	Bewilligungen	Leistungen
2020	1.394.608	1.011.417	865.673
2021	1.367.400	971.861	891.176
Veränderungsrate 2020–2021	- 2,0 %	- 3,9 %	+ 2,9 %

Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2022

70 % der
bearbeiteten
Anträge bewilligt

Knapp 1,4 Mio. Anträge auf medizinische Rehabilitation wurden bei der Rentenversicherung in 2021 gestellt. Knapp 70 % der in 2021 bearbeiteten Anträge wurden bewilligt, 21 % wurden abgelehnt, die restlichen rund 9 % der bearbeiteten Anträge wurden zu einem der anderen Rehabilitationsträger, der für den entsprechenden Fall zuständig ist, weitergeleitet.

„Abbildung 1: Medizinische Rehabilitation – Anträge, Bewilligungen und abgeschlossene Leistungen 2006–2021“ auf Seite 39 zeigt die Entwicklung von Anträgen, Bewilligungen und durchgeführten medizinischen Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung. Gewählt wurde der Zeitraum von 2006 bis 2021. Mehr als 970.000 Leistungen wurden in 2021 bewilligt und über 890.000 Leistungen auch in Anspruch genommen. Der Zeitverlauf zeigt die Schwankungen in der Vergangenheit: Die bisher höchsten Antragszahlen waren im Jahr 2014 zu verzeichnen (etwa 1.724.000). Zwischen 2015 und 2017 sanken die Antragszahlen etwas, um in 2018 und 2019 wieder leicht anzusteigen. Die Bewilligungen blieben dagegen seit 2009 mit geringen Veränderungen relativ konstant. Grundsätzlich unterliegt die Anzahl der Anträge, Bewilligungen und durchgeführten Leistungen Schwankungen. Meist folgen die Bewilligungen und durchgeführten Leistungen zeitversetzt dem Verlauf 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. Bedingt durch die SARS-CoV-2-Pandemie ist in 2020 ein deutlicher Rückgang der Anträge erkennbar, der auch in 2021 anhielt. Ebenso lagen die Anzahlen der Bewilligungen und durchgeführten Leistungen in 2020 und 2021 niedriger als in den vorherigen Jahren.

„Tabelle 1: Medizinische Rehabilitation – Anzahl der Anträge, Bewilligungen und abgeschlossenen Leistungen in 2020 und 2021“ wirft noch einmal einen Blick auf die Änderungsraten der zurückliegenden Jahre: Die Anträge sanken in 2021 im Vergleich zum Vorjahr um 2 %, die Bewilligungen gingen um 3,9 % zurück. Die durchgeführten Reha-Leistungen stiegen um 2,9 % an.

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. Menschen mit einer Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit können eine medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen beantragen.

Seit 1997 wird für ausgewählte Indikationen die ganztägig ambulante Rehabilitation angeboten. Bei dieser Form der medizinischen Rehabilitation kommen die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden nur tagsüber in die Rehabilitationseinrichtung. Voraussetzung war, dass die ambulante Rehabilitation in dafür geeigneten Fällen ebenso gute Behandlungserfolge vorweisen kann wie die stationäre Rehabilitation. Das konnte in mehreren wissenschaftlichen Studien belegt werden. Der überwiegende Teil medizinischer Rehabilitation erfolgt jedoch nach wie vor stationär. Zwischen 2006 und 2021 ist der Anteil der stationären Leistungen wie dargestellt in „Tabelle 2: Abgeschlossene Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 2006–2021: stationär und ambulant für Erwachsene sowie

Tabelle 2: Abgeschlossene Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 2006–2021 – stationär und ambulant für Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche

Jahr	Insgesamt*	Stationäre Leistungen für Erwachsene		Ambulante Leistungen für Erwachsene		Kinder- und Jugendlichenrehabilitation	
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 %
2016	1.009.207	828.707	82 %	146.240	14 %	29.815	3 %
2017	1.013.588	825.040	81 %	151.866	15 %	30.819	3 %
2018	1.031.294	832.936	81 %	157.496	15 %	32.757	3 %
2019	1.054.012	850.842	81 %	162.275	15 %	33.421	3 %
2020	865.673	695.105	80 %	139.808	16 %	23.876	3 %
2021	891.176	711.637	80 %	142.455	16 %	28.295	3 %

* Ab 2016 grundsätzlich einschließlich Mischfälle (stationäre und ambulante Reha in Kombination erbracht) und Zahnersatz; 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“ 2006–2021

Kinder und Jugendliche“ auf Seite 41 jedoch schrittweise zurückgegangen. 2006 lag der Anteil noch bei 86 %. Inzwischen sind es nur noch 80 %.

Die absolute Anzahl ambulanten Leistungen für Erwachsene stieg dagegen seit 2006 kontinuierlich und hat sich bis 2019 mehr als verdoppelt, von rund 76.000 in 2006 auf ca. 162.000 Leistungen (2019). Nach einem Einbruch in 2020, der durch die pandemische Lage erklärt werden kann, ist in 2021 wieder ein leichter Aufwärtstrend zu beobachten. Mit über 142.000 Rehabilitationen machten ambulante Leistungen 16 % aller medizinischen Rehabilitationsleistungen aus.

Der prozentuale Anteil von Kinder- und Jugendrehabilitationen an allen Reha-Leistungen der Rentenversicherung rangierte in den vergangenen zehn Jahren konstant bei 3%, siehe

Anteil der Reha-Leistungen für Kinder und Jugendliche bei 3 %

„Tabelle 2: Abgeschlossene Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 2006–2021 – stationär und ambulant für Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche“ auf Seite 41. Die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen wurde bis Ende 2016 nur stationär durchgeführt. Seit Inkrafttreten des Flexirentengesetzes im Dezember 2016 kann die Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen auch ambulant erbracht werden (siehe Box „Kurz erklärt: Medizinische Rehabilitation“ auf Seite 44). Nach einem Rückgang der Zahlen um fast 10.000 Fälle von 2019 auf das Pandemie-Jahr 2020, ist für 2021 wieder ein Anstieg zu verzeichnen. Auf mehr als 28.000 Leistungen wuchs die Anzahl im Bereich der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen.

Werden Rehabilitationsleistungen nur für Erwachsene betrachtet, lassen sich zeitliche Veränderungen bei besonderen Leistungsformen unterscheiden, wie in „Tabelle 3: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 2006–2021 – besondere Reha-Formen für Erwachsene“ auf Seite 43 dargestellt. Rehabilitationsleistungen bei Neubildungen (in ca. 95 % der Fälle bei bösartigen Neubildungen) lagen in 2021 bei 14 %. In 2021 war rund jede siebte medizinische Rehabilitation für Erwachsene eine onkologische Reha-Leistung (über 120.000 Leistungen).

Anteil der AHB
bei 37 %

Die Anzahl der Anschlussrehabilitationen (AHB) lag 2021 bei über 321.000 Leistungen. Damit stellte die AHB in 2021 einen Anteil von 37 %.

Bei der Anzahl von medizinischen Rehabilitationen bei Abhängigkeitserkrankungen ist in 2021 im Vergleich zum Vorjahr ein Zuwachs erkennbar. Mit über 39.000 erbrachten Leistungen machen sie 5 % der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Erwachsenen aus wie in „Tabelle 3: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 2006–2021 – besondere Reha-Formen für Erwachsene“ auf Seite 43 dargestellt. Die Inanspruchnahmen entwickeln sich seit 2006 schwankend und seit 2012 kontinuierlich rückläufig.

Mit einer medizinischen Rehabilitation, die in der Regel etwa drei Wochen dauert, können manche Reha-Ziele wie beispielsweise die Stabilisierung von Beweglichkeit, Koordination, Kraft und Ausdauer nicht vollständig erreicht und notwendige Änderungen des Lebensstils wie mehr Bewegung und Änderung des Ernährungsverhaltens bei den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden nur angestoßen werden. Um die Reha-Erfolge langfristig zu sichern, gibt es Nachsorgeleistungen. Aber nicht nur bei kardiologischen Indikationen ist Reha-Nachsorge sinnvoll, sondern auch bei anderen körperlichen und psychischen Erkrankungen: beispielsweise die Intensivierte Reha-Nachsorge (IRENA) für verschiedene Indikationen und die psychosomatische Reha-Nachsorge (Psy-RENA) für die Psychosomatik/Psychotherapie. Die Nachsorgeleistungen der Rentenversicherung nach § 17 Sozialgesetzbuch (SGB) VI lagen in 2021 bei knapp 179.000. Hinzu kommen über 9000 Leistungen für Rehabilitationssport nach § 64 Abs. 1 Nr. 3 des SGB VI sowie 412 Funktionssport-Maßnahmen nach § 64 Abs. 1 Nr. 4 des SGB VI.

Nach einer medizinischen Rehabilitation können manche Versicherte ihre berufliche Tätigkeit nicht sofort in vollem Umfang wieder aufnehmen. Seit Einführung des SGB IX kann die Rentenversicherung bei Stufenweiser Wiedereingliederung unmittelbar nach der medizinischen Rehabilitation Übergangsgeld als Entgeltersatzleistung zahlen. Die Teilnehmenden der Stufenweisen Wiedereingliederung werden dann schrittweise, in der Regel mit ansteigender Stundenzahl, an die volle Arbeitsbelastung herangeführt.

Tabelle 3: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 2006–2021 – besondere Reha-Formen für Erwachsene

Jahr	Insgesamt*	Anschlussrehabilitation (AHB)		Neubildungen (amb./stat./§§ 15 + 31)		Medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen (inkl. ambulant)	
2006	781.990	242.145	31 %	149.300	19 %	49.526	6 %
2007**	865.759	268.379	31 %	158.284	18 %	56.393	7 %
2008	905.054	275.756	30 %	160.707	18 %	55.963	6 %
2009	942.081	293.173	31 %	164.825	17 %	57.456	6 %
2010	961.931	318.118	33 %	170.658	18 %	56.997	6 %
2011	935.404	327.357	35 %	163.946	18 %	53.965	6 %
2012	972.514	328.940	34 %	159.493	16 %	54.142	6 %
2013	957.568	328.703	34 %	152.562	16 %	51.211	5 %
2014	983.379	337.618	34 %	152.260	15 %	50.485	5 %
2015	996.479	346.579	35 %	157.626	16 %	46.986	5 %
2016	979.392	353.695	36 %	150.462	15 %	43.744	4 %
2017	982.769	364.069	37 %	151.610	15 %	43.065	4 %
2018	998.537	364.746	37 %	151.348	15 %	43.205	4 %
2019	1.020.591	371.701	36 %	157.049	15 %	43.125	4 %
2020	841.797	326.934	39 %	120.853	14 %	38.819	5 %
2021	862.881	321.107	37 %	120.970	14 %	39.183	5 %

* Ab 2016 grundsätzlich einschließlich Mischfälle

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

Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2006–2021

Eine Stufenweise Wiedereingliederung kann bis zu sechs Monate dauern. Im Jahr 2021 unterstützte die Rentenversicherung auf diese Weise in 46.648 Fällen den (Wieder-) Einstieg in die berufliche Tätigkeit.

Eine weitere Leistung im Angebot der Rentenversicherung sind die Präventionsleistungen seit Ende 2016, die für Versicherte erbracht werden, die unter ersten gesundheitlichen Beeinträchtigungen leiden (§ 14 Abs. 1 SGB VI). Eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit ist bei diesen Leistungen keine Voraussetzung (siehe auch Box „Kurz erklärt: Medizinische Rehabilitation“ auf Seite 44). Die Leistungen sollen zur Verhaltensprävention frühzeitig ansetzen und die Versicherten dabei unterstützen, selbstständig und eigenverantwortlich einen gesundheitsförderlichen Lebensstil zu entwickeln.

Kurz erklärt: Medizinische Rehabilitation

Wenn eine chronische Erkrankung die Erwerbsfähigkeit gefährdet oder einschränkt, kann die medizinische Rehabilitation helfen. Die Rentenversicherung ist der wichtigste Leistungsträger der medizinischen Rehabilitation in Deutschland. Weitere Reha-Träger sind 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. Ebenso erbringt sie Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche nach § 15a SGB VI, wenn dies einen Einfluss auf die spätere Erwerbsfähigkeit haben kann.

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
- Medizinische Rehabilitation bei Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit
- Stationäre und ambulante Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen

Sonstige Leistungen nach § 31 SGB VI, insbesondere:

- Onkologische Rehabilitation, insbesondere für Familienangehörige sowie Rentnerinnen und Rentner (wenn nicht anders angegeben, sind diese sonstigen Leistungen im vorliegenden Reha-Bericht in den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation enthalten)

Präventionsleistungen

- Seit Ende 2016 werden die Präventionsleistungen der Rentenversicherung nach § 14 SGB VI als Pflichtleistungen erbracht.

Der Rehabilitation nachgelagerte Leistungen

- Leistungen zur Nachsorge für Kinder und Jugendliche nach § 17 SGB VI im Anschluss an Leistungen zur Kinder- und Jugendrehabilitation nach § 15a SGB VI (seit Ende 2016)
- Nachsorgeleistungen für Erwachsene nach § 17 SGB VI im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation
- Stufenweise Wiedereingliederung

Ergänzende Leistungen

- Ergänzende Leistungen ergänzen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben, zur Prävention, zur Nachsorge 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 Beratung
- Entspannungsverfahren
- Ergotherapie
- Physikalische Therapie
- Ernährungsberatung mit/ohne Lehrküche
- Soziale, sozialrechtliche und berufliche Beratung

Die Entstehung und Ausbildung chronischer Erkrankungen, insbesondere der sogenannten Zivilisationskrankheiten, soll damit möglichst vermieden werden. Der Grundsatz der Rentenversicherung heißt hier: Prävention vor Rehabilitation vor Rente!

Spektrum der Indikationen – zeitliche Entwicklung

Werden stationäre und ambulante Leistungen zusammen betrachtet, unterscheiden sich die medizinischen Rehabilitationen der einzelnen Indikationen wie „Abbildung 2: Spektrum der Indikationen in der medizinischen Rehabilitation Erwachsener – 2020 und 2021“ auf Seite 46 aufzeigt. Mit etwa 40 % stellen Rehabilitationen der orthopädischen und rheumatischen Indikationen die größte Gruppe in 2021 dar. Zu erkennen ist hier ein leichter Rückgang im Vergleich zum Vorjahr um 2 %. Rehabilitationen der psychosomatischen Indikationen bilden mit 18 % in 2021 und 17 % in 2020 die zweitgrößte Gruppe.

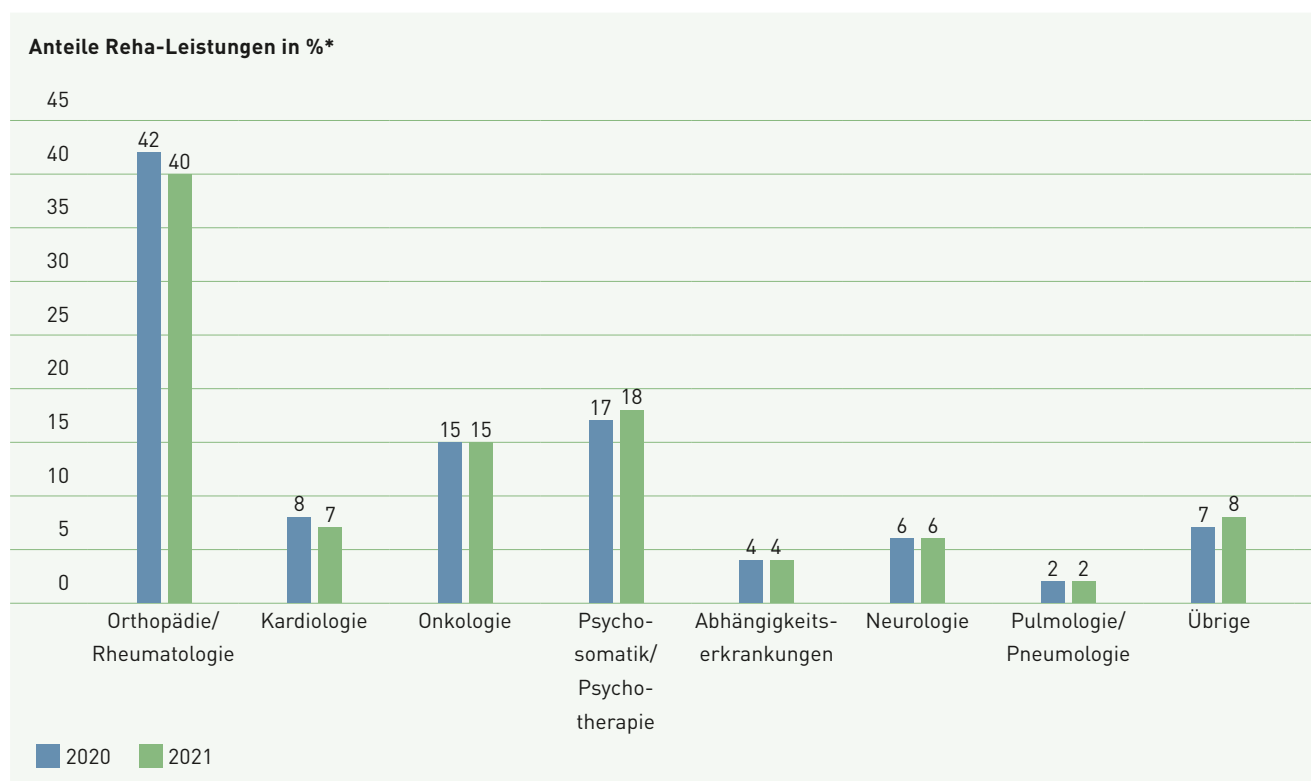
Onkologische Erkrankungen machten in 2020 und 2021 6 % des Spektrums der Indikationen aus. Mit 2 % reiht sich die Pulmologie in den pandemischen Jahren 2020 und 2021 in die Übersicht ein.

Spektrum der Indikationen in 2021 – nach Geschlecht und Reha-Form

Wird die aktuelle Verteilung der Indikationen in der medizinischen Rehabilitation in 2021 getrennt nach Geschlecht und stationärer bzw. ambulanter Reha-Form verglichen, ergibt sich ein differenziertes Bild wie „Abbildung 3: Stationäre und ambulante Reha 2021 – Spektrum der Indikationen nach Geschlecht“ auf Seite 47 aufzeigt. Die dazugehörigen durchschnittlichen Rehabilitationsdauern sind in „Tabelle 4: Stationäre und ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 2021 – Behandlungsdauer im Spektrum der Indikationen“ auf Seite 47 enthalten. In den Daten der Deutschen Rentenversicherung wird seit 2018 auch das offiziell dritte Geschlecht „divers“ erhoben. Aus methodischen und datenschutzrechtlichen Gründen können diese geringen Zahlen, die noch im einstelligen Bereich liegen, nicht dargestellt werden. Solange die Anzahl der Fälle so gering ist, werden sie bei der Auswertung der Statistiken der Deutschen Rentenversicherung den Frauen zugeordnet.

Eine stationäre medizinische Rehabilitation erhielten in 2021 Frauen (36 %) wie Männer (33 %) zu mehr als einem Drittel wegen orthopädischer und rheumatischer Erkrankungen.

Abbildung 2: Spektrum der Indikationen in der medizinischen Rehabilitation Erwachsener – 2020 und 2021



* ambulant und stationär

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

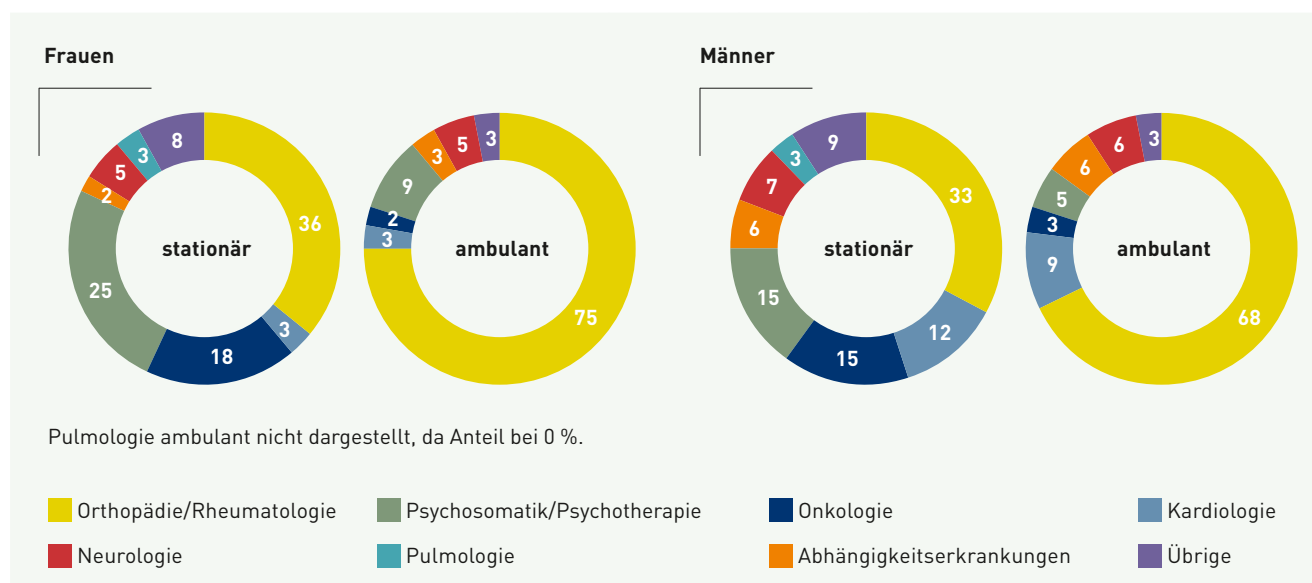
Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2020 und 2021

Bei der stationären medizinischen Rehabilitation ist der Anteil der Frauen in der psychosomatischen Indikation (25 %) deutlich höher als bei den Männern (15 %). Im Gegensatz ist der Anteil der Männer in der kardiologischen Indikation (12 %) und bei der Rehabilitation der Abhängigkeitserkrankungen (6 %) höher als bei den entsprechenden Indikationen bei den Frauen (3 %, respektive 2 %).

Ein ähnliches Bild zeichnet sich in der ambulanten medizinischen Rehabilitation ab. Generell ist der Anteil der orthopädischen bzw. rheumatischen Indikationen in der ambulanten Rehabilitation bei Frauen (75 %) und Männern (68 %) nahezu doppelt so groß wie in der stationären Rehabilitation (36 % und 33 %), siehe „Abbildung 3: Stationäre und ambulante Reha 2021 – Spektrum der Indikationen nach Geschlecht“ auf Seite 47.

Im Jahr 2021 befanden sich Rehabilitandinnen im Durchschnitt 28,4 Tage und Rehabilitanden 29,5 Tage in ihrer stationären medizinischen Rehabilitation, die auch Samstag und Sonntag einbeziehen. Das ist in „Tabelle 4: Stationäre und ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 2021 – Behandlungsdauer im Spektrum der Indikationen“ auf Seite 47 abgebildet. Werden Reha-Leistungen wegen psychischer Diagnosen, Abhängigkeitserkrankungen und auch neurologischer Indikationen, die einer längeren Therapie

Abbildung 3: Stationäre und ambulante Reha 2021 – Spektrum der Indikationen nach Geschlecht



Hinweis: In den Daten der Deutschen Rentenversicherung wird das offiziell dritte Geschlecht „divers“ erhoben. Aus methodischen und datenschutzrechtlichen Gründen werden diese geringen Fallzahlen jedoch nicht statistisch ausgewertet, sondern den Frauen zugeordnet. Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2021

Tabelle 4: Stationäre und ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 2021 – Behandlungsdauer im Spektrum der Indikationen

	Insgesamt (inkl. sonst. Leistungen)	Orthopä- die/ Rheu- matologie	Kardio- logie	Onkologie	Psycho- somatik/ Psycho- therapie	Abhän- gigkeits- erkrankungen	Neurologie	Pulmo- logie	Übrige*
Behandlungstage / stationär									
Frauen	28,4	23,9	23,7	22,5	36,9	86,6	29,7	24,2	25,5
Männer	29,5	23,6	23,1	22,2	37,4	87,7	29,0	23,7	24,4
Behandlungstage / ambulant									
Frauen	20,5	17,4	17,1	16,8	36,6	51,6	21,9	17,9	19,8
Männer	20,7	17,4	17,0	16,2	39,8	48,9	21,9	18,4	19,1

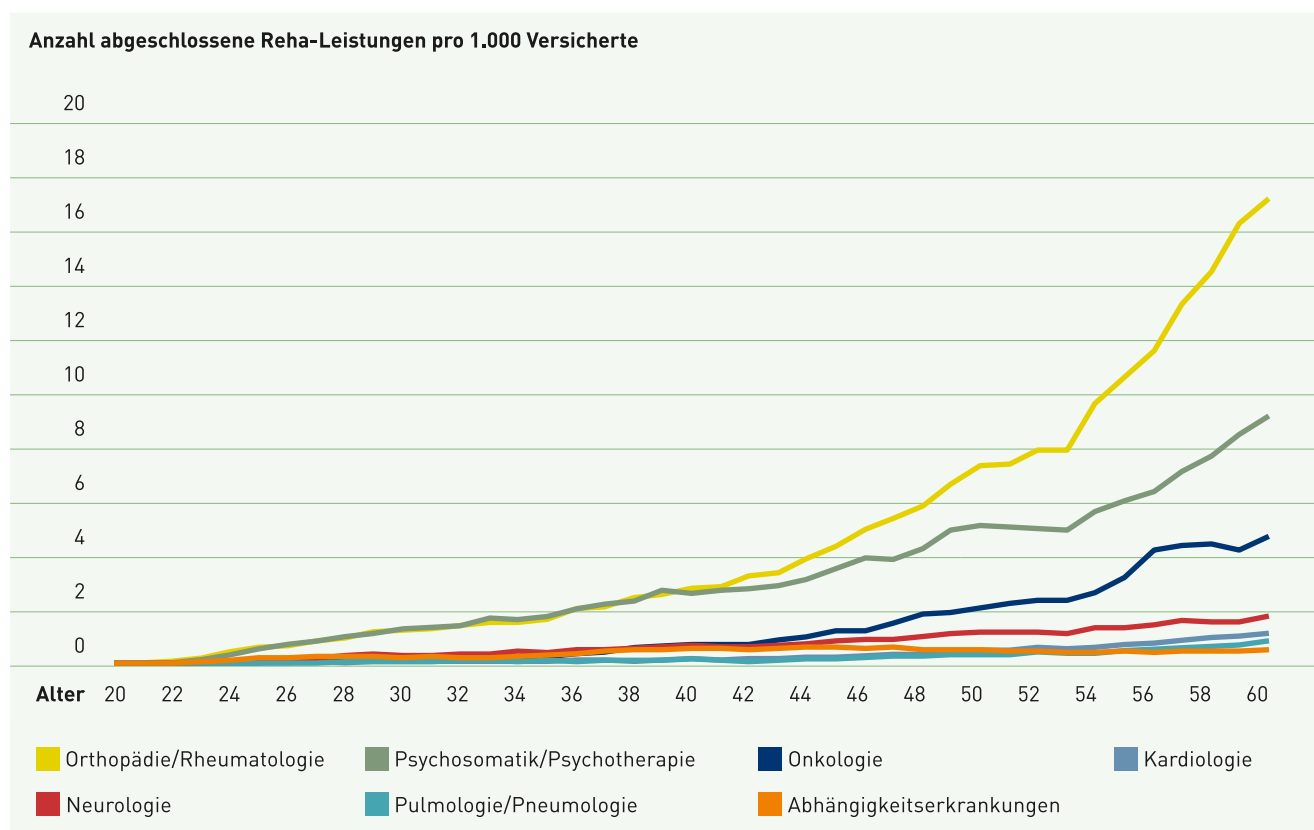
* gewichtet aus fehlenden und restlichen Indikationen

stationär: inkl. Wochenende; ambulant: Behandlungstage, an denen die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sich ganztägig in der ambulanten Reha-Einrichtung aufhalten.

Hinweis: In den Daten der Deutschen Rentenversicherung wird das offiziell dritte Geschlecht „divers“ erhoben. Aus methodischen und datenschutzrechtlichen Gründen werden diese geringen Fallzahlen jedoch nicht statistisch ausgewertet, sondern den Frauen zugeordnet.

