



Deutsche
Rentenversicherung

Bund

Reha-Bericht 2023

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

Mit dem Fokusthema:
**Rehabilitation bei
Post-COVID-Syndrom**

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

7	VORWORT
8	FAKTEN IM ÜBERBLICK
12	AKTUELLE ENTWICKLUNGEN
14	RECHT UND POLITIK
16	REHA-QUALITÄTSSICHERUNG
20	REHA-WISSENSCHAFTEN UND NEUE KONZEPTE
34	REHABILITATION IM LICHT DER STATISTIK
36	MEDIZINISCHE REHABILITATION: UMFANG UND STRUKTUR
36	ANTRÄGE, BEWILLIGUNGEN UND DURCHGEFÜHRTE LEISTUNGEN
38	VERSCHIEDENE FORMEN DER REHABILITATION
43	SPEKTRUM DER INDIKATIONEN – ZEITLICHE ENTWICKLUNG
43	SPEKTRUM DER INDIKATIONEN IN 2022 – NACH GESCHLECHT UND REHA-FORM
45	ALTERSSPEZIFISCHE BETRACHTUNG
48	MEDIZINISCHE REHABILITATION: PROZESS UND ERGEBNIS
48	ZUFRIEDENHEIT AUS PERSPEKTIVE DER REHABILITANDINNEN UND REHABILITANDEN
50	BEHANDLUNGSERFOLG AUS SICHT DER REHABILITANDINNEN UND REHABILITANDEN
51	THERAPEUTISCHE VERSORGUNG – DOKUMENTATION DER KTL
53	REHA-THERAPIESTANDARDS – ANFORDERUNGEN AN DIE REHABILITATION
57	PEER REVIEW – REHABILITATION AUS SICHT DER EXPERTINNEN UND EXPERTEN
60	ERFOLG DER REHABILITATION – SOZIALMEDIZINISCHER VERLAUF
63	MEDIZINISCHE REHABILITATION: REHA-EINRICHTUNGEN
63	ANZAHL STATIONÄRER REHA-FACHABTEILUNGEN

65	BERUFLICHE REHABILITATION: UMFANG UND STRUKTUR
65	ANTRÄGE, BEWILLIGUNGEN UND DURCHGEFÜHRTE LEISTUNGEN FÜR LTA
67	ZEITLICHE ENTWICKLUNG
69	SPEKTRUM DER LEISTUNGEN
70	BERUFLICHE BILDUNG – SPEKTRUM DER INDIKATIONEN
72	BERUFLICHE BILDUNG – ALTERSSPEZIFISCHE INANSPRUCHNAHME
73	BERUFLICHE REHABILITATION: PROZESS UND ERGEBNIS VON BILDUNGSLEISTUNGEN
73	ABSCHLUSS DER BERUFLICHEN BILDUNGSLEISTUNGEN
74	STATUS NACH BERUFLICHEN BILDUNGSLEISTUNGEN
76	AUFWENDUNGEN FÜR REHABILITATION
76	AUFWENDUNGEN IN 2022
78	ENTWICKLUNG DER AUFWENDUNGEN AB 2006
79	VERGLEICH ZU WEITEREN AUSGABEN DER RENTENVERSICHERUNG
80	IM FOKUS
82	REHABILITATION BEI POST-COVID-SYNDROM
94	ANHANG
94	DATENQUELLEN



Gundula Roßbach



Brigitte Gross

Vorwort

Wir freuen uns Ihnen mit dem aktuellen Reha-Bericht die wichtigsten Daten, Fakten und Entwicklungen zur Rehabilitation der Rentenversicherung vorstellen zu können. Entsprechend ihrer Bedeutung für die Versicherten, aber auch für die Gesellschaft, wird das Leistungsgeschehen in der medizinischen und beruflichen Rehabilitation transparent und nachvollziehbar dargestellt. Den Schwerpunkt bilden ausführliche Informationen zur Rehabilitation, sowohl zu Umfang und Struktur der medizinischen und beruflichen Rehabilitation, als auch zu Prozess und Ergebnis der Reha-Leistungen. Die routinemäßig erhobenen Statistikdaten der Rentenversicherung für das Jahr 2022 und die Ergebnisse der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung bilden dafür die Grundlage.

In den ausgewählten „Aktuellen Entwicklungen“ zur Rehabilitation aus den Bereichen Recht und Politik, Qualitätssicherung und Reha-Forschung berichten wir auch über das seit Juli 2023 greifende „Gesetz Digitale Rentenübersicht“, mit dem die Transparenz in der Rehabilitation verbessert werden soll. Ein Baustein ist das Public Reporting, ein Auftrag an die Rentenversicherung die Daten der externen Qualitätssicherung der Rehabilitationseinrichtungen zu veröffentlichen.

Die Auswirkungen des Post-COVID-Syndroms auf die medizinische Rehabilitation rücken wir für Sie in den Fokus. Basis sind die statistischen Daten der Rentenversicherung. Die SARS-CoV-2-Pandemie rollte als Krise mit globalen Auswirkungen in das Jahr 2020 und bestimmt seitdem das Geschehen mit. Die SARS-CoV-2-Pandemie machte seit 2020 relevante Forschungsbedarfe sichtbar. Um die Strukturen und Prozesse der Rehabilitation anzupassen, wurden von der Rentenversicherung Forschungsprojekte gefördert, die ihre Ergebnisse inzwischen publiziert haben.

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 der Forschungsschwerpunkt zur „Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation“ ins Leben gerufen. Die geförderten Projekte haben im Herbst 2021 ihre Arbeit aufgenommen. Vorgestellt werden die neun Projekte im neuen Podcast der Rentenversicherung „rehalitätsnah“, hörbar über alle Podcast-Plattformen und die Internetseite der Rentenversicherung. Seit Herbst 2023 ist „rehalitätsnah“ regelmäßig auch als Live-Stream on Air, damit die Forschenden ihre Ergebnisse auf der digitalen Bühne vorstellen und mit dem Publikum diskutieren können.

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



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 144.000 Fällen bei 16 %.

83 %

nach **zwei Jahren**
erwerbsfähig

Rehabilitation wirkt: Zwei Jahre nach einer medizinischen Reha-Leistungen waren 83 % im Erhebungszeitraum 2021 erwerbsfähig. Das Geschlechter-Verhältnis ist hier ausgeglichen.

Knapp 1,5 Millionen Anträge auf medizinische Rehabilitation wurden 2022 bei der Rentenversicherung gestellt. Das sind 7 % mehr als im Vorjahr.

Genau 922.820 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation führte die Rentenversicherung in 2022 durch.

Auf die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen entfielen 29.144 Leistungen. Der prozentuale Anteil von Kinder- und Jugendrehabilitationen an allen Reha-Leistungen der Rentenversicherung rangierte auch in 2022 bei 3 %.

Die ambulanten Reha-Leistungen machten 16 % aller medizinischen Reha-Leistungen in 2022 aus. Der überwiegende Teil medizinischer Rehabilitation erfolgt jedoch nach wie vor stationär.

Die Anschlussrehabilitation (AHB) umfasste mit 324.926 Leistungen mehr als ein Drittel aller medizinischen Reha-Leistungen (36 %).

Zur Reha-Nachsorge führte die Rentenversicherung 203.251 Leistungen nach §17 Sozialgesetzbuch (SGB) VI durch.

42.292

Menschen erhielten
Wiedereingliederung

42.292 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erhielten 2022 durch die stufenweise Wiedereingliederung Unterstützung bei ihrer Rückkehr in den Beruf.

54 Jahre sind
Frauen und Männer
im Altersdurchschnitt

Frauen (54,0 Jahre) und Männer (54,2 Jahre) waren in der medizinischen Rehabilitation durchschnittlich fast gleich alt.

42.292 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erhielten 2022 durch die stufenweise Wiedereingliederung Unterstützung bei ihrer Rückkehr in den Beruf. In den zwei Jahren nach ihrer medizinischen Rehabilitation in 2019 waren 83 % der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erwerbsfähig. Das Geschlechterverhältnis ist hier ausgeglichen: 83 % der Männer und 83 % der Frauen. Ein Großteil von ihnen war auch erwerbstätig.

Die häufigsten Reha-Indikationen waren orthopädische und rheumatische Erkrankungen: Auf sie entfielen stationär mehr als ein Drittel der Reha-Leistungen bei Frauen mit 35 % und bei Männern mit 33 %. Im ambulanten Bereich machten orthopädische und rheumatische Erkrankungen bei Frauen 74 % der Reha-Leistungen im ambulanten Bereich aus. Bei Männern lag der Anteil bei 67 %.

Mit steigendem Alter wird die Rehabilitation häufiger in Anspruch genommen. Frauen (54,0 Jahre) und Männer (54,2 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 29 Tagen, ohne psychische Erkrankungen.

Berufliche Rehabilitation

120.078

Leistungen
abgeschlossen

Von den abgeschlossenen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nahmen Männer in 2022 den Großteil in Anspruch. Frauen nutzen nur ein Drittel der LTA.

Knapp **20 %**
der Leistungen für
berufliche Bildung

Ein Fünftel aller Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben waren in 2022 Bildungsleistungen wie Umschulungen und Fortbildungen.

2022 gingen bei der Rentenversicherung 330.624 Anträge auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) ein. Bewilligt wurden 228.625 Leistungen durch die Rentenversicherung. 120.078 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wurden abgeschlossen.

Männer nahmen deutlich häufiger LTA in Anspruch als Frauen: In 2022 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 2022 im Mittel bei 48,5 Jahren. Männer waren durchschnittlich 49,7 Jahre alt.

Etwa ein Fünftel der LTA waren in 2022 berufliche Bildungsleistungen. Orthopädische und rheumatische Erkrankungen standen als Indikation und Ursache bei beruflicher Bildung an erster Stelle. Bei Frauen traf dies in 61 % 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 59 %. Sechs Monate nach einer beruflichen Bildungsleistung war über die Hälfte der Teilnehmenden (52 %) pflichtversicherungspflichtig beschäftigt. 12 Monate danach lag der Anteil bei 56 %.

Aufwendungen für Rehabilitation

6,96 Mrd. Euro
Aufwand für
Rehaleistungen

Die Rentenversicherung gab in 2022 mehr als 5,4 Mrd. Euro für medizinische Rehabilitation aus. Über 1,2 Mrd. Euro flossen in Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA).

69 Mio. Euro
pandemiebedingte
Zuschüsse gezahlt

Durch das Sozialdienstleister-Einsatzgesetz (SodEG) wurden für das Jahr 2022 Zuschüsse an medizinische Rehabilitationseinrichtungen und Anbieter von LTA gezahlt.

Die Rentenversicherung wandte im Jahr 2022 rund 6,96 Mrd. Euro (brutto) für Rehabilitation auf. Davon flossen mehr als 5,4 Mrd. Euro in Leistungen für medizinische Rehabilitation. Über 1,2 Mrd. Euro wurden für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) gezahlt und rund 0,4 Mrd. Euro für Sozialversicherungsbeiträge.

Eingerechnet sind in den Gesamtbetrag aller Aufwendungen für Rehabilitation von 2022 rund 69 Mio. Euro, die pandemiebedingt durch das Sozialdienstleister-Einsatzgesetz (SodEG) als Zuschüsse an 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 deutlich. 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 lief zum 30. Juni 2022 aus.

Aktuelle Entwicklungen



Recht und Politik

Reha-Qualitätssicherung

**Reha-Wissenschaften und
neue Konzepte**



Recht und Politik

Seit Juli 2023: Das neue Beschaffungsverfahren in der medizinischen Rehabilitation

Mit dem „Gesetz Digitale Rentenübersicht“ soll die Transparenz in der Rehabilitation verbessert werden. Am 1. Juli 2023 traten mit diesem Gesetz grundlegende Neuerungen zur Beschaffung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Kraft. In den verbindlichen Entscheidungen hat der Bundesvorstand der Rentenversicherung das neue Recht für die Praxis konkretisiert. Das neue Verfahren macht die Beschaffung von Rehabilitationsleistungen für alle Beteiligten transparenter, verbindlicher, diskriminierungsfreier und nachvollziehbarer. Das ist neu:

- Künftig ist nur noch ein Rentenversicherungsträger als Federführer und gesetzlicher Vertreter aller Rentenversicherungsträger für die Zulassung und den Vertrag mit der jeweiligen Reha-Einrichtung zuständig.
- Gestärkt wurde das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten. Wer sich keine Einrichtung für die Rehabilitation aussucht, erhält seit Juli 2023 Vorschläge, die auf Basis objektiver sozialmedizinischer Kriterien ermittelt werden. Dazu zählen neben den Diagnosen unabdingbare Sonderanforderungen, die im Behandlungsprozess förderlich sind.
- Das Internetportal „Meine Rehabilitation“ ist seit Juli 2023 online, siehe auch „Qualitätsdaten im Netz: Public Reporting ist online“ auf Seite 16.
- Noch bis Dezember 2025 wird das Vergütungssystem für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation von der Deutschen Rentenversicherung weiterentwickelt.

Das Verfahren zur Beschaffung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wird durch die Umsetzung der gesetzlichen Neuerungen auf rechtlich abgesicherter Basis zeitgemäß weiterentwickelt.

Hilfsfonds: Zuschuss zu Kosten für Energie und Wärme für soziale Dienstleister

Die Kosten für Wärme und Energie sind im Jahr 2022 stark gestiegen, auch bei den Leistungserbringern sozialer Dienste. Aufgrund der erhöhten Preise wurde von der Bundesregierung der Hilfsfonds für Rehabilitation und Teilhabe aufgelegt – als Entlastungsmaßnahme für soziale Dienstleister. Einrichtungen der Rehabilitation und Teilhabe können noch bis Ende April 2024 bei der Deutschen Rentenversicherung Bund und anderen Rehabilitationsträgern einmalig einen Energiekostenzuschuss für Gas, Fernwärme und andere Brennstoffe sowie Strom beantragen.

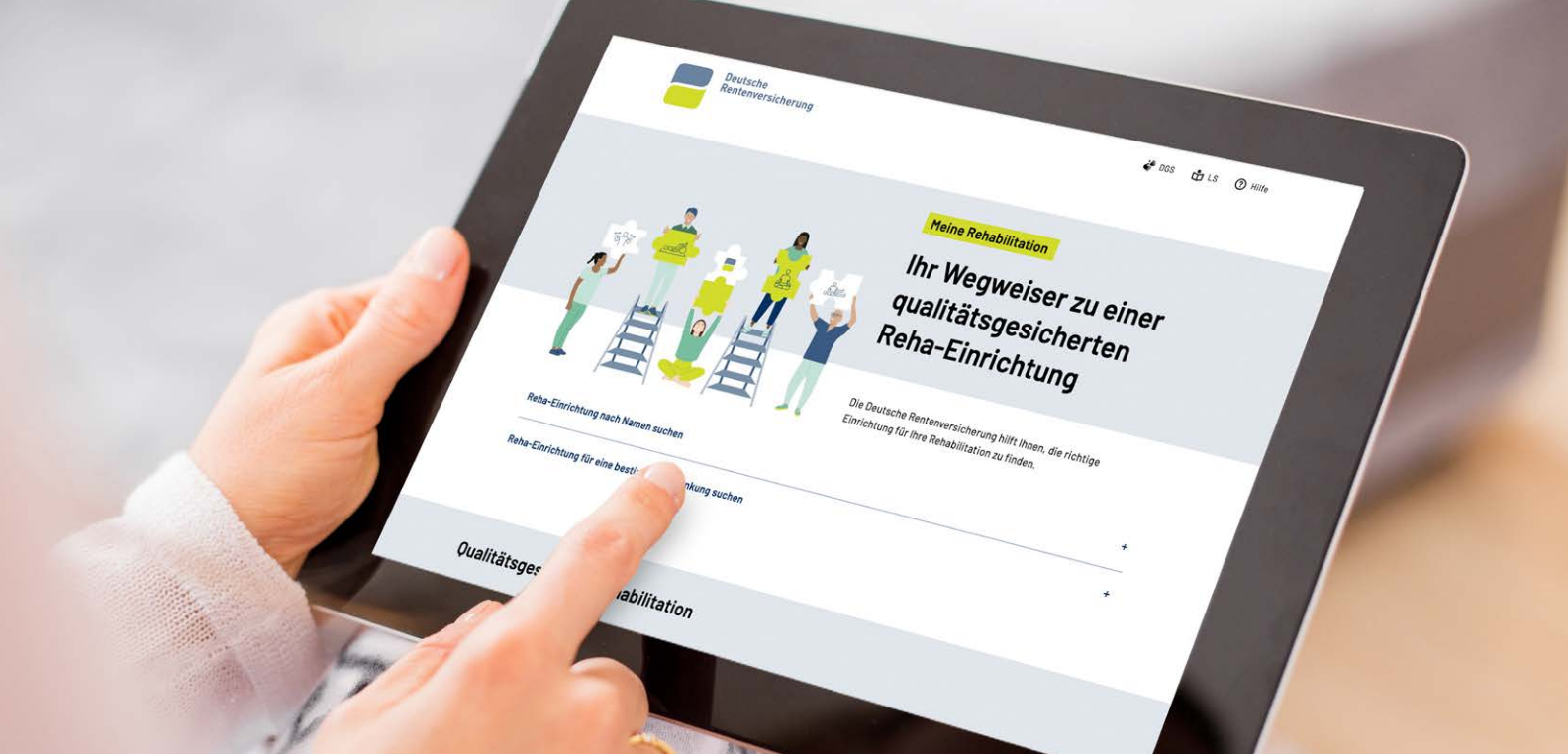
Die Höhe des Zuschusses orientiert sich an der Differenz der Gesamt-Energiekosten des Jahres 2022 im Vergleich zum Jahr 2021 und beträgt hiervon 95 %. Das Antragsverfahren ist aufwandsarm konzipiert. Informationen und das Online-Antragsformular gibt es auf der Internetseite der Deutschen Rentenversicherung. Bis Mitte Oktober 2023 hatten 59 Einrichtungen finanzielle Unterstützung aus dem Hilfsfonds durch die Deutsche Rentenversicherung in Höhe von insgesamt rund 6,4 Mio. Euro erhalten.



Mehr Informationen:

**Hilfsfonds des Bundes für soziale Dienstleister |
Infos für Reha-Einrichtungen | Deutsche Rentenversicherung
(deutsche-rentenversicherung.de)**





Reha-Qualitätssicherung

Qualitätsdaten im Netz: Public Reporting ist online

Der offizielle „Wegweiser der Rentenversicherung zu einer qualitätsgesicherten Reha-Einrichtung“ ist seit Juli 2023 online. Auf dem 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 Instrumente der Qualitätssicherung werden zu einer einheitlichen Bewertung – dem Parameter Qualität – zusammengefasst. Weitere wichtige Informationen, beispielsweise zur Durchführungsart der Rehabilitation in ambulanter oder stationärer Form, werden auf den Internetseiten dargestellt. Auskunft gibt das Portal auch darüber, auf welche spezifischen Krankheitsbilder in den Einrichtungen eingegangen werden kann sowie zu deren Lage und zu Kontaktmöglichkeiten. Zukünftig soll auch die geschätzte Wartezeit auf einen freien Platz in der Einrichtung angegeben werden.

Mit diesem neuen digitalen Service kommt die Rentenversicherung ihrem gesetzlichen Auftrag zum „Public Reporting“ nach, (siehe „Seit Juli 2023: Das neue Beschaffungsverfahren in der medizinischen Rehabilitation“ auf Seite 14). Ziel war es, eine Informations- und Orientierungsplattform zu schaffen, um das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten bei der Suche nach einer geeigneten Rehabilitationseinrichtung zu stärken.

Recherchiert werden können auf der digitalen Seite neben den Qualitätswerten auch medizinische Merkmale und andere Charakteristika der Einrichtungen. Über Filterfunktionen können zum Beispiel die Sprachen aufgezeigt werden, die in den Einrichtungen gesprochen werden. Eltern können herausfinden, ob sie ihr Kind zur Rehabilitation mitnehmen und ob es altersgerecht betreut oder sogar mitbehandelt werden kann. Falls in der Reha-Einrichtung auch Platz für den Hund ist, wird dieses ebenfalls auf der Seite angegeben. Mit diesem Service sollen Versicherte ein optimal auf ihre Bedürfnisse zugeschnittenes Angebot aus der Vielzahl der dargestellten Reha-Einrichtungen auswählen können.

Das Webportal wurde für ein breit angelegtes Publikum konzipiert, ist öffentlich zugänglich und zeichnet sich durch hohe Nutzerfreundlichkeit aus. Versicherte, Mitarbeitende der Rentenversicherung, Ärztinnen und Ärzte und andere sind in den Prozess von Anfang an miteinbezogen worden. In den kommenden Jahren sind kontinuierliche Erweiterungen auf dem Portal vorgesehen.

Zunächst sollen die Suchfunktionen um neue Optionen erweitert werden, um weitere Zielgruppen wie zum Beispiel Ärztinnen und Ärzte und Mitarbeitende im Sozialdienst mit fundierten Informationen versorgen zu können. Für einen späteren Zeitpunkt ist vorgesehen, die Website in andere Sprachen zu übersetzen, damit auch Personen mit Migrationserfahrung ein leichter Zugang zur medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung ermöglicht wird.

Das Webportal „Meine-Rehabilitation.de“ soll künftig auch auf mobilen Geräten wie Smartphone und Tablet anwendbar sein. Die notwendigen Anpassungen des Designs und die Optimierung der Website sind bereits gestartet.



Zur Internetseite:
Meine-Rehabilitation.de





Qualität messen: Wie funktioniert das?

Die Qualität der Rehabilitation wird von der Deutschen Rentenversicherung über vielfältige Messinstrumente kontinuierlich erhoben. Dabei werden sowohl die Struktur der Reha-Einrichtungen, der eigentliche Prozess und das Ergebnis der Rehabilitation untersucht. Ebenso werden objektive Kriterien wie die Beurteilung erfahrener Reha-Ärztinnen und -Ärzte, aber auch die Einschätzung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden miteinbezogen.

Der Parameter Qualität stellt die zusammengefasste Zahl der Ergebnisse aus verschiedenen Qualitätssicherungsinstrumenten dar. Er wird für jede Fachabteilung einer Reha-Einrichtung berechnet und ist eine wichtige Grundlage für die qualitätsorientierte Einrichtungsauswahl.

Instrumente der Qualitätssicherung (siehe „Medizinische Rehabilitation: Prozess und Ergebnis“)

- Befragung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden: Besserung durch Zufriedenheit mit der Rehabilitation aus Sicht der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden
- Klassifikation therapeutischer Leistungen: Erfassung von Art und Umfang der durchgeführten Therapien zur Messung der Versorgungsqualität
- 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

Je höher der Wert des Parameters Qualität, desto besser ist die Qualität der Fachabteilung. Der theoretisch mögliche Wertebereich reicht von 0 bis 100. Sobald das Ergebnis eines Qualitätssicherungsinstruments aktualisiert wird, findet auch eine Neuberechnung des Parameters Qualität statt. Damit hat jede Fachabteilung einer Reha-Einrichtung eine Qualitätskennzahl, die an die Träger der Rentenversicherung übermittelt wird, um diese bei der qualitätsorientierten Einrichtungsauswahl zu unterstützen. Sie dient gemeinsam mit den anderen Parametern Wartezeit und Entfernung dazu, den Versicherten Vorschläge für eine passende Rehabilitationseinrichtung zu unterbreiten (siehe „Seit Juli 2023: Das neue Beschaffungsverfahren in der medizinischen Rehabilitation“ auf Seite 14).

Der Parameter Qualität wird im Webportal „Meine-Rehabilitation.de“ veröffentlicht. Damit gibt er Versicherten eine wichtige Orientierung bei der Suche nach einer für sie geeigneten und qualitätsgesicherten Reha-Einrichtung. Die Rentenversicherung kommt damit ihrem gesetzlichen Auftrag zum Public Reporting nach und leistet einen Beitrag zur Unterstützung des Wunsch- und Wahlrechts ihrer Versicherten (siehe auch „Qualitätsdaten im Netz: Public Reporting ist online“ auf Seite 16).