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2021

Abbildung 4: Medizinische Rehabilitation – Altersspezifische Inanspruchnahmeraten bei Frauen 2021



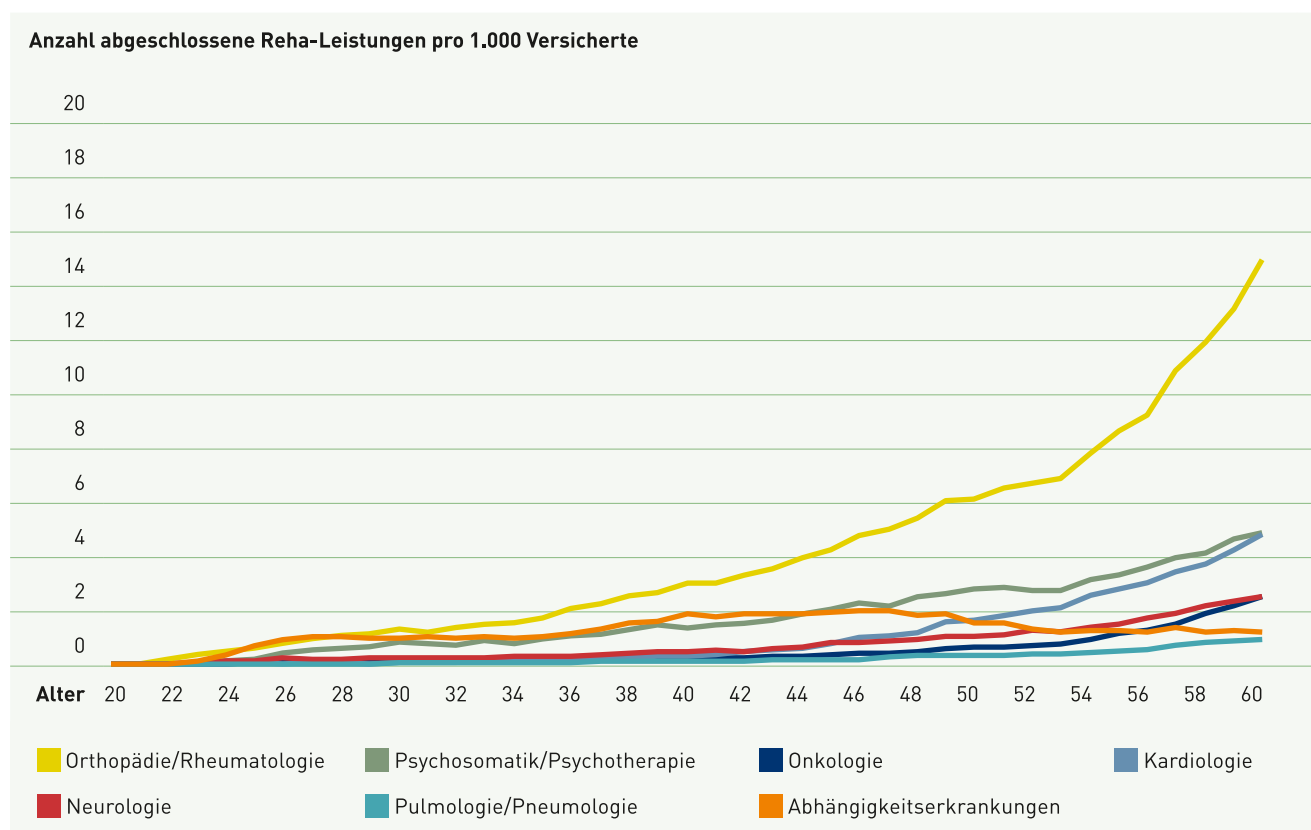
Hinweis: In den Daten der Deutschen Rentenversicherung wird das offiziell dritte Geschlecht „divers“ erhoben. Aus methodischen und datenschutzrechtlichen Gründen werden diese geringen Fallzahlen jedoch nicht statistisch ausgewertet, sondern den Frauen zugeordnet.
 Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2021. „Versicherte“ 2020

Stationäre Rehabilitation zwischen 22,2 und 23,9 Tagen

bedürfen, davon ausgenommen, dauerte die stationäre Rehabilitation in den einzelnen Diagnosegruppen zwischen 22,2 und 23,9 Tagen. Die stationäre orthopädische und rheumatische Rehabilitation nahm in 2021 durchschnittlich etwa 23,6 Tage bei Männern und 23,9 Tage bei Frauen ein, das sind etwas mehr als drei Wochen.

Wird die Rehabilitationsdauer getrennt nach Geschlecht für die einzelnen Indikationen betrachtet, unterscheiden sich Frauen und Männer wenig voneinander wie „Tabelle 4: Stationäre und ambulante medizinische Rehabilitation 2021: Behandlungsdauer im Spektrum der Indikationen“ auf Seite 47 zeigt. Die Dauer der stationären Rehabilitation wegen kardiologischen Erkrankungen war bei Frauen etwas länger als bei Männern, ebenso bei neurologischen und onkologischen Indikationen. Die Behandlung aufgrund von Abhängigkeitserkrankungen war bei Frauen durchschnittlich einen Tag kürzer. Auch die Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen war etwas kürzer als bei Männern. Im Durchschnitt über alle Indikationen und Krankheitsbilder hinweg gesehen, ist eine stationäre medizinische Rehabilitation bei Frauen etwas kürzer.

Abbildung 5: Medizinische Rehabilitation – Altersspezifische Inanspruchnahmeraten bei Männern 2021



In der ambulanten Rehabilitation werden die Behandlungstage gezählt, an denen sich die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ganztägig in der Reha-Einrichtung aufhalten. In „Tabelle 4: Stationäre und ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 2021 – Behandlungsdauer im Spektrum der Indikationen“ auf Seite 47 sind die durchschnittlichen Behandlungstage für die ganztägig ambulante Rehabilitation der betrachteten Diagnosegruppen enthalten. Für eine ganztägig ambulante orthopädische Rehabilitation wurden bei Frauen wie Männern durchschnittlich etwa 17,4 Behandlungstage benötigt. Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit psychischen Erkrankungen suchten die ambulante Reha-Einrichtung im Schnitt länger auf als solche mit orthopädischen Diagnosen. Dabei war die Behandlungsdauer bei Frauen mit 36,6 Tagen deutlich niedriger als bei Männern mit 39,8 Tagen.

Altersspezifische Betrachtung

Das Durchschnittsalter von Frauen, die eine stationäre oder ambulante medizinische Rehabilitation abgeschlossen haben, lag in 2021 bei 53,7 Jahren. Männer waren etwa gleich alt mit 53,8 Jahren.

Werden die Diagnosegruppen in der medizinischen Rehabilitation betrachtet, lassen sich Unterschiede im durchschnittlichen Alter der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden

feststellen. Mit 43,2 Jahren war das Durchschnittsalter in der Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen deutlich jünger als in anderen Indikationen. Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit psychischen Erkrankungen waren im Mittel 51,2 Jahre, gefolgt von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit neurologischen Erkrankungen (52 Jahre), orthopädischen und rheumatischen Erkrankungen (53,3 Jahre) und kardiologischen Erkrankungen (55,1 Jahre). Mit im Mittel 61,8 Jahren waren Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit onkologischen Erkrankungen mit Abstand am ältesten. Während insgesamt zahlreiche krankheitsspezifische, personenbezogene und auch gesellschaftliche Faktoren zu den Altersunterschieden zwischen den Diagnosegruppen führen können, trägt hier eine gesetzliche Regelung dazu bei: Nach § 31 SGB VI führt die Rentenversicherung eine medizinische Rehabilitation bei Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Krebserkrankungen auch dann durch, wenn sie bereits im Rentenalter sind.

Zahl der chronisch Erkrankten nimmt im Alter zu

Grundsätzlich nimmt mit dem Alter die Zahl chronisch Erkrankter zu. Ebenso werden mit höherem Alter mehr medizinische Rehabilitationsleistungen in Anspruch genommen. Werden die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Versicherten gleichen Alters in Beziehung gesetzt, wird die altersspezifische Inanspruchnahmerate ermittelt, wie „Abbildung 4: Medizinische Rehabilitation: Altersspezifische Inanspruchnahmeraten bei Frauen 2021“ auf Seite 48 und Seite 49 darstellen.

Die Ergebnisse zeigen eindeutig: Bei allen betrachteten Diagnosegruppen stieg die Inanspruchnahme mit dem Alter. Besonders ausgeprägt war der Anstieg bei orthopädischen und rheumatischen Erkrankungen. Etwa ab dem 40. Lebensjahr stieg die Anzahl abgeschlossener Reha-Leistungen, bei Frauen deutlich stärker als bei Männern. Bei onkologischen Diagnosen erhöhte sich die Inanspruchnahme ebenfalls mit fortschreitendem Alter. Bei Frauen und Männern war dieser Anstieg etwa um das 50. Lebensjahr erkennbar.

Mit zunehmendem Alter steigt Inanspruchnahme

Während bei Frauen die Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen bei psychischen Erkrankungen mit dem Alter stetig anstieg, zeigte sich bei Männern diese Altersdynamik deutlich schwächer. Eine für Frauen und Männer ebenfalls unterschiedliche Entwicklung der altersabhängigen Inanspruchnahme war bei den kardiologischen Erkrankungen sichtbar. Hier stiegen die Reha-Leistungen männlicher Versicherter etwa um das 40. Lebensjahr kontinuierlich. Bei Frauen setzte diese Entwicklung knapp zehn Jahre später ein und präsentierte sich weniger stark ausgeprägt.



Medizinische Rehabilitation: Prozess und Ergebnis

Der folgende Berichtsteil behandelt die Ergebnisse der Instrumente und Verfahren der Reha-Qualitätssicherung (Reha-QS) der Deutschen Rentenversicherung, siehe „Daten zur Qualitätssicherung“ auf Seite 106. Diese beziehen sich auf Reha-Einrichtungen bzw. deren krankheitsspezifische Fachabteilungen, die federführend durch die Deutsche Rentenversicherung belegt werden, siehe „Medizinische Rehabilitation: Reha-Einrichtungen“ auf Seite 65.

Zufriedenheit aus Perspektive der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden

Die Zufriedenheit der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden wird mit einem Fragebogen erfasst, siehe Info-Box „Kurz erklärt: Befragung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden“. Neben der Gesamtzufriedenheit mit dem Aufenthalt in der Reha-Einrichtung wird detailliert nach einzelnen Aspekten der Reha gefragt, beispielsweise nach der Betreuung durch das Reha-Team, den Behandlungen und Schulungen sowie dem Therapieablauf und der Vorbereitung auf die Zeit nach der Rehabilitation.

Einen Überblick über die Zufriedenheit von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die zwischen August 2018 und Juli 2019 eine stationären Reha in den somatischen Indikationen abgeschlossen haben, gibt „Abbildung 6: Zufriedenheit der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in der stationären medizinischen Rehabilitation – Somatische Indikationen“ auf Seite 53.

Die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bewerteten ihre Rehabilitation auf einer Skala von „1“ für sehr gut bis „5“ für sehr schlecht. Die von den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden berichtete Zufriedenheit mit der stationären somatischen Rehabilitation insgesamt liegt im Durchschnitt bei 2,0 und ist damit als gut zu bewerten

Kurz erklärt: Befragung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden

Bei der Qualitätsbewertung der Rehabilitation ist es der Rentenversicherung ein zentrales Anliegen, auch die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden einzubinden. Seit 1997 können sie sich durch Ausfüllen eines Fragebogens an der Qualitätssicherung beteiligen. Diese Befragung erfasst die Zufriedenheit mit der medizinischen Rehabilitation sowie den wahrgenommenen Behandlungserfolg.

Die Befragung erfolgt kontinuierlich: Monatlich werden jeweils rund 20 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden pro Reha-Fachabteilung zufällig ausgewählt, acht bis zwölf Wochen nach ihrer Rehabilitation angeschrieben und zu ihrer Einschätzung der Rehabilitation befragt. Jährlich werden insgesamt etwa 125.000 Fragebögen verschickt. Für körperliche und psychische Erkrankungen (inkl. Abhängigkeitserkrankungen), für die stationäre und die ambulante Rehabilitation sowie für Kinder und Jugendliche gibt es jeweils unterschiedliche Fragebögen.

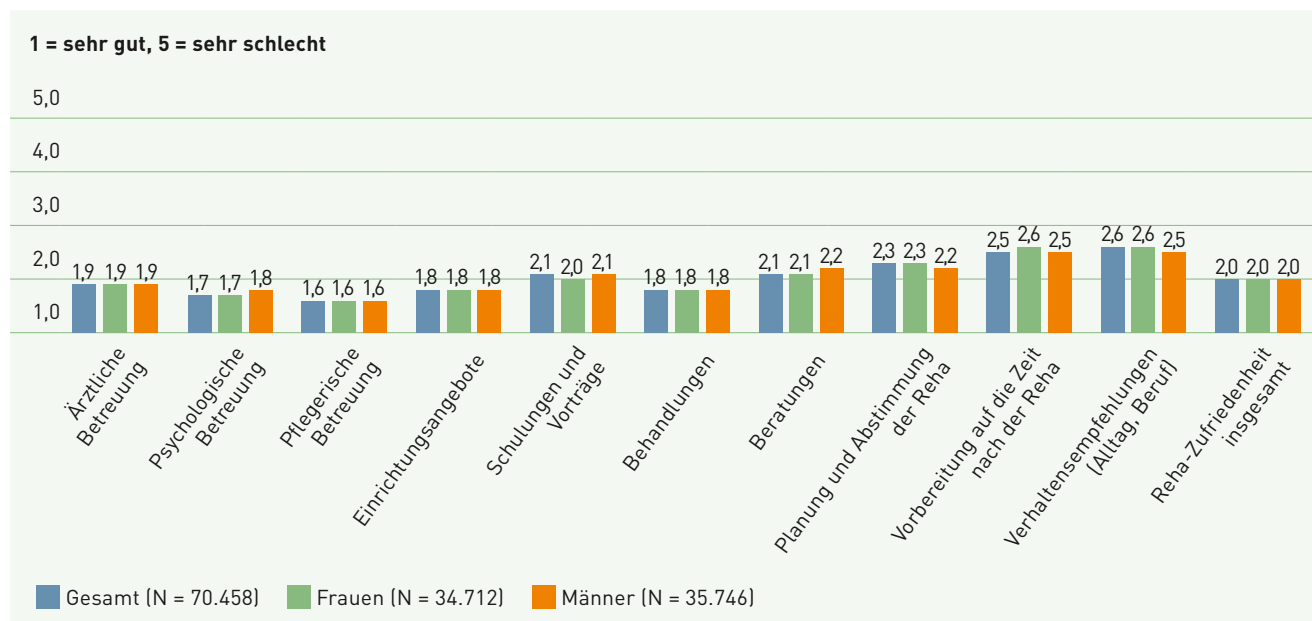
Jede Reha-Fachabteilung erhält die Ergebnisse der Befragung ihrer Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in Form eines fachabteilungsvergleichenden Qualitätssicherungsberichts. Um den Vergleich der Fachabteilungen möglichst fair zu gestalten, findet das sogenannte Verfahren der Risiko-Adjustierung Anwendung. Dabei werden die Ergebnisse der Befragung um den Einfluss vorbestehender Merkmale der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden (z. B. Bildung, Geschlecht, Alter), die zu unterschiedlichen Bewertungen der Rehabilitation führen können, bereinigt. In einem wissenschaftlich begleiteten Projekt wurde das bestehende Verfahren der Adjustierung überarbeitet.

(„Reha-Zufriedenheit insgesamt“). Zu der hohen Gesamtzufriedenheit trug vor allem das Reha-Team bei (pflegerische, psychologische und ärztliche Betreuung). Am zufriedensten waren die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit der Betreuung durch die Pflegekräfte, sie bewerteten diesen Bereich im Durchschnitt mit 1,6.

Sowohl die gesundheitsbezogenen Angebote wie z. B. Entspannungstherapien (Behandlungen) als auch die verschiedenen Einrichtungsangebote wurden gleichermaßen mit 1,8 bewertet. Schulungen, z. B. zu den Themen Stress und Stressabbau, wurden ebenfalls als gut (2,1) bewertet. Die Auswertung zeigt aber auch, dass sowohl die Unterstützung für die Zeit nach der Rehabilitation (2,5) als auch die Nützlichkeit von Verhaltensempfehlungen für Alltag und Beruf (2,6) noch verbessert werden können.

Geschlechtsunterschiede spielten bei der Zufriedenheit der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in der somatischen Rehabilitation kaum eine Rolle. Während Frauen die in der Rehabilitation erhaltene „psychologische Betreuung“, den „Schulungen und Vorträgen“ und die „Beratungen“ etwas besser als Männer beurteilten, sind es letztere, die sich mit den Bereichen „Planung und Abstimmung der Reha“, „Vorbereitung auf die Zeit nach der Reha“ und „Verhaltensempfehlungen für Alltag und Beruf“ etwas zufriedener zeigten.

Abbildung 6: Zufriedenheit der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in der stationären medizinischen Rehabilitation – Somatische Indikationen



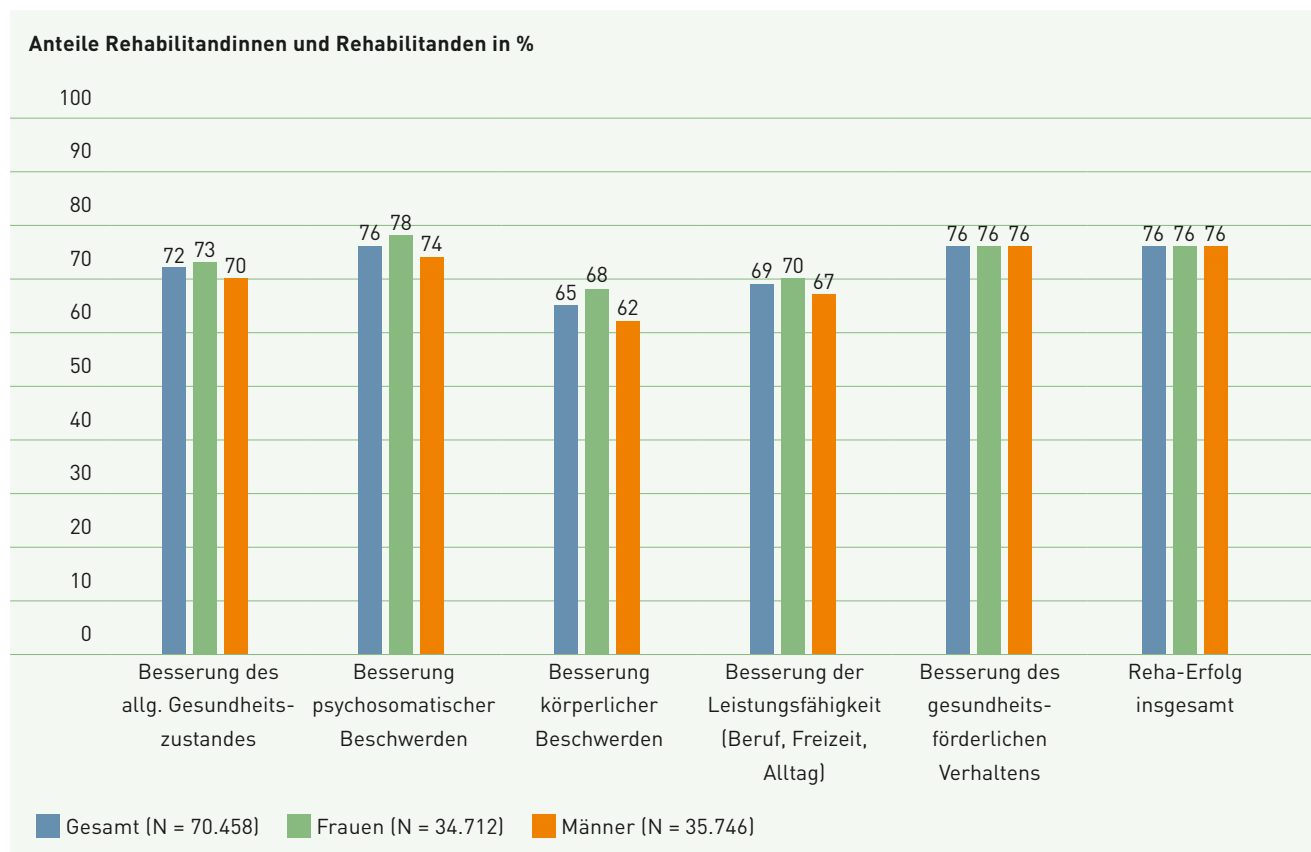
Hinweis: In den Daten der Deutschen Rentenversicherung wird das offiziell dritte Geschlecht „divers“ erhoben. Aus methodischen und datenschutzrechtlichen Gründen werden diese geringen Fallzahlen jedoch nicht statistisch ausgewertet, sondern den Frauen zugeordnet.
Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Rehabilitandenbefragung Okt. 2018 bis Sept. 2019

Behandlungserfolg aus Sicht der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden

Die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden werden nicht nur nach der Zufriedenheit mit ihrer Rehabilitation gefragt, sondern auch nach dem subjektiv wahrgenommenen Erfolg der durchgeführten Rehabilitation, siehe Info-Box „Kurz erklärt: Befragung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden“ auf Seite 52. Die Befragten beurteilen ihren Gesundheitszustand und ihre Leistungsfähigkeit, indem sie sich an den Zustand vor der Rehabilitation erinnern: „Wenn Sie jetzt noch einmal an Ihre Zeit vor der Rehabilitation denken, haben sich Ihre Beschwerden durch die Rehabilitation verbessert?“.

„Abbildung 7: Behandlungserfolg aus Sicht der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in der stationären medizinischen Rehabilitation – Somatische Indikationen“ auf Seite 54 zeigt, welche Bereiche der Gesundheit sich aus Sicht der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden durch eine somatische Rehabilitation verbessert haben: Mehr als drei Viertel der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bewerteten die Rehabilitation insgesamt als erfolgreich (76 %). Genauso viele Rehabilitandinnen und Rehabilitanden berichteten von einer Besserung ihrer psychosomatischen Beschwerden (zum Beispiel Erschöpfung, Niedergeschlagenheit, Nervosität oder innere Unruhe) bzw. sahen sich durch die Rehabilitation dazu motiviert, auch nach Abschluss der Rehabilitation für ihre Gesundheit aktiv zu werden und sich zum Beispiel einer Selbsthilfegruppe anzuschließen, Gesundheitskurse zu belegen oder sich verstärkt sportlich zu betätigen. Während 72 % aller Rehabilitandinnen und Rehabilitanden eine Besserung ihres allgemeinen

Abbildung 7: Behandlungserfolg aus Sicht der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in der stationären medizinischen Rehabilitation – Somatische Indikationen



Hinweis: In den Daten der Deutschen Rentenversicherung wird das offiziell dritte Geschlecht „divers“ erhoben. Aus methodischen und datenschutzrechtlichen Gründen werden diese geringen Fallzahlen jedoch nicht statistisch ausgewertet, sondern den Frauen zugeordnet.
 Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Entlasszeitraum Aug 2018 bis Juli 2019

Gesundheitszustands und 69 % eine Besserung ihrer Leistungsfähigkeit in Beruf und Alltag angaben, sind es etwas weniger, die eine Besserung ihrer körperlichen Gesundheit verzeichneten (65 %). Geschlechterunterschiede spielten bei der Bewertung des Behandlungserfolgs eine größere Rolle als bei der Zufriedenheit mit der Rehabilitation, wie „Abbildung 6: Zufriedenheit der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in der stationären medizinischen Rehabilitation – Somatische Indikationen“ auf Seite 53 zeigt. Am deutlichsten zeigten sich diese Unterschiede bei der Besserung der körperlichen (Frauen: 68 % vs. Männer: 62 %) und auch der psychosomatischen Beschwerden (Frauen: 78 % vs. Männer: 74 %).

Therapeutische Versorgung – Dokumentation der KTL

Die Berichterstattung der Reha-Qualitätssicherung zur therapeutischen Versorgung basiert auf der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL). Sie richtet sich an Reha-Fachabteilungen der Deutschen Rentenversicherung, für die mindestens 25 Reha-Entlassungsberichte mit gültigen KTL-Codierungen elektronisch erfasst wurden.

Bewertet wird die therapeutische Versorgung anhand der Leistungsdauer, Leistungsmenge und Leistungsverteilung, siehe auch Info-Box „Kurz erklärt: Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL)“.

Eine Rehabilitation beinhaltet in 2020 pro Woche 18,0 Std. Therapiezeit

2022 erhielten 1.482 Reha-Fachabteilungen eine Auswertung der KTL-Daten aus ihren Reha-Entlassungsberichten des Jahres 2020. Insgesamt gingen 678.254 Reha-Entlassungsberichte in die Auswertungen ein. „Tabelle 5: Anzahl und Anteil der therapeutischen Leistungen nach Inhalt, Anzahl der Leistungen und Dauer für Rehabilitationen in 2020“ auf Seite 56 gibt einen Überblick über die therapeutische Versorgung.

Insgesamt haben im Jahr 2020 jede Rehabilitandin und jeder Rehabilitand während der Rehabilitation im Durchschnitt 30,6 über die KTL erfasste Leistungen pro Woche erhalten, die sich auf 18,0 Stunden Therapiezeit pro Woche verteilen. Zusätzlich gibt die Tabelle an, wie viele Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mindestens eine Leistung aus dem jeweiligen KTL-Kapitel erhalten haben. 99 % der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bekamen mindestens eine Schulung, einen Vortrag oder eine andere Leistung aus dem Kapitel C – Information, Motivation und Schulung sowie Leistungen aus dem Kapitel A – Sport- und Bewegungstherapie. Aus dem Kapitel G – Psychotherapie erhielten insgesamt 25 % der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mindestens eine Leistung.

Kurz erklärt: Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL)

Für jede Rehabilitandin und jeden Rehabilitanden der Deutschen Rentenversicherung wird zum Ende der Rehabilitation ein Entlassungsbericht erstellt. Dieser enthält unter anderen Angaben über die Anzahl und Dauer der therapeutischen Leistungen, die die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden jeweils erhalten haben.

Die therapeutischen Leistungen der medizinischen Rehabilitation werden seit 1997 routinemäßig anhand der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) kodiert. Leistungen eines therapeutischen Bereichs sind in der KTL in jeweils einem Kapitel aufgeführt (z. B. Kapitel A: Sport- und Bewegungstherapie).

Die KTL gilt sowohl für die stationäre als auch für die ambulante medizinische Rehabilitation von Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern.

Die medizinische Rehabilitation hat ein breites Spektrum

Der vergleichsweise geringe Anteil ist darauf zurückzuführen, dass psychotherapeutische Leistungen hauptsächlich in der psychosomatischen Rehabilitation und bei der medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen erbracht werden, einem im Vergleich zur somatischen Rehabilitation kleineren Indikationsbereich.

In „Tabelle 5: Anzahl und Anteil der therapeutischen Leistungen nach Inhalt, Anzahl der Leistungen und Dauer für Rehabilitationen in 2020“ auf Seite 56 wird deutlich, wie breit gefächert (multimodal) die therapeutische Versorgung in der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung ist. Behandlungsschwerpunkte sind Information, Motivation und Schulung wie beispielsweise standardisierte Schulung bei Hypertonie,

Tabelle 5: Anzahl und Anteil der therapeutischen Leistungen nach Inhalt, Anzahl der Leistungen und Dauer für Rehabilitationen in 2020

Kapitel der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL)	Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit mindestens einer Leistung*		pro Rehabilitandin und Rehabilitand	
	Anzahl	Anteil	Leistungen pro Woche	Dauer (Std.) pro Woche
A - Sport- und Bewegungstherapie	668.891	99 %	7,6	4,8
B - Physiotherapie	596.373	88 %	4,9	2,5
C - Information, Motivation, Schulung	673.469	99 %	3,2	2,2
D - Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie	646.194	95 %	1,1	0,6
E - Ergo-, Arbeits- und andere funktionelle Therapie	509.174	75 %	2,4	1,8
F - Klinische Psychologie, Neuropsychologie	597.963	88 %	2,5	2,0
G - Psychotherapie	166.458	25 %	3,8	4,0
H - Reha-Pflege und Pädagogik	595.936	88 %	2,4	0,7
K - Physikalische Therapie	586.159	86 %	5,2	1,9
L - Rekreationstherapie	409.873	60 %	3,1	2,3
M - Ernährungsmedizinische Leistungen	512.394	76 %	1,5	0,8
Insgesamt	678.254	100 %	30,6	18,0

* Mehrfachnennungen möglich; N = 678.254 stationäre und ambulante Reha-Leistungen

Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2020

ärztliche sozialmedizinische Beratung sowie Sport- und Bewegungstherapie wie zum Beispiel Ausdauertraining oder Muskelkrafttraining und auch klinische Sozialarbeit und Sozialtherapie sowie psychologische und neuropsychologische Leistungen wie u.a. Entspannungstraining, Hirnleistungstraining, Musik-, Kunst- und Gestaltungstherapie.