Reha-Wissenschaften und neue Konzepte

Neues Konzept „Digitale Reha-Nachsorge“ der Rentenversicherung

Um den Erfolg einer medizinischen Rehabilitation nachhaltig zu sichern und die berufliche Wiedereingliederung zu fördern, gibt es die Reha-Nachsorgeangebote der Rentenversicherung: IRENA®, T-RENA® und Psy-RENA®. Seit 2019 gilt das bundesweit einheitliche Rahmenkonzept zur Reha-Nachsorge. Seitdem konnte die Zahl der durchgeführten Reha-Nachsorgen kontinuierlich gesteigert werden. 2019 schloss sich noch an jede siebte medizinische Rehabilitation eine Nachsorge an (ca. 14 %). 2022 wurde bereits nach mehr als jeder fünften Rehabilitation eine Nachsorge durchgeführt (ca. 21 %).

Ergänzend zu den herkömmlichen Präsenzangeboten der Reha-Nachsorge erlauben moderne Informations- und Kommunikationstechnologien neue Formen der Erbringung von Reha-Nachsorge. Hier werden digitale Anwendungen am Computer, an mobilen Endgeräten wie Laptop, Tablet und Smartphone schon seit über zehn Jahren erprobt und beforscht. Mehrere digitale Anwendungen können bereits in der Regelversorgung genutzt werden. Die Corona-Pandemie hat dem Anliegen einen weiteren Schub gegeben. Anfang 2021 hat die Rentenversicherung im Rahmen einer Sonderregelung die Nachsorge für Online-Angebote weiter geöffnet. Diese befristete Öffnungsstrategie wurde durch die Rentenversicherung eng begleitet, das Verfahren und die anerkannten Anwendungen evaluiert.

„Tabelle 1: Nachsorgeleistungen IRENA®, T-RENA® und Psy-RENA® 2019–2022“ auf Seite 21 zeigt die Entwicklung der Reha-Nachsorge von 2019 bis 2022. Insgesamt ist der Trend in den drei Kernangeboten recht unterschiedlich. Trainingstherapeutische Nachsorge in Präsenz hat sich (trotz Pandemie) seit 2019 mehr als verdreifacht. Auch die Anzahl der im digitalen Setting erbrachten T-RENA® Leistungen ist stark angestiegen, spielt jedoch mit

Tabelle 1: Nachsorgeleistungen IRENA®, T-RENA® und Psy-RENA® 2019–2022

	Präsenz	Digital	Präsenz	Digital	Präsenz	Digital	Präsenz	Digital
IRENA®	92.421	194	86.071	875	86.464	1.983	83.197	5.771
T-RENA®	28.014	42	42.340	84	66.502	121	87.333	358
Psy-RENA®	8.539	20	16.102	32	13.951	97	16.715	600
Gesamt	128.974	256	144.513	991	166.917	2.201	187.245	6.729
	2019		2020		2021		2022	

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2019 bis 2022

358 durchgeführten Leistungen noch eine untergeordnete Rolle. Während sich die Zahl Psy-RENA® Leistungen in Präsenz in 2020 zunächst nahezu verdoppelt hatte, ist sie in 2021 deutlich gesunken, erreichte aber in 2022 wieder das Niveau von 2020. Digitale psychosomatische Nachsorge scheint eine Alternative zu sein. Die IRENA® Leistungen in Präsenz sinken seit 2019. Dies ist vermutlich nicht nur auf die Pandemie zurückzuführen, auch der Fachkräftemangel einerseits sowie auch der Ausbau anderer Nachsorgemöglichkeiten könnten hier eine Rolle spielen. Am deutlichsten ist hier der Trend zur Online-Nachsorge abgebildet. Mehr als 5.700 IRENA® Leistungen wurden 2022 digital durchgeführt.

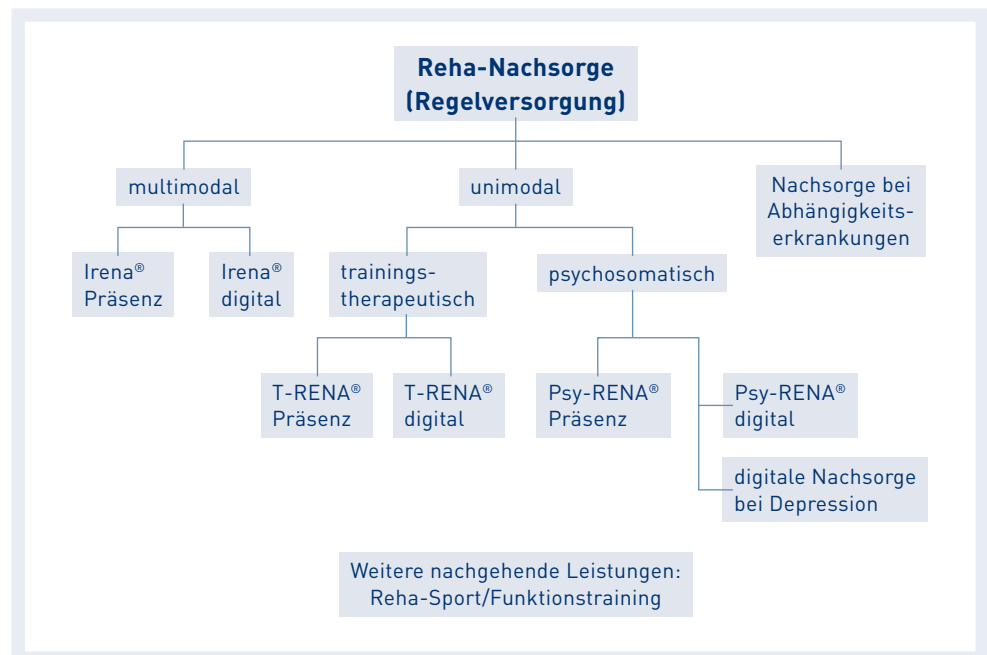
Kernangebote in der digitalen Nachsorge

- IRENA® – Intensivierte Rehabilitationsnachsorge: Das ganzheitliche Nachsorgeangebot zielt auf die Stabilisierung Ihrer Erwerbsfähigkeit ab. Sport- und Bewegungstherapie, Physiotherapie sind ein Therapiefeld. Klinische Psychologie, Arbeitstherapie, Klinische Sozialarbeit bilden einen Bereich. Information/Motivation/Schulung, Ernährungsmedizin gehören zum dritten Therapiefeld.
- Psy-RENA® – Psychosomatische Rehabilitationsnachsorge: Sie soll im Anschluss an eine psychosomatische Rehabilitation dabei unterstützen, die erlernten Verhaltensweisen und Strategien zur Stress- und Konfliktbewältigung und im Alltag und im Berufsleben umzusetzen.
- T-RENA® – Trainingstherapeutische Rehabilitationsnachsorge bei Einschränkungen am Haltungs-/Bewegungsapparat: Trainingangebote, um die körperliche Leistungsfähigkeit nach der medizinischen Rehabilitation wieder herzustellen.



Digitale Reha-Nachsorge differenziert die Reha-Nachsorge der Rentenversicherung weiter aus und ist grundsätzlich definiert als Abbildung eines der drei „Kernangebote in der digitalen Nachsorge“ IRENA®, T-RENA®, Psy-RENA® in einem digitalen Setting wie „Abbildung 1: Spektrum von Nachsorgeangeboten der Deutschen Rentenversicherung“ auf Seite 22 zeigt.

Abbildung 1: Spektrum von Nachsorgeangeboten der Deutschen Rentenversicherung



Auch durch den pandemiebedingten Digitalisierungsschub hat die Rentenversicherung ihre „Anforderungen an Tele-Reha-Nachsorge“ grundlegend überarbeitet und nun in einem Konzept „Digitale Reha-Nachsorge“ neu gefasst. Digitale Formen der Leistungserbringung in der Reha-Nachsorge haben keine anderen Ziele als die Erbringung der Leistung in Präsenz. Sie unterscheiden sich jedoch in ihren Methoden und Herangehensweisen zum Erreichen der Ziele, sind örtlich unabhängig und in der Regel zeitlich flexibel. Hierdurch sind zusätzliche neue Wege zur Verstetigung des Erlernten verfügbar.

Für eine digitale Reha-Nachsorge gelten die gleichen Voraussetzungen wie für die herkömmlichen Präsenzangebote. Allerdings muss die persönliche Eignung der Versicherten für die digitale Durchführung vorliegen. Insbesondere die kognitive, emotionale und körperliche Eignung sowie Kontraindikationen und Komorbiditäten sind im Rahmen der Empfehlung durch die vorbehandelnde Reha-Einrichtung ergänzend zu prüfen. Digitale Reha-Nachsorge kann verschiedene Anwendungsfelder umfassen. Bewegungs-, Konzentrationsübungen und Entspannungsprogramme können in Videos und mit Anleitungen dargeboten werden. Schulungsprogramme und Vorträge können beispielsweise als Präsentationen versehen mit Tests und einem Wissensquiz auch ins virtuelle Setting übertragen werden. Für klinisch-psychologische Interventionen, Gruppengespräche und Einzelgespräche stehen Videodienste zur Verfügung. Auch Psychoedukation, Beratung und Coaching können mit digitaler Unterstützung stattfinden. Vielfältige Interaktionsmöglichkeiten fördern Motivation und Therapietreue der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden. Moderierte Chatrooms unterstützen den Austausch untereinander. Erinnerungs- und Verstärkungsnachrichten oder differenzierte Rückmeldungen zu „Hausaufgaben“ und deren Ergebnissen können zur Aufrechterhaltung der Aktivitäten beitragen.



Um die digitale Reha-Nachsorge weiterzuentwickeln, ist es möglich und nötig auch Modelle, die von den Kernangeboten abweichen, zu testen und ggf. zu etablieren. Ziel ist beispielsweise die Erweiterung oder Spezifikation für besondere Bedarfsgruppen oder weitere Indikationen. Voraussetzung für eine perspektivische Übernahme in die Regelversorgung ist, dass die modellhafte Erprobung sich unter Praxisbedingungen bewährt. Diese sogenannten Modellprojekte werden in enger Abstimmung der beteiligten Rentenversicherungsträger begleitet und evaluiert.

Das neue Konzept „Digitale Reha-Nachsorge“ der Deutschen Rentenversicherung stellt eine Orientierung für alle an der digitalen Reha-Nachsorge Beteiligten dar. Das Konzept geht dabei auf die Anforderungen sowohl an die technischen Anwendungen als auch an die Nachsorge-Anbieter ein und regelt die Verhältnisse zwischen RV-Trägern, Leistungserbringern und Herstellern der digitalen Anwendungen. Es ist eine Konzeptions- und Entscheidungshilfe für die Entwicklung und Anerkennung digitaler Anwendungen sowie für die Zulassung von digitalen Reha-Nachsorgekonzepten und -anbietern.



Zum Konzept „Digitale Reha-Nachsorge“:
Homepage | Digitale Reha-Nachsorge | Deutsche Rentenversicherung
([deutsche-rentenversicherung.de](https://www.deutsche-rentenversicherung.de))

Strategie zur Weiterentwicklung von Prävention und Rehabilitation

Die Förderung der beruflichen Teilhabe gehört zum gesetzlichen Auftrag der Deutschen Rentenversicherung. Doch die rechtlichen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen der Präventions- und Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung für ihre Versicherten haben sich in den vergangenen Jahren verändert. Und sie werden sich auch künftig weiter verändern. Um dieser Dynamik gerecht zu werden, bedarf es klarer Vorstellungen davon, wie Gegenwart und Zukunft von Prävention und Rehabilitation gestaltet werden sollen. Im Strategiepapier zur Weiterentwicklung von Prävention und Rehabilitation wird dargestellt, wie die Rentenversicherungsträger die Weiterentwicklung ihrer Präventions- und Reha-Leistungen innerhalb ihrer regionalspezifischen Vielfalt vorantreiben wollen.



Das gemeinsame Strategiepapier ist eine einheitliche Positionierung der Rentenversicherung zu den vielfältigen gesellschaftlichen und rechtlichen Entwicklungen, die die Prävention und Rehabilitation betreffen. Es soll eine sinnvolle Priorisierung von Entwicklungsarbeiten in Prävention und Rehabilitation unterstützen und eine fortlaufende Überprüfung und Anpassung der Entwicklungen anhand definierter Zielbilder ermöglichen. Die rechtlichen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen werden skizziert und die Grundsätze der Reha-Strategie vorgestellt. Den Kern des Papiers bilden die strategischen Zielsetzungen der Rentenversicherung in fünf Zielbereichen, deren Bedeutung konkreter erläutert wird. Die Zielbilder sind in Form übergeordneter Visionen und spezifischerer Missionen formuliert.



Zum Strategiepapier:
Ergebnisse | Deutsche Rentenversicherung
(deutsche-rentenversicherung.de)

Zugang zur Rehabilitation: rechtzeitig, proaktiv und niederschwellig

Die Sicherstellung eines bedarfsgerechten Reha-Zugangs ist die Voraussetzung dafür, Versicherten mit Rehabilitationsleistungen eine selbstbestimmte Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen. Je passgenauer der Zugang erfolgt, desto erfolgreicher gestaltet sich der Rehabilitations- und berufliche Rückkehrprozess. Aus wissenschaftlichen Studien bekannte Zugangsbarrieren können aber dazu führen, dass Reha-Leistungen von Versicherten zu spät oder gar nicht beantragt und in Anspruch genommen werden. Die Optimierung des Zugangs zu Leistungsangeboten wurde daher von der Deutschen Rentenversicherung als einer von fünf zentralen Bereichen der strategischen Weiterentwicklung von Teilhabeleistungen bestimmt (siehe auch „Strategie zur Weiterentwicklung von Prävention und Rehabilitation“ auf Seite 24).



Eine mit Expertinnen und Experten der Deutschen Rentenversicherung besetzte Projektgruppe „Reha-Zugang“ hat mittlerweile ein Konzept erarbeitet, um Zugangshürden bestmöglich abzubauen. Als einen konkreten Optimierungsansatz sieht das Konzept ein Pilotprojekt vor, das den Routineeinsatz des „Risikoindex-Erwerbsminderungsrente“ im Rahmen proaktiver Zugangsstrategien vorbereiten soll. Der „Risikoindex Erwerbsminderungsrente“ ist ein wissenschaftlich fundiertes Screening-Instrument, mit dem die Träger der Rentenversicherung auf der Grundlage von Routinedatenanalysen besonders



belastete Versicherte, die Probleme mit ihrer beruflichen Teilhabe haben und daher sehr wahrscheinlich einen erhöhten Bedarf an Leistungen zur Teilhabe aufweisen, proaktiv ansprechen können. Auf diesem Weg können Versicherte mit potenziellem Reha-Bedarf frühzeitig und zielgenau von den Rentenversicherungsträgern Informationen bzw. die Anregung erhalten, eine Beratung in Anspruch zu nehmen oder einen Reha-Antrag zu stellen, um die berufliche Teilhabe zu erhalten oder wiederherzustellen.

Auch im Bundesprogramm „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“ (siehe „rehapro: Neue Projekte gehen 2024 an den Start“ auf Seite 26) werden aktuell verschiedene Wege erprobt, um den Zugang zu Reha-Leistungen stärker an den Bedürfnissen der Versicherten auszurichten und auch Antragsverfahren und Prozesse einfacher und niederschwelliger zu gestalten. Daneben führen die Rentenversicherungsträger im Kontext der Ausgestaltung des Flexirentengesetzes (§ 14 Abs. 3 Satz 2 SGB VI) Modellprojekte zur Erprobung von berufsbezogenen Gesundheitschecks für Versicherte ab dem 45. Lebensjahr durch. Als Vorsorgeuntersuchung zielt der „Ü45-Check“ auf die frühzeitige Ermittlung von Präventions- und Rehabilitationsbedarf. Nach positiver wissenschaftlicher Evaluation soll der Ü45-Check flächendeckend ausgerollt werden. Seit Herbst 2023 ist ein wissenschaftlich validierter Kurz-Fragebogen online abrufbar. Mit dem „Ü45-Onlinecheck“ können Versicherte ab dem 45. Lebensjahr selbst testen, ob eine Präventions- oder eine Reha-Leistung für sie in Frage kommt.



Zum „Ü45-Onlinecheck“:

**Mit RV Fit gesund durch den Arbeitsalltag | Ü45-Onlinecheck |
Deutsche Rentenversicherung ([deutsche-rentenversicherung.de](https://www.deutsche-rentenversicherung.de))**



rehapro: Neue Projekte gehen 2024 an den Start

Bereits seit 2018 fördert das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) mit dem Programm „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“ innovative Projekte aus dem Bereich von Sozialgesetzbuch (SGB) II und SGB VI. Neue Ansätze werden erprobt mit dem Ziel, die Kosten der Eingliederungshilfe zu dämpfen und die Zugänge in die Erwerbsminderungsrenten zu reduzieren.



In rund 50 Modellprojekten, die in den ersten beiden Förderaufrufen bewilligt wurden, lassen die Rentenversicherungsträger von Forschenden sehr unterschiedliche Innovationen untersuchen. Ein Ansatz verfolgt das Ziel, Versicherte möglichst früh Leistungen der Rentenversicherung zur Prävention und Rehabilitation anzubieten, bevor Beschwerden sich zu dauerhaften Erkrankungen entwickeln. Bisher werden gesundheitliche Einschränkungen häufig erst sichtbar, wenn die Betroffenen bei der gesetzlichen Rentenversicherung einen Antrag auf Teilhabeleistungen einreichen. Eine frühere Intervention könnte in vielen Fällen hilfreich sein. Neue Wege müssen gefunden und wissenschaftlich überprüft werden, um hier den Zugang zu Leistungen zu verbessern. Sie könnten frühzeitiger und einfacher zugänglich und passgenauer auf die individuellen Situationen abgestimmt sein, um die Erwerbsfähigkeit zu sichern oder wiederzuerlangen.

Für Menschen, die durch mehrere Beeinträchtigungen in ihrer Teilhabe eingeschränkt sind, kann eine persönliche Begleitung im Rahmen eines Fallmanagements erfolgsversprechend sein. Welche Ausgestaltung eines Fallmanagement wäre in welchen Gruppen zielführend, geeignet und wirtschaftlich angemessen? In unterschiedlichen Modellprojekten mit verschiedenen Ausgestaltungsmöglichkeiten werden zu dieser Frage aktuell Antworten gesucht.

Im Rahmen des ersten Förderaufrufs, der im Mai 2018 veröffentlicht wurde, werden 24 Rentenversicherungsprojekte sowie sechs rechtskreisübergreifende Projekte unter Beteiligung eines Rentenversicherungsträgers gefördert. Die überwiegende Mehrheit der Projekte startete Anfang 2020.

Im November 2022 begannen die 21 Projekte der Rentenversicherungsträger, die im zweiten Förderaufruf zugelassen wurden. Im Rahmen des dritten Förderaufrufs hatte das BMAS

14 Projekte der Rentenversicherung zur Antragstellung zugelassen. In 2023 erfolgte hierzu die fachlich-inhaltliche und die zuwendungsrechtliche Prüfung der Anträge. Anfang 2024 sollen diese Projekte starten können und bis 2028 gefördert werden.

Erste Beobachtungen und Erkenntnisse zeichnen sich bereits ab, die verstärkt eine Bewertung und Einordnung fordern. Welche Erkenntnisse sich aus den Projekten ergeben werden, welche Ansätze wirksam und erfolgsversprechend und welche wirksamen Ansätze in die Routine übertragbar sind, zu diesen Fragen tauschen sich die Rentenversicherungsträger untereinander aus. Gemeinsame Wege einer Verstetigung von vielversprechenden Ansätzen werden erarbeitet, um sie im weiteren Dialog mit dem BMAS und den Jobcentern abzustimmen.



Weitere Informationen:

www.modellvorhaben-rehapro.de

Podcast „rehalitätsnah“ mit Blinddate und Live-Show

Der Wissenschaftspodcast „rehalitätsnah“ mit Dr. Marco Streibelt, Leiter des Dezernats Rehawissenschaften der Deutschen Rentenversicherung, ist seit Dezember 2022 on Air. In jeder Folge wird eines von neun Forschungsprojekten, das im Forschungsschwerpunkt „Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation“ gefördert wird, präsentiert. 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.

Auf ein Podcast-Experiment hatte sich Dr. Marco Streibelt in einer Ausgabe eingelassen. In der Folge „Justitia ist blind und das ist ein Blinddate“ überraschten ihn als Gäste: Stella Lemke und Prof. Dr. Matthias Bethge von der Universität zu Lübeck. Sie erforschen in einem Projekt die „Begleitung der Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes im Rahmen der Reha-Beratung“. Sie untersuchen, was die Anforderungen dieser Erweiterung des Gesetzes in der Praxis bedeuten und welche Rahmenbedingungen für eine gute Umsetzung noch geschaffen werden müssten. Im Podcast diskutierten sie über Stärkung, Teilhabe und Selbstbestimmung, die Systematik der Literaturrecherche in der Wissenschaft und den besten Reha-Witz.

In einer Live-Ausgabe sprach Dr. Marco Streibelt beim 32. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium im Februar 2023 in Hannover mit dem Psychologen und Soziologen Prof. i.R. Dr. Ernst von Kardorff, Berliner Werkstatt für Sozialforschung, über die Zugänge psychisch Kranker in Berufliche Trainingszentren (BTZ) und ihre Wege in Qualifizierung und in Arbeit. Das untersucht er mit seinem Team in einem Forschungsprojekt. Von Kardorff ist seit über 45 Jahren im Berufsleben und obwohl er den Zusatz „im Ruhestand“ hinter seinem akademischen Titel führt, denkt er nicht an Ruhe. Womit der Wissenschaftler sein erstes Geld verdient und wie sich der Arbeitsmarkt seitdem entwickelt hat, erzählt er im Podcast „rehalitätsnah“.

Die Ausgaben erscheinen bis Dezember 2023 monatlich – dann ist jedes Projekt und das Team dazu vorgestellt. Zu hören sind die „rehalitätsnah“-Folgen aber weiterhin – unabhängig von Zeit und Ort auf den Internetseiten der Rentenversicherung und auf allen gängigen Streaming-Plattformen. Hören Sie rein.



„rehalitätsnah“ Reinhören können Sie hier:

Forschungsschwerpunkt „Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation“ | Deutsche Rentenversicherung
(deutsche-rentenversicherung.de)

Dr. Marco Streibelt (links) im Interview mit Prof. Dr. Matthias Bethge und Stella Lemke für den Podcast „rehalitätsnah“.



„rehalitätsnah“: Mit Forschenden im Live-Stream

Der Wissenschaftspodcast „rehalitätsnah“ mit Dr. Marco Streibelt geht live: Seit Herbst 2023 gibt es im OpenMic-Format die Chance, die Forschenden auf der virtuellen Bühne über eine Videokonferenz-Plattform zu erleben, direkt Fragen zu stellen und mit ihnen zu diskutieren über wissenschaftliche Fragestellungen, Methoden und Ergebnisse. Die Projekte, die im Forschungsschwerpunkt zur Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation gefördert werden und im Podcast einzeln vorgestellt wurden, präsentieren künftig im OpenMic ihre Erkenntnisse.

Zwei Auftakt-Vorträge rahmten die Vorstellung der wissenschaftlichen Ergebnisse ein: Prof. Dr. Katja Nebe, Universität Halle, hatte im Oktober 2023 im Live-Stream über „Die sozialrechtliche Perspektive des Bundesteilhabegesetzes auf Leistungen zur Teilhabe in Deutschland“ referiert. Über den „Beitrag der Versorgungsforschung für die Analyse komplexer Rehabilitationsverläufe“ sprach Prof. Dr. Thorsten Meyer-Feil, Universität Halle, im November 2023. Ab Frühjahr 2024 sollen die Projektteams hier erste Ergebnisse der wissenschaftlichen Studien vorstellen, die im Forschungsschwerpunkt zur Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation gefördert werden.

Im „rehalitätsnah“-Live-Stream stellen Forschende ab 2024 ihre Ergebnisse vor.



Eine Initiative der DRV

Jahrestreffen des Forschungsschwerpunktes berufliche Rehabilitation in Erkner

Im Juni 2023 trafen sich die Beteiligten des Forschungsschwerpunktes zur „Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation“ zum Vernetzungstreffen in Erkner. Prof. Dr. Ralph Möhler von der Universität Düsseldorf referierte in der Keynote über „Komplexe Interventionen: Wie gelingt die Transformation?“. Der studierte Pflegewissenschaftler und ausgebildete Krankenpfleger hielt seinen Vortrag aus der Perspektive der Pflegeforschung und sprach darüber, wie wissenschaftliche Erkenntnisse nachhaltig in die Praxis kommen können.

Um die Implementierung bildlich zu vermitteln, zog er einen Vergleich zum Blumenkasten: Wird bei heißen Temperaturen der Blumenkasten gegossen, sei das „Wasser praktisch die Implementierung“, klärte Möhler auf. Dazu zählten die Informationen und die Unterstützung, die Forschende bereitstellen, damit Strukturen verändert werden können. Das Wasser, das aus dem Blumenkasten wieder rausläuft, gehe im Prozess der Implementierung verloren. Die Adaption sei das, „was diejenigen, die es machen sollen am Ende übrig behalten. Das ist das Wasser, das in dem Blumenkasten drinbleibt“, erklärte er anschaulich.

Im rentenversicherungsübergreifenden Forschungsschwerpunkt zur „Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation“ steht der Gewinn wissenschaftlicher Erkenntnisse für die Praxis im Mittelpunkt. Gefördert werden dazu neun Projekte, die wissenschaftliche Methoden einsetzen, um die Situation in der beruflichen Rehabilitation präziser zu beschreiben und zu erklären, damit sich Entwicklungen besser vorhersagen und Ansatzpunkte für Veränderungen finden lassen. 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.

Mit dem jährlichen Vernetzungstreffen in Erkner wird ein Raum geschaffen, damit die Forschenden und die Vertreterinnen und Vertreter der beteiligten Rentenversicherungsträger sich austauschen und ihre Erwartungen überprüfen können. Sie entwickelten gemeinsam in Workshops ein praxisnahes Wissenstransfer-Konzept. Außerdem stellten die Forschenden den Stand ihrer aktuellen Arbeit vor und präsentierten erste Ergebnisse.



Beim Netzwerktreffen im Juni 2023 entwickelten die Forschenden Transferstrategien.



Mehr Informationen:

**Forschung | Netzwerken in der beruflichen Rehabilitationsforschung |
Deutsche Rentenversicherung ([deutsche-rentenversicherung.de](https://www.deutsche-rentenversicherung.de))**



Broschüre: Diversität in Reha-Einrichtungen

Deutschland ist ein Einwanderungsland. Diversitätsmerkmale wie Geschlecht, Alter, sozioökonomischer Status, Bildungsstand, Behinderung und Migrationshintergrund sind auch in der Rehabilitation relevant, auf Seiten der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden wie auch der Mitarbeitenden. Um den vielfältigen Bedürfnissen und Erwartungen besser Rechnung zu tragen, kann der Einsatz eines Diversity Managements beziehungsweise diversitätssensibler Instrumente empfehlenswert sein. Eine Übersicht geeigneter Instrumente, die in der Rehabilitation eingesetzt werden können, sowie einen Handlungsleitfaden zum exemplarischen Einsatz einiger Instrumente wurden vom Team um Prof. Dr. Patrick Brzoska von der Universität Witten/Herdecke und Prof. Dr. Oliver Razum von der Universität Bielefeld entwickelt.

Die Handreichung „Umsetzung einer diversitätssensiblen Versorgung in Reha-Einrichtungen“ liegt nun als Broschüre der Deutschen Rentenversicherung vor. Ebenfalls verfügbar ist eine Kurzinformation, die auf wenigen Seiten einen Überblick gibt, warum Diversitätssensibilität in Reha-Einrichtungen sinnvoll ist und wie Handlungsleitfaden und Instrumentenkatalog eingesetzt werden können. Sie sind online verfügbar.



Zur digitalen Broschüre:

Infos für das interdisziplinäre Reha-Team |

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

33. Reha-Wissenschaftliches Kolloquium

Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung

**Nachhaltigkeit und Teilhabe:
ökologisch - ökonomisch - sozial**

18. bis 20. März 2024 | Bremen



Deutsche Rentenversicherung Bund
Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen

In Zusammenarbeit mit: Deutsche Gesellschaft für
Rehabilitationswissenschaften (DGRW)





Prof. Dr. Anke Menzel-Begemann diskutierte beim Reha-Kolloquium 2023 in Hannover, Dr. Marco Streibelt moderierte auf dem Podium.



Gundula Roßbach, Präsidentin der Rentenversicherung, begrüßte das Publikum zu Deutschlands größtem Reha-Kongress, der im Februar 2023 in Hannover stattfand.

Wandel gemeinsam gestalten: 32. Reha-Kolloquium in Hannover wieder in Präsenz

„Veränderung fördern – Teilhabe stärken – Zukunft gestalten“: Zu diesem Thema tauschten sich im Februar 2023 mehr als 1.500 Expertinnen und Experten beim 32. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium in Hannover aus. Nach drei Jahren pandemiebedingter Einschränkungen war die Reha-Community sichtlich erleichtert, sich endlich wieder persönlich auszutauschen. Für Personen, die nicht nach Hannover reisen konnten, wurden die Programmhöhepunkte per Livestream online übertragen und allen Teilnehmenden im Nachgang als Video-On-Demand-Angebot zur Verfügung gestellt.

„Die Rehabilitation befindet sich mitten im Transformationsprozess“, sagte Gundula Roßbach, Präsidentin der Deutschen Rentenversicherung Bund, bei der Eröffnung des Kongresses. „Es ist an uns, Veränderungen anzunehmen, sie zu gestalten, hinzulernen und beherzt immer wieder neue Wege zu gehen. Das gilt auch für die Rehabilitation.“ Sowohl die Folgen der SARS-CoV-2-Pandemie und die Auswirkungen des russischen Angriffskrieges in der Ukraine als auch die Bewältigung des digitalen, ökologischen und demografischen Wandels führen in der Reha-Landschaft zu einer andauernden Anpassungs- und Veränderungsdynamik. Gleichzeitig wird es für die Rentenversicherungsträger und Rehabilitationseinrichtungen in den nächsten Jahren verstärkt darum gehen, konkrete gesetzliche Änderungen umzusetzen und erfolgreich erprobte, innovative Modellprojekte aus dem Bundesprogramm „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“ in die Verwaltungs- und Reha-Praxis zu überführen. In über 70 Vortrags- und Diskussionsveranstaltungen wurde aufgezeigt, wie eine zielführende Innovations- und Veränderungskultur etabliert werden kann, um die vielfältigen Entwicklungstrends proaktiv mitzugestalten und damit die bestmögliche Teilhabe für Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu erreichen und nachhaltig zu sichern.

Das Rehabilitationswissenschaftliche Kolloquium ist der wichtigste Kongress für Rehabilitationsforschung im deutschsprachigen Raum. Die jährlich stattfindende Tagung richtet sich an Expertinnen und Experten aus Forschung, Praxis, Politik und Verwaltung. Ziel der Veranstaltung ist der Austausch über aktuelle Forschungsergebnisse und innovative Konzepte zur wissenschaftlich fundierten Weiterentwicklung von Teilhabeleistungen. Das 32. Reha-Kolloquium wurde von der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover und der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW) veranstaltet.

Ausblick: Unter dem Motto „Nachhaltigkeit und Teilhabe: ökologisch – ökonomisch – sozial“ soll beim 33. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium vom 18. bis 20. März 2024 in der Messe Bremen die Frage im Mittelpunkt stehen, wie die drei Dimensionen der Nachhaltigkeit bei der Weiterentwicklung von zukunftsfähigen Teilhabestrategien sinnvoll miteinander in Einklang gebracht werden können.



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“).

Anträge, Bewilligungen und durchgeführte Leistungen

Wer eine medizinische Rehabilitation (siehe Info-Box „Kurz erklärt: Medizinische Rehabilitation“ auf Seite 42) in Anspruch nehmen möchte, muss zunächst selbst die Initiative ergreifen und einen Antrag stellen. Dies geschieht beispielsweise auf hausärztlichen Rat und mit Unterstützung von Medizinerinnen und Medizinern. 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 2022 wurde knapp ein Zehntel (9,4 %) der bewilligten Anträge nicht in Anspruch genommen.

74 % der bearbeiteten Anträge bewilligt

Knapp 1,5 Mio. Anträge auf medizinische Rehabilitation wurden bei der Rentenversicherung in 2022 gestellt. Rund 74 % der in 2022 bearbeiteten Anträge wurden bewilligt, etwa 12 % wurden abgelehnt, die restlichen knapp 14 % der bearbeiteten Anträge wurden zu einem der anderen Rehabilitationsträger, der für den entsprechenden Fall zuständig ist, weitergeleitet.

Kurz erklärt: Routinedaten der Rentenversicherung

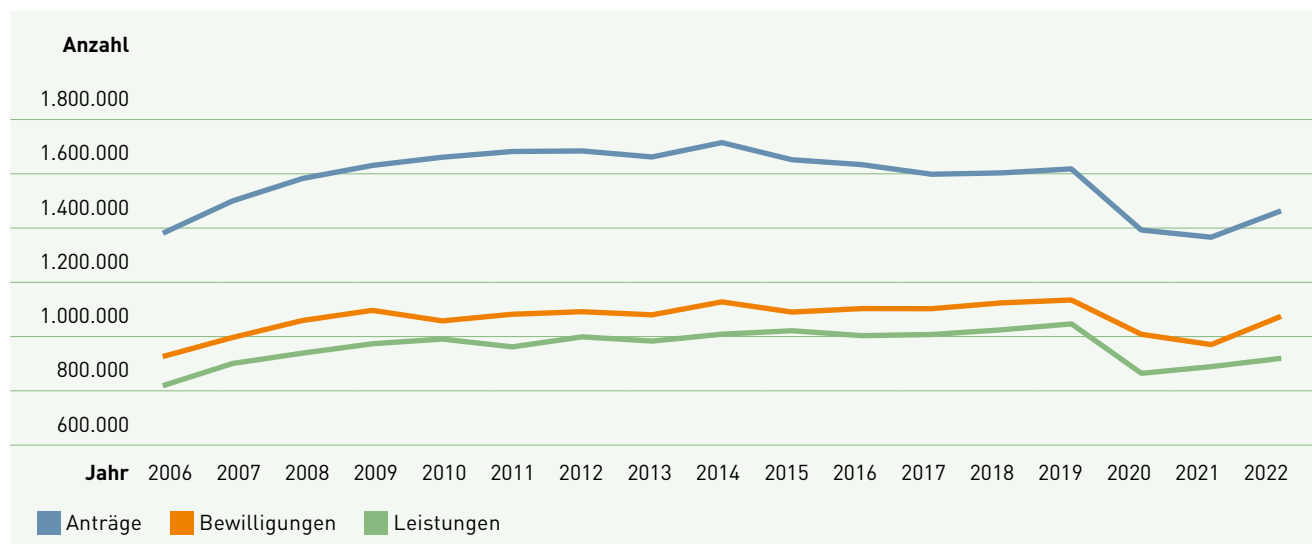
Grundlage der statistischen Daten sind die Verwaltungsvorgänge bei den Rentenversicherungsträgern. Sie werden auch prozessproduzierte Daten genannt. Dazu gehören u. a. die Mitteilung der Rentenversicherungsbeiträge durch die Unternehmen, die Arbeitnehmende beschäftigen, die Erfassung von Anträgen und 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. Im vorliegenden Reha-Bericht 2023 wird das fortgesetzt. Wegen dieser Änderung sind Vergleiche mit den berichteten Daten der Vorjahre nur eingeschränkt möglich. Die „Altersstandardisierte Inanspruchnahme“ wird in der Publikation „Rentenversicherung in Zeitreihen“ (siehe Seite 95) berichtet.

„Abbildung 2: Medizinische Rehabilitation – Anträge, Bewilligungen und abgeschlossene Leistungen 2006–2022“ auf Seite 38 zeigt die Entwicklung von Anträgen, Bewilligungen und durchgeführten medizinischen Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung. Gewählt wurde der Zeitraum von 2006 bis 2022. Knapp 1,1 Mio. Leistungen wurden in 2022 bewilligt und über 922.000 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, beziehungsweise bewilligte Rehabilitationsleistungen erst im Folgejahr angetreten werden. Nach einem deutlichen Rückgang der Antragszahlen in 2020 und 2021, bedingt durch die SARS-CoV-2-Pandemie, ist für 2022 wieder ein leichter Auswärtstrend zu beobachten. Mit der Höhe der gestellten Anträge stiegen auch die Zahlen der Bewilligungen und durchgeführten Leistungen in 2022 im Vergleich zu den beiden Vorjahren.

„Tabelle 2: Medizinische Rehabilitation – Anzahl der Anträge, Bewilligungen und abgeschlossenen Leistungen in 2021 und 2022“ wirft noch einmal einen Blick auf die Änderung der Anzahl von Anträgen, Bewilligungen und Leistungen im Vergleich zum vorangehenden Jahr 2021: Die Anträge stiegen in 2022 im Vergleich zum Vorjahr um 7,3 %, und die Bewilligungen um 11,1 %. Die durchgeführten Reha-Leistungen stiegen um 3,6 % an.

Abbildung 2: Medizinische Rehabilitation – Anträge, Bewilligungen und abgeschlossene Leistungen 2006–2022



Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2023

Tabelle 2: Medizinische Rehabilitation – Anzahl der Anträge, Bewilligungen und abgeschlossenen Leistungen in 2021 und 2022

Jahr	Anträge	Bewilligungen	Leistungen
2021	1.367.400	971.861	891.176
2022	1.466.865	1.079.864	922.820
Veränderung von 2021 zu 2022 in Prozent	+ 7,3%	+ 11,1%	+ 3,6%

Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2023

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.

Für ausgewählte Indikationen wird die ganztägig ambulante Rehabilitation angeboten. Bei dieser Form der medizinischen Rehabilitation kommen die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden nur tagsüber in die Rehabilitationseinrichtung. Mehrere wissenschaftliche Studien belegen, dass die ambulante Rehabilitation in dafür geeigneten Fällen ebenso gute Behandlungserfolge vorweisen kann wie eine stationäre Rehabilitation. Der überwiegende Teil medizinischer Rehabilitation erfolgt nach wie vor stationär. Zwischen 2006 und 2022 ist der Anteil der stationären Leistungen jedoch schrittweise zurückgegangen. Das zeigt

Reha überwiegend stationär

Tabelle 3: Abgeschlossene Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 2006–2022: 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%
2022	922.820	739.832	80%	143.750	16%	29.144	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“ 2006–2022

„Tabelle 3: Abgeschlossene Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 2006–2022: stationär und ambulant für Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche“ auf Seite 39. 2006 lag der Anteil bei 86 %, inzwischen sind es 80 %.

Die absolute Anzahl ambulanten Leistungen für Erwachsene ist nach einem Einbruch der Zahlen in 2020, der durch die pandemische Lage erklärt werden kann, seit 2021 im leichten Aufwärtstrend. In 2022 machten die ambulanten Leistungen mit knapp 144.000 abgeschlossenen Rehabilitationen 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 „Tabelle 3: Abgeschlossene Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 2006–2022: stationär und ambulant für Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche“ auf Seite 39. 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 42). Auf über 29.000 Leistungen stieg die Anzahl im Bereich der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen, nach dem Rückgang der Zahlen um fast 10.000 Fälle von 2019 auf das Pandemie-Jahr 2020. Seit 2021 ist wieder ein Anstieg erkennbar, der sich in 2022 fortsetzt.

Werden Rehabilitationsleistungen nur für Erwachsene betrachtet, lassen sich zeitliche Veränderungen bei besonderen Leistungsformen unterscheiden, wie in „Tabelle 4: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 2006–2022: besondere Reha-Formen für Erwachsene“ auf Seite 41 dargestellt. Rehabilitationsleistungen bei Neubildungen (in ca. 95 % der Fälle bei bösartigen Neubildungen) lagen in 2022 bei 14 %. Somit war rund jede siebte medizinische Rehabilitation für Erwachsene eine onkologische Reha-Leistung (über 123.000 Leistungen).

AHB mit Anteil
von 36 %

Die Anzahl der Anschlussrehabilitationen (AHB) lag 2022 bei knapp 325.000 Leistungen. Damit stellte die AHB in 2022 einen Anteil von 36 %.

Bei der Anzahl von medizinischen Rehabilitationen bei Abhängigkeitserkrankungen ist in 2022 im Vergleich zum Vorjahr ein leichter Rückgang erkennbar. Mit knapp 37.000 erbrachten Leistungen machen sie 4 % der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Erwachsenen aus wie in „Tabelle 4: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 2006–2022: besondere Reha-Formen für Erwachsene“ auf Seite 41 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 werden. Ebenso können 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 Zahl der Nachsorgeleistungen der Rentenversicherung nach § 17 Sozialgesetzbuch (SGB) VI lag in 2022 bei über 203.000. Hinzu kommen knapp 19.000 Leistungen für Rehabilitationssport nach § 64 Abs. 1 Nr. 3 des SGB VI sowie 1.323 Funktionstrainingsmaßnahmen 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. Eine stufenweise Wiedereingliederung kann bis zu sechs Monate dauern. Im Jahr 2022 unterstützte die Rentenversicherung auf diese Weise in 42.292 Fällen den (Wieder-) Einstieg in die berufliche Tätigkeit.

Tabelle 4: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 2006–2022: 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%
2022	893.676	324.926	36%	123.128	14%	36.932	4%

* Ab 2016 grundsätzlich einschließlich Mischfälle

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

Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2006–2022

Eine weitere Leistung im Angebot der Rentenversicherung sind die Präventionsleistungen, 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 42). Die Leistungen sollen zur Verhaltensprävention frühzeitig ansetzen und die Versicherten dabei unterstützen, selbstständig und eigenverantwortlich einen gesundheitsförderlichen Lebensstil zu entwickeln. 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!

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

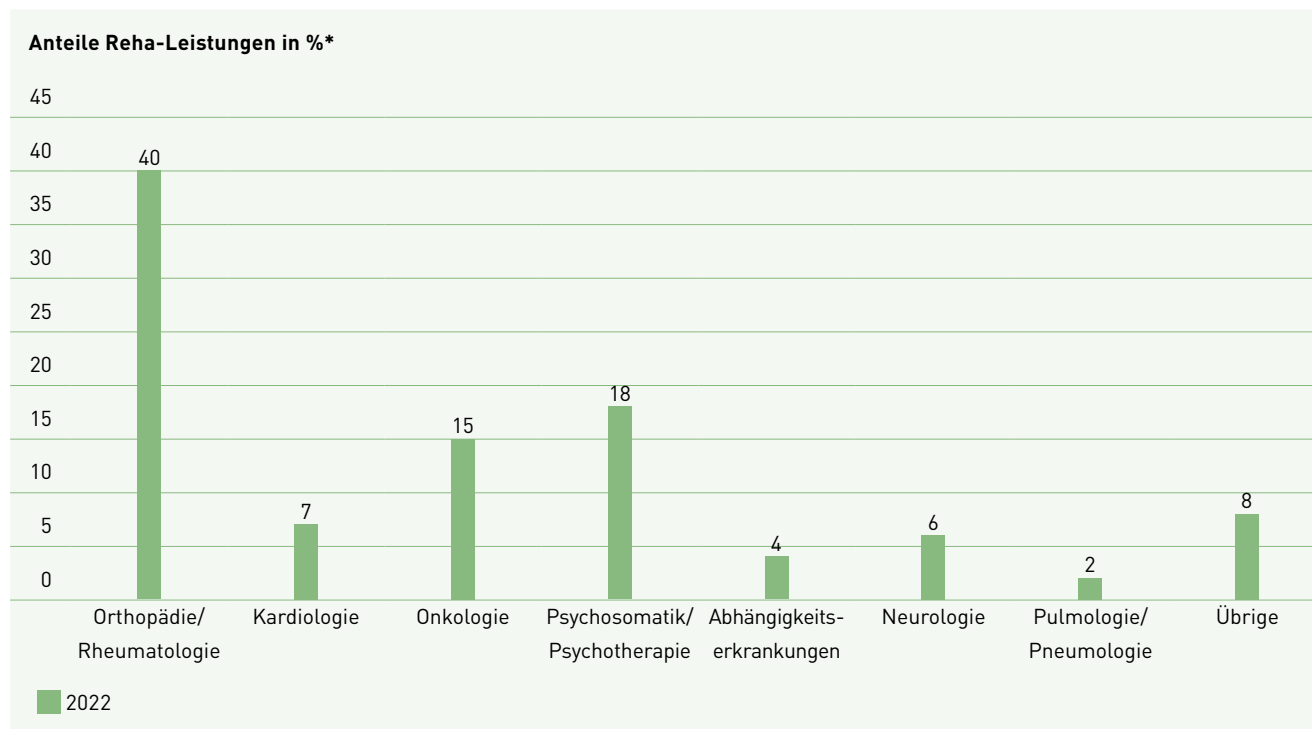
Ergänzende Leistungen

- 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

Abbildung 3: Spektrum der Indikationen in der medizinischen Rehabilitation Erwachsener: 2022



* ambulant und stationär

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

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2022

Spektrum der Indikationen – zeitliche Entwicklung

Werden stationäre und ambulante Leistungen zusammen betrachtet, unterscheiden sich die medizinischen Rehabilitationen der einzelnen Indikationen wie „Abbildung 3: Spektrum der Indikationen in der medizinischen Rehabilitation Erwachsener: 2022“ auf Seite 43 aufzeigt. Mit 40 % stellen Rehabilitationen der orthopädischen und rheumatischen Indikationen auch in 2022 die größte Gruppe dar. Rehabilitationen der psychosomatischen Indikationen bilden in 2022 mit 18 % die zweitgrößte Gruppe.

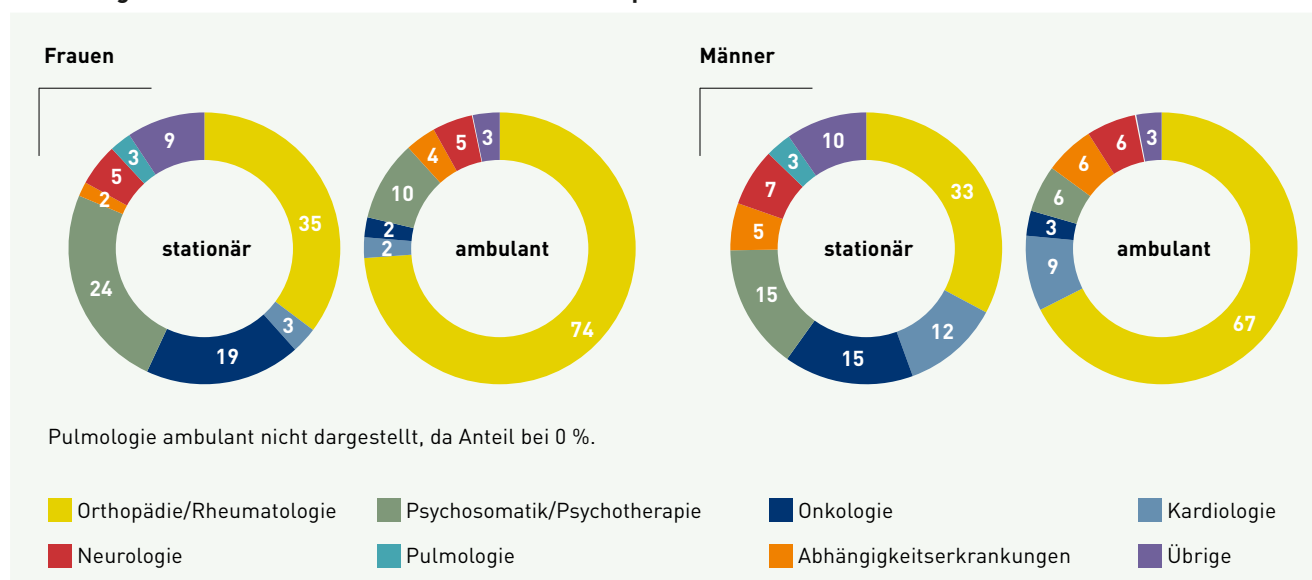
Onkologische Erkrankungen machten sowohl in 2022 als auch in 2021 15 % des Spektrums der Indikationen aus. Mit 2 % reiht sich die Pulmologie in beiden Jahren in die Übersicht ein.

Spektrum der Indikationen in 2022 – nach Geschlecht und Reha-Form

Wird die aktuelle Verteilung der Indikationen in der medizinischen Rehabilitation in 2022 getrennt nach Geschlecht und stationärer bzw. ambulanter Reha-Form verglichen, ergibt sich ein differenziertes Bild wie „Abbildung 4: Stationäre und ambulante Reha 2022: Spektrum der Indikationen nach Geschlecht“ auf Seite 44 aufzeigt. Die dazugehörigen durchschnittlichen Rehabilitationsdauern sind in „Tabelle 5: Stationäre und ambulante medizinische Rehabilitation 2022: Durchschnittliche Behandlungsdauer im Spektrum der Indikationen“ auf Seite 45 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.