Reha-Therapiestandards – Anforderungen an die Rehabilitation

Die Reha-Therapiestandards sind als ein Teil der Reha-Qualitätssicherung mit dem Ziel konzipiert, die rehabilitative Behandlung auf eine evidenzbasierte Grundlage zu stellen. Das bedeutet, es werden Therapien mit wissenschaftlich nachgewiesener Wirksamkeit eingesetzt. Die Deutsche Rentenversicherung fördert seit 1998 die Erstellung und den Einsatz von Reha-Therapiestandards (RTS) für die medizinische Rehabilitation, siehe Info-Box „Kurz erklärt: Reha-Therapiestandards“ auf Seite 57.

Evidenzbasierte
Grundlage für
Therapien

Zusätzlich legen die Reha-Therapiestandards fest, welche und wie viele Leistungen eine Rehabilitandin oder ein Rehabilitand mit einem bestimmten Krankheitsbild (Indikation) während der Rehabilitation mindestens erhalten soll. Das sind die Mindestanforderungen. Die ersten Reha-Therapiestandards wurden 2007 eingeführt und sind seither ein fester Bestandteil der Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung.

Ergänzung für
Leitlinien der
Fachgesell-
schaften

Kurz erklärt: Reha-Therapiestandards

Die Reha-Therapiestandards (RTS) sind Teil der externen Reha-Qualitätssicherung. Sie tragen ganz wesentlich dazu bei, das therapeutische Versorgungsgeschehen transparent zu machen. Die Anforderungen an eine Rehabilitation sind für alle Reha-Therapiestandards in den sogenannten „Evidenzbasierten Therapiemodulen“ (ETM) einheitlich festgelegt. Sie definieren für das entsprechende Krankheitsbild therapeutische Inhalte und Leistungen, deren Wirksamkeit evidenzbasiert ist. So beinhaltet der Reha-Therapiestandard „Alkoholabhängigkeit“ zum Beispiel insgesamt 13 evidenzbasierte Therapiemodule (ETM 01-ETM 13). Dazu gehören unter anderem „ETM 02 - Gruppeninterventionen“, „ETM 04 - Angehörigenorientierte Interventionen“, „ETM 12 - Leistungen zur sozialen und beruflichen Integration“.

Für jedes ETM werden alle in Frage kommenden therapeutischen Leistungen angegeben und Mindestanforderungen bezüglich Dauer und Häufigkeit festgelegt.

Der „Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitandinnen und Rehabilitanden“ gibt einen Prozentsatz an Rehabilitandinnen und Rehabilitanden an, die diese Mindestanforderungen erfüllen müssen.

Dieser Mindestanteil ist je nach Therapiemodul unterschiedlich. Die Mindestanteile beruhen auf Schätzungen von Expertinnen und Experten aus der Reha-Praxis. Natürlich besteht auch die Möglichkeit individuelle Probleme und Einzelfälle zu berücksichtigen, da der Mindestanteil nie 100 % der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden einschließt. Mindestanteil, Mindestdauer und Mindesthäufigkeit definieren die untere Grenze des Leistungskorridors für eine adäquate Rehabilitation und sollten deshalb nicht unterschritten werden.

Bislang gibt es Reha-Therapiestandards für folgende Indikationen (Stand: 2020)

- Alkoholabhängigkeit
- Brustkrebs
- Chronischer Rückenschmerz
- Depressive Störungen
- Diabetes mellitus Typ 2
- Hüft- und Knie-Totalendoprothese (TEP)
- Koronare Herzkrankheit
- Schlaganfall – Phase D
- Kinder- und Jugendrehabilitation: Asthma bronchiale, Adipositas, Neurodermitis

Die Auswertungen zu den Reha-Therapiestandards beruhen auf den dokumentierten Leistungen nach der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL, 2015).

Eine Überarbeitung der Reha-Therapiestandards erfolgte im Rahmen eines Projektes in den Jahren 2013 - 2015. Dabei wurden alle Reha-Therapiestandards an den aktuellen wissenschaftlichen Forschungsstand angepasst. Die überarbeitete Fassung der Reha-Therapiestandards ist seit 2017 verbindlich.

Beispielhaft werden im Folgenden aktuelle Ergebnisse zu den Reha-Therapiestandards „Alkoholabhängigkeit“ und „Depressive Störungen“ vorgestellt. Für die einzelnen evidenzbasierten Therapiemodule werden jeweils der Prozentanteil der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, für die die Mindestanforderungen laut Reha-Therapiestandards voll erfüllt wurden („IST“), dem geforderten Mindestprozentanteil gegenübergestellt („SOLL“).

Die Auswertung zu den Reha-Therapiestandards „Alkoholabhängigkeit“ bezieht alle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ein, die im Jahr 2020 eine Rehabilitation mit der Erstdiagnose „Alkoholabhängigkeitssyndrom“ und einer Behandlungsdauer zwischen 78 und 142 Tagen beendete, siehe „Abbildung 8: Versorgung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden gemäß Reha-Therapiestandards für „Alkoholabhängigkeit“ bei Rehabilitationen der Deutschen Rentenversicherung im Jahr 2020“ auf Seite 59. Dabei handelte es sich um insgesamt 7.087 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden aus 79 Fachabteilungen. 2020 wurde ein großer Teil der in den evidenzbasierten Therapiemodulen festgelegten Mindestanforderungen erfüllt. Verbesserungspotential zeigt sich im Therapiemodul „Arbeitsbezogene Leistungen für Arbeitslose“ (ETM 05a). 90 % der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sollen insgesamt mindestens 90 Minuten pro Woche Leistungen aus diesem Modul erhalten. Dies wurde jedoch nur bei 83 % der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erfüllt und weist auf mögliche Optimierungen hin.

Als weiteres Beispiel werden die Ergebnisse der Reha-Therapiestandards „Depressive Störungen“ dargestellt, siehe „Abbildung 9: Versorgung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden gemäß Reha-Therapiestandards für „Depressive Störungen“ bei Rehabilitationen der Deutschen Rentenversicherung im Jahr 2020“ auf Seite 60. Insgesamt wurden 63.286 Rehabilitationen aus 195 Fachabteilungen ausgewertet, die im Jahr 2020 eine Rehabilitation mit einer entsprechenden Diagnose beendet haben und deren Behandlungsdauer zwischen 21 und 63 Tagen lag. Die in den evidenzbasierten Therapiemodulen der Reha-Therapiestandards „Depressive Störungen“ festgelegten Mindestanforderungen wurden für fast alle Therapiebereiche erfüllt. In den Therapiemodulen „Gruppenpsychotherapie“ (ETM 02), „Bewegungstherapie“ (ETM 05) und „Gesundheitsbildung und Psychoedukation“ (ETM 06) wurden die Mindestanforderungen laut Reha-Therapiestandards nicht erreicht.

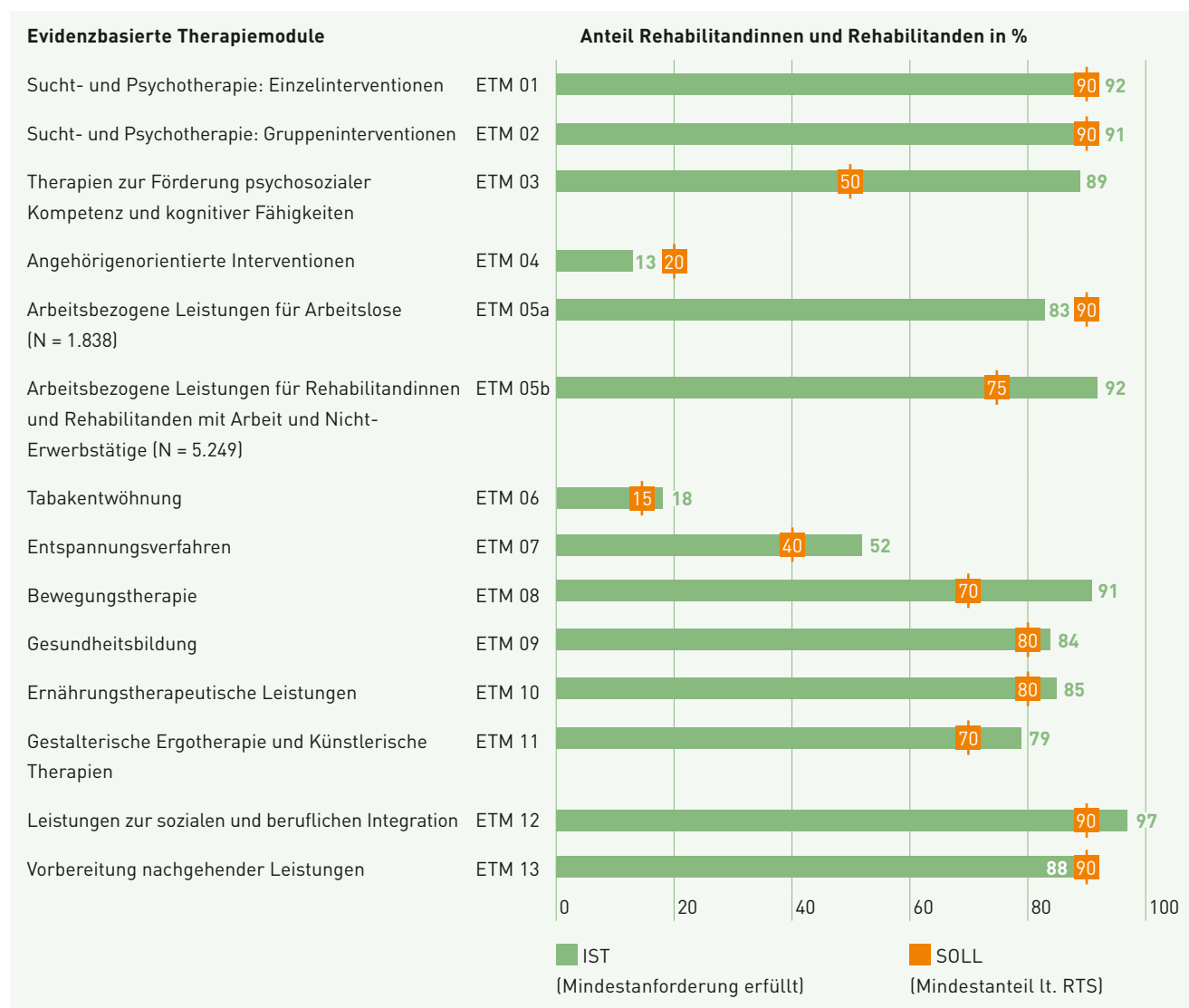
Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass in der medizinischen Rehabilitation insgesamt bereits gute Ergebnisse bei der Erfüllung der Therapievorgaben erzielt werden. Werden jedoch die einzelnen Reha-Fachabteilungen (hier nicht dargestellt) betrachtet, bestehen nach wie vor große Unterschiede hinsichtlich der Erfüllung der Mindestanforderungen.

Verfahren werden regelmäßig wissenschaftlich untersucht und weiterentwickelt

Peer Review – Rehabilitation aus Sicht der Expertinnen und Experten

Der Reha-Prozess wird im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung unter anderem mit Hilfe des Peer Review der medizinischen Rehabilitation abgebildet. Erfahrene, geschulte Chef- und Oberärztinnen und -ärzte aus Reha-Fachabteilungen – sogenannte Peers – begutachten dafür ausgewählte Reha-Fälle Fachrichtung. Auf diese Weise erhalten zum einen die Fachabteilungen eine Rückmeldung zu ihrer Prozessqualität zum anderen erfolgt über die Qualitätssicherung hinaus auch eine intensive Auseinandersetzung der teilnehmenden Peers mit Qualitätsaspekten und damit einhergehend ein Transfer in deren Einrichtungen, siehe Info-Box „Kurz erklärt: Peer Review“ auf Seite 61.

Abbildung 8: Versorgung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden gemäß Reha-Therapiestandards für „Alkoholabhängigkeit“ bei Rehabilitationen der Deutschen Rentenversicherung im Jahr 2020

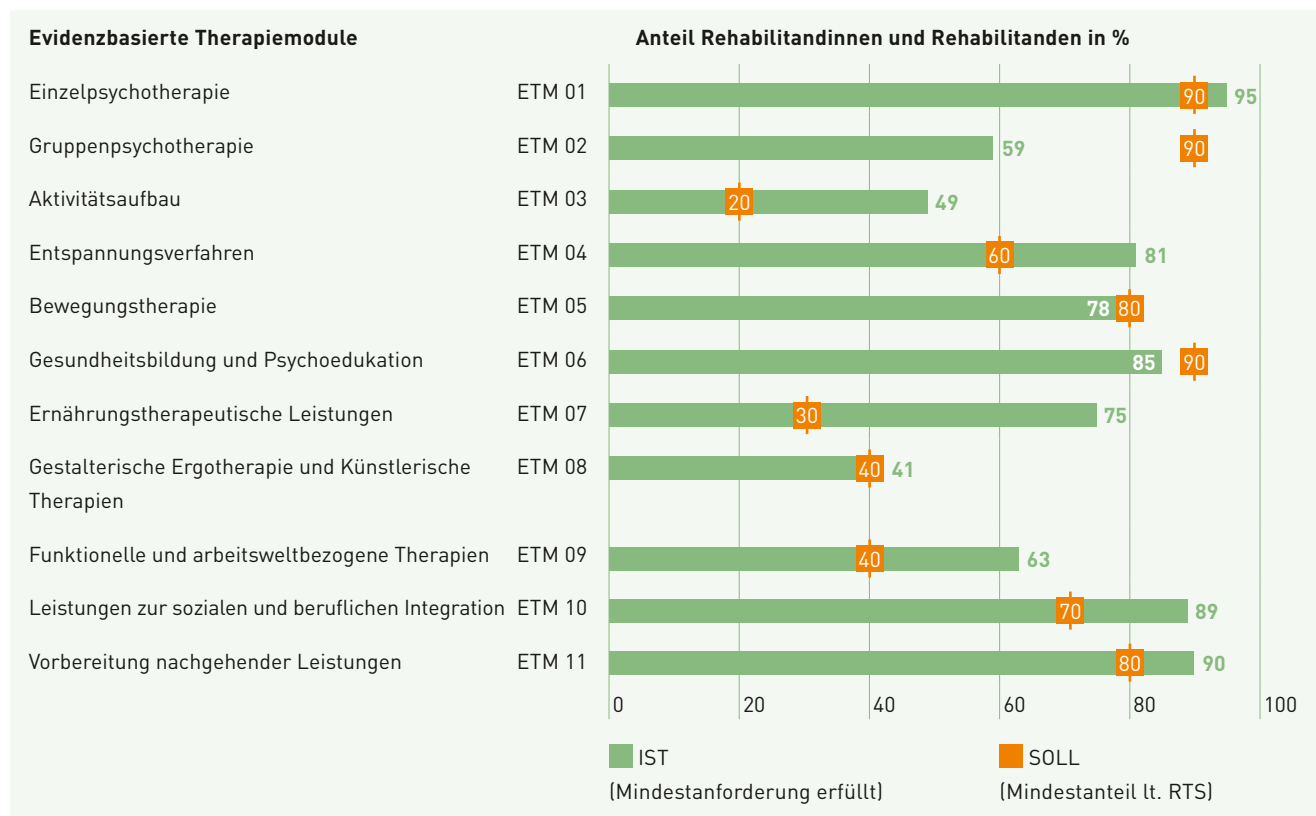


¹ Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die im Jahr 2020 eine medizinische Rehabilitation im Geltungsbereich der Reha-Therapiestandards „Alkoholabhängigkeit“ beendet haben, N = 7.087

Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2020

Am aktuellen Peer Review der somatischen Indikationen nahmen 1.028 Fachabteilungen teil, die zum Zeitpunkt der Ziehung am 01.06.2021 von der Deutschen Rentenversicherung federführend belegt wurden. Gegenstand der Untersuchung waren die Entlassungsberichte von medizinischen Rehabilitationsleistungen, die zwischen dem 1. Oktober 2020 und dem 31. März 2021 abgeschlossen worden waren. Insgesamt 11.019 Entlassungsberichte und individuelle Therapiepläne bilden die Grundlage für die Bewertung der Prozessqualität.

Abbildung 9: Versorgung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden gemäß Reha-Therapiestandards für „Depressive Störungen“ bei Rehabilitationen der Deutschen Rentenversicherung im Jahr 2020



¹ Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die im Jahr 2020 eine medizinische Rehabilitation im Geltungsbereich der Reha-Therapiestandards „Depressive Störungen“ beendet haben, N = 63.286

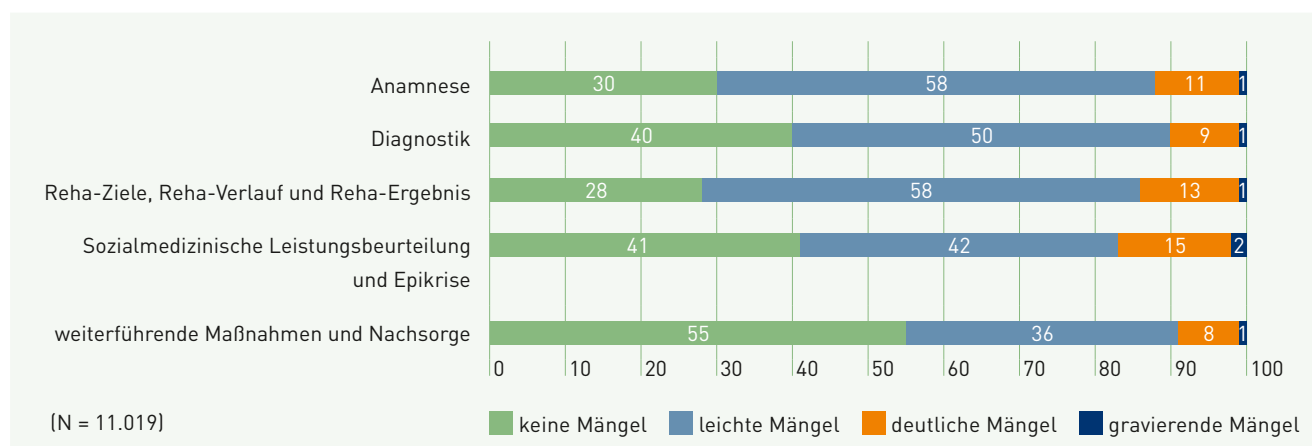
Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2020

Die Ergebnisse der Begutachtung liefern jeder teilnehmenden Fachabteilung Hinweise zu eventuellen Verbesserungsbedarfen. Daneben geben sie in der Gesamtschau darüber Auskunft, welche Aspekte des Reha-Prozesses in der medizinischen Rehabilitation insgesamt Verbesserungen bedürfen. „Abbildung 10: Bewertung der Prozessbereiche im Peer Review der somatischen Indikationen“ auf Seite 61 zeigt die Bewertungen durch die Peers in den relevanten Prozessbereichen über alle begutachteten Fälle und Indikationen hinweg.

Gute Prozessqualität in der Rehabilitation

Die Auswertung weist auf eine insgesamt gute Prozessqualität in der Rehabilitation hin. In allen Prozessbereichen wurden bei mehr als 80 % der ausgewerteten Fälle „keine Mängel“ oder nur „leichte Mängel“ festgestellt. Deutliche und gravierende Mängel wurden entsprechend selten ausgewiesen. Deren größter Anteil zeigte sich im Bereich „Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung und Epikrise“ mit insgesamt 16 % sowie den Bereichen „Reha-Ziele, Reha-Verlauf und Reha-Ergebnis“ mit insgesamt 14 %.

Abbildung 10: Bewertung der Prozessbereiche im Peer Review der somatischen Indikationen



Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Peer Review Bericht 2022

Kurz erklärt: Peer Review

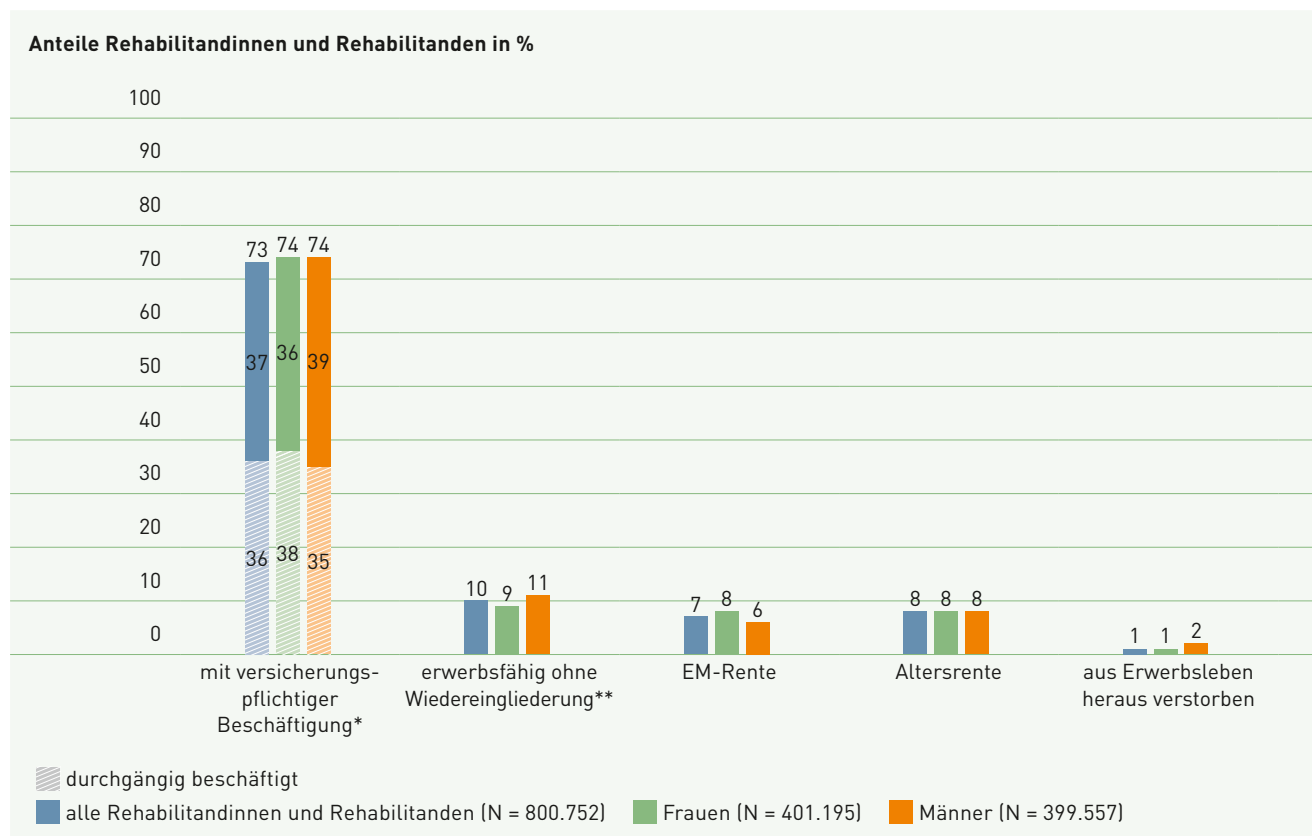
Im Peer Review-Verfahren bewerten erfahrene, spezifisch geschulte Chef- und Oberärztinnen und -ärzte aus Reha-Einrichtungen (Peers) für jede teilnehmende Fachabteilung eine Stichprobe von bis zu 18 zufällig ausgewählten Reha-Fällen ihrer Fachrichtung. Diese werden über anonymisierte Reha-Entlassungsberichte einschließlich der individuellen Therapiepläne abgebildet. Die Begutachtung erfolgt verblindet. Die Peers wissen nicht, aus welcher Fachabteilung die Unterlagen kommen.

Damit alle Fälle nach den gleichen Maßstäben bewertet werden, wird eine standardisierte und manualisierte Checkliste eingesetzt. Sie gibt zum einen die prozessrelevanten Merkmale und Bereiche sowie zum anderen die Bewertungsmaßstäbe vor. Betrachtet werden im Peer Review-Verfahren alle wesentlichen Bereiche des Rehabilitationsprozesses: Von der Anamnese (Krankengeschichte) über die Diagnostik bis hin zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung. Die Bereiche werden zusätzlich durch Einzelmerkmale abgebildet. Die Bewertung erfolgt mit einer vierstufigen Mängelskala (keine, leichte, deutliche, gravierende Mängel) und einer 11-stufigen Punkteskala (von 0 Punkten = „sehr schlecht“ bis zu 10 Punkten = „sehr gut“).

Die Ergebnisse werden den Reha-Fachabteilungen und den zuständigen Rentenversicherungsträgern in Form vergleichender Qualitätssicherungsberichte (QS-Berichte) zurückgemeldet. Dabei werden alle Ergebnisse einer Fachabteilung detailliert dargestellt und den Ergebnissen der anderen Fachabteilungen des Fachgebiets (Vergleichsgruppe) gegenübergestellt. Darüber hinaus werden bestimmte Merkmale zusammengefasst und z. B. zu Qualitätspunkten umgerechnet, über die ein Vergleich mit anderen Fachabteilungen noch einfacher möglich ist. Die Skala der Qualitätspunkte reicht von 0 Punkten (Minimum) bis 100 Punkte (Maximum).

Ergebnisse werden den Reha-Fachabteilungen zurück gemeldet

Abbildung 11: Sozialmedizinischer 2-Jahres-Verlauf nach medizinischer Rehabilitation in 2018 (pflichtversicherte Rehabilitandinnen und Rehabilitanden)



* mindestens für einen Monat Beiträge aus versicherungspflichtiger Beschäftigung

** Beiträge z. B. aus Arbeitslosigkeit, langfristiger Arbeitsunfähigkeit oder ohne Beiträge

Hinweis: In den Daten der Deutschen Rentenversicherung wird das offiziell dritte Geschlecht „divers“ erhoben. Aus methodischen und datenschutzrechtlichen Gründen werden diese geringen Fallzahlen jedoch nicht statistisch ausgewertet, sondern den Frauen zugeordnet.