40 % mit orthopädischer Erkrankung

Abbildung 4: Stationäre und ambulante Reha 2022: 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“ 2022

Eine stationäre medizinische Rehabilitation erhielten in 2022 Frauen (35 %) wie Männer (33 %) zu mehr als einem Drittel wegen orthopädischer und rheumatischer Erkrankungen. Bei der stationären medizinischen Rehabilitation ist der Anteil der Frauen in der psychosomatischen Indikation (24 %) 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 (5 %) 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 (74 %) und Männern (67 %) nahezu doppelt so groß wie in der stationären Rehabilitation (35 % und 33 %), siehe „Abbildung 4: Stationäre und ambulante Reha 2022: Spektrum der Indikationen nach Geschlecht“ auf Seite 44.

Stationäre Rehabilitation im Schnitt 28 Tage bei Frauen

Im Jahr 2022 befanden sich Rehabilitandinnen im Durchschnitt 28 Tage und Rehabilitanden 29 Tage in ihrer stationären medizinischen Rehabilitation, die auch Samstag und Sonntag einbeziehen. Das ist in „Tabelle 5: Stationäre und ambulante medizinische Rehabilitation 2022: Durchschnittliche Behandlungsdauer im Spektrum der Indikationen“ auf Seite 45 abgebildet. Betrachtet man die einzelnen Indikationen dauerten orthopädische und rheumatologische sowie kardiologische Rehabilitationen bei Frauen und Männern durchschnittlich 23 Tage. Demgegenüber bedürfen Reha-Leistungen aufgrund von psychischen (psychosomatischen) Diagnosen im Mittel 36 Tage bei Frauen und 37 Tage bei Männern. Eine Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen nimmt bei Frauen durchschnittlich 86 Tage bei Männern 87 Tage in Anspruch.

Tabelle 5: Stationäre und ambulante medizinische Rehabilitation 2022: Durchschnittliche Behandlungsdauer im Spektrum der Indikationen

	Insgesamt (inkl. sonst. Leistungen)	Orthopä- die/ Rheu- matologie	Kardiologie	Onkologie	Psycho- somatik/ Psychothe- rapie**	Abhängig- keitserkran- kungen	Neurologie	Pulmologie	Übrige*
Behandlungstage / stationär									
Frauen	28	23	23	22	36	86	29	24	26
Männer	29	23	23	22	37	87	29	23	25
Behandlungstage / ambulant									
Frauen	21	17	17	17	35	55	22	17	20
Männer	20	17	17	16	38	50	22	19	19

* 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.

** auch andere Maßnahmearten wie Rehabilitation psychisch Erkrankter (RPK) enthalten

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2022

Ambulante
Reha im Schnitt
20 Tage

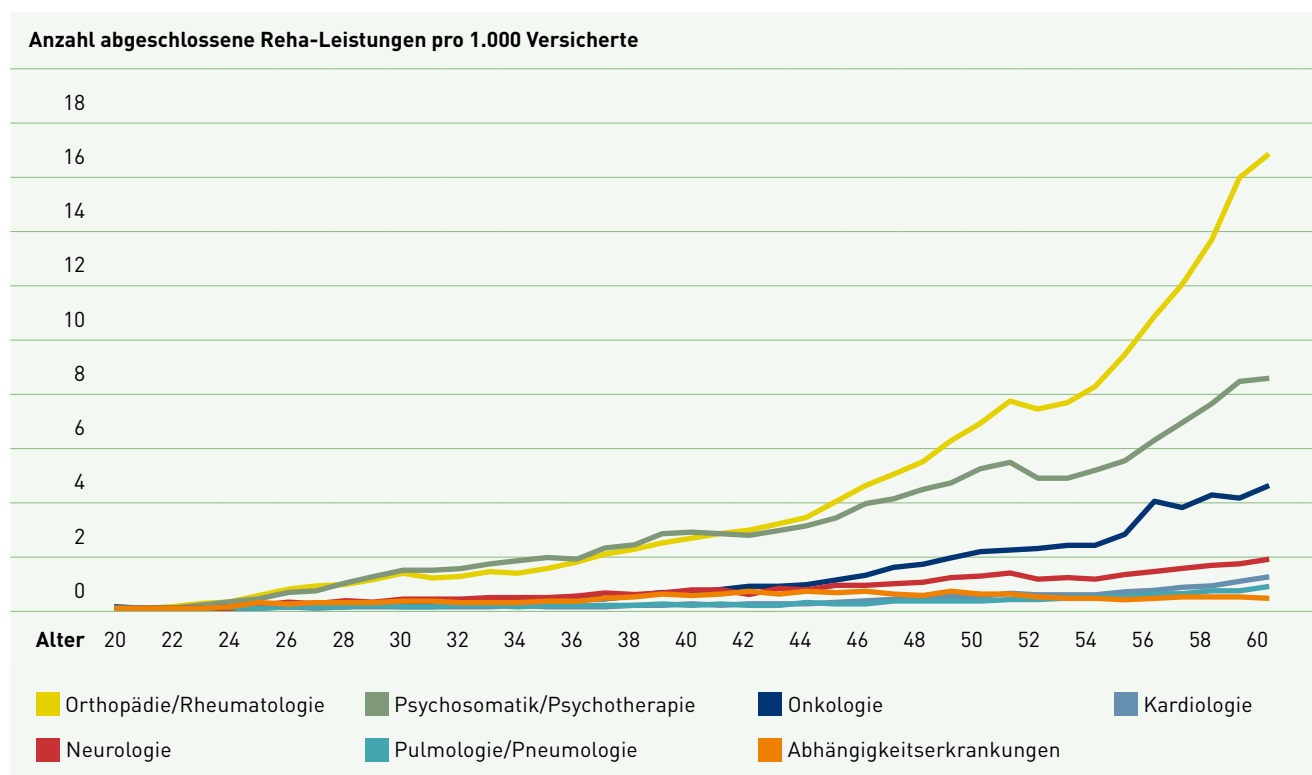
In der ambulanten Rehabilitation werden die Behandlungstage gezählt, an denen sich die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ganztägig in der Reha-Einrichtung aufhalten. In „Tabelle 5: Stationäre und ambulante medizinische Rehabilitation 2022: Durchschnittliche Behandlungsdauer im Spektrum der Indikationen“ auf Seite 45 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 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 35 Tagen deutlich niedriger als bei Männern mit 38 Tagen. Eine ambulante Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen dauerte hingegen bei Frauen durchschnittlich 55 Tage, bei Männern 50 Tage.

Altersspezifische Betrachtung

Das Durchschnittsalter von Frauen, die eine stationäre oder ambulante medizinische Rehabilitation abgeschlossen haben, lag in 2022 bei 54,0 Jahren. Männer waren im Schnitt etwa gleich alt mit 54,2 Jahren.

Werden die Diagnosegruppen in der medizinischen Rehabilitation betrachtet, lassen sich Unterschiede im durchschnittlichen Alter der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden feststellen. Mit 43,4 Jahren war das Durchschnittsalter in der Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen deutlich jünger als in anderen Indikationen. Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit psychischen Erkrankungen waren im Mittel 51,5 Jahre, gefolgt von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit neurologischen Erkrankungen (52,2 Jahre), orthopädischen und rheumatischen Erkrankungen (54,1 Jahre) und kardiologischen

Abbildung 5: Medizinische Rehabilitation: Altersspezifische Inanspruchnahmeraten bei Frauen 2022



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“ 2022, „Versicherte“ 2021

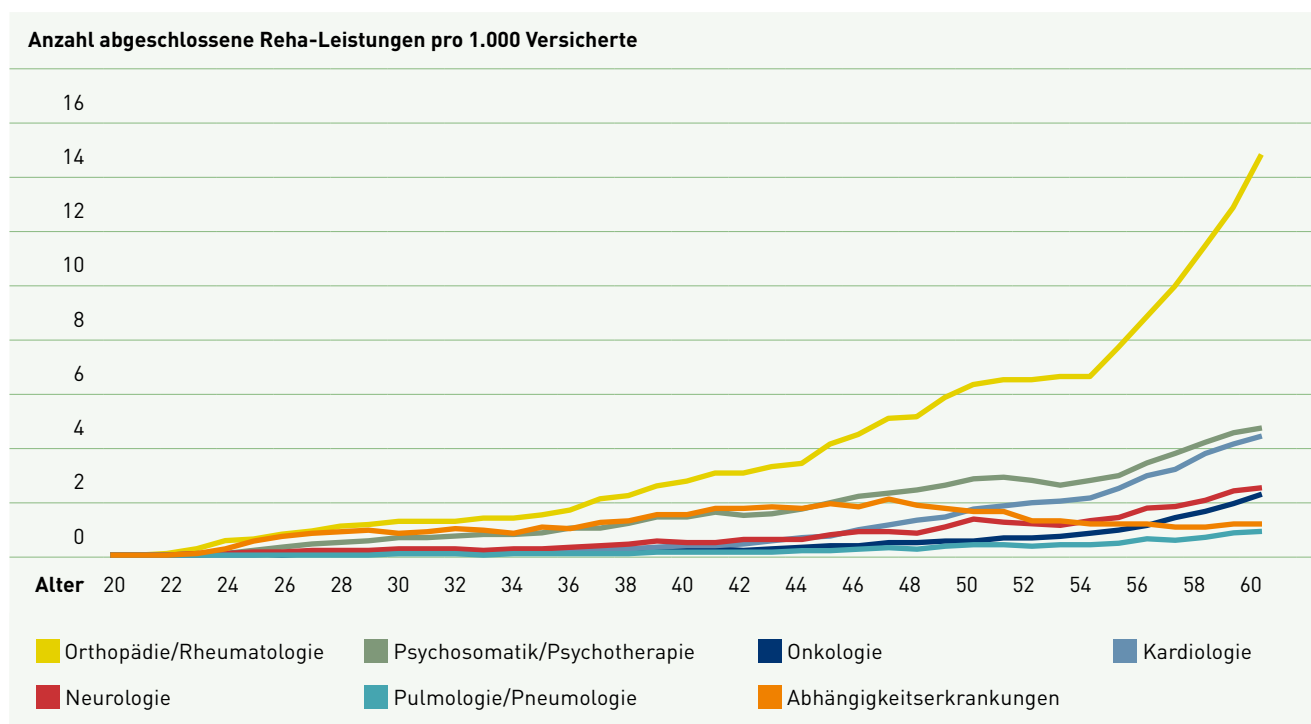
Erkrankungen (55,3 Jahre). Mit im Mittel 62,2 Jahren waren Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit onkologischen Erkrankungen mit Abstand am ältesten. Während insgesamt zahlreiche krankheitsspezifische, personenbezogene und auch gesellschaftliche Faktoren zu den Altersunterschieden zwischen den Diagnosegruppen 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.

Mehr chronische Erkrankungen im Alter

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 5: Medizinische Rehabilitation: Altersspezifische Inanspruchnahmeraten bei Frauen 2022“ auf Seite 46 und „Abbildung 6: Medizinische Rehabilitation: Altersspezifische Inanspruchnahmeraten bei Männern 2022“ auf Seite 47 darstellen.

Es zeigt sich ein klarer Zusammenhang der Inanspruchnahme von Reha-Leistungen mit zunehmenden Alter. Bei allen betrachteten Diagnosegruppen stieg die Inanspruchnahme mit dem Alter. Besonders ausgeprägt war der Anstieg bei orthopädischen und rheumatischen

Abbildung 6: Medizinische Rehabilitation: Altersspezifische Inanspruchnahmeraten bei Männern 2022



Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2022, „Versicherte“ 2021

Erkrankungen. Etwa ab dem 40. Lebensjahr stieg die Anzahl abgeschlossener Reha-Leistungen pro 1.000 Versicherten, bei Frauen deutlich stärker als bei Männern. Bei onkologischen Diagnosen erhöhte sich die Inanspruchnahme ebenfalls mit fortschreitendem Alter. Bei Frauen und Männern ist dieser Anstieg etwa um das 50. Lebensjahr erkennbar.

Während bei Frauen die Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen bei psychischen Erkrankungen mit dem Alter stetig anstieg, zeigte sich bei Männern diese Altersdynamik deutlich schwächer ausgeprägt. 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.

Inanspruchnahme steigt mit Alter



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 95. Diese beziehen sich auf Reha-Einrichtungen bzw. deren krankheitsspezifische Fachabteilungen, die von der Deutschen Rentenversicherung belegt werden und am Qualitätssicherungsprogramm teilnehmen, siehe „Medizinische Rehabilitation: Reha-Einrichtungen“ auf Seite 63.

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“ auf Seite 49. 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 2020 und Juli 2021 eine stationäre Rehabilitation in den somatischen Indikationen abgeschlossen haben, gibt „Abbildung 7: Zufriedenheit der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in der stationären medizinischen Rehabilitation: Somatische Indikationen“ auf Seite 78

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, inklusive 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 wie beispielsweise Bildung, Geschlecht und Alter, die zu unterschiedlichen Bewertungen der Rehabilitation führen können, bereinigt. In einem wissenschaftlich begleiteten Projekt wurde das bestehende Verfahren der Adjustierung überarbeitet.

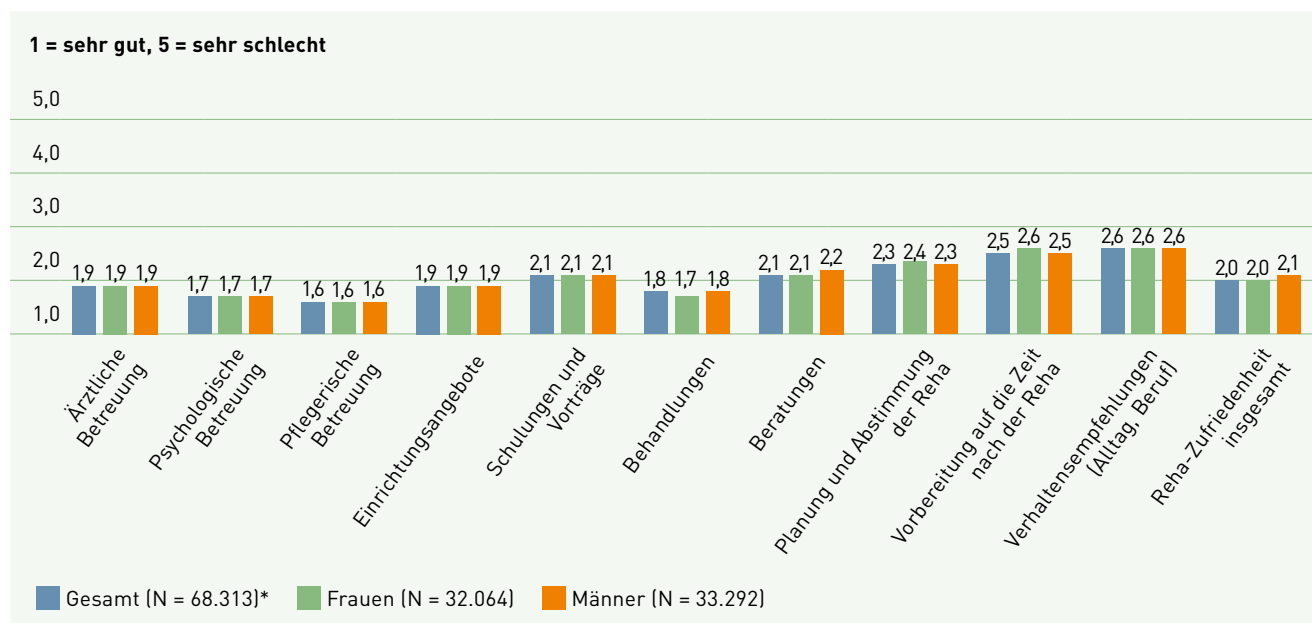
Die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bewerteten ihre Rehabilitation auf einer Skala von „1“ für sehr gut bis „5“ für sehr schlecht. Die von den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden berichtete Zufriedenheit mit der stationären somatischen Rehabilitation insgesamt liegt im Durchschnitt bei 2,0 und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

Die gesundheitsbezogenen Angebote wie z. B. Entspannungstherapien (Behandlungen) wurden mit 1,8 bewertet, die Einrichtungsangebote mit 1,9. 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 erhaltenen „Behandlungen“ und die „Beratungen“ etwas besser als Männer beurteilten, sind es letztere, die sich mit den Bereichen „Planung und Abstimmung der Reha“ sowie „Vorbereitung auf die Zeit nach der Reha“ etwas zufriedener zeigten.

Hohe Gesamt-
zufriedenheit
mit stationärer
somatischer
Reha

Abbildung 7: Zufriedenheit der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in der stationären medizinischen Rehabilitation: Somatische Indikationen



*enthält auch Personen, bei denen keine Angabe zum Geschlecht vorliegt (N = 2.957)

Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Rehabilitandenbefragung Okt. 2020 bis Sept. 2021

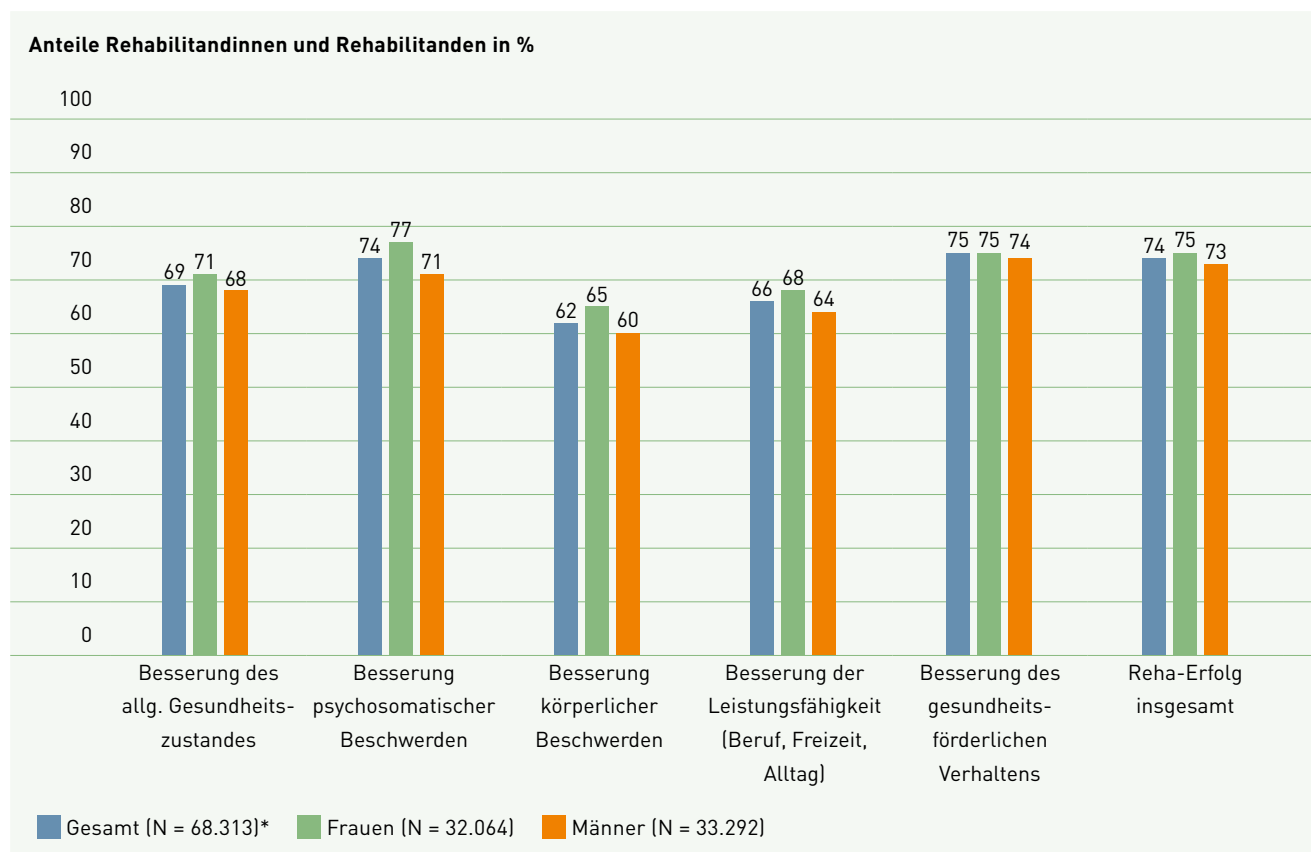
Behandlungserfolg aus Sicht der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden

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 49. 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 8: Behandlungserfolg aus Sicht der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in der stationären medizinischen Rehabilitation: Somatische Indikationen“ auf Seite 51 zeigt, welche Bereiche der Gesundheit sich aus Sicht der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden durch eine somatische Rehabilitation verbessert haben: Etwa drei Viertel der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bewerteten die Rehabilitation insgesamt als erfolgreich (74 %). 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 69 % aller Rehabilitandinnen und Rehabilitanden eine Besserung ihres allgemeinen Gesundheitszustands und 66 % eine Besserung ihrer Leistungsfähigkeit in Beruf und Alltag angaben, sind es etwas weniger, die eine Besserung ihrer körperlichen Gesundheit verzeichneten

75 % bewerten stationäre somatische Reha als erfolgreich

Abbildung 8: Behandlungserfolg aus Sicht der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in der stationären medizinischen Rehabilitation: Somatische Indikationen



*enthält auch Personen, bei denen keine Angabe zum Geschlecht vorliegt (N = 2.957)

Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Rehabilitandenbefragung Okt. 2020 bis Sept. 2021

(62 %). Geschlechterunterschiede spielten bei der Bewertung des Behandlungserfolgs eine größere Rolle als bei der Zufriedenheit mit der Rehabilitation, wie „Abbildung 7: Zufriedenheit der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in der stationären medizinischen Rehabilitation: Somatische Indikationen“ auf Seite 50 zeigt. Am deutlichsten zeigten sich diese Unterschiede bei der Besserung der körperlichen (Frauen: 65 % vs. Männer: 60 %) und auch der psychosomatischen Beschwerden (Frauen: 77 % vs. Männer: 71 %).

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)“.

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 wie beispielsweise Kapitel A: Sport- und Bewegungstherapie. Die KTL gilt sowohl für die stationäre als auch für die ambulante medizinische Rehabilitation von Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern.

18,2 Stunden
Therapiezeit pro
Woche und Reha

2023 erhielten 1.571 Reha-Fachabteilungen eine Auswertung der KTL-Daten aus ihren Reha-Entlassungsberichten des Jahres 2021. Insgesamt gingen 693.372 Reha-Entlassungsberichte in die Auswertungen ein. „Reha-Therapiestandards – Anforderungen an die Rehabilitation“ auf Seite 53 gibt einen Überblick über die therapeutische Versorgung.

Insgesamt haben im Jahr 2021 jede Rehabilitandin und jeder Rehabilitand während der Rehabilitation im Durchschnitt 31,3 über die KTL erfasste Leistungen pro Woche erhalten, die sich auf 18,2 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 26 % der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mindestens eine Leistung.

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.

Breites Spek-
trum der medizi-
nischen Reha

In „Reha-Therapiestandards – Anforderungen an die Rehabilitation“ auf Seite 53 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, 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 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 54.

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. 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. Aktuell werden die Reha-Therapiestandards überarbeitet.

Tabelle 6: Anzahl und Anteil der therapeutischen Leistungen nach Inhalt, Anzahl der Leistungen und Dauer für Rehabilitationen der Deutschen Rentenversicherung im Jahr 2021

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	685.589	99%	7,7	4,8
B – Physiotherapie	615.052	89%	4,8	2,4
C – Information, Motivation, Schulung	689.796	99%	3,2	2,2
D – Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie	668.611	96%	1,2	0,6
E – Ergo-, Arbeits- und andere funktionelle Therapie	528.468	76%	2,4	1,7
F – Klinische Psychologie, Neuropsychologie	621.555	90%	2,6	2,0
G – Psychotherapie	176.979	26%	3,7	4,0
H – Reha-Pflege und Pädagogik	624.052	90%	2,4	0,7
K – Physikalische Therapie	606.059	87%	5,3	2,0
L – Rekreationstherapie	435.330	63%	3,2	2,2
M – Ernährungsmedizinische Leistungen	531.166	77%	1,5	0,8
Insgesamt	693.372	100%	31,3	18,2

* Mehrfachnennungen möglich; N = 693.372 stationäre und ambulante Reha-Leistungen
 Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2021

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 „Koronare Herzkrankheit“ zum Beispiel insgesamt 12 evidenzbasierte Therapiemodule (ETM 01-ETM 12). Dazu gehören unter anderem „ETM 01 – Bewegungstherapie; Ausdauertraining“, „ETM 06 – Gesundheitsbildung“, „ETM 11 – 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.