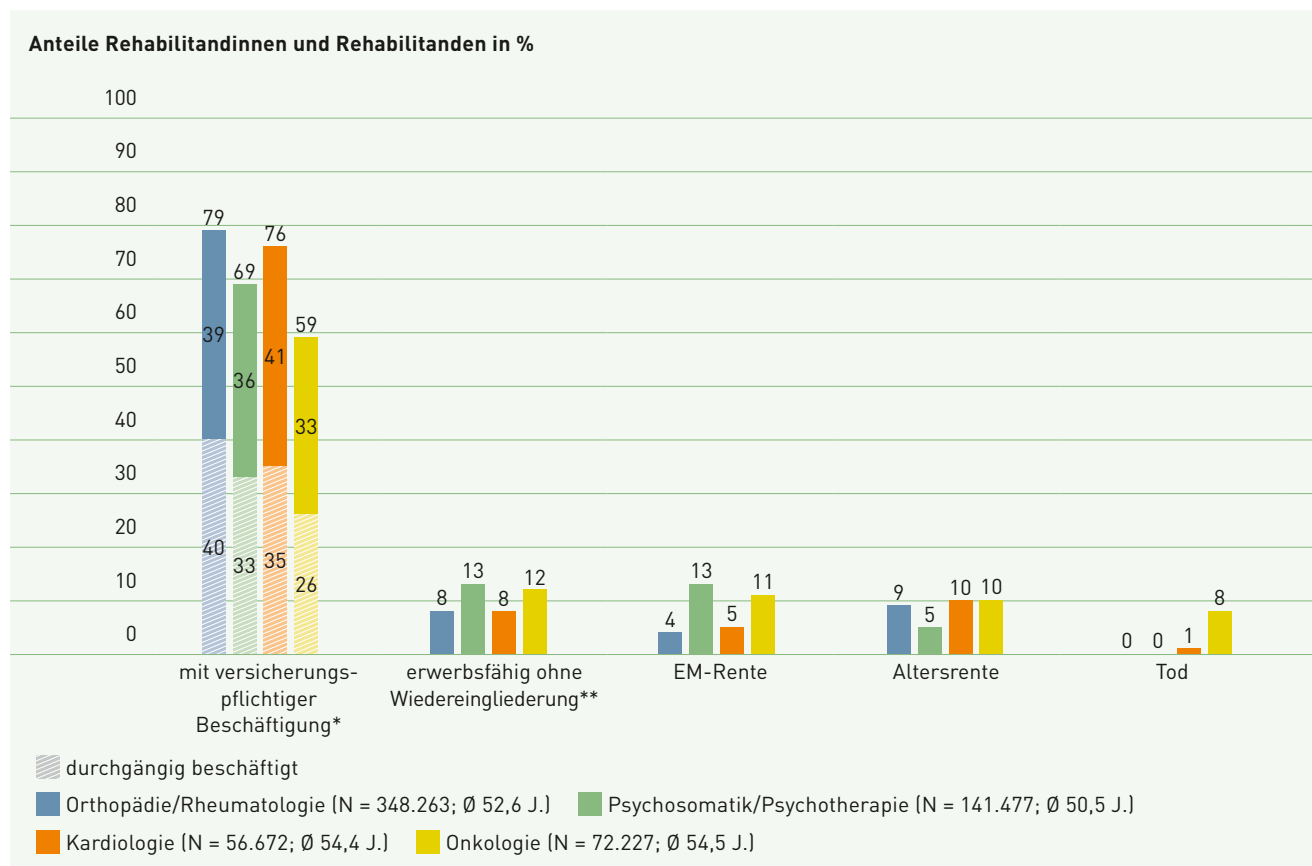
Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2013–2020

Behandlungserfolg – Sozialmedizinischer Verlauf

Die Erwerbsfähigkeit dauerhaft zu erhalten, ist ein Hauptziel der Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung. Der Erfolg einer Rehabilitation wird nicht nur subjektiv von den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden selbst eingeschätzt. Er lässt sich auch objektiv an der Anzahl derer messen, die nach dem Ende der Rehabilitationsleistung möglichst dauerhaft in das Berufsleben zurückkehren, auch „Return to Work“ (kurz: RTW) genannt. Dieser Erwerbsverlauf nach medizinischer Rehabilitation, der sogenannte Sozialmedizinische Verlauf (SMV, siehe auch Info-Box „Kurz erklärt: Sozialmedizinischer Verlauf“ auf Seite 64) wird auf Grundlage der Routinedaten (siehe Info-Box „Kurz erklärt: Routinedaten der Rentenversicherung“ auf Seite 38) erfasst.

Der Erwerbsverlauf von pflichtversicherten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die ihre Rehabilitation im Jahr 2018 abgeschlossen hatten, wird in „Abbildung 11: Sozialmedizinischer 2-Jahres-Verlauf nach medizinischer Rehabilitation in 2018 (pflichtversicherte Rehabilitandinnen und Rehabilitanden)“ auf Seite 62 dargestellt.

Abbildung 12: Sozialmedizinischer Zwei-Jahres-Verlauf nach medizinischer Rehabilitation in 2018 für verschiedene Indikationen (pflichtversicherte Rehabilitandinnen und Rehabilitanden)



* mindestens für einen Monat Beiträge aus versicherungspflichtiger Beschäftigung

** Beiträge z. B. aus Arbeitslosigkeit, langfristiger Arbeitsunfähigkeit oder ohne Beiträge

Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2013–2020

Erwerbsfähigkeit unterscheidet sich deutlich zwischen den Indikationen

Insgesamt 16 % der Personen schieden in den zwei Jahren nach ihrer medizinischen Rehabilitation aus dem Erwerbsleben aus: 7 % erhielten eine Erwerbsminderungsrente (EM-Rente), 8 % eine Altersrente und 1 % verstarb aus dem Erwerbsleben heraus. Bei 83 % der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden (Zusammenfassung der Kategorien „mit versicherungspflichtiger Beschäftigung“ und „erwerbsfähig ohne Wiedereingliederung“) wurde das Ziel, die Erwerbsfähigkeit zu erhalten, erreicht: 73 % der Personen waren in dem Zeitraum versicherungspflichtig beschäftigt (mindestens einen Monat). Etwa die Hälfte der versicherungspflichtig Beschäftigten, d. h. insgesamt 36 %, waren sogar über alle 24 Monate hinweg durchgängig beschäftigt. Als erwerbsfähig gelten weitere 10 % der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, auch wenn für sie in den zwei Jahren nach Abschluss der Rehabilitation keine Beitragszahlungen aufgrund einer versicherungspflichtigen Beschäftigung vorlagen („erwerbsfähig ohne Wiedereingliederung“, siehe auch Info-Box „Kurz erklärt: Sozialmedizinischer Verlauf“ auf Seite 64). Das Ergebnis verdeutlicht den zumindest mittelfristigen Erfolg der medizinischen Rehabilitation, unter

Zwei Jahre nach
Rehabilitation
83 % erwerbsfähig

Berücksichtigung, dass vor der Rehabilitation eine erheblich gefährdete oder sogar bereits geminderte Erwerbsfähigkeit vorlag. Geschlechtsspezifische Unterschiede sind kaum erkennbar.

Bei der Betrachtung des sozialmedizinischen Verlaufs differenziert nach Indikation zeigten sich deutliche Unterschiede in den Erwerbsverläufen wie in „Abbildung 12: Sozialmedizinischer Zwei-Jahres-Verlauf nach medizinischer Rehabilitation in 2018 für verschiedene Indikationen (pflichtversicherte Rehabilitandinnen und Rehabilitanden)“ auf Seite 63 zu sehen ist. So waren in den zwei Jahren nach einer orthopädischen oder rheumatologischen Rehabilitation mit 79 % wesentlich mehr Personen versicherungspflichtig beschäftigt als beispielsweise nach einer onkologischen Rehabilitation (59 %). Nur ein Viertel der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden einer onkologischen Rehabilitation war durchgängig beschäftigt – ein deutlich geringerer Anteil als bei Rehabilitandinnen und Rehabilitanden anderer Indikationen. Diese Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen werden vor allem durch die krankheitsspezifischen Verläufe verursacht, die insbesondere bei Tumorerkrankungen ungünstiger sind als bei vielen anderen Erkrankungen. Dies spiegelt sich auch in der deutlich höheren Sterblichkeit (8 %) von onkologischen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden wider.

Kurz erklärt: Sozialmedizinischer Verlauf

Eine Rehabilitation der Deutschen 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 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden wird der sozialmedizinische Verlauf im Anschluss an eine Rehabilitationsleistung nachgezeichnet.

Er wird für pflichtversicherte Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erstellt. Als pflichtversichert gelten neben Beschäftigten auch Beziehende von Arbeitslosengeld I oder Krankengeld und z. B. pflegende Angehörige. Für sie wird der individuelle Verlauf betrachtet. Sie können in den zwei Jahren nach der Rehabilitation entweder in das Erwerbsleben zurückkehren oder aus dem Erwerbsleben ausscheiden.

Als in das Erwerbsleben zurückgekehrt gelten zwei Gruppen von Versicherten: Diejenigen, die einer versicherungspflichtigen Beschäftigung nachgehen und diejenigen, die erwerbsfähig ohne Wiedereingliederung sind, d. h., die dem Arbeitsmarkt zwar prinzipiell zur Verfügung stehen, aber beispielsweise arbeitslos gemeldet oder längerfristig arbeitsunfähig sind. Als aus dem Erwerbsleben ausgeschieden gelten Versicherte, die wegen geminderter Erwerbsfähigkeit oder aus Altersgründen eine Rente erhalten, und solche, die aus dem Erwerbsleben heraus versterben.

Grundlage für die Analysen ist die Reha-Statistik-Datenbasis (RSD), die das Rehabilitations- und Berentungsgeschehen im Zeitverlauf wiedergibt (siehe „Routinedaten der Rentenversicherung“ auf Seite 105).



Medizinische Rehabilitation: Reha-Einrichtungen

Die Rentenversicherung arbeitet bei der medizinischen Rehabilitation ihrer Versicherten mit einer Vielzahl von stationären und ambulanten medizinischen Reha-Einrichtungen zusammen. Grundlage der Zusammenarbeit mit den Vertragseinrichtungen ist deren Zulassung durch einen Rentenversicherungsträger. Hierfür müssen die Reha-Einrichtungen nachweisen, dass sie in qualitativer Hinsicht die Anforderungen der Rentenversicherung an eine ganzheitliche und interdisziplinär ausgerichtete Rehabilitation erfüllen.

Über 1.100
stationäre
Vorsorge- und
Rehabilitations-
einrichtungen

Einen ersten Eindruck über die Größenordnung der Reha-Einrichtungen geben Zahlen des Statistischen Bundesamtes. 2020 gab es demnach in Deutschland 1.103 stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Eine weitere Unterteilung in Vorsorge-Einrichtungen, die überwiegend präventive Angebote vorhalten und nicht von der Rentenversicherung belegt werden, und Rehabilitationseinrichtungen vollzieht das Statistische Bundesamt jedoch nicht.

Näherungsweise lässt sich die Zahl stationärer Reha-Einrichtungen anhand von Daten der Rentenversicherung ermitteln, zum einen über die Rehabilitationsleistungen, zum anderen über die Fachabteilungen der Reha-Einrichtungen, die von der Rentenversicherung federführend belegt werden und deshalb an der Reha-Qualitätssicherung teilnehmen.

Anzahl stationärer Reha-Einrichtungen

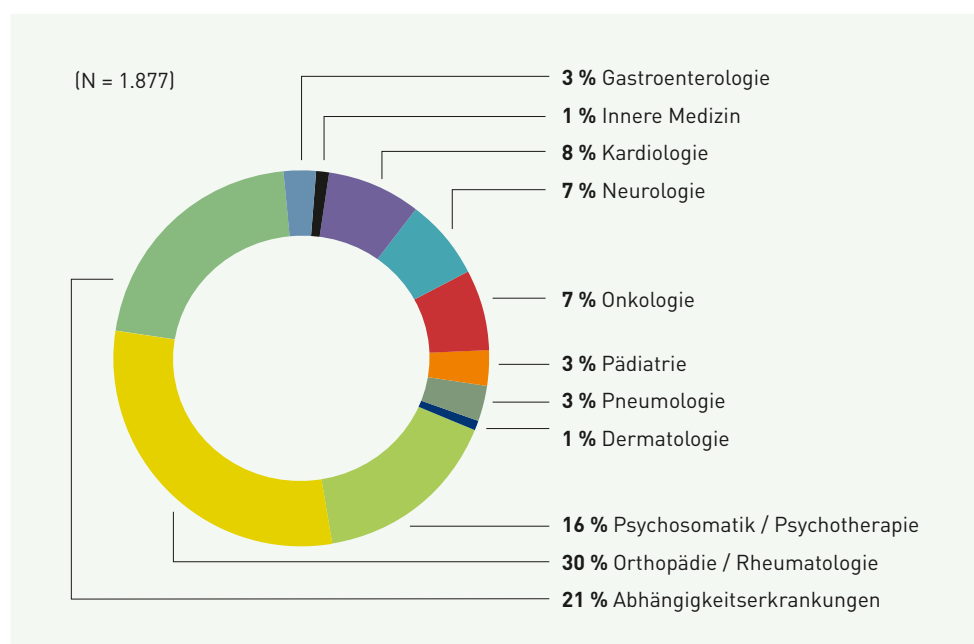
Medizinische Reha-Einrichtungen haben häufig nicht nur einen Behandlungsschwerpunkt wie beispielsweise für Kardiologie, sondern verfügen oft über verschiedene Fachabteilungen wie Kardiologie und Orthopädie. Alle stationären medizinischen Reha-Einrichtungen, die von der Rentenversicherung federführend belegt werden, einschließlich Kinderrehabilitation, nehmen mit ihren insgesamt 1.877 Fachabteilungen an der

Reha-Qualitätssicherung durch die Rentenversicherung teil. Im Vergleich zu 2021 ist die Anzahl der stationären Fachabteilungen um rund 400 gewachsen.

In „Abbildung 13: Fachabteilungen in stationären Reha-Einrichtungen“ auf Seite 66 wird der prozentuale Anteil der verschiedenen stationären Fachabteilungen dargestellt. Orthopädische sowie Fachabteilungen für medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen stellen dabei die größten Anteile. Bei der Interpretation müssen die Bettenanzahl der Einrichtung und die Behandlungsdauer in den jeweiligen Indikationen berücksichtigt werden: Auch bei einer vergleichbaren Anzahl Fachabteilungen können die erbrachten Reha-Leistungen zwischen den Indikationen deutlich variieren. So haben z. B. spezielle Fachabteilungen für medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen im Durchschnitt wesentlich weniger Betten als orthopädische Fachabteilungen; Leistungen der somatischen Rehabilitation dauern in der Regel nur drei bis vier Wochen, Leistungen der psychosomatischen Rehabilitation dagegen zwischen fünf und sechs Wochen, medizinische Rehabilitationen bei Abhängigkeitserkrankungen wiederum können mehrere Monate dauern, siehe auch „Tabelle 4: Stationäre und ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 2021 – Behandlungsdauer im Spektrum der Indikationen“ auf Seite 47. Im Vergleich ist der Anteil gastroenterologischer, pneumologischer und dermatologischer Fachabteilungen bzw. der Inneren Medizin (1 % – 3 %) geringer. Die Fachabteilungen, die Kinder- und Jugendrehabilitationen (Pädiatrie) durchführen, machen ebenfalls nur einen Anteil von 3 % aus.

Abbildung 13: Fachabteilungen in stationären Reha-Einrichtungen

Stationäre Fachabteilungen	Anzahl
Gastroenterologie	58
Innere Medizin	20
Kardiologie	150
Neurologie	125
Onkologie	134
Orthopädie / Rheumatologie	554
Pädiatrie	63
Pneumologie	60
Dermatologie	17
Psychosomatik / Psychotherapie	305
Abhängigkeitserkrankungen	391
Summe Fachabteilungen	1.877



Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Einrichtungsdatenbank (QS-REDA) 2021



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 und Behinderungen in das Erwerbsleben. Das Spektrum dieser Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) der Rentenversicherung ist breit gefächert, siehe „Kurz erklärt: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)“ auf Seite 67. Auch für die berufliche Rehabilitation stellt die Routinestatistik der Rentenversicherung Informationen zu Anzahl, Art und Verteilung der Reha-Leistungen zur Verfügung, siehe auch Box „Kurz erklärt: Routinedaten der Rentenversicherung“ auf Seite 38 und Seite 105.

Anträge, Bewilligungen und durchgeführte Leistungen für LTA

Wie bei der medizinischen ist auch bei der beruflichen Rehabilitation (d. h. bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, kurz: LTA) zunächst die Initiative der Versicherten gefragt.

Kurz erklärt: 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, 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 Betriebe und Unternehmen
- Leistungen in einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen

366.282 Anträge
auf LTA gingen
2021 ein

Im Jahr 2021 reichten die Versicherten 366.282 Anträge auf LTA bei der Rentenversicherung ein. Zu beachten ist, dass Versicherte auch mehrere Leistungen gleichzeitig beantragen können. Knapp 70 % der erledigten Anträge wurden bewilligt, 22 % abgelehnt und 9 % anderweitig erledigt, z. B. an den letztlich zuständigen Rehabilitationsträger weitergeleitet. Die Ablehnungen erfolgten zum Großteil in 70 % der Fälle aus medizinischen Gründen. Bei den restlichen Anträgen waren zumeist versicherungsrechtliche Voraussetzungen nicht erfüllt. 3,7 % der bewilligten Leistungen traten die Versicherten nicht an, häufig wegen familiärer Probleme oder einer Verschlechterung ihres Gesundheitszustands. Auch Corona kann hier noch seine Auswirkungen gezeigt haben.

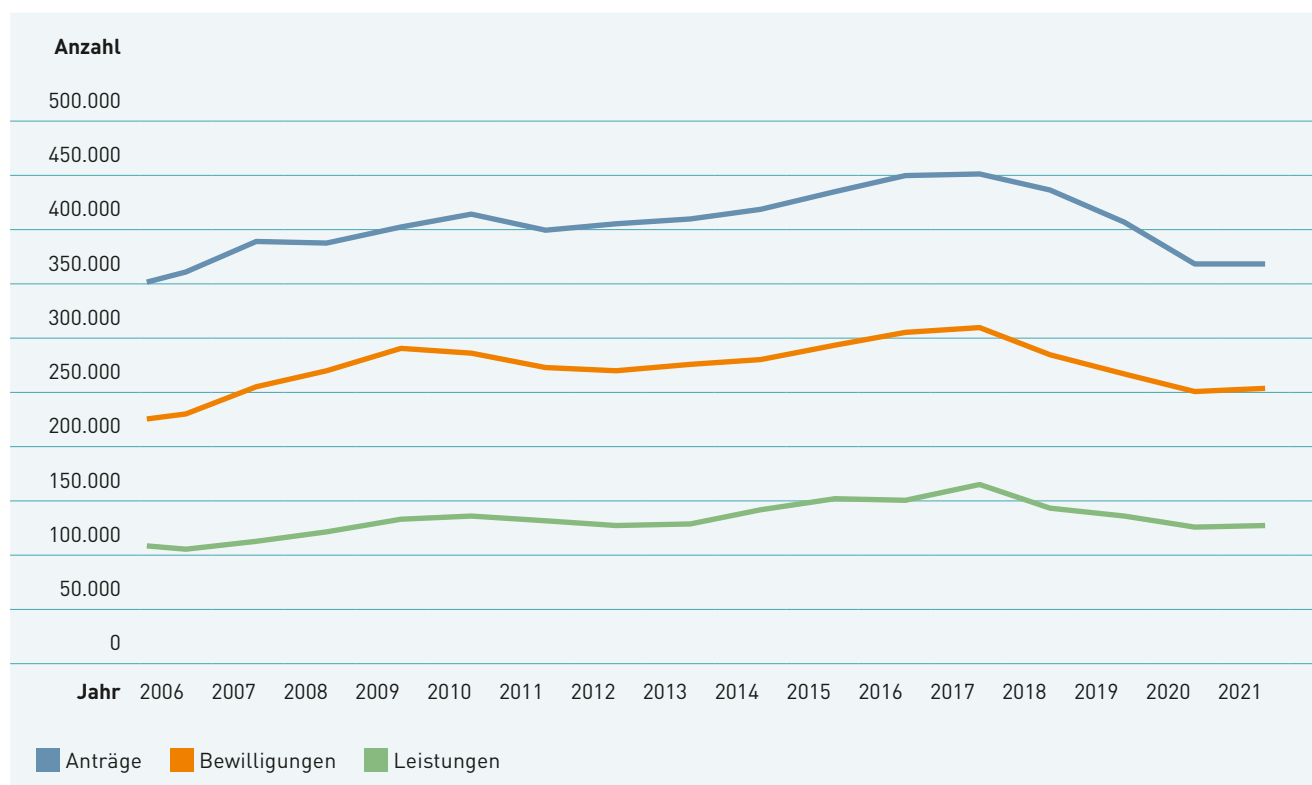
Unschärfen ergeben sich bei statistischen Betrachtungen eines Kalenderjahres durch wechselnde Bezugsgrößen: Beispielsweise werden Anträge eines Jahres nicht immer im gleichen Jahr erledigt. Manchmal vergeht nach einer Beantragung eine gewisse Zeit, bis eine Leistung abgeschlossen wird, beispielsweise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

Die Zahl der Anträge, Bewilligungen und abgeschlossenen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unterliegt wie bei medizinischen Leistungen (siehe „Tabelle 1: Medizinische Rehabilitation – Anzahl der Anträge, Bewilligungen und abgeschlossenen Leistungen in 2020 und 2021“ auf Seite 39) zeitlichen Schwankungen, wenn auch nicht

Tabelle 6: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – Anzahl der Anträge, Bewilligungen und abgeschlossenen Leistungen 2020 und 2021

	Anträge	Bewilligungen	Leistungen
2020	365.525	248.772	125.187
2021	366.282	252.188	126.953
Veränderungsrate 2020–2021	+ 0,2 %	+ 1,4 %	+ 1,4 %

Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2022

Abbildung 14: Teilhabe am Arbeitsleben – Anträge, Bewilligungen und abgeschlossene Leistungen 2006–2021

Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2022

so ausgeprägt (siehe „Abbildung 14: Teilhabe am Arbeitsleben – Anträge, Bewilligungen und abgeschlossene Leistungen 2006–2021“ auf Seite 69). Erkennbar ist ein Anstieg bei den Antragszahlen zwischen 2006 und 2017. Seit 2018 kann ein schrittweiser Rückgang beobachtet werden: Anträge und stärker noch Bewilligungen, aber auch abgeschlossene Leistungen reduzierten sich deutlicher. Ein Grund für den seit 2017 kontinuierlich zu beobachtenden Knick nach unten ist ein Beschluss, einzelne Leistungen zur Erhaltung und Erlangung eines Arbeitsplatzes aus den regelhaft bewilligten technischen Arbeitshilfen zur Berufsausübung herauszunehmen. Begründet wurde die Entscheidung damit, dass die Beschaffung von beispielsweise höhenverstellbaren Schreibtischen und orthopädischen Bürostühlen zu den Pflichten des Arbeitgebers nach dem Arbeitsschutzrecht (ArbSchG) gehöre.

In 2021 kann im Vergleich zum Vorjahr aber wieder ein leichter Anstieg von Anträgen verzeichnet werden. Die marginale Trendwende hatte Auswirkungen auf die Anzahl der Bewilligungen und der durchgeführten Leistungen. Wie in „Tabelle 6: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – Anzahl der Anträge, Bewilligungen und abgeschlossenen Leistungen 2020 und 2021“ auf Seite 68 zu sehen ist, gingen in 2021 mehr als 366.000 Anträge für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ein. Über 252.000 Anträge wurden bewilligt und knapp 127.000 Leistungen abgeschlossen.

Tabelle 7: Abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 2006–2021

Jahr	Insgesamt	Männer	Frauen
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
2016	151.287	98.054	53.233
2017	165.980	104.410	61.570
2018	142.917	95.966	46.951
2019	135.295	91.382	43.913
2020	125.187	84.928	40.259
2021	126.953	85.671	41.282

Hinweis: In den Daten der Deutschen Rentenversicherung wird das offiziell dritte Geschlecht „divers“ erhoben. Aus methodischen und datenschutzrechtlichen Gründen werden diese geringen Fallzahlen jedoch nicht statistisch ausgewertet, sondern den Frauen zugeordnet.

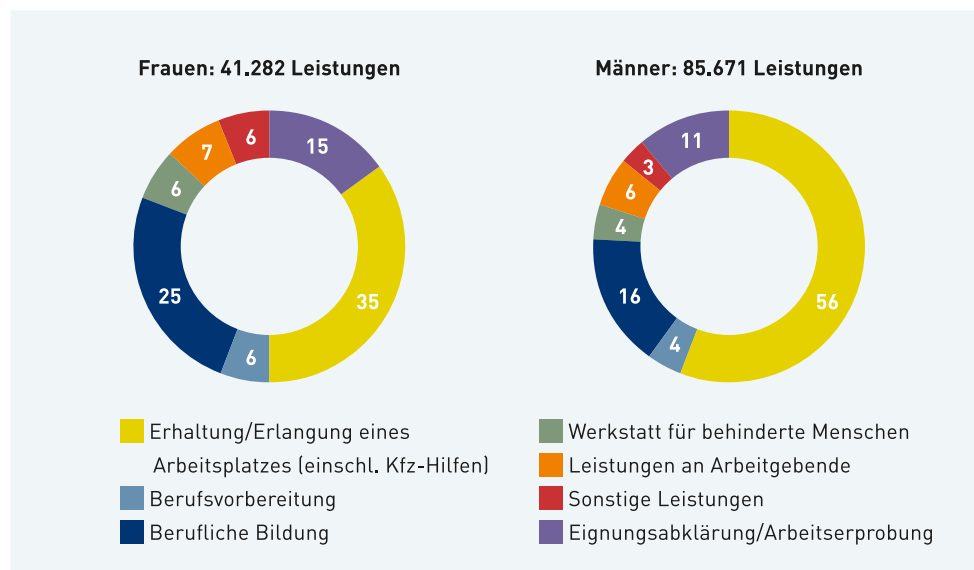
Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2006–2021

Zeitliche Entwicklung

Die zeitliche Entwicklung der abgeschlossenen LTA ist in „Tabelle 7: Abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 2006–2021“ auf Seite 70 mit Zahlen unterlegt.

In dem hier dargestellten Zeitraum von 2006 bis 2021 sind immer wieder Schwankungen zu beobachten. Bis 2010 nahmen die abgeschlossene Leistungen deutlich zu. Der Rückgang in 2011 und 2012 konnte zu einem großen Anteil auf die in diesen Jahren rückläufige Entwicklung der LTA bei Frauen zurückgeführt werden. Von 2013 bis 2017 stiegen die

Abbildung 15: Spektrum der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei Frauen und Männern 2021 – abgeschlossene Leistungen



Hinweis: In den Daten der Deutschen Rentenversicherung wird das offiziell dritte Geschlecht „divers“ erhoben. Aus methodischen und datenschutzrechtlichen Gründen werden diese geringen Fallzahlen jedoch nicht statistisch ausgewertet, sondern den Frauen zugeordnet.

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2021

abgeschlossenen Leistungen wieder an. Dies zeigte sich sowohl bei Männern als auch bei Frauen. Ab 2018 sank die Anzahl abgeschlossener LTA von Jahr zu Jahr. In 2021 konnte im Vergleich zum Vorjahr wieder ein leichter Anstieg auf 126.953 abgeschlossene LTA registriert werden. Sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern stiegen die Zahlen an.

Zwischen den Geschlechtern gibt es jedoch einen Unterschied in der Inanspruchnahme: Nur ein Drittel der Leistungen wurde in 2021 von Frauen genutzt. Während sich das Verhältnis von Frauen und Männern zwischen 2006 (33 %) und 2017 (37 %) zugunsten der Frauen verschoben hatte und in 2010 mit 38 % den bisherigen Spitzenanteil erreichte, entwickelte sich der relative Wert der abgeschlossenen Leistungen seit 2018 rückläufig und pendelte sich bei rund 32 % in 2020 ein. In 2021 ist nun wieder ein leichter Anstieg bei Frauen (41.282), aber auch bei Männern (85.671), zu beobachten. Dennoch bleibt die Inanspruchnahme in der beruflichen Rehabilitation noch immer zu Gunsten der Männer verschoben. Doppelt so viele Männern wie Frauen nutzen die Angebote der Rentenversicherung zur beruflichen Rehabilitation.

Spektrum der Leistungen

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, siehe „Abbildung 15: Spektrum der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei Frauen und Männern 2021 – abgeschlossene Leistungen“ auf Seite 71.

Die Verteilung der verschiedenen LTA fiel bei Frauen und Männern in 2021 geringfügig unterschiedlich aus: Leistungen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes – hierzu gehören beispielsweise Hilfen zur Berufsausübung wie technische Arbeitshilfen, Kraftfahrzeughilfen (z. B. behindertengerechte Zusatzausstattung des Kfz) und Mobilitätshilfen (z. B. Umzugskostenbeihilfe bei einer auswärtigen Arbeitsaufnahme) – stellten bei Frauen mit 35 % und Männern mit 56 % den größten Leistungsbereich dar. Es folgen die Leistungen zur beruflichen Bildung, die für Frauen ein Viertel (25 %) der in Anspruch genommenen Leistungen ausmachten und bei Männern 16 %. Hierbei standen vor allem Weiterbildungen wie Umschulungen und Fortbildungen sowie die berufliche Anpassung im Vordergrund.