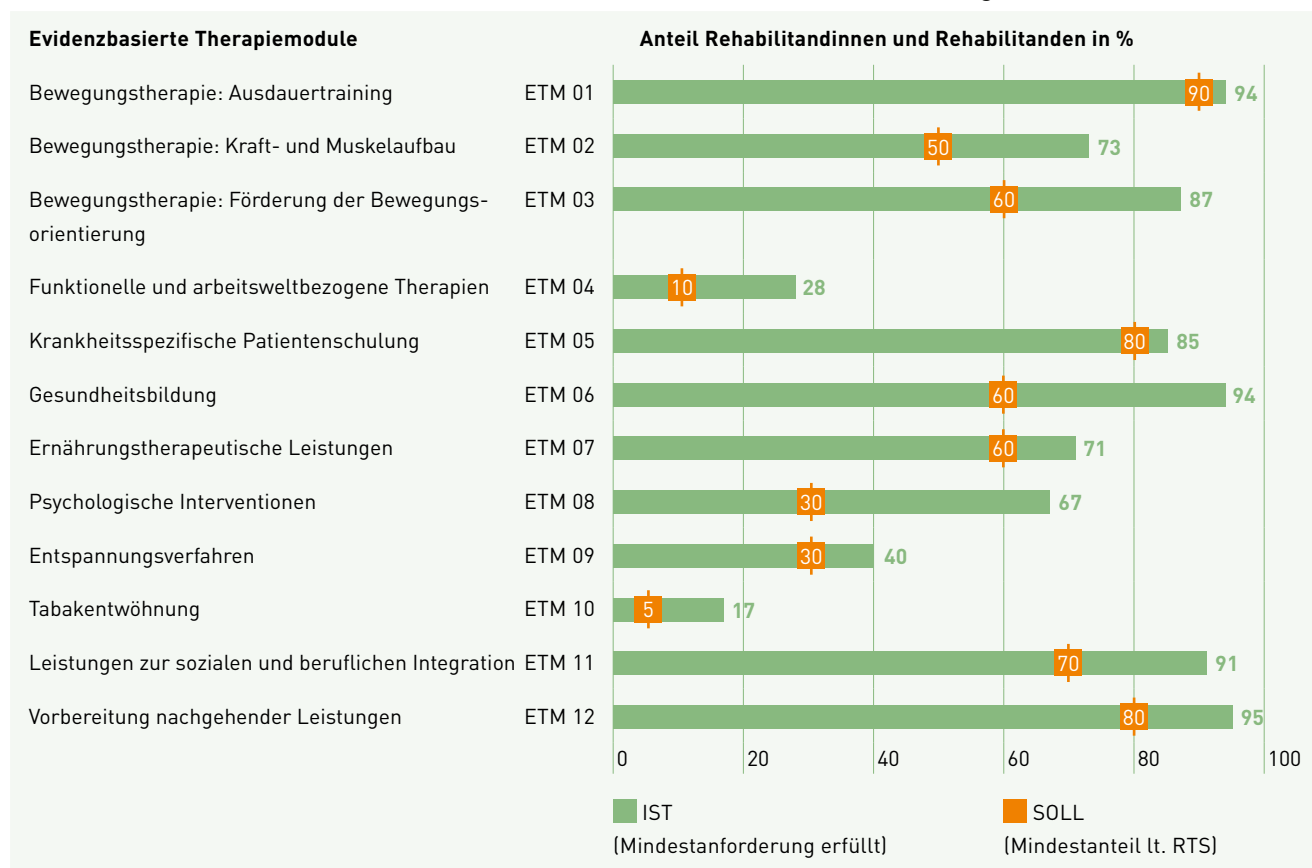
Dieser Mindestanteil ist je nach Therapiemodul unterschiedlich. Die Mindestanteile beruhen auf Schätzungen von Expertinnen und Experten aus der Reha-Praxis. Natürlich besteht auch die Möglichkeit individuelle Probleme und Einzelfälle zu berücksichtigen, da der Mindestanteil nie 100 % der Rehabilitandinnen 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

Beispielhaft werden im Folgenden aktuelle Ergebnisse zu den Reha-Therapiestandards „Koronare Herzkrankheit“ und „Diabetes Mellitus Typ 2“ 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“).

Abbildung 9: Versorgung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden gemäß Reha-Therapiestandards für „Koronare Herzkrankheit“ bei Rehabilitationen der Deutschen Rentenversicherung im Jahr 2021

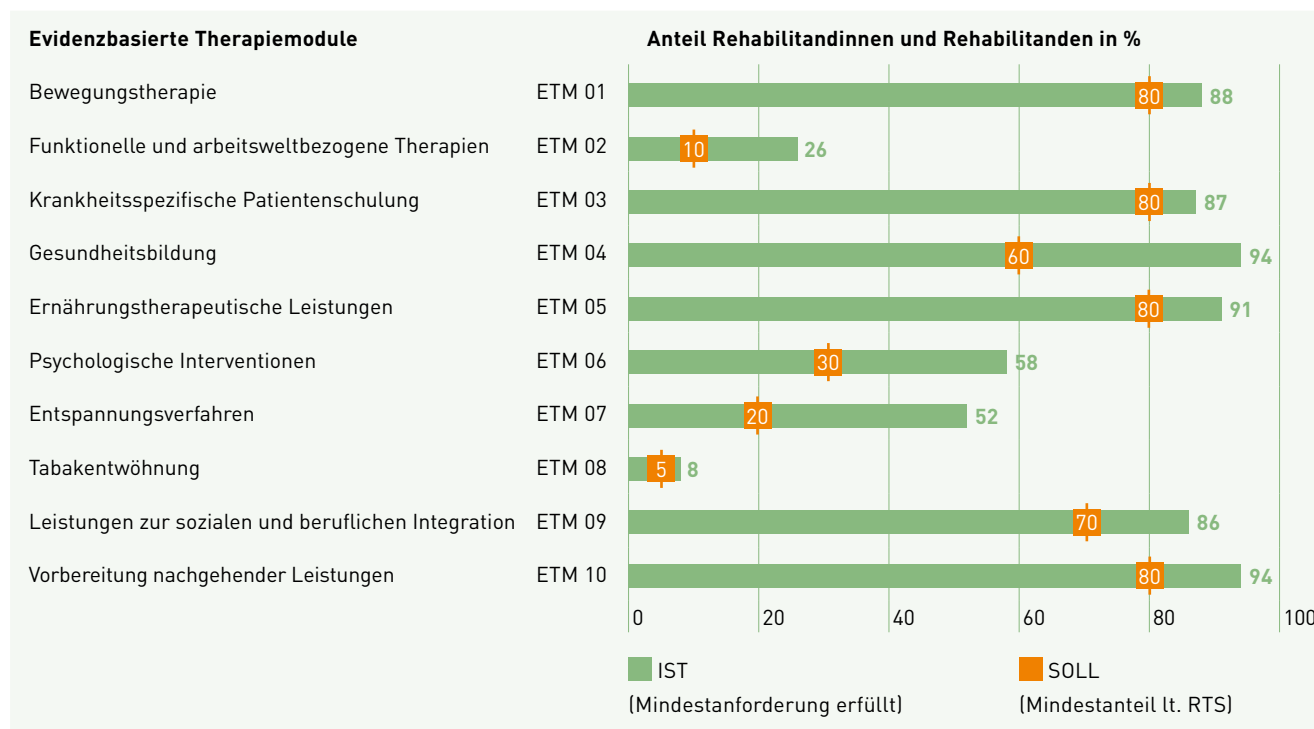


¹ Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die im Jahr 2021 eine medizinische Rehabilitation im Geltungsbereich des Reha-Therapiestandards „Koronare Herzkrankheit“ beendet haben, N = 30.490

Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2021

Die Auswertung zu den Reha-Therapiestandards „Koronare Herzkrankheit“ bezieht alle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ein, die im Jahr 2021 eine Rehabilitation mit der Erstdiagnose „Ischämische Herzkrankheit“ oder „Aortokoronarer Bypass“ oder „Implantat / Transplantat nach koronarer Gefäßplastik“ und einer Behandlungsdauer zwischen 18 und 42 Tagen beendeten, siehe „Abbildung 9: Versorgung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden gemäß Reha-Therapiestandards für „Koronare Herzkrankheit“ bei Rehabilitationen der Deutschen Rentenversicherung im Jahr 2021“ auf Seite 55. Dabei handelte es sich um insgesamt 30.490 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden aus 134 Fachabteilungen. 2021 wurden in den evidenzbasierten Therapiemodulen die festgelegten Mindestanforderungen vollständig erfüllt.

Abbildung 10: Versorgung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden gemäß Reha-Therapiestandards für „Diabetes mellitus Typ 2“ bei Rehabilitationen der Deutschen Rentenversicherung im Jahr 2021



¹ Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die im Jahr 2021 eine medizinische Rehabilitation im Geltungsbereich des Reha-Therapiestandards „Diabetes mellitus Typ 2“ beendet haben, N = 3.290
 Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2021

Als weiteres Beispiel werden die Ergebnisse der Reha-Therapiestandards „Diabetes mellitus Typ 2“ dargestellt, siehe „Abbildung 10: Versorgung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden gemäß Reha-Therapiestandards für „Diabetes mellitus Typ 2“ bei Rehabilitationen der Deutschen Rentenversicherung im Jahr 2021“ auf Seite 56. Insgesamt wurden 3.290 Rehabilitationen aus 23 Fachabteilungen ausgewertet, die im Jahr 2021 eine Rehabilitation mit einer entsprechenden Diagnose beendet haben und deren Behandlungsdauer zwischen 18 und 42 Tagen lag. Die in den evidenzbasierten Therapiemodulen der Reha-Therapiestandards „Diabetes mellitus Typ 2“ festgelegten Mindestanforderungen wurden für alle Therapiebereiche vollständig erfüllt.

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.

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 ihrer 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 57.

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.

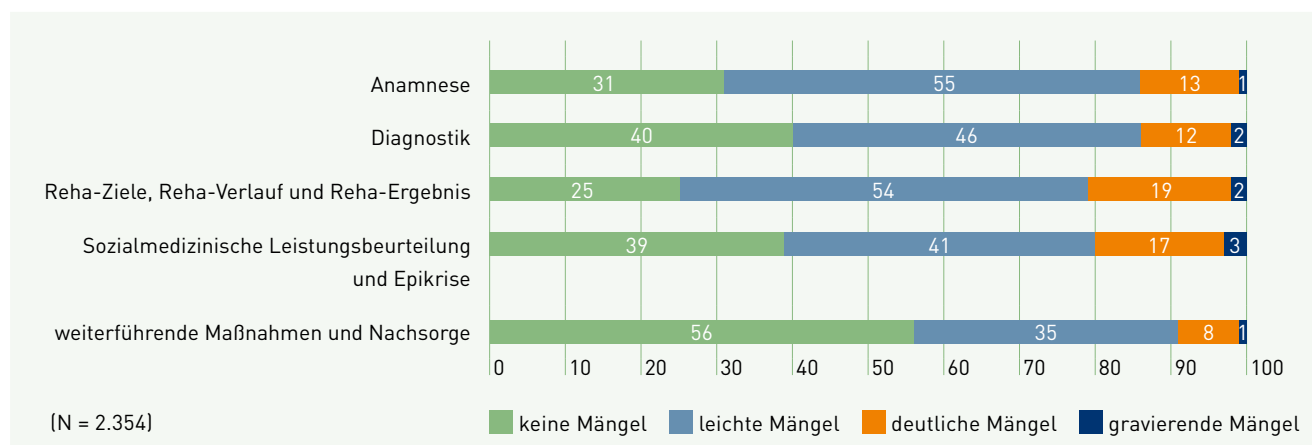
Damit alle Fälle nach den gleichen Maßstäben bewertet werden, wird eine standardisierte und manualisierte Checkliste eingesetzt. Sie gibt zum einen die prozessrelevanten Merkmale und Bereiche sowie zum anderen die Bewertungsmaßstäbe vor. Betrachtet werden im Peer Review-Verfahren alle wesentlichen Bereiche 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

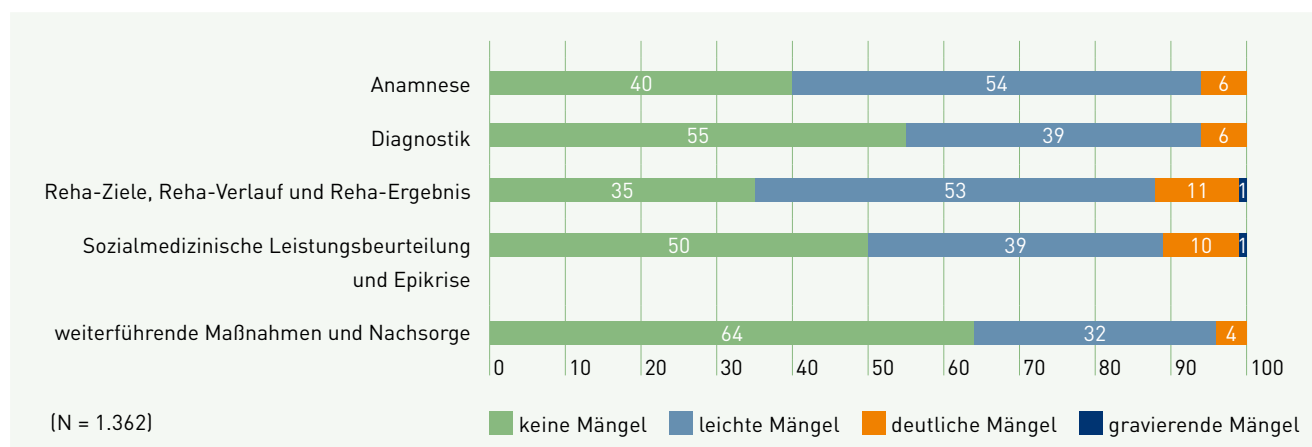
Am aktuellen Peer Review der Indikationen Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen nahmen 373 Fachabteilungen teil, die zum Zeitpunkt der Ziehung am 01.09.2022 von der Deutschen Rentenversicherung federführend belegt wurden. Gegenstand der Untersuchung waren die Entlassungsberichte von medizinischen Rehabilitationsleistungen, die zwischen dem 1. Januar 2022 und dem 30. Juni 2022 abgeschlossen wurden. Insgesamt 2.354 Entlassungsberichte und individuelle Therapiepläne aus der Psychosomatik und 1.362 aus den Abhängigkeitserkrankungen bilden die Grundlage für die Bewertung der Prozessqualität.

Abbildung 11: Bewertung der Prozessbereiche im Peer Review Psychosomatik



Quelle: QS-Bericht 2023 zum Peer Review Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen (Reha-QS), Indikation Psychosomatik

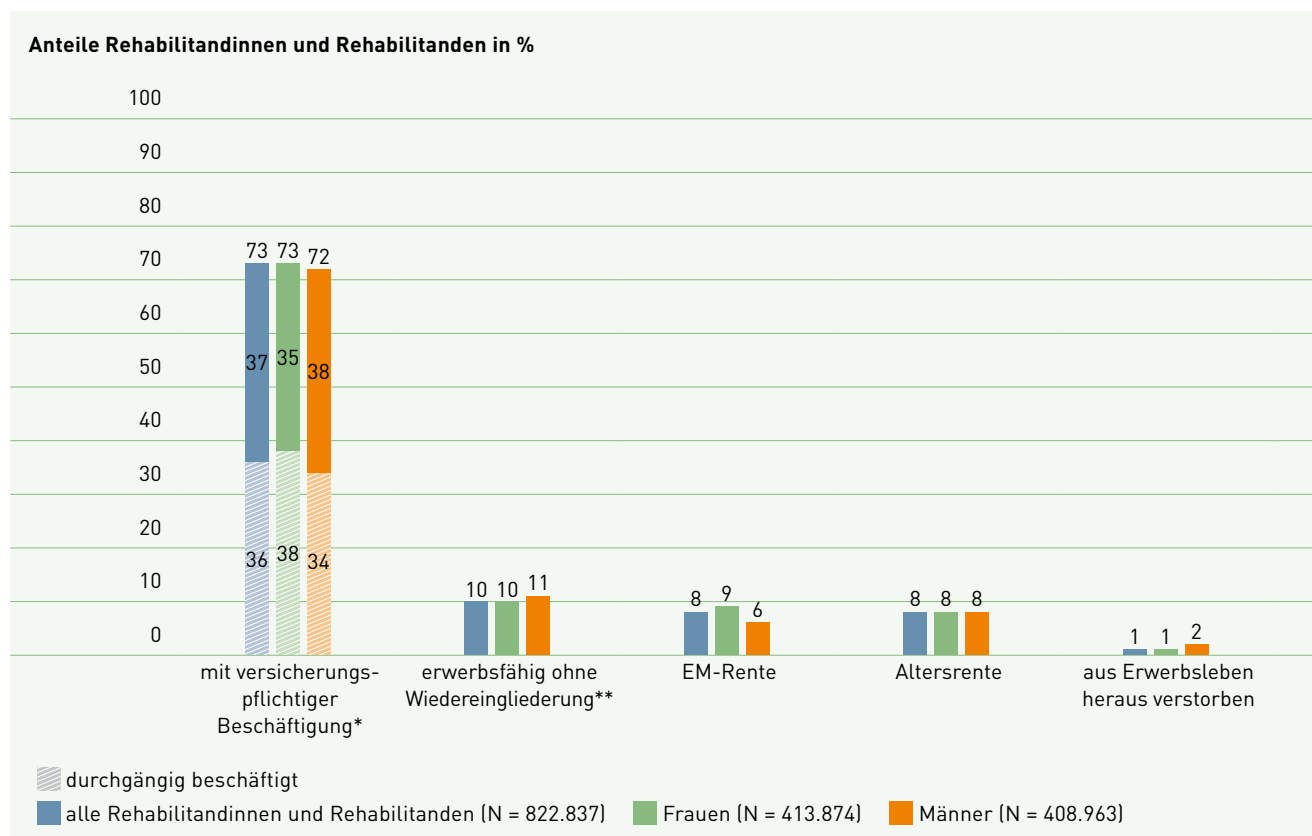
Abbildung 12: Bewertung der Prozessbereiche im Peer Review Abhängigkeitserkrankungen



Quelle: QS-Bericht 2023 zum Peer Review Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen (Reha-QS), Indikation Abhängigkeitserkrankungen

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 11: Bewertung der Prozessbereiche im Peer Review Psychosomatik“ auf Seite 58 zeigt die Bewertungen durch die Peers in den relevanten Prozessbereichen über alle begutachteten Fälle der Indikation Psychosomatik hinweg.

Abbildung 13: Sozialmedizinischer Zwei-Jahres-Verlauf nach medizinischer Rehabilitation in 2019 (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.

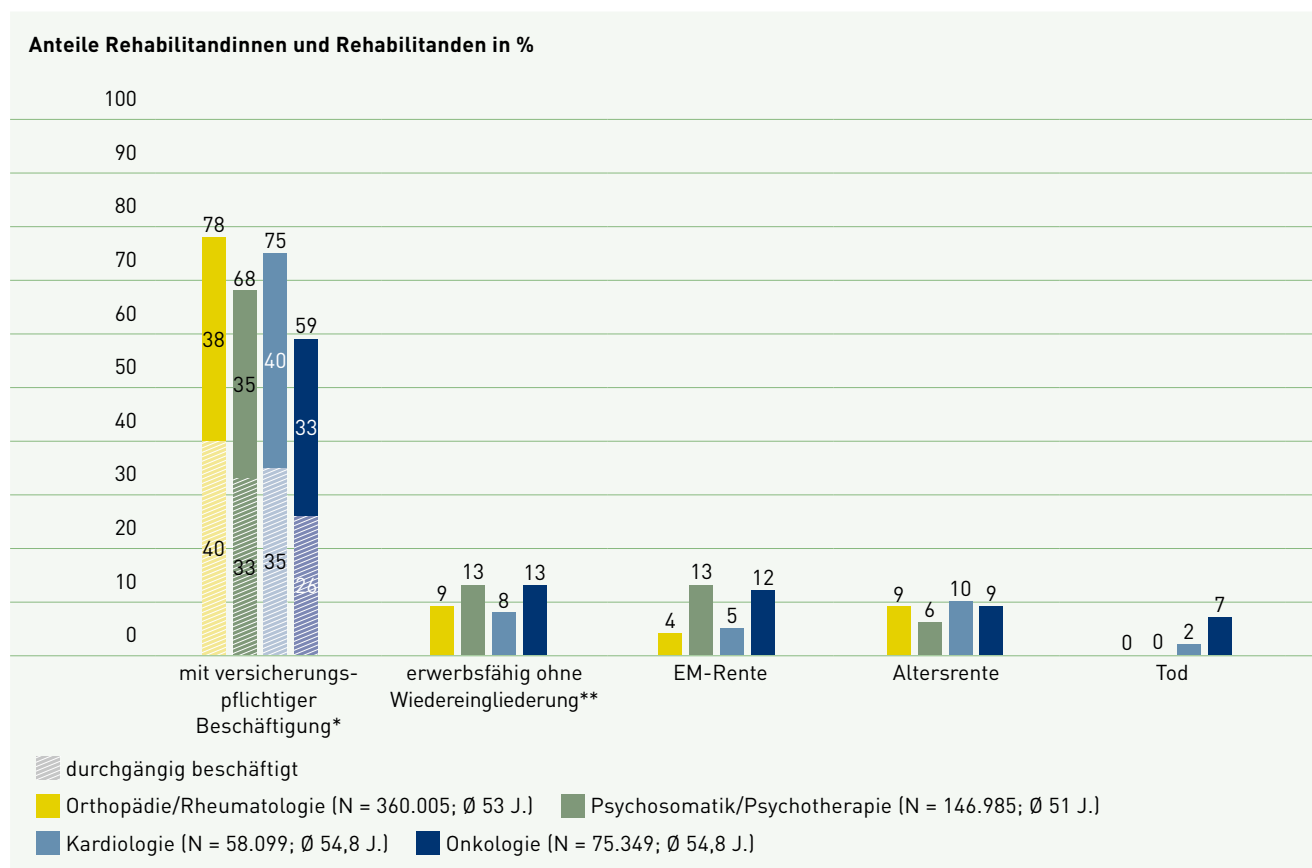
Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2014–2021

Gute Prozessqualität in der psychosomatischen Rehabilitation

Die Auswertung weist auf eine insgesamt gute Prozessqualität in der psychosomatischen Rehabilitation hin. Insbesondere im Bereich „Weiterführende Maßnahmen und Nachsorge“ wiesen mehr als 50 % der ausgewerteten Fälle keine Mängel auf. Die Bereiche „Reha-Ziele, Reha-Verlauf und Reha-Ergebnis“ und „Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung und Epikrise“ zeigten am häufigsten deutliche bzw. gravierende Mängel auf.

In den Abhängigkeitserkrankungen ergibt sich ebenfalls eine gute Prozessqualität (siehe „Abbildung 12: Bewertung der Prozessbereiche im Peer Review Abhängigkeitserkrankungen“ auf Seite 58). In allen Prozessbereichen wurden bei mehr als 85 % 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 11 % sowie den Bereichen „Reha-Ziele, Reha-Verlauf und Reha-Ergebnis“ mit insgesamt 12 %.

Abbildung 14: Sozialmedizinischer Zwei-Jahres-Verlauf nach medizinischer Rehabilitation in 2019 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) 2014–2021

Routinedaten geben Aufschluss über Behandlungserfolg

Erfolg der Rehabilitation – 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“ genannt. Dieser Erwerbsverlauf nach medizinischer Rehabilitation, der sogenannte Sozialmedizinische Verlauf (siehe auch Info-Box „Kurz erklärt: Sozialmedizinischer Verlauf“ auf Seite 61) wird auf Grundlage der Routinedaten (siehe Info-Box „Kurz erklärt: Routinedaten der Rentenversicherung“ auf Seite 94) erfasst.

Der Erwerbsverlauf von pflichtversicherten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die ihre Rehabilitation im Jahr 2019 abgeschlossen hatten, wird in „Abbildung 13: Sozialmedizinischer Zwei-Jahres-Verlauf nach medizinischer Rehabilitation in 2019 (pflichtversicherte Rehabilitandinnen und Rehabilitanden)“ auf Seite 59 dargestellt.

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 94).

Zwei Jahre nach
Rehabilitation:
83 % erwerbs-
fähig

Insgesamt 17 % der Personen schieden in den zwei Jahren nach ihrer medizinischen Rehabilitation aus dem Erwerbsleben aus: 8 % 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 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 61). Das Ergebnis verdeutlicht den zumindest mittelfristigen Erfolg der medizinischen Rehabilitation, unter Berücksichtigung, dass vor der Rehabilitation eine erheblich gefährdete oder sogar bereits geminderte Erwerbsfähigkeit vorlag. Geschlechtsspezifische Unterschiede sind kaum erkennbar.

Erwerbsfähigkeit
unterschiedlich
zwischen Indika-
tionen

Bei der Betrachtung des sozialmedizinischen Verlaufs differenziert nach Indikation zeigten sich deutliche Unterschiede in den Erwerbsverläufen wie in „Kurz erklärt: Sozialmedizinischer Verlauf“ auf Seite 61 zu sehen ist. So waren in den zwei Jahren nach einer orthopädischen oder rheumatologischen Rehabilitation mit 78 % 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 (7 %) von onkologischen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden wider.



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.

Rund 1.100
stationäre
Vorsorge- und
Rehabilitations-
einrichtungen

Einen ersten Eindruck über die Größenordnung der Reha-Einrichtungen geben Zahlen des Statistischen Bundesamtes. In 2021 gab es demnach in Deutschland 1.092 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.

Anzahl stationärer Reha-Fachabteilungen

Medizinische Reha-Einrichtungen haben häufig nicht nur einen Behandlungsschwerpunkt wie beispielsweise für Kardiologie, sondern verfügen oft über verschiedene Fachabteilungen wie Kardiologie und Orthopädie. In der stationären medizinischen Rehabilitation wurden im Jahr 2023 (Stand QS-Reda, abgerufen am 26. Juli 2023) insgesamt 2.017 stationäre Fachabteilungen von der Rentenversicherung federführend belegt. Dies beinhaltet auch Fachabteilungen, die Rehabilitationen für Kinder und Jugendliche durchführen. Damit ist die Anzahl stationärer Fachabteilungen im Vergleich zum Vorjahr um 140 gewachsen.

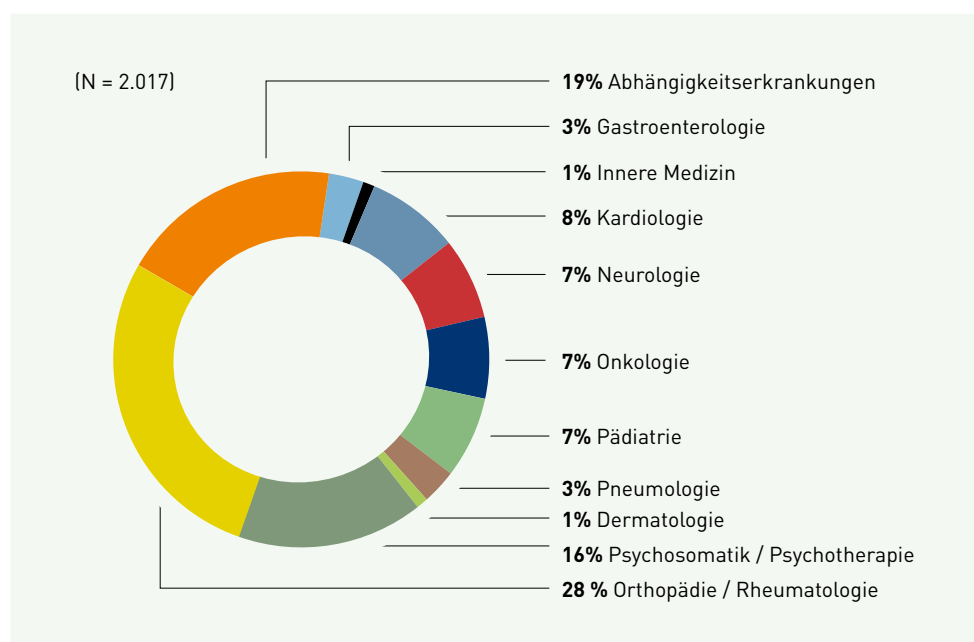
In „Abbildung 15: Indikationen stationärer Fachabteilungen in medizinischen Reha-Einrichtungen“ auf Seite 64 wird der prozentuale Anteil der verschiedenen stationären

Qualitätssicherung mit 2.017 stationären Fachabteilungen

Fachabteilungen nach Indikation(sgebiet) 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 beispielsweise 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 5: Stationäre und ambulante medizinische Rehabilitation 2022: Durchschnittliche Behandlungsdauer im Spektrum der Indikationen“ auf Seite 45. 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 inzwischen einen Anteil von 7 % aus.

Abbildung 15: Indikationen stationärer Fachabteilungen in medizinischen Reha-Einrichtungen

Stationäre Fachabteilungen	Anzahl
Gastroenterologie	67
Innere Medizin	26
Kardiologie	168
Neurologie	144
Onkologie	142
Orthopädie / Rheumatologie	569
Pädiatrie	135
Pneumologie	58
Dermatologie	13
Psychosomatik / Psychotherapie	312
Abhängigkeitserkrankungen	383
Summe Fachabteilungen	2.017



Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Einrichtungsdatenbank (QS-REDA) 2023



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 66. 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 37 und Seite 94.

Anträge, Bewilligungen und durchgeführte Leistungen für LTA

Wie bei der medizinischen ist auch bei der beruflichen Rehabilitation, das heißt bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, zunächst die Initiative der Versicherten gefragt. Im Jahr 2022 reichten die Versicherten 330.624 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, 21 % 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. 3,5 % 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.

Knapp 70 % der
Anträge bewilligt

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

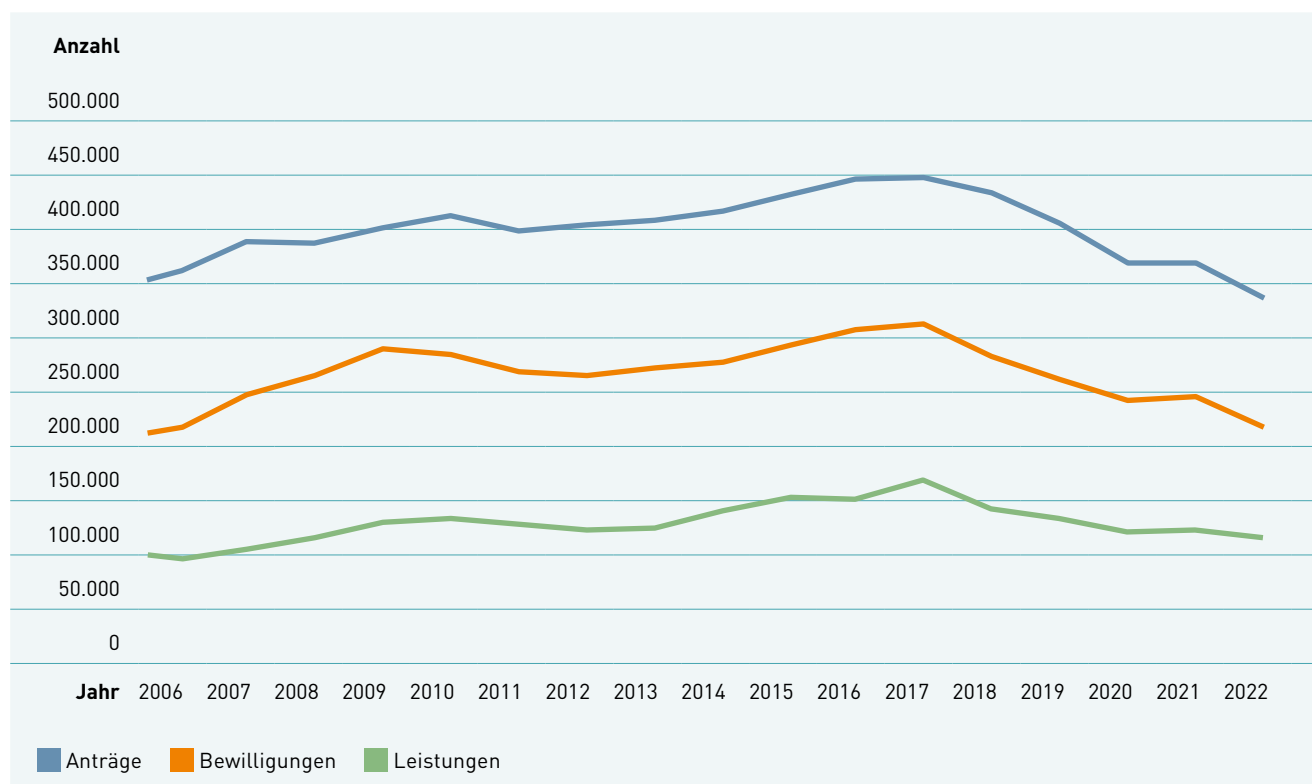
Unschärfen ergeben sich bei statistischen Betrachtungen eines Kalenderjahres durch wechselnde Bezugsgrößen: Beispielsweise werden Anträge eines Jahres nicht immer im gleichen Jahr erledigt. Manchmal vergeht nach einer Beantragung eine gewisse Zeit, bis eine Leistung abgeschlossen wird, beispielsweise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

Tabelle 7: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben: Anzahl der Anträge, Bewilligungen und abgeschlossenen Leistungen 2021 und 2022

	Anträge	Bewilligungen	Leistungen
2021	366.282	252.188	126.953
2022	330.624	228.625	120.078
Veränderung von 2021 zu 2022 in Prozent	- 9,7%	- 9,3%	- 5,4 %

Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2023

Die Zahl der Anträge, Bewilligungen und abgeschlossenen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unterliegt wie bei medizinischen Leistungen (siehe „Tabelle 2: Medizinische Rehabilitation – Anzahl der Anträge, Bewilligungen und abgeschlossenen Leistungen in 2021 und 2022“ auf Seite 38) zeitlichen Schwankungen, wenn auch nicht so ausgeprägt (siehe „Abbildung 16: Teilhabe am Arbeitsleben – Anträge, Bewilligungen und abgeschlossene Leistungen 2006–2022“ auf Seite 67. 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.

Abbildung 16: Teilhabe am Arbeitsleben – Anträge, Bewilligungen und abgeschlossene Leistungen 2006–2022

Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2023

Ein Grund für den seit 2017 kontinuierlich zu beobachtenden Trend zum Rückgang der Zahlen 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.

Über 330.000
Anträge auf LTA
in 2022

In 2022 kann im Vergleich zum Vorjahr ein deutlicher Rückgang von Anträgen verzeichnet werden. Das hatte Auswirkungen auf die Anzahl der Bewilligungen und der durchgeführten Leistungen. Wie in „Tabelle 7: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben: Anzahl der Anträge, Bewilligungen und abgeschlossenen Leistungen 2021 und 2022“ auf Seite 66 zu sehen ist, gingen in 2022 mehr als 330.000 Anträge für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ein. Knapp 229.000 Anträge wurden bewilligt und über 120.000 Leistungen abgeschlossen.

Zeitliche Entwicklung

Die zeitliche Entwicklung der abgeschlossenen LTA ist in „Tabelle 8: Abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 2006–2022“ auf Seite 68 mit Zahlen unterlegt. In dem hier dargestellten Zeitraum von 2006 bis 2022 sind immer wieder Schwankungen zu beobachten. Bis 2010 nahmen die abgeschlossenen 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 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. 120.078 abgeschlossene LTA konnten in 2022 registriert werden. Im Vergleich zum Vorjahr (126.953) ist das ein Rückgang. Sowohl bei den Frauen (40.060) als auch bei den Männern (80.018) gingen die Zahlen zurück.

Doppelt so viele
Männer wie
Frauen nutzen
LTA

Zwischen den Geschlechtern gibt es jedoch einen Unterschied in der Inanspruchnahme: Nur ein Drittel der Leistungen (33,4 %) wurde in 2022 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 und 2021 ein. Die Inanspruchnahme in der beruflichen Rehabilitation bleibt weiterhin zu Gunsten der Männer verschoben. Doppelt so viele Männer wie Frauen nutzen die Angebote der Rentenversicherung zur beruflichen Rehabilitation.

Tabelle 8: Abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 2006–2022

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
2022	120.078	80.018	40.060

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“ 2006–2022

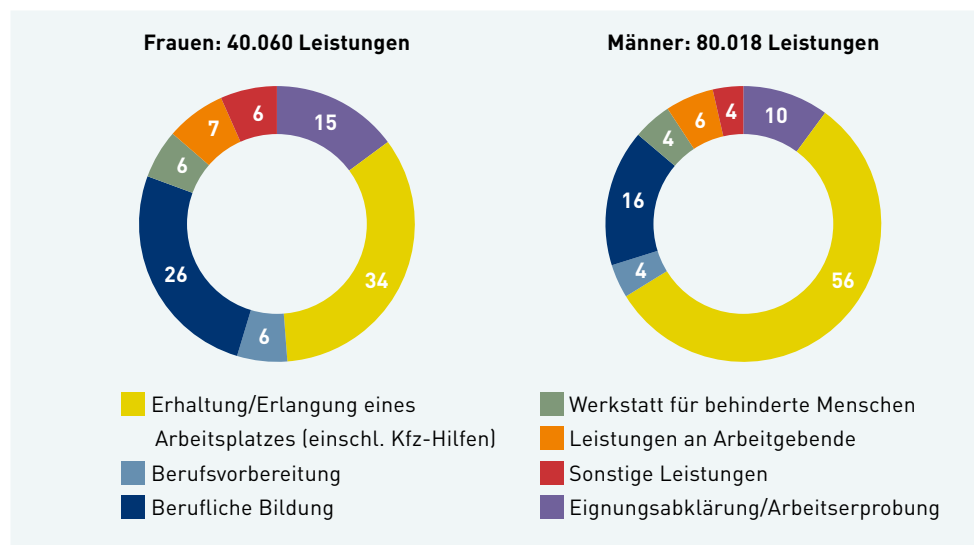
Erhaltung des Arbeitsplatzes nachgefragteste LTA

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 17: Spektrum der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei Frauen und Männern 2022 – abgeschlossene Leistungen“ auf Seite 69.

Die Verteilung der verschiedenen LTA fiel bei Frauen und Männern in 2022 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 34 % und Männern mit 56 % den größten Leistungsbereich dar. Es folgen die Leistungen zur beruflichen Bildung, die für Frauen gut ein Viertel (26 %) 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.

Abbildung 17: Spektrum der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei Frauen und Männern 2022 – 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“ 2022

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: 10 %) sowie Leistungen an die Arbeitgeber (in Grafik gegendert: Arbeitgebende) (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 – 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.

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.

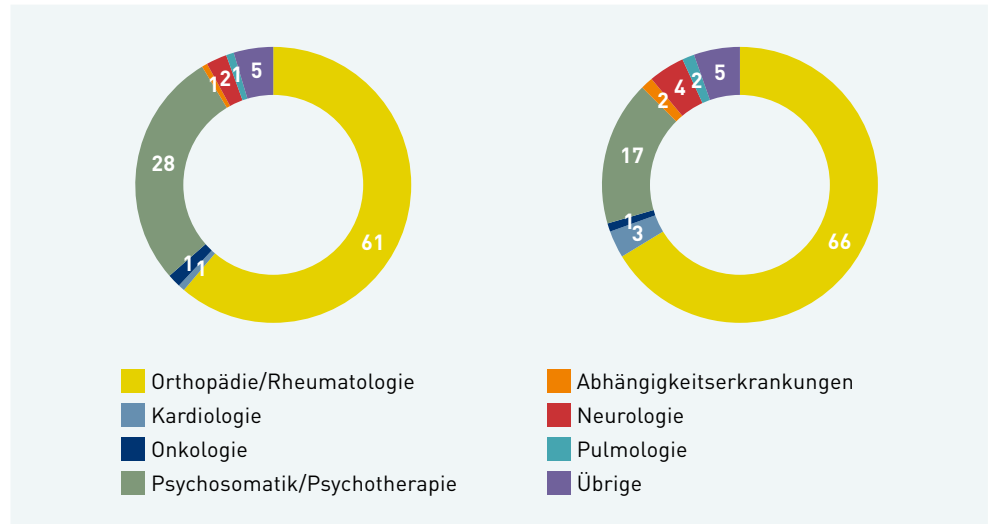
Qualifizierungsleistungen

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

Vor allem zwei Diagnosegruppen führten zu beruflichen Bildungsleistungen wie in „Berufliche Bildung – altersspezifische Inanspruchnahme“ auf Seite 72 deutlich wird. 61 % 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 (28 %) ihrer Bildungsleistungen erfolgte 2022 aufgrund psychischer Erkrankungen, bei Männern waren das mit 17 % deutlich weniger. Neurologische Erkrankungen spielten eine deutlich geringere Rolle: Aufgrund dieser Indikation wurden 2 % der Leistungen bei Frauen und 4 % der Leistungen bei Männern durchgeführt. Das traf auch auf kardiologische Erkrankungen zu (Frauen 1 %, Männer 3 %).

Anzahl der
Leistungen ins-
gesamt: 23.223

Abbildung 18: Spektrum der Indikationen bei Bildungsleistungen von Frauen und Männern 2022 – abgeschlossene Leistungen

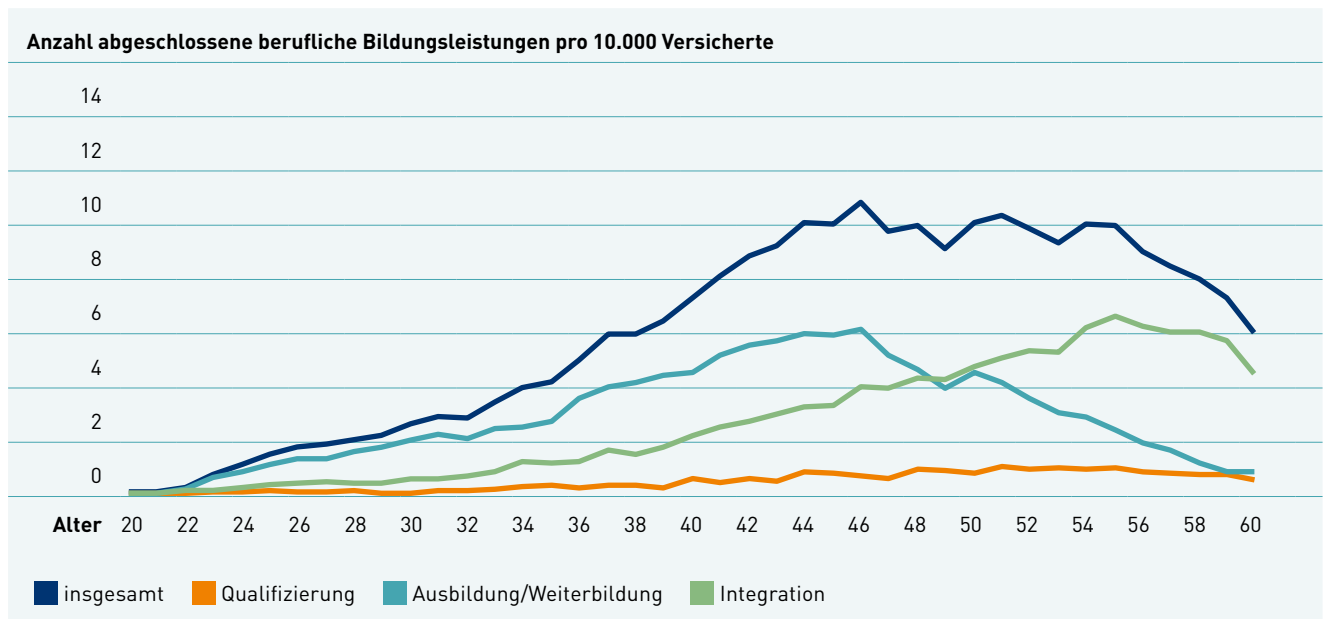


Ohne Fälle, bei denen die 1. Diagnose noch nicht erfasst ist.

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“ 2022

Abbildung 19: Berufliche Bildungsleistungen: Altersspezifische Inanspruchnahmeraten 2022



Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2022, „Versicherte“ 2021

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 45. Das Durchschnittsalter von Frauen, die in 2022 eine berufliche Bildungsleistung abgeschlossen haben, lag bei 47,6 Jahren. Männer waren mit im Durchschnitt 47,1 Jahren etwas jünger. Werden alle LTA betrachtet, lag der Altersdurchschnitt höher als in der Teilgruppe der beruflichen Bildungsleistungen (Frauen: 48,5 Jahre; Männer: 49,7 Jahre).

Weiterbildungen
meist zwischen
42 und 46 Jahren

Auch die Inanspruchnahme beruflicher Bildungsleistungen hängt wie medizinischen Reha-Leistungen mit dem Alter zusammen. In „Abbildung 19: Berufliche Bildungsleistungen: Altersspezifische Inanspruchnahmeraten 2022“ auf Seite 71 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 42 bis 46 Jahren (im vierten Lebensjahrzent / in den 40ern) am größten. Leistungen zur Integration werden hingegen meist von Versicherten in einem Alter von 54 bis 59 Jahren (im fünften Lebensjahrzent) genutzt.

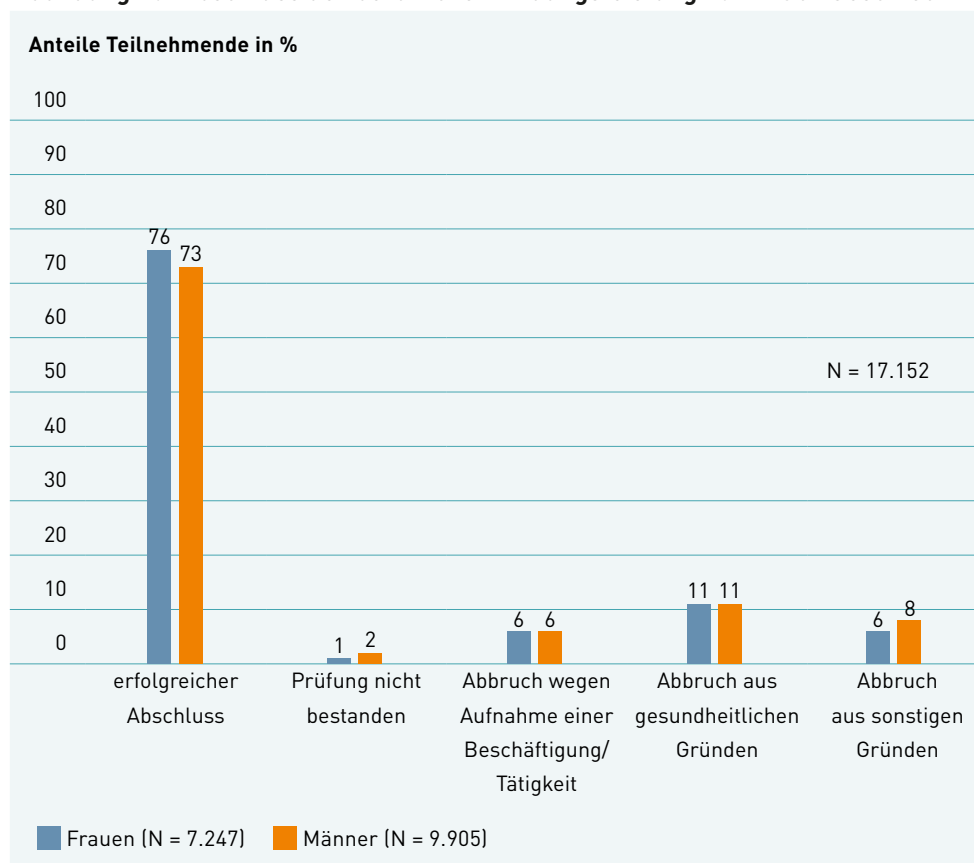


Berufliche Rehabilitation: **Prozess und Ergebnis von Bildungsleistungen**

„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 66). 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 37 der Rentenversicherung abbilden. Mehr als drei Viertel der Teilnehmerinnen (76 %) und Teilnehmer (73 %) schlossen ihre berufliche Bildungsleistung danach im Jahr 2022 erfolgreich ab wie „Abbildung 20: Abschluss der beruflichen Bildungsleistung 2022 nach Geschlecht“ auf Seite 74 zeigt. Rund 22 % der Männer und 18% der Frauen erreichten einen staatlich anerkannten Abschluss. Etwa jede/r Vierte brach die Bildungsleistung ab. Ein Abbruch geschah meist aus gesundheitlichen Gründen, aber auch wegen Aufnahme einer Beschäftigung.