Etwa gleich für Männer und Frauen sind die relativen Anteile von Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen: (Frauen: 6 % und Männer: 4 %), zur Berufsvorbereitung (Frauen: 6 %, Männer: 4 %), zur Eignungsabklärung und Arbeitserprobung (Frauen: 15 %, Männer: 11 %) sowie Leistungen an die Arbeitgeber (7 % bei Frauen, 6 % bei Männern). Bei den Leistungen an die Arbeitgeber sind zwar die Betriebe und Unternehmen die Begünstigten, beantragt werden sie jedoch von den Versicherten. Diese Leistungen unterstützen Arbeitgeber darin, behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen wieder ins Arbeitsleben einzugliedern.

Berufliche Bildung

Durchgeführt werden die beruflichen Bildungsleistungen von Berufsförderungswerken, privaten Bildungsträgern, staatlichen Fachschulen und Betrieben. 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.

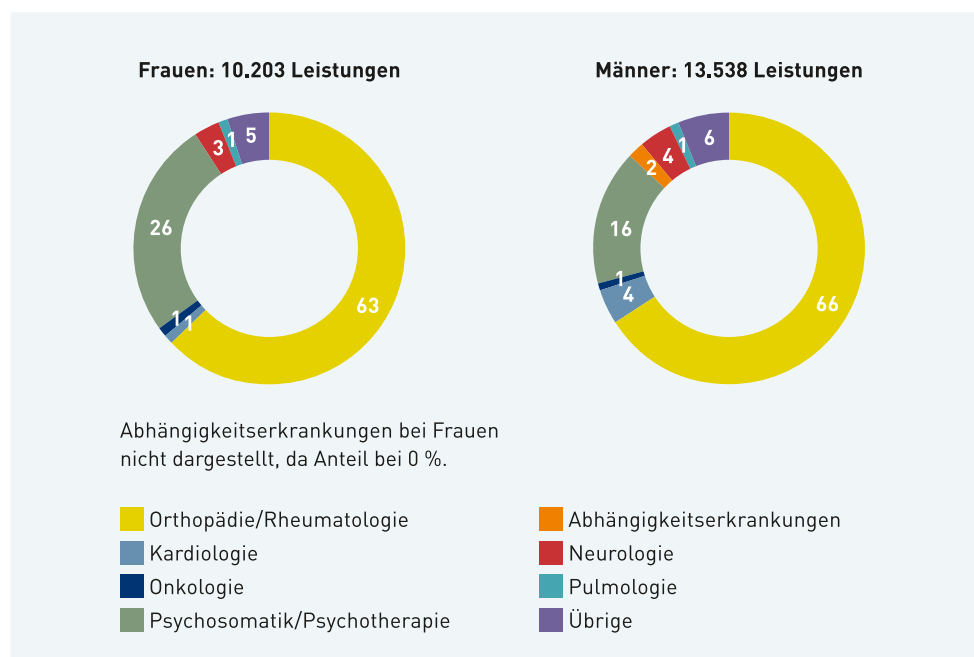
Leistungen zur Anpassung bzw. Integration

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 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden trotz Vermittlungsbemühungen arbeitssuchend bleiben und die Bildungsleistung die Chancen auf eine dauerhafte Eingliederung in Arbeit und Beruf verbessert.

Qualifizierungsleistungen

Bei Qualifizierungsleistungen handelt es um etwa einjährige Teilausbildungen ohne Abschluss bei einer Kammer.

Abbildung 16: Spektrum der Indikationen bei Bildungsleistungen von Frauen und Männern 2021 – abgeschlossene Leistungen



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

Hinweis: In den Daten der Deutschen Rentenversicherung wird das offiziell dritte Geschlecht „divers“ erhoben. Aus methodischen und datenschutzrechtlichen Gründen werden diese geringen Fallzahlen jedoch nicht statistisch ausgewertet, sondern den Frauen zugeordnet.

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2021

Berufliche Bildung – Spektrum der Indikationen

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.

Vor allem zwei Diagnosegruppen führten zu beruflichen Bildungsleistungen wie in „Abbildung 16: Spektrum der Indikationen bei Bildungsleistungen von Frauen und Männern 2021 – abgeschlossene Leistungen“ auf Seite 73 deutlich wird. 63 % der beruflichen Bildungsleistungen für Frauen und 66 % bei Männern gingen zurück auf orthopädische und rheumatische Erkrankungen. Ebenfalls von erheblicher Bedeutung waren die psychischen Erkrankungen, insbesondere bei Frauen. Knapp ein Drittel (26 %) ihrer Bildungsleistungen erfolgte 2021 aufgrund psychischer Erkrankungen, bei Männern waren das mit 16 % deutlich weniger. Neurologische Erkrankungen spielten eine deutlich geringere Rolle: Aufgrund dieser Indikation wurden 3 % der Leistungen bei Frauen und 4 % der Leistungen bei Männern durchgeführt. Das traf auch auf kardiologische Erkrankungen zu (Frauen 1 %, Männer 4 %).

Tabelle 8: Leistungen zur beruflichen Bildung 2006–2021 nach Art der Bildungsleistung (altersstandardisiert – Leistungen pro 10.000 Versicherte)

Jahr	Insgesamt		Qualifizierungsmaßnahme		Ausbildung/ Weiterbildung		Integrationsleistungen	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
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
2016	7,5	9,5	0,8	1,0	3,6	4,8	3,2	3,7
2017	7,5	9,5	0,7	1,0	3,6	4,8	3,2	3,7
2018	6,8	8,7	0,6	0,9	2,9	4,0	3,3	3,9
2019	6,6	8,2	0,6	0,8	2,8	3,8	3,2	3,6
2020	6,1	7,3	0,5	0,7	2,7	3,4	3,0	3,2
2021	5,8	7,1	0,5	0,7	2,6	3,3	2,8	3,1

* Aktiv Versicherte am 31.12. des Berichtsvorjahres, ohne geringfügig Beschäftigte ohne Verzicht auf die Versicherungsfreiheit; Standardisierungspopulation: Summe Männer und Frauen 2016.

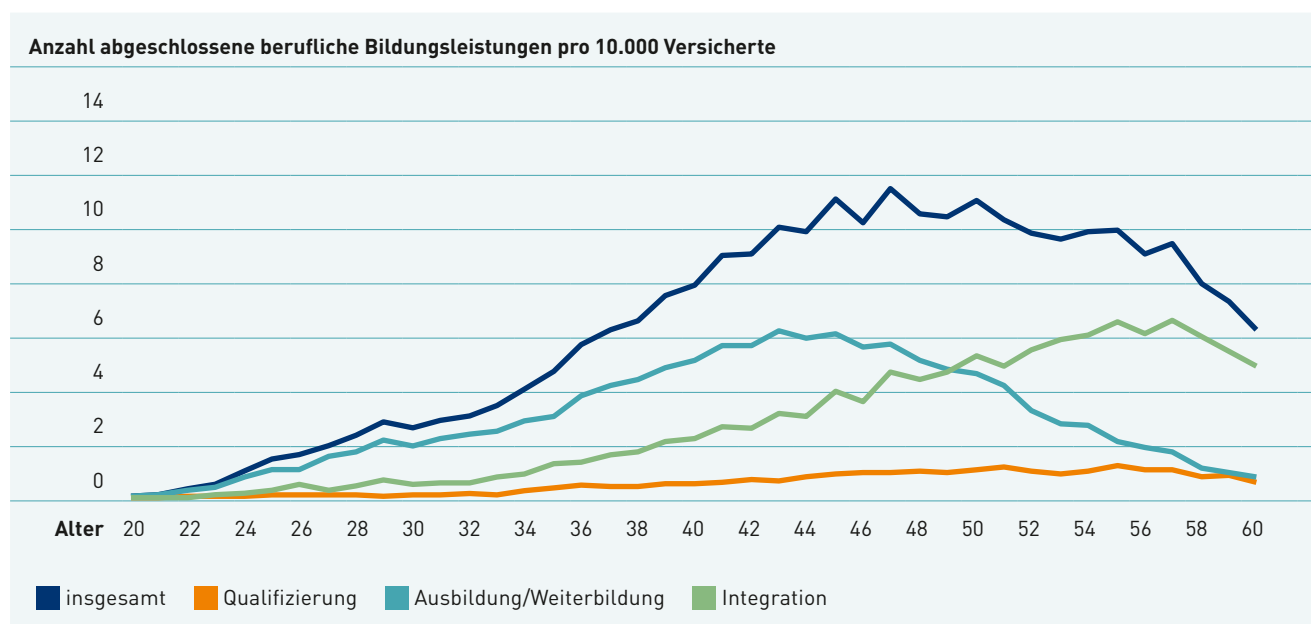
Hinweis: In den Daten der Deutschen Rentenversicherung wird das offiziell dritte Geschlecht „divers“ erhoben. Aus methodischen und datenschutzrechtlichen Gründen werden diese geringen Fallzahlen jedoch nicht statistisch ausgewertet, sondern den Frauen zugeordnet.

Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2006–2021, „Versicherte“ 2006–2020

Berufliche Bildung – altersspezifische Inanspruchnahme

Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die Bildungsleistungen in Anspruch nahmen, waren mit Blick auf die zurückliegenden Jahre im Durchschnitt wesentlich jünger als Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in der medizinischen Rehabilitation, siehe zum Vergleich auf Seite 47. Das Durchschnittsalter von Frauen, die in 2021 eine berufliche Bildungsleistung abgeschlossen haben, lag bei 47,2 Jahren. Männer waren mit

Abbildung 17: Berufliche Bildungsleistungen – Altersspezifische Inanspruchnahmeraten 2021



Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2021, „Versicherte“ 2020

im Durchschnitt 46,6 Jahren etwas jünger. Werden alle LTA betrachtet, lag der Altersdurchschnitt höher als in der Teilgruppe der beruflichen Bildungsleistungen (Frauen: 48 Jahre; Männer: 49,1 Jahre).

Auch die Inanspruchnahme beruflicher Bildungsleistungen hängt wie medizinischen Reha-Leistungen mit dem Alter zusammen. In „Abbildung 17: Berufliche Bildungsleistungen – Altersspezifische Inanspruchnahmeraten 2021“ auf Seite 75 wird die Inanspruchnahmerate dargestellt, d. h. als Leistungen pro 10.000 Versicherte. Werden die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zu Versicherten gleichen Alters in Beziehung gesetzt, wird die altersspezifische Inanspruchnahme ermittelt. Je nach Leistungsart ergibt sich ein unterschiedlicher altersspezifischer Verlauf bei der Inanspruchnahme beruflicher Bildungsleistungen. Bei Aus- und Weiterbildungen ist die Inanspruchnahme durch Versicherte im Alter von 40 bis 47 Jahren am größten. Leistungen zur Integration werden hingegen meist von Versicherten in einem Alter von 55 bis 59 Jahren genutzt.

Weiterbildungen
meist zwischen
40 und 47 Jahren

Bei Betrachtung der Inanspruchnahme der beruflichen Bildungsleistungen im Zeitverlauf „Tabelle 8: Leistungen zur beruflichen Bildung 2006–2021 nach Art der Bildungsleistung (altersstandardisiert – Leistungen pro 10.000 Versicherte)“ auf Seite 74, zeigt sich, dass Frauen tendenziell weniger Bildungsleistungen in Anspruch als Männer nehmen. Und auch im Vergleich der Jahre entwickelt sich die Inanspruchnahme insgesamt und für die einzelnen Bildungsleistungen schwankend und seit 2017 rückläufig, unabhängig vom Geschlecht.



Berufliche Rehabilitation: Prozess und Ergebnis von Bildungsleistungen

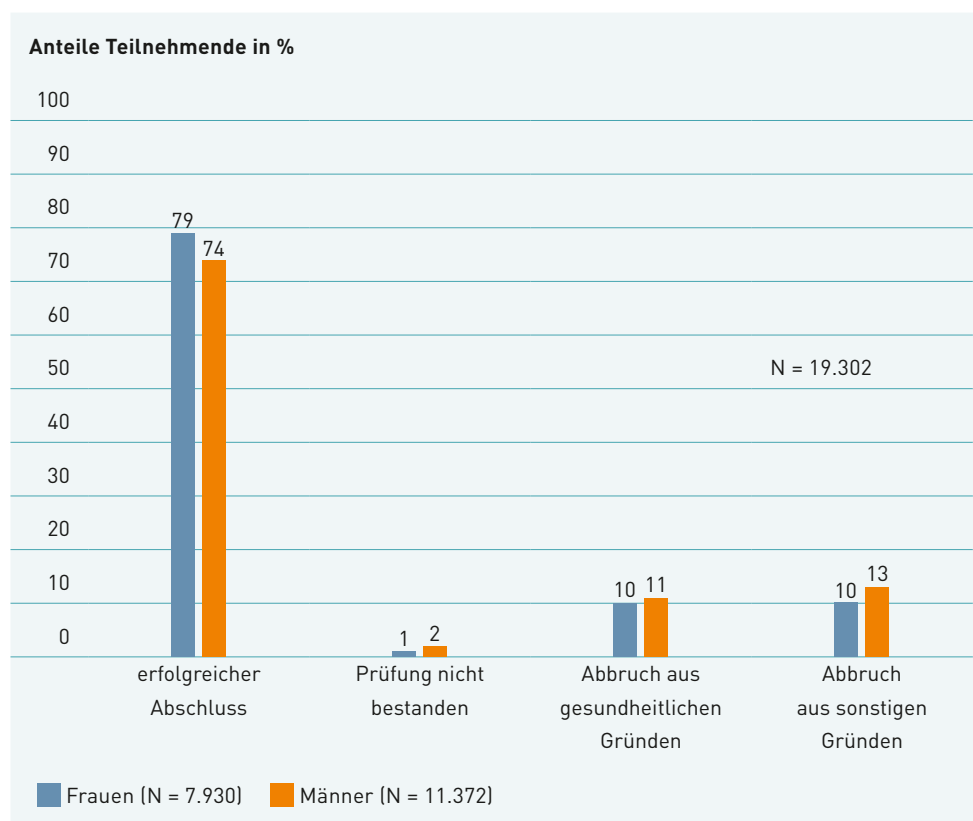
„Kurz erklärt: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)“ sind Angebote der beruflichen Rehabilitation und sollen die dauerhafte Wiedereingliederung von Versicherten mit chronischen Krankheiten oder Behinderungen in das Erwerbsleben ermöglichen (siehe auch Info-Box auf Seite 67). Dazu gehören berufliche Bildungsleistungen, die u. a. in einer Umschulung bestehen können.

Abschluss der beruflichen Bildungsleistungen

Berufliche Bildungsleistungen haben die Herstellung der Teilhabe am Erwerbsleben zum Ziel. Eine wichtige Voraussetzung dafür ist der erfolgreiche Abschluss der Rehabilitationsleistung. Das Ergebnis der absolvierten Bildungsleistung lässt sich mit Routinedaten (siehe „Kurz erklärt: Routinedaten der Rentenversicherung“ auf Seite 38) der Rentenversicherung abbilden. Mehr als drei Viertel der Teilnehmerinnen und Teilnehmer schlossen ihre berufliche Bildungsleistung danach im Jahr 2021 erfolgreich ab, rund 16 % davon mit einem staatlich anerkannten Abschluss wie „Abbildung 18: Abschluss der beruflichen Bildungsleistung 2021 nach Geschlecht“ auf Seite 77 zeigt. Etwa jede/r Fünfte bricht die Bildungsleistung ab. Ein Abbruch passiert etwa zur Hälfte aus gesundheitlichen Gründen.

Status nach beruflichen Bildungsleistungen

Der Erfolg der beruflichen Bildungsleistungen bemisst sich aus Sicht der Rentenversicherung wesentlich an dem Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, der anschließend (dauerhaft) sozialversicherungspflichtig erwerbstätig ist. Die Routinedaten der Rentenversicherung ermöglichen dazu eine objektive Betrachtung im Zeitverlauf.

Abbildung 18: Abschluss der beruflichen Bildungsleistung 2021 nach Geschlecht

Soweit Informationen über Abschluss vorhanden

Hinweis: In den Daten der Deutschen Rentenversicherung wird das offiziell dritte Geschlecht „divers“ erhoben. Aus methodischen und datenschutzrechtlichen Gründen werden diese geringen Fallzahlen jedoch nicht statistisch ausgewertet, sondern den Frauen zugeordnet.

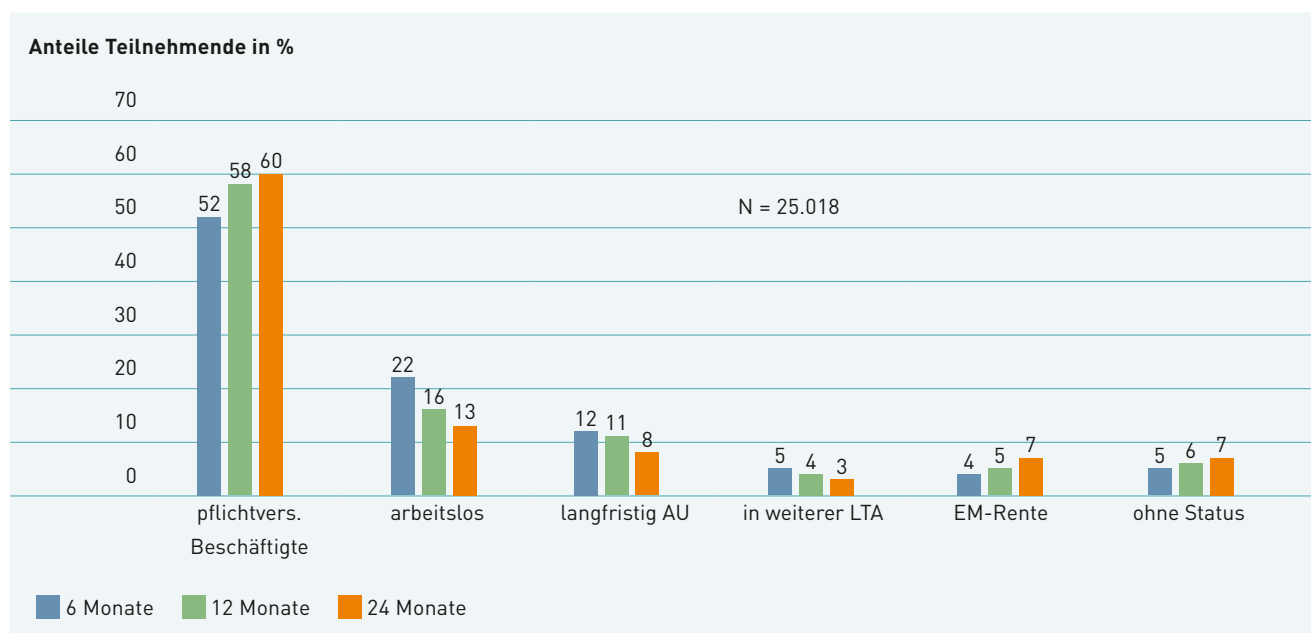
Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2021

Nachfolgend wird ein Zeitfenster von zwei Jahren nach Abschluss der im Jahr 2018 beendeten Bildungsleistungen ausgewertet.

Wie „Abbildung 19: Wiedereingliederungsstatus im 6., 12. und 24. Monat nach beruflicher Bildungsleistung im Jahr 2018“ auf Seite 78 zeigt, nimmt die berufliche Wiedereingliederung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die 2018 ihre Bildungsleistung abgeschlossen haben, im Verlauf der folgenden zwei Jahre kontinuierlich zu: Sind sechs Monate nach Ende der Bildungsleistung 52 % der Teilnehmenden sozialversicherungs-pflichtig beschäftigt, liegt dieser Anteil nach zwei Jahren bei 60 %.

Im selben Zeitraum sinkt der Anteil der Arbeitslosen von anfänglich 22 % auf 13 %. Der Anteil der langfristig arbeitsunfähigen Personen („langfristig AU“) nimmt im Nachbe-trachtungszeitraum von 12 % nach sechs Monaten auf 8 % nach zwei Jahren ab. Parallel dazu steigt der Anteil derjenigen, die eine Erwerbsminderungsrente (EM-Rente) erhalten von 4 % nach sechs Monaten auf 7 % nach zwei Jahren.

Abbildung 19: Wiedereingliederungsstatus im 6., 12. und 24. Monat nach beruflicher Bildungsleistung im Jahr 2018



Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2018–2020

Etwa 5 % der Personen nehmen sechs Monate nach Abschluss der Leistung an einer weiteren LTA-Maßnahme teil. Der Anteil sinkt nach zwei Jahren auf 3 %. Für 5 bis 7 % der Versicherten liegen keine Angaben zum Status vor, zum Beispiel weil sie als Selbständige keine Beiträge an die Rentenversicherung zahlen.

Wiedereingliederungsquote ohne Geschlechterunterschied

Frauen und Männer unterscheiden sich kaum hinsichtlich ihrer Wiedereingliederung: Im 24. Monat nach der Bildungsleistung sind Männer und Frauen annähernd gleich häufig pflichtversichert beschäftigt (Männer 59 %, Frauen 60 %). Unterschiede finden sich bei der Nicht-Beschäftigung: Männer sind etwas häufiger arbeitslos (Männer 15 %, Frauen 11 %). Der Anteil an EM-Renten ist bei Frauen hingegen mit 10 % höher als bei Männern mit knapp 8 % (nicht in der Abbildung). Eine Wiedereingliederung hängt von verschiedenen Faktoren ab wie beispielsweise von der regionalen Arbeitsmarktlage, dem Alter und dem Gesundheitsstatus der Teilnehmerinnen und Teilnehmer.



Aufwendungen für Rehabilitation

Die in den vorhergehenden Abschnitten beschriebenen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) haben selbstverständlich ihren Preis.

Aufwendungen in 2021

2021 gab die Deutsche Rentenversicherung insgesamt ca. 7,11 Mrd. Euro für Rehabilitation aus (Bruttoaufwendungen) wie „Tabelle 9: Aufwendungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben in Mio. € 2006–2021“ auf Seite 80 darlegt. In den Wert sind für 2021 Zuschüsse in Höhe von rund 290 Mio. Euro eingerechnet, die im Rahmen des Sozialdienstleister-Einsatzgesetzes (SodEG) an Einrichtungen gezahlt wurden, mit denen die Deutsche Rentenversicherung in einem Vertragsverhältnis steht (siehe „Finanzielle Unterstützung von rund 300 Reha-Einrichtungen in der Pandemie“ auf Seite 14). Die Zuschüsse sind jedoch zu erstatten, sollten die Dienstleistenden andere, vorrangige Leistungen erhalten haben.

Da diesen Ausgaben Einnahmen, beispielsweise aus Zuzahlungen der Versicherten gegenüberstehen, fielen in 2021 Nettoaufwendungen in Höhe von rund 6,96 Mrd. Euro an wie „Tabelle 10: Ausgaben der gesetzlichen Rentenversicherung 2021 nach Ausgabearten in Mio. Euro“ auf Seite 82 zeigt. Das entspricht einer Steigerungsrate von 1 % im Vergleich zum Vorjahr mit 6,883 Mrd. Euro. Damit blieb die Rentenversicherung in 2021 im Rahmen des Budgets, das ihr für Reha-Leistungen gesetzlich vorgegeben ist. Das Budget für Reha-Leistungen lag bei 7,527 Mrd. Euro.

Aufwendungen
auch für
Übergangsgeld

Die Aufwendungen für Rehabilitation enthalten neben den Kosten, die in den Reha-Einrichtungen anfallen, auch Entgeltersatzleistungen, zu denen Übergangsgelder und Sozialversicherungsbeiträge für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zählen, siehe

AUFWENDUNGEN FÜR REHABILITATION

Tabelle 9: Aufwendungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben in Mio. € 2006–2021

	Aufwendungen für Rehabilitation insgesamt*	Medizinische und sonstige Leistungen	Übergangsgeld für med. und sonstige Leistungen	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	Übergangsgelder bei LTA	Sozialversicherungsbeiträge
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
2016	6.364,0	4.014,1	651,9	865,1	465,7	366,5
2017	6.550,3	4.152,2	667,3	874,4	464,3	391,8
2018	6.756,6	4.339,2	699,0	878,3	449,7	390,1
2019	6.907,0	4.491,6	731,6	848,6	440,6	394,1
2020**	7.031,5	4.255,1	665,1	809,1	427,9	377,1
2021**	7.112,4	4.540,7	714,7	800,0	429,5	403,2

Bruttoaufwendungen, d.h. Reha-Ausgaben

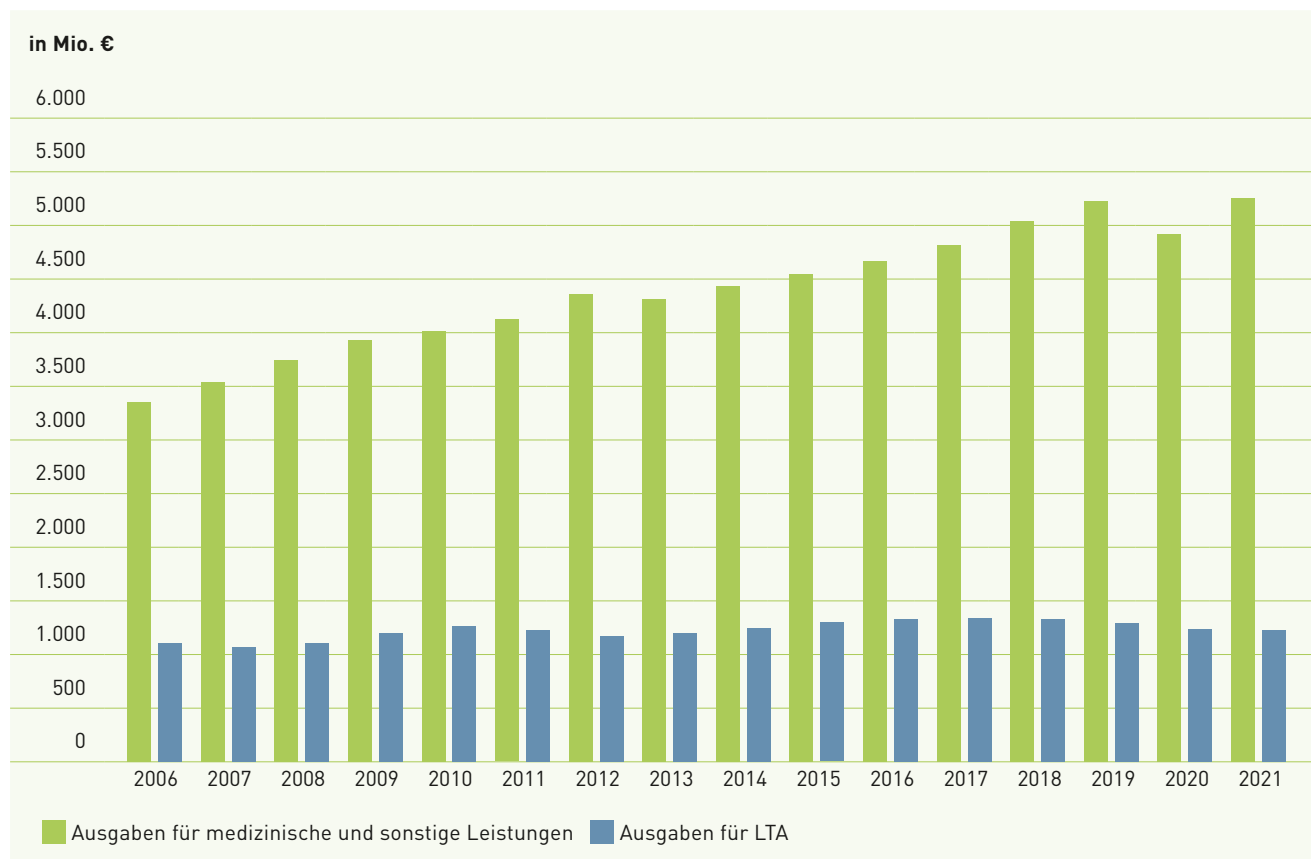
* Ab 2011 ist das „Persönliche Budget“ in der Spaltenspalte enthalten (2021: 0,5 Mio. €),

** Für 2020 und 2021 auch Zuschüsse nach Sozialschutz-Paket (SodEG; 2020: rund 500 Mio. €, 2021: rund 290 Mio. €)

Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2022

„Tabelle 9: Aufwendungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben in Mio. € 2006–2021“ auf Seite 80. Von den Gesamtaufwendungen für Rehabilitation entfielen rd. 1,14 Mrd. Euro brutto (15 %) auf Übergangsgelder. Sie fallen zum Beispiel an, wenn Rehabilitandinnen und Rehabilitanden aufgrund länger dauernder Leistungen, dem Bezug von Krankengeld oder bei Arbeitslosigkeit keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber (mehr) haben. Umgekehrt leisteten die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in der medizinischen Rehabilitation 2021 insgesamt 51,5 Mio. Euro Zuzahlungen, das waren im Durchschnitt 58 Euro pro Reha-Leistung.

Abbildung 20: Aufwendungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) 2006-2021



Bruttoaufwendungen, d. h. Reha-Ausgaben zzgl. Erstattungen, inkl. Leistungen
 Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2022

Entwicklung der Aufwendungen ab 2006

Einen differenzierten Einblick zu den Kosten nach Leistungsgruppen ab 2006 gewährt „Tabelle 9: Aufwendungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben in Mio. € 2006–2021“ auf Seite 80. Die Aufwendungen für Rehabilitation insgesamt (brutto, inklusive Sozialversicherungsbeiträgen) nahmen seit 2006 kontinuierlich zu. In 2021 stiegen sie im Vergleich zu den Vorjahren erneut an, zu berücksichtigen sind hier jedoch die Preissteigerungen. Außerdem schlagen seit 2020 die Leistungen zum Sozialdienstleister-Einsatzgesetz zu Buche.

Reha-Inanspruchnahme abhängig von wirtschaftlicher Situation

Die Aufwendungen für medizinische und sonstige Reha-Leistungen inkl. Übergangsgeld haben sich im Vergleich zu 2006 um etwa 57 % und die für LTA inkl. Übergangsgeld um 11 % erhöht. Neben der demographischen Entwicklung beeinflusst auch die jeweilige wirtschaftliche Lage in Deutschland die Inanspruchnahme und damit die Kosten für Reha-Leistungen. Bei geringer Arbeitslosigkeit nehmen die Versicherten häufiger eine solche Leistung in Anspruch, da sie damit aus eigener Sicht ihren Arbeitsplatz nicht gefährden.

Tabelle 10: Ausgaben der gesetzlichen Rentenversicherung 2021 nach Ausgabearten in Mio. Euro

Insgesamt	Rehabilitation*	Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit	Altersrenten	Hinterbliebenenrenten	sonstige Ausgaben (v. a. KVdR**)	Verwaltungs- und Verfahrenskosten
346.471	6.958	21.029	243.586	46.113	24.414	4.372
100,0 %	2,0 %	6,1 %	70,3 %	13,3 %	7,0 %	1,3 %

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

** KVdR = Krankenversicherung der Rentner

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung – Rechnungsergebnisse 2021

Gerade bei den LTA hat zudem der Mix aus langen teuren Leistungen, zu denen Bildungsmaßnahmen zählen, und günstigeren Leistungen wie beispielsweise zur Erhaltung und Erlangung eines Arbeitsplatzes einen erheblichen Einfluss auf die Gesamtkosten. Zwar gibt es auch bei der medizinischen Rehabilitation Leistungen wie beispielsweise Suchtbehandlungen, die wegen ihrer langen Behandlungsdauer relativ teuer sind, sie beeinflussen allerdings aufgrund ihrer geringen Anzahl die Gesamtkosten nur wenig.

Im Zeitraum 2006 bis 2021 entwickelten sich die Aufwendungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) und für medizinische Rehabilitationsleistungen wechselhaft, wie „Abbildung 20: Aufwendungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) 2006-2021“ auf Seite 81 belegt. Seit 2006 stiegen die Ausgaben für medizinische Rehabilitation an, seit 2013 sogar deutlich. Der Verlauf zeigt: Die Ausgaben für LTA nahmen zwischen 2008 und 2018 mit leichten Schwankungen zu. Seit 2019 gingen die Aufwendungen für LTA wieder leicht zurück. Dieser Trend setzte sich in 2021 fort.

Insgesamt hat sich im betrachteten Zeitraum das Verhältnis zwischen den Aufwendungen für medizinische Rehabilitation und berufliche Rehabilitation zugunsten ersterer verändert: Wurde das Verhältnis im Jahr 2006 noch mit 3 zu 1 berechnet, lag es in 2021 bei etwa 4 zu 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: Ausgaben der gesetzlichen Rentenversicherung 2021 nach Ausgabearten in Mio. Euro“ auf Seite 82 werden die Aufwendungen für Rehabilitation den Aufwendungen der Rentenversicherung insgesamt sowie für verschiedene Rentenarten gegenüber gestellt.

Ausgaben für Rehabilitation bei 2 % der Gesamtausgaben

AUFWENDUNGEN FÜR REHABILITATION

Trotz ihrer großen Bedeutung beanspruchten die Leistungen zur Teilhabe, und vor allem Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben, mit 2 % nur einen geringen Anteil aller Aufwendungen der Rentenversicherung. Die Nettoaufwendungen für Rehabilitation standen zu denjenigen für Erwerbsminderungsrenten (6,1 %) etwa im Verhältnis von 1 zu 3.

Im Fokus



Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen



Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen

von: Sabine Erbstößer,
Dr. Anne-Kathrin Mayer,
Pia Zollmann

„Sucht“ weit
verbreitet

Einleitung

Bei Abhängigkeitserkrankungen – umgangssprachlich als „Sucht“ bezeichnet – handelt es sich um eine vielfältige Gruppe psychischer Störungen. Sie haben in der Bevölkerung insgesamt eine hohe Verbreitung. Unterschieden wird zwischen stoffgebundenen und nicht-stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen. Bei stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen sind die Betroffenen von Substanzen wie Alkohol, Medikamenten oder illegalen Drogen wie z.B. Cannabis, Opioiden und Amphetaminen abhängig. Als nicht-stoffgebundene Abhängigkeitserkrankungen werden Handlungs- und Verhaltensmuster bezeichnet, die von den betroffenen Personen nicht kontrolliert werden können, aber ihre Interessen oder die Interessen anderer Menschen schädigen. Hierzu gehören beispielsweise pathologisches Glücksspiel oder Verhaltensstörungen durch intensiven Gebrauch von Computer und Internet.

Angeht die Vielschichtigkeit des Themas beschränkt sich das vorliegende Kapitel auf die Rehabilitation stoffgebundener Abhängigkeitserkrankungen. Diese machen in der Rehabilitation der Rentenversicherung zahlenmäßig den größten Anteil aus. Der Schwerpunkt liegt dabei – ebenfalls aufgrund der großen Bedeutung dieses Krankheitsbildes – auf der Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit.

Informationen zur Verbreitung (Prävalenz) von stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen in der Bevölkerung gibt der Epidemiologische Suchtsurvey (ESA) 2018: Bei etwa

3,1 % der befragten Personen im Alter von 16 bis 64 Jahren lag eine Alkoholabhängigkeit vor, was hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung einer Zahl von 1,6 Mio. erkrankter Menschen in Deutschland entspricht. Männer waren mit einer 12-Monats-Prävalenz von 4,5 % deutlich häufiger betroffen als Frauen (1,7 %).

Auch Schmerzmittel haben ein hohes Abhängigkeitspotenzial. Gemäß ESA 2018 war bei hochgerechnet ebenfalls etwa 1,6 Mio. Personen von einer Schmerzmittelabhängigkeit auszugehen. Dies entspricht einer 12-Monats-Prävalenz von 3,2 %. Deutlich weniger verbreitet sind Abhängigkeiten von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln. Hierfür wird eine 12-Monats-Prävalenz von 0,7 % (entsprechend etwa 360.000 Betroffenen) berichtet. Unter den illegalen Drogen ist die Abhängigkeit von Cannabis am weitesten verbreitet. Die 12-Monats-Prävalenz betrug 2018 nach ESA 0,6 %, entsprechend etwa 309.000 Betroffenen. Für Kokain und Amphetamine fanden sich Prävalenzraten von 0,1 bzw. 0,2 %, dies entspricht etwa 41.000 bzw. 103.000 Betroffenen.

Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen weisen neben körperlichen Erkrankungen, die teilweise Begleiterscheinungen oder Folgen des Substanzkonsums sind, sehr häufig weitere psychische Erkrankungen auf (sog. „Komorbiditäten“): Zum einen ist der schädliche Gebrauch oder die Abhängigkeit von weiteren Substanzen, insbesondere Tabak oder Cannabis, weit verbreitet. So wurde gemäß der Deutschen Suchthilfestatistik 2020 bei stationär betreuten Alkoholabhängigen in etwa 55 % und bei Abhängigkeit von Stimulanzien (Aufputzmittel) in 72 % der Fälle auch eine tabakbezogene Störung diagnostiziert. Zum anderen zeigen zahlreiche Studien, dass bei mindestens einem Drittel der Menschen mit Alkoholabhängigkeitserkrankungen zugleich affektive Störungen (insbesondere depressive Erkrankungen), Persönlichkeitsstörungen oder Angsterkrankungen bestehen. Diese Komorbiditäten müssen bei der Rehabilitation angemessen berücksichtigt werden, denn unbehandelte psychische Störungen vergrößern das Rückfallrisiko und können den Rehabilitationserfolg gefährden.

Ziele und Formen der Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen

Im deutschen Gesundheits- und Hilfesystem gibt es vielfältige Angebote für Menschen mit stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen und für ihre Angehörigen. Diese reichen von niederschweligen Unterstützungsangeboten durch Suchtberatungsstellen, Selbsthilfegruppen oder Online-Initiativen über ärztliche Beratung und Behandlung durch Haus-, Betriebs- oder Personalärztinnen und -ärzte bis hin zur stationären Versorgung im Akutkrankenhaus sowie in Rehabilitationseinrichtungen.

Über 80 % der Reha von DRV getragen

Die medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen wird in mehr als vier Fünfteln der Behandlungsfälle von der Deutschen Rentenversicherung getragen. In der stationären Rehabilitation Alkohol- und Medikamentenabhängiger lag der Anteil im Jahr 2020 bei fast 85 %, in der stationären Rehabilitation Drogenabhängiger bei etwa 82 %.

Grundsätzlich dient die Rehabilitation der Rentenversicherung dazu, die Erwerbsfähigkeit erkrankter Menschen zu erhalten oder wiederherzustellen. In der medizinischen Rehabilitation von stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankten gilt dafür das so genannte Abstinenzparadigma: Die Betroffenen sollen vor allem darin unterstützt werden, abstinent zu werden und zu bleiben, d.h. dauerhaft auf das Suchtmittel zu verzichten. Außerdem sollen die körperlichen und psychischen Störungen, die im Zusammenhang mit der

Abhängigkeitserkrankung stehen, so weit wie möglich behoben bzw. kompensiert werden. Langfristig soll es auf diese Weise gelingen, Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen möglichst dauerhaft wieder in Beruf, Familie und Gesellschaft einzugliedern.

Neben den versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Rehabilitation müssen individuelle Voraussetzungen auf Seiten der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden gegeben sein: Die Betroffenen müssen zur aktiven Mitarbeit an ihrer Genesung fähig und ausreichend motiviert sein, ihr Konsumverhalten zu verändern. Um den Rehabilitationserfolg nachhaltig zu sichern, können sie im Anschluss an die Rehabilitation gegebenenfalls eine Nachsorge in Anspruch nehmen.

Der Zugang in die Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen erfolgt häufig über ambulante Einrichtungen der Suchthilfe, z.B. Suchtberatungsstellen oder Fachambulanzen. Dort werden motivierende Maßnahmen durchgeführt und es wird der Kontakt zu Selbsthilfegruppen vermittelt. Darüber hinaus wird der Sozialbericht erstellt, der grundsätzlich für den Rehabilitationsantrag erforderlich ist. Der Sozialbericht enthält ausführliche Informationen zum Krankheitsverlauf, zu bisherigen Behandlungen und zum sozialen Umfeld. Er kann auch von anderen Einrichtungen, z.B. Sozialdiensten in Krankenhäusern erstellt werden, aus denen ebenfalls ein Zugang zur Rehabilitation möglich ist.

Meist ist vor einer Rehabilitation wegen einer stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankung eine Entgiftung erforderlich. Diese kann im Rahmen einer qualifizierten Entzugsbehandlung in spezifischen Krankenhausabteilungen stattfinden. Sie dauert im Regelfall zwei bis drei Wochen. Von dort kann der Patient direkt und ohne Wartezeit in eine Rehabilitationseinrichtung verlegt werden. Dieses so genannte Nahtlosverfahren wurde 2017 eingeführt. Es dient dazu, die Nichtantrittsquote in der Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen zu verringern. Zudem soll es helfen, mögliche Drehtüreffekte zu vermeiden, die entstehen, wenn Erkrankte zwischen Entgiftung und Aufnahme in eine Rehabilitationseinrichtung rückfällig werden und dann erneut stationär aufgenommen werden müssten.

Nahtlosverfahren verringert Rückfallrisiko

Die Deutsche Rentenversicherung bietet unterschiedliche Formen der Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen an, siehe Info-Box „Die wichtigsten Formen und Inhalte der medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen“. Ab Juli 2023 bestehen rentenversicherungsweit einheitliche Bewilligungsdauern, die ebenfalls in der Info-Box dargestellt sind. Um den individuellen Bedarf der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in der Rehabilitation berücksichtigen zu können und eine Leistungsgerechtigkeit herzustellen, steht den Rehabilitationseinrichtungen ein Behandlungstagebudget über die Bewilligungsdauer hinaus zur Verfügung.

Mehr als 1.000 Reha-Einrichtungen

Zur Durchführung der verschiedenen Leistungsformen stehen in Deutschland insgesamt mehr als 1.000 Einrichtungen bereit. Erkrankte können eine bestimmte Leistungsform (z.B. stationär oder ambulant) beantragen. Über die im Einzelfall geeignete Form entscheidet der Rentenversicherungsträger anhand des Sozialberichtes und der medizinischen Befunde nach festgelegten Kriterien.

Im Fokus:
der indivi-
duelle
Bedarf

Die wichtigsten Formen und Inhalte der medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen

Die **stationäre Rehabilitation** bei Abhängigkeitserkrankungen erfolgt ganztägig in der Rehabilitationseinrichtung einschließlich Übernachtung und Verpflegung. Es sind bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit Kurzzeittherapien von in der Regel acht Wochen oder Standardtherapien von 13 Wochen möglich. Bei Drogenabhängigkeit beträgt die Dauer der Kurzzeittherapie 13 Wochen, die der Standardtherapie 22 Wochen. Neben psychotherapeutisch orientierten Einzel- und Gruppengesprächen werden auch Leistungen wie Sport- und Bewegungstherapie, arbeits(platz)bezogene Leistungen, Informationsveranstaltungen, Schulungen, Entspannungstraining, sozialtherapeutische Angebote u.a. erbracht.

Die **ganztägig ambulante Rehabilitation** bei Abhängigkeitserkrankungen erfolgt ebenfalls ganztägig, jedoch in einer wohnortnahen Einrichtung mit einer werktäglichen Anwesenheit der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden von sechs bis acht Stunden. Voraussetzungen für die Teilnahme sind, dass beruflicher und sozialer Kontext der Betroffenen stabil ist und sie abstinenzfähig sind. Inhaltlich ist die ganztägig ambulante Rehabilitation der stationären Rehabilitation vergleichbar. Die Leistung erstreckt sich auf 12 Wochen bei Alkohol- und Medikamentenabhängigen und 18 Wochen bei Drogenabhängigen.

Die **(berufsbegleitend) ambulante Rehabilitation** bei Abhängigkeitserkrankungen wird wohnortnah z.B. in anerkannten ambulanten Rehabilitationseinrichtungen, Fachambulanzen, psychosozialen Beratungsstellen (z. B. Beratungs- und Behandlungsstellen für Alkohol- und Drogenprobleme) und Suchtberatungsstellen durchgeführt. In der Regel werden die Therapieeinheiten für sechs Monate bewilligt (40 Therapieeinheiten für die Abhängigkeitskranken, meist als Gruppentherapie, und vier Therapieeinheiten mit Angehörigen). Sie kann zweimal, d.h. auf maximal 18 Monate verlängert werden.

Kombinationsbehandlungen enthalten stationäre und ambulante Phasen, ihre Notwendigkeit steht schon bei der Beantragung fest. Oftmals erfolgt nach einer stationären Stabilisierung die Vertiefung der erarbeiteten Reha-Ziele im wohnortnahen ambulanten Setting mit dem Ziel der beruflichen und sozialen (Wieder-) Eingliederung.

Wird im Verlauf der Rehabilitation ersichtlich, dass für die erfolgreiche Fortführung eine andere Leistungsform sinnvoller ist, erfolgt ein nahtloser Wechsel, z.B. von der stationären in die ganztägig ambulante Rehabilitation oder von der ganztägig ambulanten in die (berufsbegleitend) ambulante Rehabilitation.

Die **Adaption** kann sich an eine stationäre Rehabilitation bei Abhängigkeiten von Alkohol und anderen Drogen anschließen. Primäres Ziel ist die berufliche und soziale Wiedereingliederung der Betroffenen, die unter realen Alltagsbedingungen an eine eigenständige Lebensführung herangeführt werden. Eine Adaption dauert in der Regel drei bis vier Monate. Während dieser Zeit erfolgen üblicherweise eine Belastungsprüfung und ein bis zwei Berufspraktika.

Die **Nachsorge** bei Abhängigkeitserkrankungen dient der Festigung der in der medizinischen Rehabilitation erworbenen Verhaltensweisen und Einstellungen durch die Unterstützung in Krisensituationen, bei der Aufrechterhaltung der Abstinenz und damit dem Erhalt der Erwerbsfähigkeit. Bewilligt werden zunächst bis zu 20 Gesprächseinheiten (sowie zwei für Bezugspersonen) in einem Zeitraum von sechs Monaten, die in der Gruppe oder als Einzelgespräche stattfinden können. Die Nachsorge kann einmal verlängert werden. Die Nachsorge soll möglichst nahtlos, spätestens aber innerhalb von drei Monaten nach Abschluss der Rehabilitationsleistung beginnen.

Entwicklung der Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen

Die Inanspruchnahme der Rehabilitation bei stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen im Zeitverlauf (von 2010 bis 2021) wird in „Abbildung 21: Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen 2010–2021, nach Geschlecht und Erkrankungsart“ auf Seite 91 wiedergegeben. Dabei wird die Anzahl der abgeschlossenen Leistungen für jedes Jahr als Balken, unterschieden nach den Suchtmitteln „Alkohol“, „Medikamente“ und „Drogen“ und getrennt für Frauen und Männer dargestellt. Aufgrund einer Umstellung bei der Datenerfassung werden so genannte Mehrfachabhängigkeiten (d.h. Abhängigkeiten von mehr als einem Suchtmittel, z. B. Alkohol und Cannabis), nur bis 2012 ausgewiesen. Ab 2013 werden die betroffenen Personen nach ihrem Haupt-Suchtmittel jeweils einer der drei o.g. Gruppen zugeordnet. Es ist zu vermuten, dass die Mehrfachabhängigkeiten sich nunmehr vor allem bei den Drogenabhängigkeiten niederschlagen.

Wie die Abbildung zeigt, ist die Anzahl abgeschlossener Leistungen von 2010 bis 2021 um etwa ein Drittel von 57.865 auf 39.183 gesunken. Dieser Rückgang lässt sich teilweise durch die im Zeitverlauf wechselnde statistische Erfassung von so genannten „Mischfällen“ erklären; hierbei handelt es sich um Leistungen, die in mehreren Behandlungsabschnitten mit stationären und ambulanten Leistungsanteilen erbracht werden.

Alkohol-
abhängigkeit:
Rückgang bei
Männern

Besonders deutlich zeigt sich der Rückgang bei Rehabilitationen aufgrund von Alkoholabhängigkeit: Die Anzahl der Rehabilitationen bei Männern hat im betrachteten Zeitraum um 42 % abgenommen. Wurden 2010 noch 30.371 Leistungen abgeschlossen, waren es 2021 nur mehr 17.700 Leistungen. Bei Frauen fällt der Rückgang mit 29 % erheblich geringer aus (2010: 10.034; 2021: 7.079 Leistungen).

Die Anzahl der Rehabilitationen bei Drogenabhängigkeit war im Jahr 2013 am höchsten (14.942; die Kategorie Mehrfachabhängigkeiten wird zunehmend dem Haupt-Suchtmittel zugeordnet) und blieb mit gewissen Schwankungen zwischen den Jahren relativ konstant. Vergleichbares gilt für die Rehabilitationen bei Medikamentenabhängigkeit, deren Anzahl mit 578 Rehabilitationen im Jahr 2014 am höchsten lag. „Abbildung 21: Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen 2010–2021, nach Geschlecht und Erkrankungsart“ auf Seite 91.

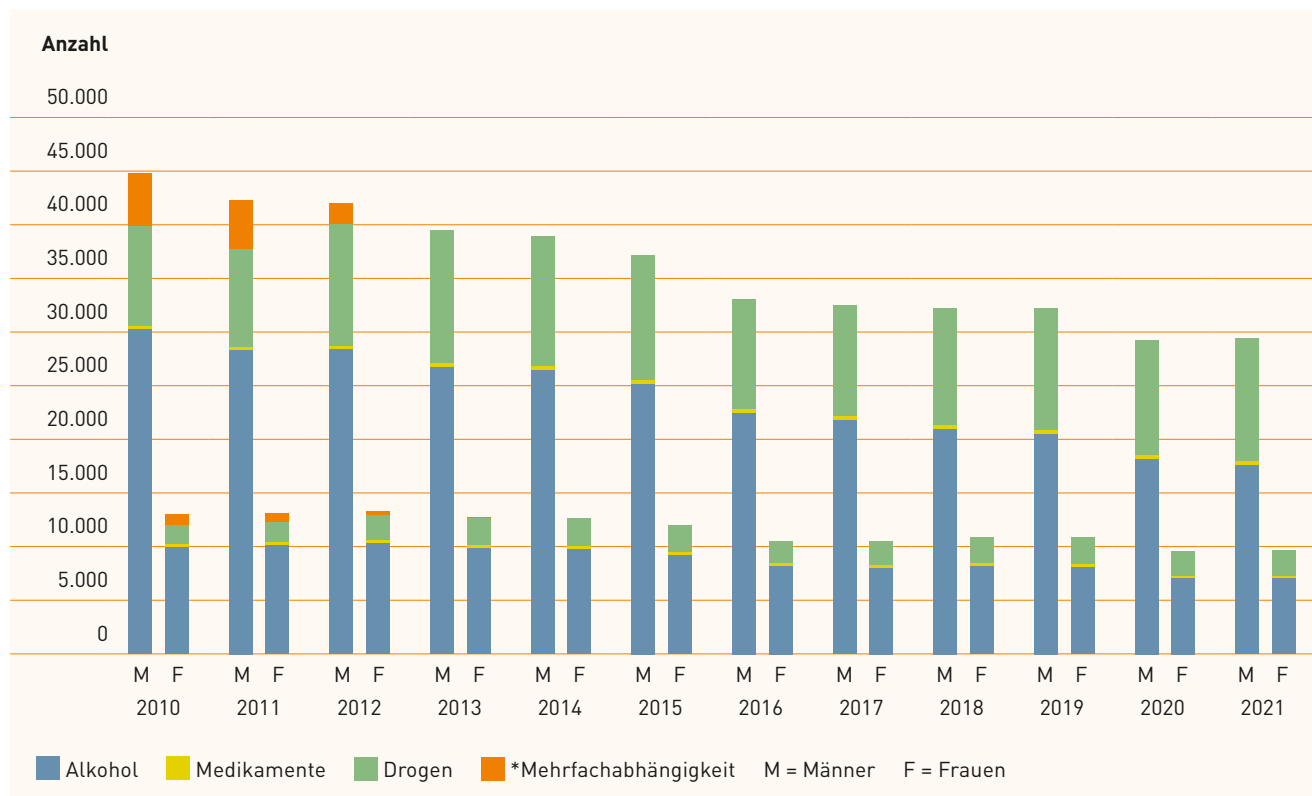
Alkohol-
abhängigkeit
dominiert
weiterhin

Ungeachtet der Abnahme der absoluten Anzahl von Leistungen dominieren bei beiden Geschlechtern über den gesamten Betrachtungszeitraum hinweg die Rehabilitationen aufgrund von Alkoholabhängigkeit, gefolgt von den Rehabilitationen bei Drogenabhängigkeit. 73 % der Rehabilitationen von Frauen erfolgten im Jahr 2021 wegen Alkoholabhängigkeit, bei Männern waren es 60 %. Der Anteil an Rehabilitationen bei Drogenabhängigkeit lag 2021 bei Frauen bei einem Viertel, bei Männern bei 39 %. Demgegenüber wird eine Abhängigkeit von Medikamenten nur selten zum Anlass für eine Rehabilitation, obwohl in Deutschland von einer vergleichbar hohen Zahl alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen auszugehen ist (siehe Seite 87). Rehabilitationen bei Medikamentenabhängigkeit machten nur etwa 2 % (Frauen) bzw. 1 % (Männer) aller Rehabilitationen bei Abhängigkeitserkrankungen aus.

Anträge, Bewilligungen und angetretene Reha-Leistungen 2019 bis 2021

In „Abbildung 22: Medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen – Anträge, Bewilligungen und angetretene Leistungen 2019–2021“ auf Seite 92 ist die Anzahl der

Abbildung 21: Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen 2010–2021, nach Geschlecht und Erkrankungsart

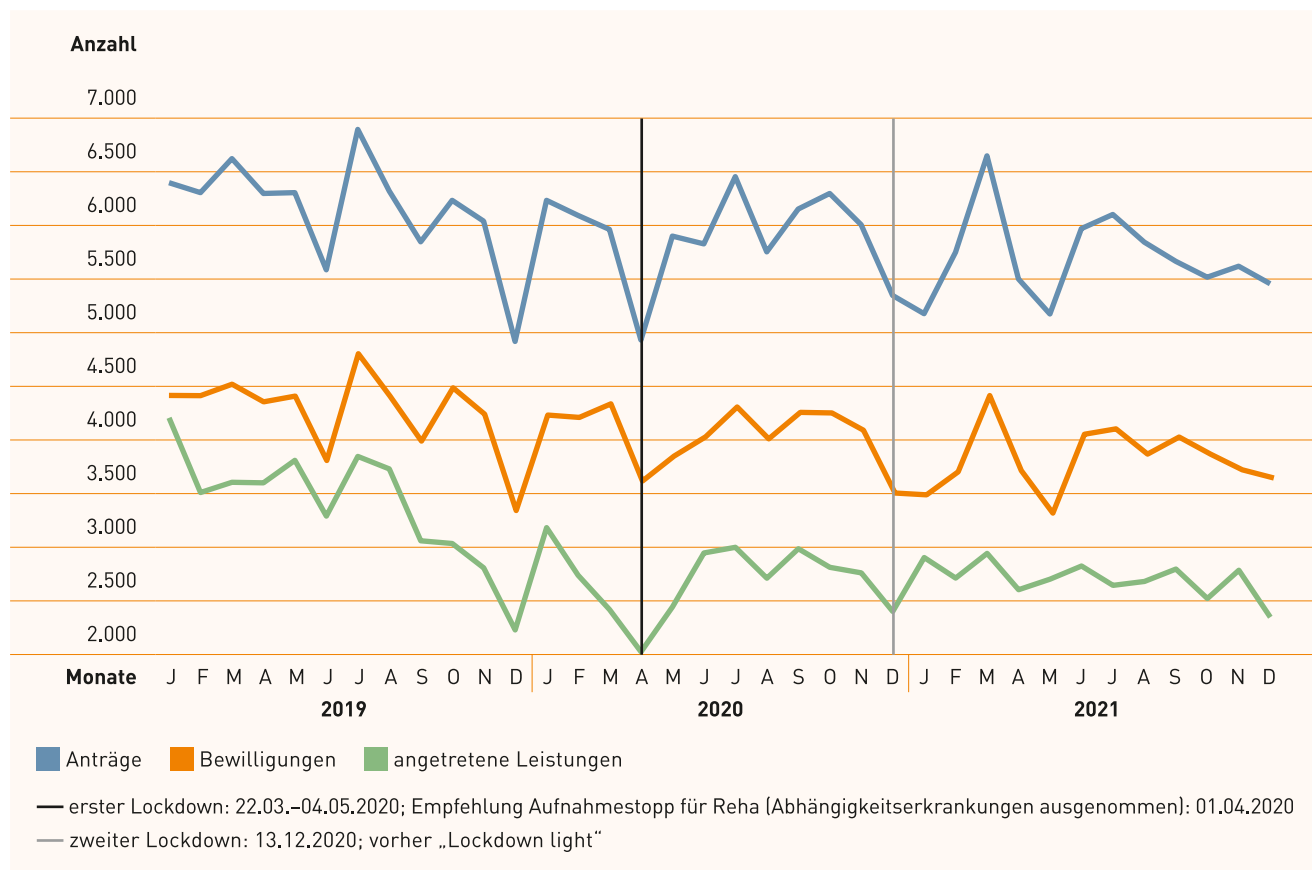


* Mehrfachabhängige sind Personen, die regelmäßig von mehr als einem Suchtmittel, z. B. Alkohol und Drogen, abhängig sind. Mehrfachabhängigkeit wird seit 2013 nicht mehr systematisch als Hauptdiagnose kodiert, stattdessen wird das Haupt-Suchtmittel angegeben. Hinweis: In den Daten der Deutschen Rentenversicherung wird das offiziell dritte Geschlecht „divers“ erhoben. Aus methodischen und datenschutzrechtlichen Gründen werden diese geringen Fallzahlen jedoch nicht statistisch ausgewertet, sondern den Frauen zugeordnet. Quelle: Statistikportal der Deutschen Rentenversicherung, Zugriff Nov. 2022

Anträge, Bewilligungen und angetretenen Reha-Leistungen nach Monaten aufgeschlüsselt. Dargestellt werden die Jahre 2019 bis 2021, d.h. die beiden „Corona-Jahre“ 2020 und 2021 im Vergleich zum „Vor-Corona-Jahr“ 2019. Anhand der monatlichen Darstellung der jeweiligen Anzahlen und der ebenfalls eingetragenen Lockdowns in 2020 lassen sich die Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Beantragung und Inanspruchnahme einer Rehabilitation aufgrund von Abhängigkeitserkrankungen abschätzen, siehe Info-Box „Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Rahmenbedingungen der Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen“ auf Seite 93.