Abbildung 20: Abschluss der beruflichen Bildungsleistung 2022 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“ 2022

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. Nachfolgend wird ein Zeitfenster von zwei Jahren nach Abschluss der im Jahr 2019 beendeten Bildungsleistungen ausgewertet.

Wie „Abbildung 21: Wiedereingliederungsstatus im 6., 12. und 24. Monat nach beruflicher Bildungsleistung im Jahr 2019“ auf Seite 75 zeigt, nimmt die berufliche Wiedereingliederung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die 2019 ihre Bildungsleistung abgeschlossen haben, im Verlauf der folgenden zwei Jahre kontinuierlich zu: Sind sechs Monate nach Ende der Bildungsleistung 54 % der Teilnehmenden sozialversicherungspflichtig beschäftigt, liegt dieser Anteil nach zwei Jahren bei 60 %. Im selben Zeitraum

60 % zwei Jahre
nach Reha
erwerbstätig

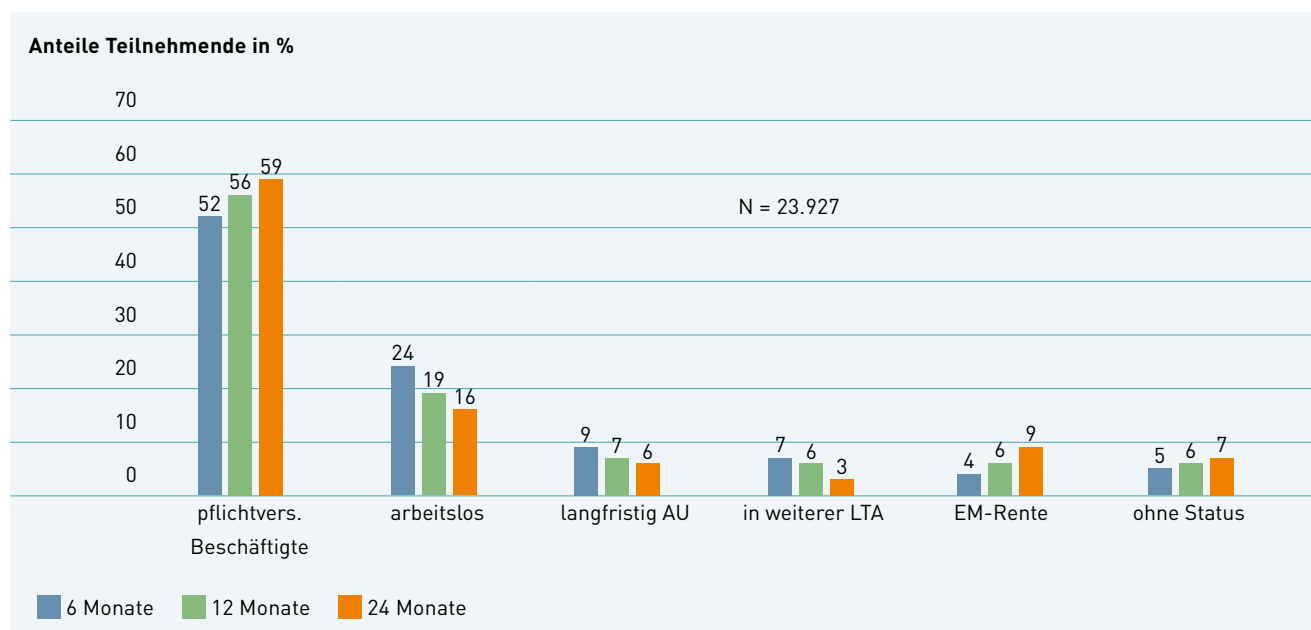
sinkt der Anteil der Arbeitslosen von anfänglich 16 % auf 13 %. Der Anteil der langfristig arbeitsunfähigen Personen („langfristig AU“) nimmt im Nachbetrachtungszeitraum von 8 % nach sechs Monaten auf 6 % nach zwei Jahren ab. Parallel dazu steigt der Anteil derjenigen, die eine Erwerbsminderungsrente (EM-Rente) erhalten von 4 % nach sechs Monaten auf 9 % nach zwei Jahren.

Etwa 6 % der Personen nehmen sechs Monate nach Abschluss der Leistung an einer weiteren LTA-Maßnahme teil. Der Anteil sinkt nach zwei Jahren auf 3 %. Für ungefähr ein Zehntel (9 bis 12 %) der Versicherten liegen keine Angaben zum Status vor, zum Beispiel weil sie als Selbständige keine Beiträge an die Rentenversicherung zahlen.

Wiedereingliederung ohne Unterschied bei Geschlecht

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 18 %, Frauen 13 %). 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 von der regionalen Arbeitsmarktlage, dem Alter und dem Gesundheitsstatus der Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

Abbildung 21: Wiedereingliederungsstatus im 6., 12. und 24. Monat nach beruflicher Bildungsleistung im Jahr 2019



Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2014–2021



Aufwendungen für Rehabilitation

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

Rund 6,96 Mrd.
Euro für Rehabilitation in 2022

Aufwendungen in 2022

2022 gab die Deutsche Rentenversicherung insgesamt ca. 6,96 Mrd. Euro für Rehabilitation aus (Bruttoaufwendungen) wie „Tabelle 9: Aufwendungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben in Mio. € 2006–2022“ auf Seite 77 darlegt. In den Wert sind für 2022 Zuschüsse in Höhe von rund 69 Mio. Euro eingerechnet, die im Rahmen des Sozialdienstleister-Einsatzgesetzes (SodEG) an Einrichtungen gezahlt wurden, mit denen die Deutsche Rentenversicherung in einem Vertragsverhältnis steht. Die Zuschüsse sind dann und in dem Umfang zu erstatten, in dem die Dienstleister andere, vorrangige Leistungen parallel erhalten haben.

Da diesen Ausgaben Einnahmen, beispielsweise aus Zuzahlungen der Versicherten gegenüberstehen, fielen in 2022 Nettoaufwendungen in Höhe von rund 6,80 Mrd. Euro an wie „Tabelle 10: Ausgaben der gesetzlichen Rentenversicherung 2022 nach Ausgabearten in Mio. Euro“ auf Seite 79 zeigt. Damit blieb die Rentenversicherung in 2022 im Rahmen des Budgets, das ihr für Reha-Leistungen gesetzlich vorgegeben ist. Die Höhe des Budgets für Reha-Leistungen belief sich auf 7,480 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 „Tabelle 9: Aufwendungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben in Mio. € 2006–2022“ auf Seite 77. Von den Gesamtaufwendungen

AUFWENDUNGEN FÜR REHABILITATION

Tabelle 9: Aufwendungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben in Mio. € 2006–2022

	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
2022**	6.963,1	4.700,7	737,5	820,3	416,3	395,6

Bruttoaufwendungen, d.h. Reha-Ausgaben zzgl. Erstattungen

* Ab 2011 ist das „Persönliche Budget“ in der Spaltenspalte enthalten (2022: 0,5 Mio. €),

** Ab 2020: Zuschüsse nach Sozialschutz-Paket, Zahlen gerundet (SodEG; 2020: 500 Mio. €, 2021: 290 Mio. €, 2022: 69 Mio. €)

Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2023

für Rehabilitation entfielen rd. 1,15 Mrd. Euro brutto 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 2022 insgesamt 59,9 Mio. Euro Zuzahlungen, das waren im Durchschnitt 65 Euro pro Reha-Leistung.

Abbildung 22: Aufwendungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) 2006–2022



Bruttoaufwendungen, d. h. Reha-Ausgaben zzgl. Erstattungen, inkl. Leistungen
 Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2023

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. € 2006–2022“ auf Seite 77. Die Aufwendungen für Rehabilitation insgesamt (brutto, inklusive Sozialversicherungsbeiträgen) nahmen seit 2006 kontinuierlich zu. In 2022 gingen sie nach einem zwischenzeitlichen Anstieg in beiden Vorjahren wieder leicht zurück. Zu beachten ist dabei, dass seit 2020 die Leistungen zum Sozialdienstleister-Einsatzgesetz zu Buche schlagen. Der gesetzliche Sicherstellungsauftrag des SodEG galt seit März 2020 und lief zum 30. Juni 2022 aus.

Inanspruchnahme abhängig von wirtschaftlicher Situation

Die Aufwendungen für medizinische und sonstige Reha-Leistungen inkl. Übergangsgeld haben sich in 2022 im Vergleich zu 2006 um etwa 62 % und die für LTA inkl. Übergangsgeld um 12 % 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.

Gerade bei den LTA hat zudem der Mix aus langen teuren Leistungen, zu denen Bildungsmaßnahmen zählen, und günstigeren Leistungen wie 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 2022 entwickelten sich die Aufwendungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) und für medizinische Rehabilitationsleistungen wechselhaft, wie „Abbildung 22: Aufwendungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) 2006–2022“ auf Seite 78 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. In 2020 und 2021 gingen die Aufwendungen für LTA wieder leicht zurück. In 2022 stieg die Zahl wieder leicht an.

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 2022 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 2022 nach Ausgabearten in Mio. Euro“ auf Seite 79 werden die Aufwendungen für Rehabilitation den Aufwendungen der Rentenversicherung insgesamt sowie für verschiedene Rentenarten gegenüber gestellt.

Ausgaben für Rehabilitation bei 1,9 % der Gesamtausgaben

Trotz ihrer großen Bedeutung beanspruchten die Leistungen zur Teilhabe, und vor allem Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben mit 1,9 % nur einen geringen Anteil aller Aufwendungen der Rentenversicherung. Die Nettoaufwendungen für Rehabilitation standen zu denjenigen für Erwerbsminderungsrenten (6,0 %) etwa im Verhältnis von 1 zu 3,2.

Tabelle 10: Ausgaben der gesetzlichen Rentenversicherung 2022 nach Ausgabearten in Mio. Euro

Insgesamt	Rehabilitation*	Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit	Altersrenten	Hinterbliebenenrenten	sonstige Ausgaben (v. a. KVdR**)	Verwaltungs- und Verfahrenskosten
359.549	6.796	21.657	253.692	47.354	25.474	4.576
100,0%	1,9%	6,0%	70,6%	13,2%	7,1%	1,3%

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

** KVdR = Krankenversicherung der Rentner

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung – Rechnungsergebnisse 2022

Im Fokus



Rehabilitation bei Post-COVID-Syndrom



Rehabilitation bei Post-COVID-Syndrom

Von **Dr. Tanja Trefzer, Sabine Erbstößer** und **Ariane Funke**

Rückblick: Der Beginn einer Pandemie

Das Virus SARS-CoV-2, das in englischsprachiger Langversion Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus Type 2 heißt, führte im Jahr 2020 zu einer Pandemie, die auch das deutsche Gesundheitssystem vor erhebliche Herausforderungen stellte. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) führte im Februar 2020 den Begriff COVID-19 für die durch das Virus ausgelöste Erkrankung ein, als Abkürzung für Corona-Virus-Disease, auf Deutsch Coronavirus-Krankheit. Zu Beginn der Pandemie standen vor allem schwere Verläufe im Fokus der Aufmerksamkeit. Betroffene waren teilweise angewiesen auf künstliche Beatmung und andere maschinelle Unterstützung der Körperfunktionen. Um die Ansteckungsgefahr für alle zu minimieren und Todesfälle infolge der Infektion zu verringern, wurde das gesellschaftliche Leben auf ein Minimum heruntergefahren. Rehabilitationseinrichtungen wurden vielerorts geschlossen oder beteiligten sich an der Akutversorgung von Patientinnen und Patienten.

Bereits Mitte 2020 tauchten in den sozialen Medien neben den oben beschriebenen schweren Verläufen Berichte von Betroffenen auf, die in der Akutphase der Erkrankung vergleichsweise milde Symptome aufwiesen, jedoch noch Monate nach der Infektion unter Abgeschlagenheit, Atemnot und vielfältigen weiteren Symptomen litten. Als milder oder moderater Verlauf sind dabei laut Robert-Koch Institut (Stand: Februar 2023) alle Fälle zu sehen, bei denen trotz Atemwegsbeschwerden keine Sauerstoffgabe nötig war. Die postakuten Symptome waren hinsichtlich der Beeinträchtigung der Betroffenen am gesellschaftlichen Leben unterschiedlich stark ausgeprägt. Sie reichten von eher leichten Beeinträchtigungen wie einer temporären Verringerung des Geruchssinns bis hin zu

langwierigen Schwierigkeiten in der Gestaltung des täglichen Lebens aufgrund starker Müdigkeit und dadurch verringerter Leistungsfähigkeit sowie zum Teil erheblichen kognitiven Einschränkungen. Diese Fälle wurden unter dem Terminus „Post-COVID-Syndrom“ gefasst.

Definition der WHO für das Post-COVID-Syndrom

Die Weltgesundheitsorganisation veröffentlichte im Jahr 2021 eine klinische Falldefinition für das Post-COVID-Syndrom. Entsprechend der deutschen Übersetzung aus der S2k-Leitlinie „SARS-CoV-2, COVID-19 und (Früh-) Rehabilitation“ lautet diese: „Ein Post-COVID-19-Zustand tritt bei Individuen mit wahrscheinlicher oder gesicherter SARS-CoV-2 Infektion auf, gewöhnlich drei Monate nach Beginn von COVID-19 mit Symptomen, die mindestens zwei Monate anhalten und nicht durch alternative Diagnosen erklärbar sind. Häufige Symptome schließen Fatigue, Kurzatmigkeit, kognitive Dysfunktionen, aber auch andere ein, die gewöhnlich einen Einfluss auf Alltagsfunktionen haben. Symptome können neu auftreten, nach einer anfänglichen Erholung einer akuten COVID-19 Episode, oder seit der anfänglichen Erkrankung persistieren. Symptome können auch fluktuieren oder über die Zeit wieder auftreten. Eine separate Definition kann für Kinder zutreffen.“

Die Rehabilitation der Rentenversicherung hat sich bereits früh mit dem Krankheitsbild COVID-19 auseinandergesetzt. Nach Wiedereröffnung der Reha-Einrichtungen nahmen sie zunächst Betroffene nach schwerem Verlauf im Rahmen des Verfahrens zur Anschlussrehabilitation (AHB) auf. An erster Stelle standen hier pneumologische Fachabteilungen, die schon Erfahrungen mit Betroffenen nach maschineller Beatmung infolge anderer Infektionen hatten. Im Laufe der Pandemie veränderte sich jedoch das Bild der Folgeschäden in der Rehabilitation in Richtung von Fällen mit einem Post-COVID-Syndrom. Damit einher ging eine zunehmende Steuerung in andere Fachabteilungen wie der Neurologie und auch der Psychosomatik.

Bereits im Februar 2020 erweiterte die WHO die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision (ICD-10), um Codes für die neue Erkrankung. Im September 2020 erfolgte die Erweiterung um Codes für die Folgeschäden. Mit etwas Verzögerung wurden diese Codes auch in die Version für Deutschland übernommen (GM – German Modification). Im Jahr 2021 wurde die Systematik dieser Codes nochmals angepasst. Eine Übersicht zeigt „Tabelle 11: ICD-10 Codes in Zusammenhang mit COVID-19“ auf Seite 84.

Tabelle 11: ICD-10 Codes in Zusammenhang mit COVID-19

Code	Text	Bemerkung
U07.1	COVID-19, Virus nachgewiesen	Akute Infektion
U07.2	COVID-19, Virus nicht nachgewiesen	Akute Infektion
U07.3	COVID-19 in der Eigenanamnese, nicht näher bezeichnet	Nur 2020 gültig
U07.4!	Post-COVID-19-Zustand, nicht näher bezeichnet	Nur 2020 gültig
U07.5	Multisystemisches Entzündungssyndrom in Verbindung mit COVID-19, nicht näher bezeichnet	Nur 2020 gültig
U08.-	COVID-19 in der Eigenanamnese	
U08.9	COVID-19 in der Eigenanamnese, nicht näher bezeichnet	Ersetzt 2021 den Code U07.3
U09.-!	Post-COVID-19-Zustand	
U09.9!	Post-COVID-19-Zustand, nicht näher bezeichnet	Ersetzt 2021 den Code U07.4
U10	Multisystemisches Entzündungssyndrom in Verbindung mit COVID-19	
U10.9	Multisystemisches Entzündungssyndrom in Verbindung mit COVID-19, nicht näher bezeichnet	Ersetzt 2021 den Code U07.5

Häufigkeit

Bezüglich der Häufigkeit des Post-COVID-Syndroms (PCS) gibt es stark variierende Angaben. Dies liegt unter anderem an den vielfältigen und teils unspezifischen Symptomen, die auch in der Allgemeinbevölkerung häufig vorkommen. Um eine angemessene Abgrenzung von unspezifischen Syndromen vorzunehmen, wären Kontrollgruppen erforderlich, die viele Studien nicht aufweisen. Deshalb ist es enorm schwierig die tatsächliche Prävalenz der Symptome bei PCS valide zu bestimmen. Høeg et al. kommen in ihrer Analyse zu der Einschätzung, dass viele wissenschaftliche Publikationen die Prävalenz aufgrund zu weit gefasster Definitionen, mangelnder oder unangemessener Kontrollgruppen und anderer methodischer Mängel überschätzen. Verschärft werde das Problem durch Einbeziehung der Ergebnisse in systematische Übersichtsarbeiten und Metaanalysen, die das Risiko überbewerten. Inzwischen ist bekannt, dass die bislang aufgetretenen Virusvarianten unterschiedlich häufig zu PCS führen. So ist der Anteil nach einer Omikron-Infektion seltener als nach einer Infektion mit dem Alpha-Typ (Antonelli et al.). Zusätzlich scheint die Impfung einen gewissen Schutz zu bieten (Al-Aly et al.). Eine britische Studie, in die zehn Kohortenstudien mit Daten aus 2020 bis zum Frühjahr 2021 einbezogen wurden, konnte zeigen, dass alltagsrelevante Einschränkungen bei 1,2 bis 4,8 % der Infizierten vorliegen (Thompson et al.).



Therapieansätze

Bislang gibt es keine ursächliche Therapie des PCS, verschiedene Therapieansätze werden bislang nur in Studien erprobt (Hallek et al.). Die Therapie beschränkt sich daher auf symptomatische Ansätze. Reichen hierfür die ambulanten Mittel nicht aus und gefährden die Einschränkungen die Erwerbsfähigkeit, so ist eine medizinische Rehabilitation in Trägerschaft der Deutschen Rentenversicherung indiziert, falls die entsprechenden versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind.

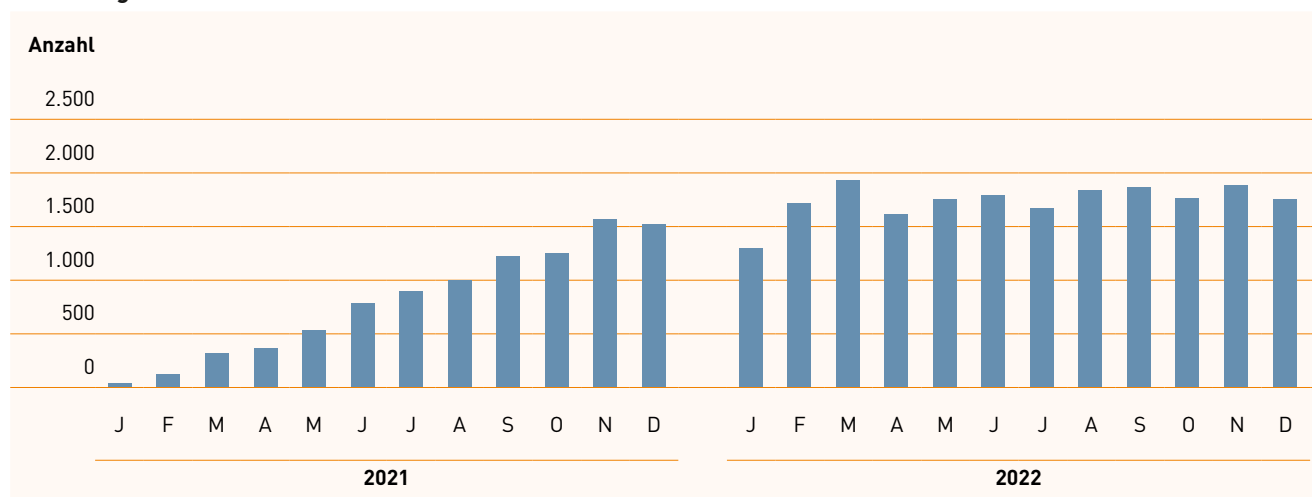
Anzahl der medizinischen Rehabilitationen in 2021

Für das Jahr 2020 können keine konkreten Aussagen gemacht werden, wie viele medizinische Rehabilitationen bei PCS durchgeführt wurden, da die entsprechenden ICD-Codes zu spät eingeführt wurden. Erste ausführliche Analysen zu den medizinischen Rehabilitationen sind für 2021 möglich und werden im Folgenden präsentiert.

Erkenntnisse über die medizinischen Rehabilitationen bei PCS können aus den Daten des einheitlichen Reha-Entlassungsberichtes gewonnen werden. In diesem können bis zu fünf ICD-Diagnosen vermerkt werden, die in Reihenfolge ihrer Relevanz für die Rehabilitation aufgelistet werden sollen. Berücksichtigt werden Entlassungsberichte mit einem der in „Tabelle 11: ICD-10 Codes in Zusammenhang mit COVID-19“ auf Seite 84 genannten Codes, mit Ausnahme der ersten beiden Zeilen, die eine akute Infektion verschlüsseln. Berücksichtigt werden zudem nur Fälle, bei denen diese Codes an erster oder zweiter Position verschlüsselt wurden.

Abbildung 23 auf Seite 86 zeigt die Entwicklung der Inanspruchnahme der medizinischen Rehabilitationen bei PCS in Einrichtungen der Rentenversicherung in den Jahren 2021 und 2022. Im Jahr 2021 ist eine kontinuierliche Zunahme zu bemerken. 2022 kommt es zu einer Stabilisierung der Fallzahlen auf dem Niveau von November und Dezember 2021. Im Jahr 2021 wurden rund 10.000 Rehabilitationen durchgeführt, in 2022 verdoppelte sich die Anzahl auf rund 21.000.

Abbildung 23: Anzahl der medizinischen Rehabilitationen in den Jahren 2021 und 2022



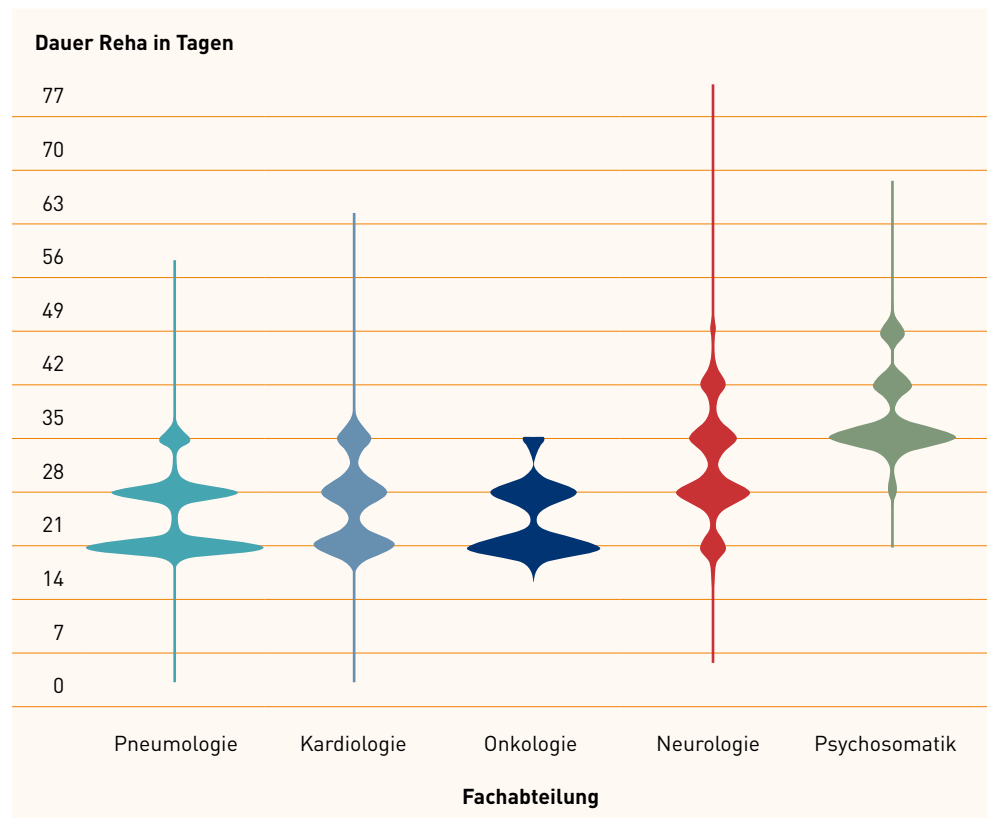
Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2022

Verteilung der Fachabteilungen sowie Verweildauer in 2021

Für eine weiter gefasste Analyse wurden Kinderrehabilitationen sowie onkologische Rehabilitationen nach § 31 SGB VI ausgeschlossen. Die meisten Rehabilitationen wurden in einer Fachabteilung für Pneumologie (64,4 %) durchgeführt, 8,6 % in einer Fachabteilung für Neurologie, 7,9 % in der Psychosomatik, 7,2 % in der Onkologie und 5,1 % in der Kardiologie, 3,5 % in der allgemeinen Inneren Medizin sowie 2,7 % in der Orthopädie.