Grundsätzlich schwanken die monatlichen Anzahlen saisonbedingt innerhalb eines Jahres. Beispielsweise werden im Dezember deutlich weniger Anträge gestellt, während die Antragszahlen im Januar dann wieder stärker ansteigen. Dabei folgen die Kurven von Bewilligungen und angetretenen Leistungen etwas zeitversetzt den Anträgen, jeweils auf unterschiedlichem Niveau, siehe auch Seite 39.

Abbildung 22: Medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen – Anträge, Bewilligungen und angetretene Leistungen 2019–2021



Quelle: Statistikportal der Deutschen Rentenversicherung | Zugriff Nov. 2022

Einbruch der Anträge im ersten Lockdown

Das Jahr 2020 beginnt mit einem mit 2019 vergleichbaren Verlauf der Antragszahlen in den Monaten Januar und Februar 2020. Nach einem moderaten Sinken der Anträge im März 2020, erfolgt der Einbruch der Antragszahlen im April 2020: Sie sinken um 23 % im Vergleich zum Vorjahr auf den niedrigsten Stand der dargestellten drei Jahre. Ende März 2020 erklärte der Bundestag die epidemische Notlage mit dem darauffolgenden ersten Lockdown. Die sinkenden Corona-Zahlen des Sommers führten zu einem deutlichen Anstieg der Anträge, der den Wert für die Vorjahresmonate zwar im Juli und August nicht erreichte, diesen jedoch im September und Oktober 2020 überschritt. Der vorweihnachtlich übliche Rückgang der Anträge verlängerte sich bis auf den Beginn des Jahres 2021. Erst im März 2021 stieg die Zahl der Anträge wieder erheblich, um dann im Mai fast auf den niedrigen Wert des Vorjahres zu fallen. Trotz eines Anstiegs im Juni und Juli 2021 blieben die Anträge im Sommer und Herbst 2021 meist deutlich unter dem Niveau von 2019 und auch 2020, ausgenommen im Dezember. Die monatliche Anzahl der Bewilligungen folgt wie üblich in etwa der Zahl der Anträge.

„Abbildung 22: Medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen – Anträge, Bewilligungen und angetretene Leistungen 2019–2021“ auf Seite 92 zeigt ebenfalls deutlich die coronabedingt veränderten Reha-Antrittszahlen, auch in Zusammenhang mit der Verfügbarkeit von Behandlungsplätzen in den Einrichtungen: Während im ersten Corona-Jahr im Frühjahr ein deutlicher Einbruch der angetretenen Leistungen zu verzeichnen war (von 3.170 im Januar auf 2.028 im April 2020) und der Rückgang im Dezember geringer als üblich ausfiel, nivellierte sich die Anzahl der angetretenen Leistungen über das Jahr 2021 hinweg und schwankte deutlich weniger als 2020 und vor allem 2019. Auch lagen die Antritte auf geringerem Niveau als in den Vorjahren: Während 2019 der Anteil der angetretenen Leistungen an den bewilligten 79 % betrug, lag er 2021 nur bei 70 %.

Insgesamt sanken die Zahlen der Anträge und Bewilligungen über den dargestellten Zeitverlauf hinweg ab, mit deutlichen Ausschlägen nach oben und unten. Demgegenüber verläuft die Kurve der angetretenen Leistungen ab Mai 2020 flacher und variiert nur noch um wenige Hundert.

Entwicklung der Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit

Die folgenden Auswertungen konzentrieren sich auf die Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit, die zahlenmäßig häufigste Indikation für eine Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen.

Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Rahmenbedingungen der Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen

Auch die Ausgestaltung der Rehabilitation der Rentenversicherung war von den staatlichen Vorgaben im Rahmen des Pandemiegeschehens betroffen. In der medizinischen Rehabilitation wurde von der Deutschen Rentenversicherung am 1. April 2020 ein kurzzeitiger Aufnahmestopp empfohlen, solange die von der Bundesregierung beschlossenen Beschränkungen sozialer Kontakte bestanden. Infolge des ersten Lockdowns erfolgten von den regional zuständigen Gesundheitsämtern z.T. Klinikschließungen. Dabei wurden die Einrichtungen für Abhängigkeitserkrankungen von der Deutschen Rentenversicherung explizit sowohl vom Aufnahmestopp wie auch von den Klinikschließungen ausgenommen.

Aufgrund der Schwere der Erkrankung und der möglichen Folgen, die ein Abbruch der Rehabilitation haben kann (Rückfall, psychische und physische Folgeerkrankungen, Todesfall), war das Ziel, die Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen weiterhin zu ermöglichen beziehungsweise fortzuführen und zu einem erfolgreichen Abschluss zu führen. Dies galt für die stationäre, ganztägig ambulante, die (berufsbegleitend) ambulante Rehabilitation sowie die Nachsorge bei Abhängigkeitserkrankungen, deren Weiterführung auch über telefonische (Einzel-) Kontakte oder digitale (Gruppen-)Lösungen ermöglicht wurde. Gleichwohl galten auch in Reha-Einrichtungen für Abhängigkeitserkrankungen Hygienevorschriften und -empfehlungen, die zu einer geringeren Zahl belegbarer Behandlungsplätze geführt haben. Dies betraf beispielsweise die Verringerung von Gruppengrößen in Abhängigkeit von den räumlichen Gegebenheiten und die Belegung von Zweibettzimmern durch nur eine Person.

Tabelle 11: Soziodemografische Merkmale der Personen mit Rehabilitationen bei Alkoholabhängigkeit, 2019 bis 2021

		2019	2020	2021
		Anteile Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in %		
Anzahl		28.701	25.289	24.779
Geslecht	weiblich	28,4	28,0	28,6
Alter	Mittelwert (Jahre)	47,2	47,5	47,5
	darunter: Frauen			
	Mittelwert (Jahre)	48,1	48,2	48,2
	darunter: Männer			
	Mittelwert (Jahre)	46,8	47,2	47,2
Staatsangehörigkeit	deutsch	85,8	85,2	84,6
	deutsch, ausländisches Geburtsland	6,8	7,2	7,5
	ausländisch	7,4	7,6	7,9
Familienstand	ledig	34,0	33,7	32,2
	verheiratet/ Lebenspartnerschaft	40,9	41,7	42,1
	geschieden/ Lebenspartnerschaft aufgehoben/ verwitwet/ Lebenspartner gestorben	19,6	19,2	18,9
	entfällt/keine Aussage möglich	5,5	5,4	6,7
Region	östliche Bundesländer	18,8	19,8	19,0

Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2019, 2020, 2021

Die Bedeutung der Alkoholabhängigkeit für das Gesundheitssystem ist hoch. So stellt Alkoholkonsum weltweit einen der zehn bedeutsamsten Risikofaktoren für die Krankheitslast in der Bevölkerung dar. Alkohol ist an einer Vielzahl von Folgeerkrankungen wie zum Beispiel Herz-Kreislauferkrankungen und Stoffwechselerkrankungen, Unfällen und Verletzungen ursächlich beteiligt. Er steht ferner im Zusammenhang mit zahlreichen psychischen Erkrankungen. Die volkswirtschaftlichen Kosten aufgrund des Alkoholkonsums wurden für Deutschland in einer Veröffentlichung aus dem Jahr 2020 auf rund 57 Mrd. Euro pro Jahr geschätzt. Diesen stehen weitaus geringere Einnahmen aus der Alkoholsteuer von rund 3,2 Mrd. Euro gegenüber.

Soziodemografische Merkmale

Die Anzahl der Rehabilitationsleistungen aufgrund von Alkoholabhängigkeit ist im Berichtszeitraum von 2019 bis 2021 zurückgegangen. Im Jahr 2019 wurden 28.701 Rehabilitationen aufgrund von Alkoholabhängigkeit durchgeführt, im Jahr 2020 mit 25.289 Rehabilitationen knapp 12 % weniger. Im Jahr 2021 war ein weiterer, wenn auch geringfügiger Rückgang

gegenüber dem Vorjahr auf 24.779 Rehabilitationen zu verzeichnen. Der Rückgang fiel damit in 2020 geringer aus als der für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation insgesamt, der etwa 18 % betrug. Ein wesentlicher Grund wird darin gesehen, dass die Rahmenbedingungen für eine Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen von den Leistungsträgern während der Coronapandemie vereinfacht wurden, siehe Info-Box „Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Rahmenbedingungen der Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen“ auf Seite 93. Im Jahr 2021 war der Rückgang gegenüber 2019 für Rehabilitationen bei Alkoholabhängigkeit und für die medizinischen Rehabilitationsleistungen insgesamt vergleichbar (14 % bzw. 15 %).

Anteil der
Frauen 28%

Keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Berichtsjahren bestehen demgegenüber in den soziodemografischen Merkmalen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, siehe „Tabelle 11: Soziodemografische Merkmale der Personen mit Rehabilitationen bei Alkoholabhängigkeit, 2019 bis 2021“ auf Seite 94. Der Anteil der Frauen lag in allen drei Jahren bei etwa 28 %. Rehabilitandinnen waren im Mittel 48 Jahre alt und damit etwa ein Jahr älter als männliche Rehabilitanden (ca. 47 Jahre). Das durchschnittliche Alter von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Alkoholabhängigkeit lag damit um etwa 4 bis 5 Jahre unter dem Durchschnittsalter aller Personen, die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erhielten (Frauen: 53 Jahre, Männer: 52 Jahre).

Etwa 85 % der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden wiesen die deutsche Staatsangehörigkeit auf. Wie auch bei anderen Arten der medizinischen Rehabilitation waren ausländische Versicherte und Versicherte mit Migrationshintergrund unterrepräsentiert: Etwa 7 % der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden waren im Ausland geboren, knapp 8 % hatten eine ausländische Staatsangehörigkeit. Im Vergleich dazu lag der Ausländeranteil in Deutschland 2020 bei 13 %, bei den aktiv Versicherten (ohne Rentenbezug) der Deutschen Rentenversicherung betrug der Anteil der Versicherten mit ausländischer Staatsangehörigkeit 2020 etwa 17 %.

Jeweils etwas mehr als 40 % der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Alkoholabhängigkeit waren verheiratet bzw. befanden sich in einer Lebenspartnerschaft, ca. 33 % waren ledig, etwa 19 % geschieden. Der Anteil Lediger und Geschiedener war damit deutlich höher und der Anteil der in Partnerschaft lebenden Personen geringer als in der medizinischen Rehabilitation insgesamt (etwa 16 % ledig, 12 % geschieden, 64 % verheiratet oder in fester Partnerschaft).

Wird die regionale Verteilung (Ost und West) betrachtet, so kamen etwa 19 % der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden aus den östlichen Bundesländern. Diese Verteilung entspricht der in der medizinischen Rehabilitation insgesamt.

Diagnosen und psychische Komorbiditäten

Im ärztlichen Entlassungsbrief am Ende einer Rehabilitationsmaßnahme werden bis zu fünf Diagnosen nach ICD-10-GM aufgeführt, um die gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zu beschreiben. In sehr vielen Fällen ist die Alkoholabhängigkeit mit weiteren psychischen Erkrankungen verknüpft (siehe Seite 87). Auch für diese Komorbiditäten lassen sich zwischen den drei Berichtsjahren keine deutlichen Unterschiede erkennen: Neben einer Alkoholabhängigkeit wurden am häufigsten weitere stoffgebundene Abhängigkeitserkrankungen bzw. der schädliche

Gebrauch entsprechender Suchtmittel diagnostiziert. Für jeweils mehr als die Hälfte der Betroffenen (51 %) wurde in den drei Berichtsjahren ein übermäßiger Konsum von Tabak dokumentiert, für etwa 11 % ein Missbrauch von Cannabis und für etwa 5 % der Gebrauch mehrerer Suchtmittel.

Darüber hinaus wurde häufig eine Komorbidität mit depressiven Erkrankungen diagnostiziert: Jeweils etwa 24 % der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erhielten die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung und weitere 6 % die einer depressiven Episode. Bei jeweils etwa 7 % der Betroffenen wurden krankheitswertige psychische Reaktionen auf schwere Belastungen bzw. Anpassungsstörungen festgestellt. In 6 % der Fälle wurde zusätzlich eine spezifische Persönlichkeitsstörung diagnostiziert, etwa 5 % erhielten die Diagnose einer Angststörung. So genannte „abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle“ fanden sich bei knapp 3 % der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden; hierzu gehört z.B. das pathologische Spielen (Glücksspiel, Computerspiele, „Internetsucht“).

Tabelle 12: Art der Durchführung der Rehabilitationen bei Alkoholabhängigkeit, 2019–2021

		2019	2020	2021
		Anteile Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in %		
Anzahl		28.701	25.289	24.779
Art der Rehabilitation	Regel- bzw. Standardbehandlung	75,5	75,9	75,8
	Kurzzeitbehandlung	12,3	12,3	11,2
	Kombinationsbehandlung	3,5	3,3	4,0
	Adaption	6,4	6,2	6,0
	Fortführung einer Regel- oder Kurzzeitbehandlung	2,4	2,2	2,9
Durchführung	stationäre Maßnahme	69,3	69,6	67,1
	ganztägig ambulante Maßnahme	4,5	4,0	4,2
	(berufsbegleitend) ambulante Maßnahme	15,0	14,5	15,6
	Mischfall*	11,2	11,9	13,1
Reha-Dauer (Tage)	stationäre Maßnahme	82,8	81,3	82,5
	ganztägig ambulante Maßnahme	58,2	60,0	61,0
	(berufsbegleitend) ambulante Maßnahme	47,8	48,5	46,6
	Mischfall*	141,3	149,6	140,8
Nahtlosverfahren	ja	4,3	8,1	9,0

* Mischfall: Leistung, die in mehreren Behandlungsabschnitten mit stationären und ambulanten Leistungsanteilen erbracht wird.

Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2019, 2020, 2021



Durchführung der Rehabilitation und therapeutische Versorgung

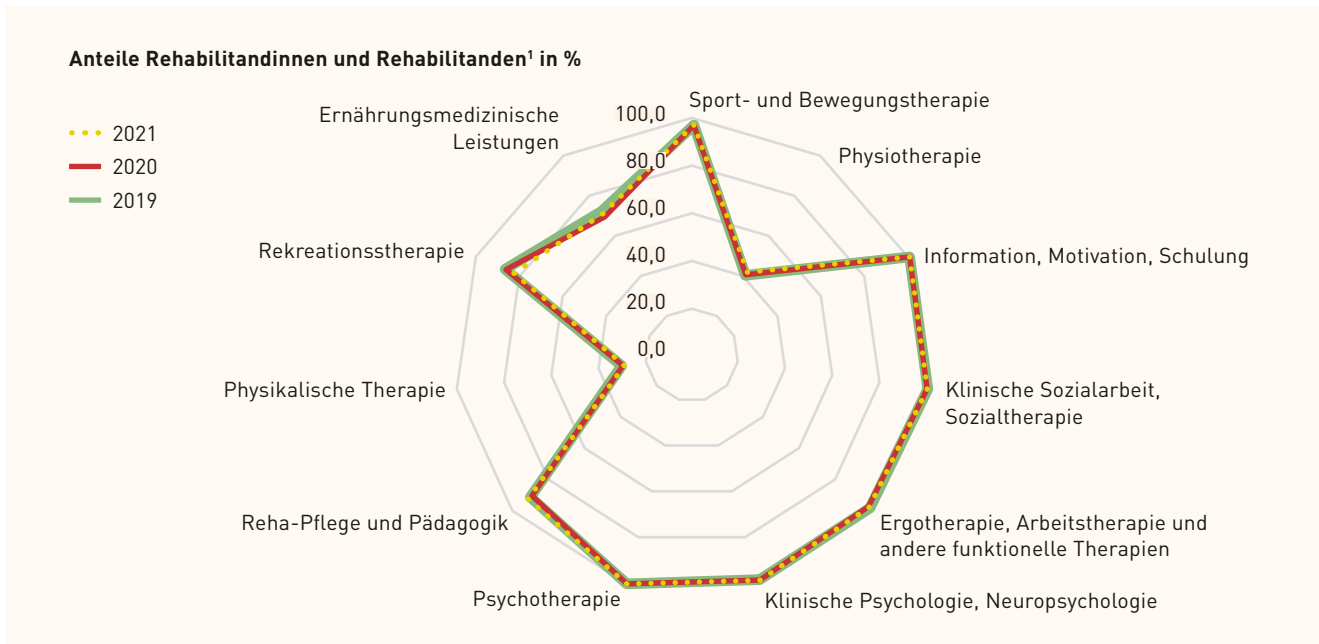
Rehabilitationen bei Abhängigkeitserkrankungen können in unterschiedlicher Form erfolgen (siehe Info-Box „Die wichtigsten Formen und Inhalte der medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen“ auf Seite 89). Insgesamt sind die Unterschiede zwischen den drei betrachteten Jahren hinsichtlich der Durchführungsform der Rehabilitation wiederum gering. Bei etwa drei Viertel der erbrachten Leistungen für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Alkoholabhängigkeit handelte es sich um eine Regel- bzw. Standardbehandlung (siehe „Tabelle 12: Art der Durchführung der Rehabilitationen bei Alkoholabhängigkeit, 2019–2021“ auf Seite 96) und bei etwa 12 % um eine Kurzzeitbehandlung. Bei etwa 6 % der Leistungen handelte es sich um Adaptionsbehandlungen, die sich üblicherweise an eine vorhergehende Regelbehandlung anschließen. Kombinationsbehandlungen – eine Rehabilitationsform mit Verknüpfung stationärer und ambulanter Phasen – machten zwischen 3 % und 4 % der Leistungen aus.

Etwa 69 % der Rehabilitationen bei Alkoholabhängigkeit wurden stationär und 4 % ganztätig ambulant durchgeführt. (Berufsbegleitend) ambulante Rehabilitation machten jeweils etwa 15 % der Fälle aus. Bei etwa 12 % der Rehabilitationsleistungen handelte es sich um „Mischfälle“, d.h. Leistungen, die in mehreren Behandlungsabschnitten mit stationären und ambulanten Leistungsanteilen erbracht werden.

Stationäre Reha
etwa 82 Tage

Die Dauer stationärer Rehabilitationen bei Alkoholabhängigkeit betrug etwa 82 Tage (ca. 11,7 Wochen). Ganztätig ambulante Rehabilitationen waren 2021 mit ca. 11,5 Wochen vergleichbar lang. Die Anzahl der Behandlungstage in der ganztätig ambulanten Rehabilitation (hier werden nur die Werkstage gerechnet) sind von 2019 (58) auf 2021 (61) geringfügig angestiegen. Die (berufsbegleitend) ambulante Rehabilitation erstreckt sich über einen längeren Zeitraum von durchschnittlich etwas mehr als einem halben Jahr (siehe Info-Box „Die wichtigsten Formen und Inhalte der medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen“ auf Seite 89) mit etwa 47 Behandlungstagen. Mischfälle sind durch ihre Kombination aus verschiedenen Leistungen mit über 140 Tagen deutlich länger, im Jahr 2020 lag ihre Dauer sogar bei knapp 150 Tagen.

Abbildung 23: Therapeutische Versorgung in der Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit, 2019–2021



Kodiert nach der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL), Version 2015

¹ Anteil von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit einer Leistung aus dem jeweiligen KTL-Kapitel

Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2019, 2020, 2021

Auffallend ist schließlich, dass das so genannte Nahtlosverfahren (siehe Seite 88), das seit 2017 einen unmittelbaren Wechsel von der Entgiftungsbehandlung in die Rehabilitation erlaubt, zunehmend an Bedeutung gewonnen hat: Der Anteil dieser Leistungen hat sich von etwa 4 % im Jahr 2019 auf 9 % im Jahr 2021 mehr als verdoppelt.

Therapeutische Versorgung

Anhand der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL; Stand 2015) können Aussagen über die Inhalte der Rehabilitation getroffen werden, siehe auch Info-Box „Kurz erklärt: Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL)“ auf Seite 55. In „Abbildung 23: Therapeutische Versorgung in der Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit, 2019–2021“ auf Seite 98 ist die therapeutische Versorgung zusammengefasst nach den Kapiteln der KTL für die Jahre 2019, 2020 und 2021 dargestellt. Dargestellt ist für jedes Kapitel der Anteil der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Alkoholabhängigkeitserkrankungen, die während ihrer Rehabilitation mindestens eine Leistung aus dem entsprechenden Kapitel erhalten haben.

Stabile Versorgung während Pandemie

Auch hier fanden sich zwischen den drei Berichtsjahren kaum Unterschiede, wie die sich beinahe vollständig überlappenden Linien der Grafik zeigen: Fast alle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erhielten Angebote aus den Kapiteln „Information, Motivation, Schulung“. Diese Leistungen zielen darauf ab, die Betroffenen umfassend über ihre Erkrankung zu informieren und ihre Möglichkeiten im Umgang mit der Erkrankung zu erweitern. In Gruppen von Gleichbetroffenen wird dabei idealerweise die Gruppendynamik genutzt und

Tabelle 13: Entlassungsform in der Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit, 2019–2021

	2019	2020	2021
Anteile Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in %			
regulär	65,7	62,4	64,7
vorzeitig auf ärztliche Veranlassung	5,5	6,0	5,4
vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis	5,2	8,7	6,5
vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis	11,4	11,1	11,3
disziplinarisch	2,4	2,5	2,8
verlegt/Wechsel zu ambulanter/ganztägig ambulanter/stationärer Reha oder in die Adaption oder in neue Phase einer Präventionsleistung	1,9	1,7	2,0
gestorben	0,1	0,1	0,1
keine Aussage möglich	7,9	7,6	7,2
Gesamt	28.701	25.289	24.779

Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2019, 2020, 2021

die Fähigkeit zum Selbstmanagement gefördert. Die entsprechenden Leistungen bilden einen Kern der medizinischen Rehabilitation. Angebote aus der „Klinischen Psychologie, Neuropsychologie“ und „Psychotherapie“ sind ein gleichermaßen unverzichtbarer Bestandteil der Rehabilitationen bei Alkoholabhängigkeit. Sie wurden ebenfalls für fast alle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erbracht. Gleiches gilt für Leistungen aus den Kapiteln „Klinische Sozialarbeit und Sozialtherapie“ sowie „Ergotherapie, Arbeitstherapie“, die stärker auf die Wiedereingliederung in Beschäftigung ausgerichtet sind.

Ergänzt wird die Rehabilitation durch „Sport- und Bewegungstherapie“, die ebenso fast alle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erhielten. An Leistungen aus dem Kapitel „Reha-Pflege und Pädagogik“ nahmen etwa 90 % der Rehabilitanden teil. Im Mittelpunkt dieser Leistungsarten steht die möglichst individuelle Befähigung und Unterstützung der Rehabilitanden in der Bewältigung des alltäglichen Lebens. „Ernährungsmedizinische Leistungen“ erhielten etwa 70 % der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, siehe „Abbildung 23: Therapeutische Versorgung in der Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit, 2019–2021“ auf Seite 98.

Ein deutlich geringerer Anteil erhielt Leistungen aus den Bereichen „Physiotherapie“ (ca. 40 %) bzw. „Physikalische Therapie“ (ca. 30 %). Der größte Unterschied zwischen den drei Berichtsjahren ist bei der „Rekreationstherapie“ zu verzeichnen. Hierbei handelt es sich um Maßnahmen, welche die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden im Aufbau einer eigenständigen gesundheitsorientierten und sinnvollen Freizeitgestaltung unterstützen. Der Anteil an Fällen, in denen diese Leistungen erbracht wurden, lag in 2021 (ca. 83 %)

Tabelle 14: Leistungsfähigkeit und Arbeitsfähigkeit am Ende der Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit nach Geschlecht, 2019–2021

		2019		2020		2021	
		Anteile Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in %					
		Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Leistungsfähigkeit (letzter Beruf)	6 Stunden und mehr	68,1	74,1	68,3	74,6	70,9	74,7
	3 bis unter 6 Stunden	5,1	1,9	5,5	1,8	5,5	2,0
	unter 3 Stunden	17,0	16,4	15,4	16,6	15,2	16,0
	keine Angabe/k.A. erforderlich	9,7	7,6	10,8	7,0	8,5	7,3
Arbeitsfähigkeit	arbeitsfähig	58,8	65,1	55,6	62,9	58,1	63,6
	arbeitsunfähig	25,8	21,8	27,9	24,8	29,0	24,5
	k.A./Beurteilung nicht erforderlich	15,4	13,1	16,6	12,3	12,8	11,9
Anzahl		8.162	20.539	7.088	18.201	7.079	17.700

Hinweis: In den Daten der Deutschen Rentenversicherung wird das offiziell dritte Geschlecht „divers“ erhoben. Aus methodischen und datenschutzrechtlichen Gründen werden diese geringen Fallzahlen jedoch nicht statistisch ausgewertet, sondern den Frauen zugeordnet.
Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2019, 2020, 2021

etwa 4 Prozentpunkte unter dem Anteil von 2019 (ca. 87 %). Ernährungsmedizinische Leistungen lagen 2020 mit ca. 69 % knapp drei Prozentpunkte unter dem Anteil in 2019 (ca. 72 %).

Entlassungsform

Erste Hinweise auf den Erfolg der Rehabilitation lassen sich aus der Information ableiten, ob die jeweilige Maßnahme wie bewilligt durchgeführt und abgeschlossen werden konnte oder aber vorzeitig beendet wurde, siehe „Tabelle 13: Entlassungsform in der Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit, 2019–2021“ auf Seite 99. Während der Anteil von regulär abgeschlossenen Leistungen in der Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit im Jahr 2019 bei knapp 66 % lag, fiel er im Jahr 2020 mit 62 % niedriger aus; in 2021 erreichte er wieder ein Niveau von etwa 65 %. Zum Vergleich betrug in der medizinischen Rehabilitation insgesamt der Anteil der regulär abgeschlossen Rehabilitation im Jahr 2019 91 %; in 2020 und 2021 waren die Werte mit 87 % bzw. 89 % zwar ebenfalls etwas niedriger, lagen aber doch deutlich höher als in der Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit.

Höherer Anteil beendet Reha 2020 vorzeitig

Dagegen ist der Anteil der Rehabilitanden, die eine Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit vorzeitig beendeten, im Vergleich zur medizinischen Rehabilitation insgesamt höher. So betrug der Anteil der Leistungen, die durch die Betroffenen vorzeitig ohne

ärztliches Einverständnis beendet werden, in der Rehabilitation Alkoholabhängiger in den Jahren 2019 bis 2021 jeweils knapp über 11 %, siehe „Tabelle 13: Entlassungsform in der Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit, 2019–2021“ auf Seite 99. In der medizinischen Rehabilitation insgesamt beendete im gleichen Zeitraum lediglich eine bzw. einer von 100 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden die Rehabilitationsleistung ohne ärztliches Einverständnis. Darüber hinaus wurden mehr als 5 % der Rehabilitationen bei Alkoholabhängigkeit vorzeitig auf ärztliche Veranlassung beendet; in der medizinischen Rehabilitation lag der entsprechende Anteil mit insgesamt etwa 1 bis 2 % weit niedriger.

Der Anteil von Rehabilitationen, die mit ärztlichem Einverständnis vorzeitig beendet wurden, lag in der Rehabilitation Alkoholabhängiger vor allem 2020 mit fast 9 % deutlich höher als 2019 (5 %); 2021 sank er wieder (ca. 7 %). Gerade im ersten Corona-Jahr war die Verunsicherung bei den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden am größten und dürfte sich in diesen erhöhten Anteilen niedergeschlagen haben. Die Muster in der medizinischen Rehabilitation insgesamt waren vergleichbar, auch wenn die Anteile dort mit 3 % (2019) 6 % (2020) bzw. 5 % (2021) wiederum geringer ausfielen.

Reha-Ergebnis

Im ärztlichen Reha-Entlassungsbericht finden sich Angaben zum beruflichen Leistungsvermögen am Ende der Rehabilitation. Hier beurteilen die jeweils zuständigen Fachärztinnen und Fachärzte mit sozialmedizinischer Qualifikation unter Einbeziehung der Befunde des gesamten Reha-Teams, wie leistungsfähig die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden z.B. in ihrem zuletzt ausgeübten Beruf sind. Weiterhin wird eingeschätzt, ob die Versicherten aus der Rehabilitation arbeitsfähig entlassen werden können, siehe „Tabelle 14: Leistungsfähigkeit und Arbeitsfähigkeit am Ende der Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit nach Geschlecht, 2019–2021“ auf Seite 100.

72 % mit voller Leistungsfähigkeit

In den drei Berichtsjahren konnten jeweils über 72 % der Absolventinnen und Absolventen einer Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit laut der sozialmedizinischen Beurteilung im letzten Beruf wieder täglich sechs Stunden und mehr arbeiten. Beim Vergleich von Männern und Frauen lag der entsprechende Anteil bei Männern etwa vier bis sechs Prozentpunkte höher als bei Frauen. Eine verminderte Leistungsfähigkeit von drei bis unter sechs Stunden wurde etwa 5 % der Frauen und etwa 2 % der Männer zugeschrieben. Eine Minderung der Leistungsfähigkeit auf unter drei Stunden pro Tag lag nach sozialmedizinischer Beurteilung bei etwa 16 % der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden vor.

Arbeitsunfähigkeit gestiegen

Direkt im Anschluss an die Rehabilitation wurden im Jahr 2019 ca. 59 % der Frauen und 65 % der Männer als arbeitsfähig eingeschätzt, siehe „Tabelle 14: Leistungsfähigkeit und Arbeitsfähigkeit am Ende der Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit nach Geschlecht, 2019–2021“ auf Seite 100. Arbeitsunfähig entlassen wurden 26 % der Frauen und 22 % der Männer. Der Anteil der arbeitsunfähig Entlassenen stieg im Verlauf der nächsten beiden Jahre – bei Frauen deutlicher als bei Männern – und lag im Jahr 2021 bei 29 % (Frauen) und knapp 25 % (Männer). Über die weitere Arbeitsfähigkeit entscheiden die behandelnden niedergelassenen Ärzte im Anschluss an die Rehabilitation; hierüber liegen in den Routinedaten der Rentenversicherung keine Informationen vor.

Empfehlungen für die Zeit nach einer Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit

Am Ende der medizinischen Rehabilitation erhalten die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden Empfehlungen für die Zeit nach der Rehabilitation. Sie betreffen die weitere Behandlung zur Verbesserung der Teilhabe am Alltags- und Berufsleben sowie notwendige medizinische Maßnahmen nach einer Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen. Hierdurch soll der erreichte Erfolg, allem voran die Abstinenz, stabilisiert und weitergeführt werden.

In den drei Berichtsjahren erhielten jeweils mehr als 80 % der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden die Empfehlung, an einer Selbsthilfegruppe teilzunehmen, siehe „Abbildung 24: Empfehlungen am Ende der Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit, 2019–2021“ auf Seite 103. Selbsthilfegruppen gelten bei der Rehabilitation für Abhängigkeitserkrankte als wichtiger Baustein zur Sicherung des in der Rehabilitation erreichten Erfolges. Etwa der Hälfte der Erkrankten wurde empfohlen, eine Suchtberatung aufzusuchen. Lediglich etwa 23 % der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erhielten die Empfehlung, eine psychologische Beratung bzw. eine Psychotherapie in Anspruch zu nehmen. Dieser Wert liegt angesichts der hohen Komorbidität der Alkoholabhängigkeit mit anderen psychischen Erkrankungen überraschend niedrig. Der Anteil der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die eine Nachsorgeempfehlung erhielten, betrug etwa 43 %. Die Unterschiede zwischen den betrachteten Jahren waren wiederum gering.

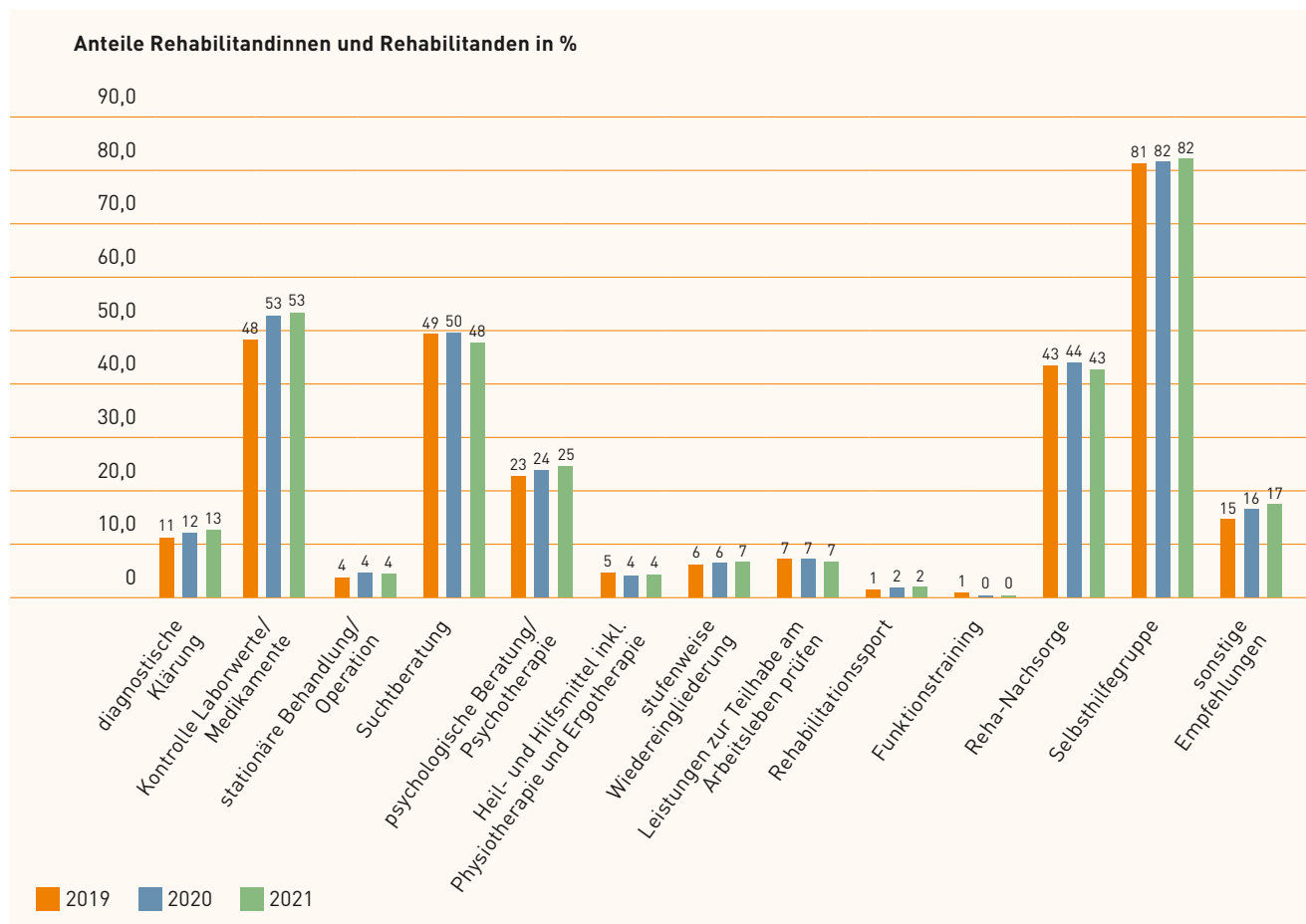
Ausblick

Menschen mit stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen benötigen auf ihrem Weg zur dauerhaften Abstinenz und zur Wiedereingliederung in das Arbeitsleben ein vielfältiges, systematisch abgestimmtes Behandlungs- und Unterstützungsangebot. Zentrale und unverzichtbare Bestandteile dieses Angebots sind die stationären und ambulanten Rehabilitationsleistungen sowie die Nachsorgeleistungen der Deutschen Rentenversicherung. Diese Leistungen bauen teils aufeinander auf und sind eingebettet in das Leistungsangebot anderer Sozialleistungsträger (Gesetzliche Krankenversicherung, Arbeitsagenturen bzw. Jobcenter). Auch Selbsthilfegruppen spielen in der Interventionskette eine bedeutende Rolle. Neuere Konzepte wie das sog. „Nahtlosverfahren“ zwischen Entgiftung und Rehabilitation dienen dazu, einen möglichst nahtlosen Übergang zwischen verschiedenen Behandlungsphasen und -einrichtungen (ambulante Suchthilfe/-beratung – Entgiftung/Entwöhnung im Akutkrankenhaus – stationäre Rehabilitation – Nachsorge) zu gewährleisten. Dies ist gerade bei Abhängigkeitserkrankungen von hoher Bedeutung.

Wie die Analysen der statistischen Routinedaten zeigen, hatte die Corona-Pandemie deutliche Auswirkungen auf die Zahl der Anträge sowie der bewilligten Leistungen zur Rehabilitation bei stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen. Der erschwerte Zugang zur Rehabilitation, u. a. aufgrund der aus hygienischen Gründen erforderlichen Reduzierung der Belegung in den Reha-Einrichtungen und der damit verlängerten Reha-Antrittszeiten, zeigt sich zudem an der Abnahme der Anzahl angetretener Leistungen.

Allerdings verdeutlichen die Detailauswertungen zu den abgeschlossenen Leistungen bei Alkoholabhängigkeit, dass der Rückgang insbesondere im ersten Jahr der Pandemie (2020), auch in Folge der erleichterten Rahmenbedingungen durch die Deutsche Rentenversicherung, geringer ausfiel als in der medizinischen Rehabilitation insgesamt. Zudem lassen die Daten erkennen, dass sich in Zeiten der Pandemie (2020 und 2021) weder die

Abbildung 24: Empfehlungen am Ende der Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit, 2019–2021



Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2019, 2020, 2021

soziodemografischen und krankheitsbezogenen Merkmale der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden noch deren therapeutische Versorgung (z.B. Behandlungsform und -setting, erbrachte therapeutische Leistungen, Entlassungsform, sozialmedizinische Beurteilung bei Entlassung) substanziell von denen im „Vor-Corona-Jahr“ 2019 unterschieden.

Zusammengefasst sprechen diese Ergebnisse dafür, dass es der Deutschen Rentenversicherung im Einklang mit ihren Zielsetzungen (siehe Info-Box „Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Rahmenbedingungen der Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen“ auf Seite 93) gelang, die Versorgung dieser besonders gefährdeten Zielgruppe auch unter den erschwerten Rahmenbedingungen bestmöglich sicherzustellen. In diesem Zusammenhang sind die Anstrengungen der Reha-Einrichtungen und ihrer Mitarbeitenden hervorzuheben, die mit hohem Einsatz ihr Möglichstes getan haben, um die Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen auch unter eingeschränkten Bedingungen qualitativ hochwertig durchzuführen.

Weitere
Ergebnisse
notwendig

Die Ergebnisse dürfen nicht den Blick darauf verstellen, dass es erhebliche Veränderungen in der konkreten Ausgestaltung der Rehabilitation gab, die aufgrund der Pandemie erforderlich waren, aber durch die Routinedaten nicht abgebildet werden können. Um solche Veränderungen beschreiben und bewerten zu können, fördert die Rentenversicherung seit Oktober 2020 das Forschungsprojekt „Auswirkungen der SARS-CoV-2-Pandemie auf Zugang, Inanspruchnahme und Ausgestaltung der Sucht-Rehabilitation“ (CoV-AZuR; Leitung: Prof. Dr. Karla Spyra, Charité - Universitätsmedizin Berlin). Das Projekt erfasst die Auswirkungen der Pandemie auf die ambulante und stationäre Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen aus dem Blickwinkel von Mitarbeitenden der Rehabilitationseinrichtungen sowie Rehabilitandinnen und Rehabilitanden. Erste Zwischenergebnisse aus einer schriftlichen Einrichtungsbefragung zeigen, wie die therapeutischen Angebote angepasst wurden. Beispielsweise wurden Gruppengrößen verringert, Gruppensitzungen durch Einzelgespräche ergänzt oder ersetzt und insbesondere digitale oder hybride Behandlungselemente neu eingeführt. Die Endergebnisse des Projekts werden etwa Mitte des Jahres 2023 vorliegen.

In den kommenden Jahren wird zu untersuchen sein, wie sich die Pandemie und die damit verbundenen Veränderungen des therapeutischen Angebots auf die Zufriedenheit der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit der Behandlung und den mittel- und längerfristigen Behandlungserfolg (insbesondere die Suchtmittelabstinenz sowie die Teilhabe am Arbeitsleben) auswirken. Hierüber werden die Daten aus der Reha-Qualitätssicherung sowie die Routinedaten zu den sozialmedizinischen Verläufen zur beruflichen Wiedereingliederung Aufschluss geben. Von hoher Bedeutung werden zudem systematische Studien zur Wirksamkeit der neu entwickelten digitalen und hybriden Versorgungsformen sein. Diese sind notwendig, um das Leistungsangebot der Rentenversicherung weiterhin evidenzbasiert auszugestalten.

Schwierig ist nicht zuletzt die Prognose des künftigen Bedarfs an Rehabilitationen bei Abhängigkeitserkrankungen. Dieser könnte sich aufgrund der Belastungen durch die Pandemie vergrößern. Auch hierzu fehlen jedoch bislang belastbare Zahlen. Die Entwicklung der epidemiologischen Daten zu stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen sorgfältig zu beobachten und hierauf mit einer angemessenen Anpassung der Behandlungsangebote zu reagieren, stellt eine weitere wichtige Herausforderung für das Versorgungssystem insgesamt und für die Rentenversicherung im Besonderen dar.

Anhang

Datenquellen

Grundlage des Reha-Berichts 2022 bilden Routinedaten aus der Statistik der Rentenversicherung sowie Daten aus der Reha-Qualitätssicherung 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. Daher werden sie auch prozessproduzierte Daten genannt. 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 2022 wurden die folgenden jährlichen Statistiken über Routinedaten der Rentenversicherung herangezogen sowie Sonderauswertungen durchgeführt: Der 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 2006 bis 2021

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 sozio- demografische Merkmale.



Statistikpublikationen der Deutschen Rentenversicherung können auf der Internetseite heruntergeladen werden:

www.deutsche-rentenversicherung.de → **Experten** → **Zahlen und Fakten**
→ **Statistiken und Berichte** oder www.statistik-rente.de

Versicherte

(ehemals „Aktiv Versicherte“)
Statistik der Deutschen
Rentenversicherung
Herausgeber:
Deutsche Rentenversicherung Bund
Ausgaben für die Jahre 2006 bis 2020

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

Rentenversicherung in Zeitreihen

Herausgeber:
Deutsche Rentenversicherung Bund
Ausgabe 2021
DRV-Schriften, Band 22

Daten zur Qualitätssicherung

Zur ständigen Verbesserung der Leistungen zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation setzt die Deutsche Rentenversicherung Instrumente und Verfahren der Reha-Qualitätssicherung (QS) ein und erhebt damit Daten von Reha- Einrichtungen bzw. von deren indikationsspezifischen Fachabteilungen sowie Rehabilitandinnen und Rehabilitanden. Die Auswertungen dieser Daten werden regelmäßig an die jeweiligen Reha-Fachabteilungen in Form von „Berichten zur Reha-Qualitätssicherung“ zurückgemeldet und intern zur Weiterentwicklung genutzt. Jede Fachabteilung erhält differenzierte Berichte, die die eigenen Ergebnisse einer geeigneten Vergleichsgruppe (alle anderen Fachabteilungen einer bestimmten Indikation z. B. Orthopädie) gegenüberstellt. Damit kann sie erkennen, wo sie sich im Vergleich mit anderen Reha-Fachabteilungen befindet.

Im Reha-Bericht 2022 liefern die Daten der Reha-Qualitätssicherung Informationen zur Durchführung und zum Erfolg medizinischer und beruflicher Rehabilitation.

Qualitätssicherung für Leistungen der medizinischen Rehabilitation

- **Strukturerhebung:** bildet die personellen, technischen, räumlichen, diagnostischen und therapeutischen Ressourcen in den Reha-Einrichtungen ab und vergleicht sie mit den rentenversicherungsweiten Strukturanforderungen
- **Peer Review-Verfahren:** erfasst die Qualität des Reha-Prozesses über eine Bewertung der Entlassungsberichte und Therapiepläne aus Reha- Einrichtungen durch geschulte ärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (Peers), siehe auch „Peer Review – Rehabilitation aus Sicht der Expertinnen und Experten“ auf Seite 58
- **Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL):** individuell erbrachte therapeutische Leistungen werden mit der KTL während einer Rehabilitation dokumentiert, siehe auch „Therapeutische Versorgung – Dokumentation der KTL“ auf Seite 54

- **Reha-Therapiestandards (RTS):** formulieren wissenschaftlich fundierte Anforderungen für die therapeutische Ausgestaltung der Rehabilitation, siehe auch „Reha-Therapiestandards – Anforderungen an die Rehabilitation“ auf Seite 56
- **Rehabilitandenbefragung:** regelmäßig werden Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zur Zufriedenheit mit ihrer Rehabilitation sowie zu deren Erfolg befragt, siehe auch „Zufriedenheit aus Perspektive der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden“ auf Seite 51
- **Sozialmedizinischer Verlauf (SMV):** bildet anhand von Routinedaten den Erwerbsverlauf nach medizinischer Rehabilitation ab, der Auskunft über deren Erfolg gibt, siehe auch „Behandlungserfolg – Sozialmedizinischer Verlauf“ auf Seite 62
- **Visitation:** Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Deutschen Rentenversicherung prüfen nach einem einheitlich geregelten Visitationsverfahren Qualitätsaspekte vor Ort in den Reha-Einrichtungen
- **Bewertung der Qualität von Reha-Einrichtungen (BQR):** fasst jeweils die Ergebnisse aus der Rehabilitandenbefragung, dem Peer Review und der therapeutischen Versorgung in Form von Qualitätspunkten zusammen

Qualitätssicherung für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)

- **Teilnehmerbefragung:** regelmäßige Befragung der Teilnehmenden an beruflichen Bildungsleistungen zur Struktur, zum Reha-Prozess und zum Reha-Ergebnis. Im Reha-Bericht 2021 sind die bisher aktuellsten Zahlen dargestellt.
- **Ergebnis der beruflichen Bildungsleistung:** ausgewertet werden Routinedaten zum Abschluss der Rehabilitation, siehe „Abschluss der beruflichen Bildungsleistungen“ auf Seite 76
- **Sozialmedizinischer Status (SMS):** bildet anhand von Routinedaten den Erwerbsstatus in unterschiedlichen Monaten nach beruflicher Bildungsleistung ab, der Auskunft über deren Erfolg gibt, siehe auch „Status nach beruflichen Bildungsleistungen“ auf Seite 76



Informationen zur Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung finden Sie auf der Internetseite:
www.reha-qs-drv.de

Abbildungsverzeichnis

- 39** **Abbildung 1:** Medizinische Rehabilitation – Anträge, Bewilligungen und abgeschlossene Leistungen 2006–2021
- 46** **Abbildung 2:** Spektrum der Indikationen in der medizinischen Rehabilitation Erwachsener – 2020 und 2021
- 47** **Abbildung 3:** Stationäre und ambulante Reha 2021 – Spektrum der Indikationen nach Geschlecht
- 48** **Abbildung 4:** Medizinische Rehabilitation – Altersspezifische Inanspruchnahmeraten bei Frauen 2021
- 49** **Abbildung 5:** Medizinische Rehabilitation – Altersspezifische Inanspruchnahmeraten bei Männern 2021
- 53** **Abbildung 6:** Zufriedenheit der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in der stationären medizinischen Rehabilitation – Somatische Indikationen
- 54** **Abbildung 7:** Behandlungserfolg aus Sicht der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in der stationären medizinischen Rehabilitation – Somatische Indikationen
- 59** **Abbildung 8:** Versorgung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden gemäß Reha-Therapiestandards für „Alkoholabhängigkeit“ bei Rehabilitationen der Deutschen Rentenversicherung im Jahr 2020
- 60** **Abbildung 9:** Versorgung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden gemäß Reha-Therapistandards für „Depressive Störungen“ bei Rehabilitationen der Deutschen Rentenversicherung im Jahr 2020
- 61** **Abbildung 10:** Bewertung der Prozessbereiche im Peer Review der somatischen Indikationen
- 62** **Abbildung 11:** Sozialmedizinischer 2-Jahres-Verlauf nach medizinischer Rehabilitation in 2018 (pflichtversicherte Rehabilitandinnen und Rehabilitanden)
- 63** **Abbildung 12:** Sozialmedizinischer Zwei-Jahres-Verlauf nach medizinischer Rehabilitation in 2018 für verschiedene Indikationen (pflichtversicherte Rehabilitandinnen und Rehabilitanden)
- 66** **Abbildung 13:** Fachabteilungen in stationären Reha-Einrichtungen

- 69 Abbildung 14:** Teilhabe am Arbeitsleben – Anträge, Bewilligungen und abgeschlossene Leistungen 2006–2021
- 71 Abbildung 15:** Spektrum der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei Frauen und Männern 2021 – abgeschlossene Leistungen
- 73 Abbildung 16:** Spektrum der Indikationen bei Bildungsleistungen von Frauen und Männern 2021 – abgeschlossene Leistungen
- 75 Abbildung 17:** Berufliche Bildungsleistungen – Altersspezifische Inanspruchnahmeraten 2021
- 77 Abbildung 18:** Abschluss der beruflichen Bildungsleistung 2021 nach Geschlecht
- 78 Abbildung 19:** Wiedereingliederungsstatus im 6., 12. und 24. Monat nach beruflicher Bildungsleistung im Jahr 2018
- 81 Abbildung 20:** Aufwendungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) 2006-2021
- 91 Abbildung 21:** Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen 2010–2021, nach Geschlecht und Erkrankungsart
- 92 Abbildung 22:** Medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen – Anträge, Bewilligungen und angetretene Leistungen 2019–2021
- 98 Abbildung 23:** Therapeutische Versorgung in der Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit, 2019–2021
- 103 Abbildung 24:** Empfehlungen am Ende der Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit, 2019–2021

Tabellenverzeichnis

39	Tabelle 1:	Medizinische Rehabilitation – Anzahl der Anträge, Bewilligungen und abgeschlossenen Leistungen in 2020 und 2021
41	Tabelle 2:	Abgeschlossene Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 2006–2021 – stationär und ambulant für Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche
43	Tabelle 3:	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 2006–2021 – besondere Reha-Formen für Erwachsene
47	Tabelle 4:	Stationäre und ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 2021 – Behandlungsdauer im Spektrum der Indikationen
56	Tabelle 5:	Anzahl und Anteil der therapeutischen Leistungen nach Inhalt, Anzahl der Leistungen und Dauer für Rehabilitationen in 2020
68	Tabelle 6:	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – Anzahl der Anträge, Bewilligungen und abgeschlossenen Leistungen 2020 und 2021
70	Tabelle 7:	Abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 2006–2021
74	Tabelle 8:	Leistungen zur beruflichen Bildung 2006–2021 nach Art der Bildungsleistung (altersstandardisiert – Leistungen pro 10.000 Versicherte)
80	Tabelle 9:	Aufwendungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben in Mio. € 2006–2021
82	Tabelle 10:	Ausgaben der gesetzlichen Rentenversicherung 2021 nach Ausgabearten in Mio. Euro
94	Tabelle 11:	Soziodemografische Merkmale der Personen mit Rehabilitationen bei Alkoholabhängigkeit, 2019 bis 2021
96	Tabelle 12:	Art der Durchführung der Rehabilitationen bei Alkoholabhängigkeit, 2019–2021
99	Tabelle 13:	Entlassungsform in der Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit, 2019–2021
100	Tabelle 14:	Leistungsfähigkeit und Arbeitsfähigkeit am Ende der Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit nach Geschlecht, 2019–2021

Impressum

Herausgeber

Deutsche Rentenversicherung Bund
Geschäftsbereich Prävention,
Rehabilitation und Sozialmedizin
Dezernat 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

Ariane Funke, Dr. Marco Streibelt
reha-wissenschaften@drv-bund.de
Dezernat Reha-Wissenschaften

Dr. Astrid Steinbrecher,
reha-qs-daten@drv-bund.de
Dezernat Reha-Qualitätssicherung,
Epidemiologie und Statistik

Statistische Daten

Thomas Bütetisch,
statistik-bln@drv-bund.de
Bereich Statistische Analysen

Niels Baumann, Robert Kittel,
Angela Kranzmann, Dr. Bernhard Luther,
reha-qs-daten@drv-bund.de
Dezernat Reha-Qualitätssicherung,
Epidemiologie und Statistik

Mitwirkende

Wir danken folgenden Mitarbeiterinnen
und Mitarbeitern für ihre Mitwirkung:
Dr. Anja Bestmann, Dr. Beatrix Böllhoff,
Dr. Silke Brüggemann, Sabine Erbstößer,
Dr. Johannes Falk, Katharina Fecher,
Hanna Grüßing, Kristina Kulisch,
Dr. Anne-Katrin Mayer, Nina-Tamara
Moser, Dr. Annette Müller-Garnn,
Dr. Klaus Müller-Siegel, Barbara Müller-
Simon, Katrin Parthier, Petra Payne,
Nadine Schmidt, Alissia Seibert,
Daniela Sewöster, Robert Simon,
Dr. Markus Thiede, Dr. Tanja Trefzer,
Andrea Verbarg, Pia Zollmann

Fotos

Deutsche Rentenversicherung Bund,
Deutsche Rentenversicherung Westfalen,
Adobe Stock (S. 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21,
22, 25, 26, 27, 28, 29, 38, 51, 67, 76, 79,
86, 97)

Satz und Layout

Grafikdesign Janine Frake

Druck

H. Heenemann GmbH & Co. KG, Berlin

Auflage

2.000
Berlin, Dezember 2022
ISSN 2193-5718 (Reha-Bericht)

Die Deutsche Nationalbibliothek
verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliographie.

Der Abdruck ist auszugsweise mit
Quellenangabe gestattet.