Eine erste Betrachtung der Verweildauer zeigte, dass knapp die Hälfte (49,1 %) der Rehabilitationen über die reguläre Dauer hinaus verlängert wurden. Abbildung 24 auf Seite 87 zeigt die Dauer der Rehabilitation in Tagen in den fünf häufigsten Fachabteilungen. In der Psychosomatik gab es weniger Verlängerungen, wobei hier die Dauer in der Regel bereits bei fünf Wochen liegt.

Abbildung 24: Verteilung der Verweildauer nach Fachabteilungen

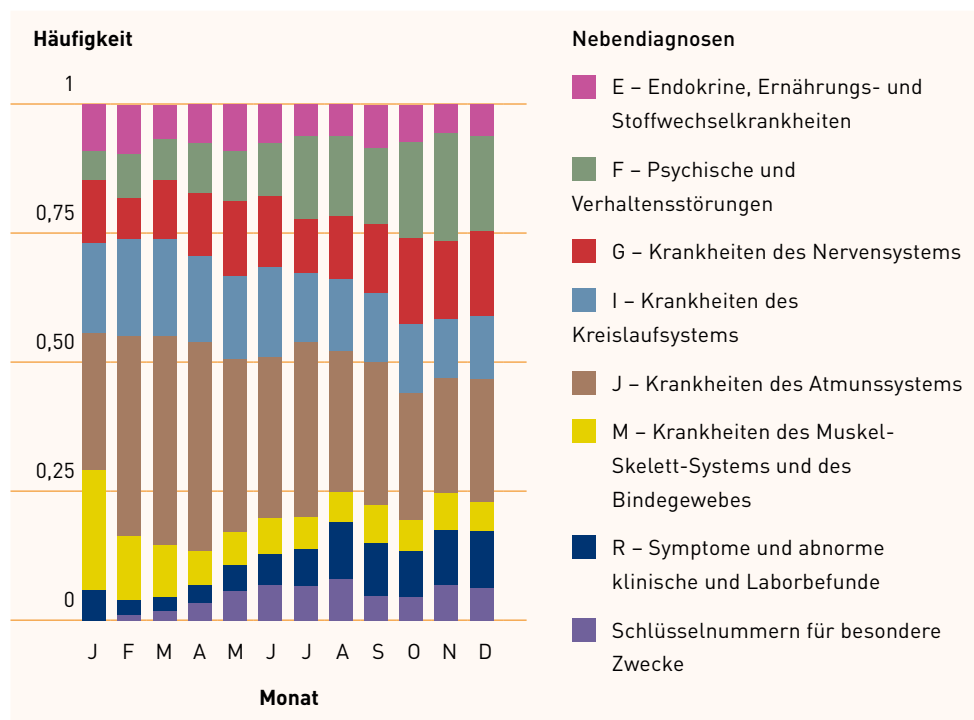


Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2022

Nebendiagnosen

In einem weiteren Schritt wurde untersucht, welche Diagnosen zusätzlich zur PCS-Diagnose an erster oder zweiter Position vermerkt wurden. Auffällig ist, dass zwar 64,4 % der Rehabilitationen in einer Fachabteilung für Pneumologie durchgeführt wurden, jedoch nur 25,2 % der Berichte als weitere Diagnose eine Erkrankung des Atmungssystems enthielt. Insgesamt spiegeln die Nebendiagnosen die vielfältigen Symptome eines PCS wider und verdeutlichen die Herausforderungen bei der Behandlung in den nach Fachabteilungen gegliederten Einrichtungen. Abbildung 25 auf Seite 88 zeigt den Verlauf der Nebendiagnosen im Kalenderjahr. Gegen Ende des Jahres 2021 lässt sich eine Zunahme der Diagnosen aus dem Bereich der Krankheiten des Nervensystems sowie den psychischen und Verhaltensstörungen erkennen.

Abbildung 25: Verteilung der Nebendiagnosen im Jahresverlauf



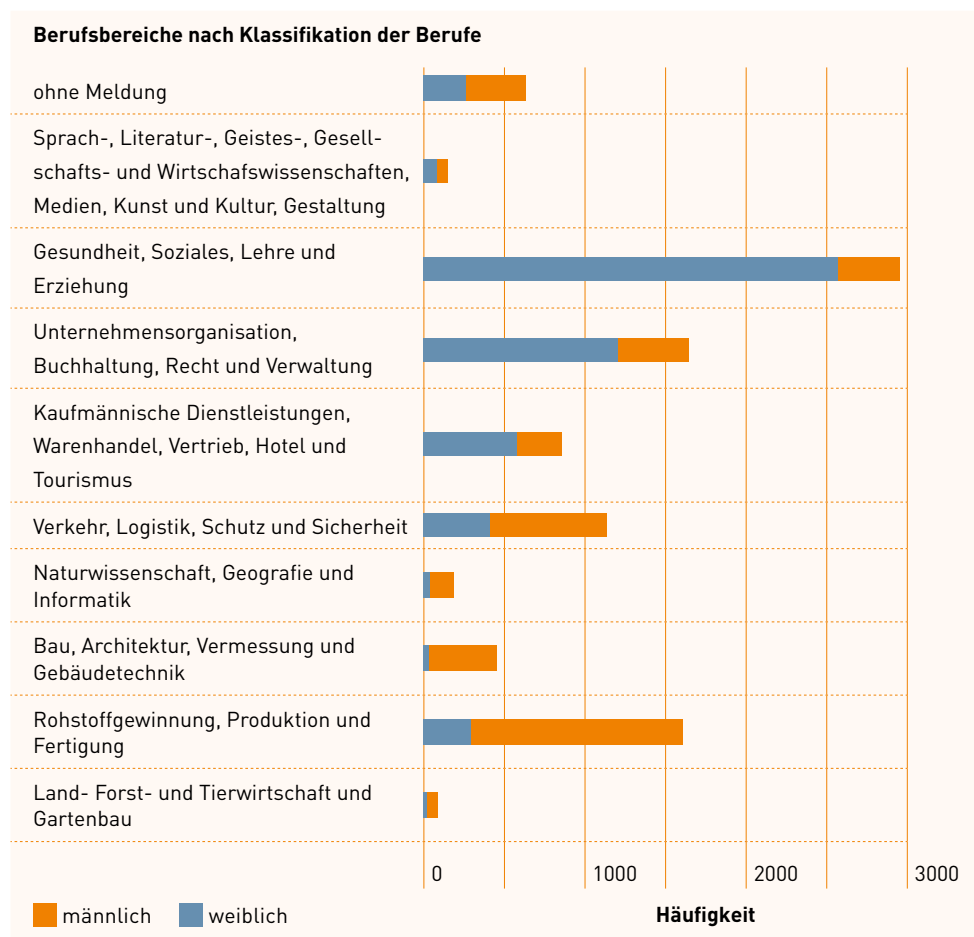
Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2022

Beruflicher Hintergrund der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden

Zusätzlich zu den Informationen bezüglich der medizinischen Rehabilitation liegen auch Daten aus dem Versicherungskonto vor. Hierzu gehört beispielsweise die zuletzt ausgeübte Tätigkeit, basierend auf der letzten gespeicherten Datenerfassungs- und -übermittlungsvorordnungsmeldung (DEÜV-Meldung) für das Jahr vor dem Antrag auf Rehabilitation. Die Angabe erfolgt als fünfstelliger Tätigkeitsschlüssel entsprechend der Klassifikation der Berufe (KldB) von 2010, die von der Bundesagentur für Arbeit entwickelt wurde.

Abbildung 26 auf Seite 89 zeigt die Berufsbereiche bei den PCS-Rehabilitationen im Jahr 2021. Hier fällt auf, dass 30,5 % der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden eine Beschäftigung in der Hauptgruppe 8: Gesundheit, Soziales, Lehre und Erziehung hatten. Dieser Wert liegt deutlich über dem Anteil aller Rehabilitandinnen und Rehabilitanden der Rentenversicherung im Jahr 2021, der bei 17,7 % angesiedelt ist. Ein Vergleich mit den Statistiken der Bundesagentur für Arbeit zeigt ebenfalls, dass diese Berufsgruppe bei PCS überrepräsentiert ist. Diese Berufsgruppen hatten aufgrund ihrer beruflichen Exposition ein deutlich erhöhtes Risiko für eine Infektion. Beruflich bedingte Infektionen fallen jedoch in die Zuständigkeit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV).

Abbildung 26: Berufsgruppen nach KldB 2010



Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2022

Sozialmedizinisches Leistungsvermögen

Am Ende jeder medizinischen Rehabilitation muss das sozialmedizinische Leistungsvermögen im zuletzt ausgeübten Beruf sowie auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beurteilt werden. Einschränkungen sind dann zu erwarten, wenn das Leistungsvermögen auf „nicht absehbare Zeit“ (= für mindestens sechs Monate) eingeschränkt ist.

Für das Leistungsvermögen gibt es drei mögliche Kategorien:

- Bei einem Leistungsvermögen **von sechs Stunden** und mehr pro Tag liegen keine Einschränkungen vor.
- Bei einem Leistungsvermögen von **über drei bis unter sechs Stunden** pro Tag liegt eine Einschränkung vor.
- Bei einem Leistungsvermögen von **unter drei Stunden** gilt dieses als aufgehoben.

„Tabelle 12: Sozialmedizinisches Leistungsvermögen“ auf Seite 90 zeigt die Einschätzung des Leistungsvermögens bei PCS-Rehabilitationen im Jahr 2021.

Tabelle 12: Sozialmedizinisches Leistungsvermögen

Leistungsvermögen im zuletzt ausgeübten Beruf		
Keine Aussage	7	0,1 %
6 Stunden und mehr	8.689	90,0 %
3 bis unter 6 Stunden	245	2,5 %
Unter 3 Stunden	675	7,0 %
Keine Angabe erforderlich	50	0,5 %
Leistungsvermögen allgemeiner Arbeitsmarkt		
Keine Aussage	7	0,1 %
6 Stunden und mehr	9.130	94,5 %
3 bis unter 6 Stunden	196	2,0 %
Unter 3 Stunden	276	2,9 %
Keine Angabe erforderlich	57	0,6 %

Quelle: Forschungsdatenzentrum der Rentenversicherung (FDZ-RV), 2021

Eckpunktepapier entwickelt

Die Deutsche Rentenversicherung beschäftigt sich kontinuierlich mit den Entwicklungen hinsichtlich des Post-COVID-Syndroms. Zusammen mit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung sowie mit Expertinnen und Experten aus der Versorgungspraxis hat die Rentenversicherung ein Eckpunktepapier für die medizinische Reha bei Post-Covid erarbeitet. Dieses Papier stellt die aktuellen Erkenntnisse zusammen und befasst sich unter anderem mit den Voraussetzungen für die Behandlung von PCS, den Anforderungen an die Diagnostik und Empfehlungen für die Therapie. Die reguläre Bewilligungsdauer bei PCS-Rehabilitationen wurde in den sogenannten somatischen Indikationen auf vier Wochen verlängert, um somit dem erhöhten Bedarf Rechnung zu tragen.

Auswertungen für die Rehabilitationen im Jahr 2022 stehen noch aus. Die Rentenversicherung fördert aktuell mehrere klinische Forschungs-Projekte, die den Erfolg der Rehabilitation im Sinne einer Verbesserung der Symptome sowie Rückkehr an den Arbeitsplatz untersuchen.



Zum Eckpunktepapier:

**Infos für Reha-Einrichtungen | Deutsche Rentenversicherung
(deutsche-rentenversicherung.de) |**

Deutsche Rentenversicherung (deutsche-rentenversicherung.de)



Auswirkungen wissenschaftlich untersucht

Eine der frühesten Untersuchungen zum Verlauf von den Personen mit PCS in und nach der medizinischen Rehabilitation ist die Studie „Medizinische(n) Rehabilitation nach einer Corona-Erkrankung (Re_Co)“ unter der Leitung von Prof. Dr. Ruth Deck, Universität zu Lübeck. In Kooperation mit Reha-Einrichtungen wurden die Verläufe von COVID- und Post-COVID-Betroffenen nach einer pneumologischen Rehabilitation über einen längeren Zeitraum hinweg erhoben. Das Projekt bildet das Versorgungsgeschehen in der ersten Phase ab. Es wurden Krankheitslast und Folgen einer COVID-19-Erkrankung und deren Veränderungen durch eine medizinische Rehabilitation untersucht, um Handlungsempfehlungen für die Rehabilitation einschließlich erforderlicher Nachsorgestrategien zu erstellen. Aus den Studienergebnissen wird deutlich, dass die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit PCS mit sehr hohen Teilhabestörungen und gesundheitlichen Einschränkungen in die medizinische Rehabilitation aufgenommen werden. Sie berichteten von einer stark beeinträchtigten Lebensqualität, einhergehend mit leichten psychischen Problemen. Gesundheitszustand und Leistungsfähigkeit verbesserten sich im Rehabilitationsverlauf signifikant. Neurologische Symptome und Fatigue besserten sich weniger schnell im Vergleich zu somatischen Beschwerden. In der katamnestischen Betrachtung bis zwölf Monate nach Rehabilitation verringerten sich Dyspnoe, Hustenreiz und Haarverlust weiterhin. Während unter anderem Müdigkeit, Kraftlosigkeit, Abgeschlagenheit, Kopfschmerzen, Schwindel, Taubheitsgefühle und Sensibilitätsstörungen häufiger als zum Entlassungszeitpunkt berichtet wurden. Ebenso nahmen Fatigue, Depressivität, Angst und Stress im Zeitverlauf wieder etwas zu. Allerdings überstieg das Ausmaß an Einschränkungen und Symptomen nur in seltenen Fällen das Ausgangsniveau, und die beobachteten Verbesserungen blieben mit mittleren Effektstärken bestehen.

Bislang nehmen die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit PCS eher unimodale und auf Bewegung fokussierende Nachsorgeangebote wahr, fanden Deck und ihr Team heraus. Für einzelne Studienteilnehmende sei das bedarfsgerecht, jedoch zeigte ein großer Teil der Befragten Einschränkungen der psychischen Gesundheit und neurologisch-kognitive Beschwerden. Die Ausrichtung an den vielfältigen Symptomen gelang in der Reha-Nachsorge bisher nur teilweise. Zwar gelingt einem hohen Anteil von 87 % die Rückkehr ins Erwerbsleben, jedoch gab jede/r Fünfte im Follow-up an, sich mit dem Gedanken zu beschäftigen, einen Rentenantrag zu stellen. 33 % besaßen ein erhöhtes Risiko, aus dem

Erwerbsleben auszuschneiden. Es bedarf weiterer Überlegungen, wie diese vulnerable Gruppe nach der Rehabilitation angesprochen werden kann und welche berufsbezogenen Maßnahmen notwendig sind.

Die Forschenden kamen in ihren bisherigen Untersuchungen zum Schluss, dass PCS in der medizinischen Rehabilitation gut behandelt werden kann. Obwohl es zum Zeitpunkt der Rekrutierung der Stichprobe nur ein limitiertes Wissen über die rehabilitative Behandlung gab, verbesserten sich die meisten Symptome und Krankheitsfolgen durch die multidisziplinäre Ausrichtung der medizinischen Rehabilitation und bleiben auch zwölf Monate nach der Rehabilitation weitgehend bestehen. Eine Anpassung einzelner Therapiemaßnahmen sowie der Leistungen nach der medizinischen Rehabilitation an die komplexen Bedarfslagen scheint dennoch notwendig und sollte in weiteren Studien erprobt werden, um die Nachhaltigkeit der Effekte sicherzustellen.

Die SARS-CoV-2-Pandemie machte seit 2020 relevante Forschungsbedarfe sichtbar. Um die Strukturen und Prozesse der Rehabilitation anzupassen, wurden von der Rentenversicherung seit Herbst 2020 vier Forschungsprojekte gefördert. Die Ergebnisse sind in der Zeitschrift „Deutsche Rentenversicherung“, Ausgabe 1/2023, publiziert.



Wissenschaftliche Publikationen:
Zeitschrift Deutsche Rentenversicherung |
Deutsche Rentenversicherung ([deutsche-rentenversicherung.de](https://www.deutsche-rentenversicherung.de))



Literaturverzeichnis

Antonelli M, Pujol JC, Spector TD et al. Risk of long COVID associated with delta versus omicron variants of SARS-CoV-2. *Lancet* 2022; 399: 2263-2264. doi:10.1016/s0140-6736(22)00941-2

Al-Aly Z, Bowe B, Xie Y. Long COVID after breakthrough SARS-CoV-2 infection. *Nat Med* 2022; 28: 1461-1467. doi:10.1038/s41591-022-01840-0

Bundesagentur für Arbeit. Datenbanken Beschäftigungsstatistik (2022). Im Internet: <https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Navigation/Statistiken/Interaktive-Statistiken/Datenbanken/Datenbanken-BST-Nav.html>; Stand: 30.01.2023

Bundesärztekammer. Post-COVID-Syndrom (PCS) (14.10.2022). Im Internet: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Medizin_und_Ethik/BAEK_Stellungnahme_Post-COVID-Syndrom_ONLINE.pdf; Stand: 31.01.2023

Deutsche Rentenversicherung. Reha-Bericht 2022 (Dezember 2022). Im Internet: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/Berichte/rehabericht_2022.html; Stand: 30.01.2023

Deutsche Rentenversicherung. Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung (01.01.2022). Im Internet: [Infos für Reha-Einrichtungen | Deutsche Rentenversicherung \(deutsche-rentenversicherung.de\)](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/Berichte/rehabericht_2022.html)

Forschungsdatenzentrum der Rentenversicherung (FDZ-RV). On-Site Version RSDJ 2021

Høeg TB, Ladhani S, Prasad V. Wie methodische Fallstricke zu weit verbreiteten Missverständnissen über Long COVID geführt haben. *BMJ Evid Based Med.* 2023 Sep 25;bmjebm-2023-112338. doi: 10.1136/bmjebm-2023-112338. Epub vor dem Druck. PMID: 37748921.

Robert Koch-Institut. (28.04.2023). Im Internet: https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/NCOV2019/FAQ_Liste_Gesundheitliche_Langzeitfolgen.html; Stand: 30.04.2023

Thompson, E.J., Williams, D.M., Walker, A.J. et al. Long COVID burden and risk factors in 10 UK longitudinal studies and electronic health records. *Nat Commun* 13, 3528 (2022). <https://doi.org/10.1038/s41467-022-30836-0>

Trefzer, T. Rehabilitationen bei Post-COVID-Syndrom der Deutschen Rentenversicherung 2021, *Rehabilitation* 2023; 62: 1–10, DOI 10.1055/a-2192-1969

WHO. A clinical case definition of post COVID-19 condition by a Delphi consensus, 6 October 2021 (who.int) https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Post_COVID-19_condition-Clinical_case_definition-2021.1

Anhang

Datenquellen

Grundlage des Reha-Berichts 2023 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 2023 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 2022

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.

Versicherte

(ehemals „Aktiv Versicherte“)
Statistik der Deutschen Rentenversicherung
Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund
Ausgaben für die Jahre 2006 bis 2021

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

Rentenversicherung in Zeitreihen

Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund
Ausgabe 2023
DRV-Schriften, Band 24

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

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 2023 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 57
- **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 51

- **Reha-Therapiestandards (RTS):** formulieren wissenschaftlich fundierte Anforderungen für die therapeutische Ausgestaltung der Rehabilitation, siehe auch „Reha-Therapiestandards – Anforderungen an die Rehabilitation“ auf Seite 53
- **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 48 und Seite 50
- **Sozialmedizinischer Verlauf (SMV):** bildet anhand von Routinedaten den Erwerbsverlauf nach medizinischer Rehabilitation ab, der Auskunft über deren Erfolg gibt, siehe auch „Erfolg der Rehabilitation – Sozialmedizinischer Verlauf“ auf Seite 60
- **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 73
- **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 74



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

Abbildungsverzeichnis

- 22** **Abbildung 1:** Spektrum von Nachsorgeangeboten der Deutschen Rentenversicherung
- 38** **Abbildung 2:** Medizinische Rehabilitation – Anträge, Bewilligungen und abgeschlossene Leistungen 2006–2022
- 43** **Abbildung 3:** Spektrum der Indikationen in der medizinischen Rehabilitation Erwachsener: 2022
- 44** **Abbildung 4:** Stationäre und ambulante Reha 2022: Spektrum der Indikationen nach Geschlecht
- 46** **Abbildung 5:** Medizinische Rehabilitation: Altersspezifische Inanspruchnahmeraten bei Frauen 2022
- 47** **Abbildung 6:** Medizinische Rehabilitation: Altersspezifische Inanspruchnahmeraten bei Männern 2022
- 50** **Abbildung 7:** Zufriedenheit der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in der stationären medizinischen Rehabilitation: Somatische Indikationen
- 51** **Abbildung 8:** Behandlungserfolg aus Sicht der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in der stationären medizinischen Rehabilitation: Somatische Indikationen
- 55** **Abbildung 9:** Versorgung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden gemäß Reha-Therapiestandards für „Koronare Herzkrankheit“ bei Rehabilitationen der Deutschen Rentenversicherung im Jahr 2021
- 56** **Abbildung 10:** Versorgung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden gemäß Reha-Therapistandards für „Diabetes mellitus Typ 2“ bei Rehabilitationen der Deutschen Rentenversicherung im Jahr 2021
- 58** **Abbildung 11:** Bewertung der Prozessbereiche im Peer Review Psychosomatik
- 58** **Abbildung 12:** Bewertung der Prozessbereiche im Peer Review Abhängigkeitserkrankungen
- 59** **Abbildung 13:** Sozialmedizinischer Zwei-Jahres-Verlauf nach medizinischer Rehabilitation in 2019 (pflichtversicherte Rehabilitandinnen und Rehabilitanden)
- 60** **Abbildung 14:** Sozialmedizinischer Zwei-Jahres-Verlauf nach medizinischer Rehabilitation in 2019 für verschiedene Indikationen (pflichtversicherte Rehabilitandinnen und Rehabilitanden)
- 64** **Abbildung 15:** Indikationen stationärer Fachabteilungen in medizinischen Reha-Einrichtungen
- 67** **Abbildung 16:** Teilhabe am Arbeitsleben – Anträge, Bewilligungen und abgeschlossene Leistungen 2006–2022
- 69** **Abbildung 17:** Spektrum der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei Frauen und Männern 2022 – abgeschlossene Leistungen
- 71** **Abbildung 19:** Berufliche Bildungsleistungen: Altersspezifische Inanspruchnahmeraten 2022

- 71** **Abbildung 18:** Spektrum der Indikationen bei Bildungsleistungen von Frauen und Männern 2022 – abgeschlossene Leistungen
- 74** **Abbildung 20:** Abschluss der beruflichen Bildungsleistung 2022 nach Geschlecht
- 75** **Abbildung 21:** Wiedereingliederungsstatus im 6., 12. und 24. Monat nach beruflicher Bildungsleistung im Jahr 2019
- 78** **Abbildung 22:** Aufwendungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) 2006–2022
- 86** **Abbildung 23:** Anzahl der medizinischen Rehabilitationen in den Jahren 2021 und 2022
- 87** **Abbildung 24:** Verteilung der Verweildauer nach Fachabteilungen
- 88** **Abbildung 25:** Verteilung der Nebendiagnosen im Jahresverlauf
- 89** **Abbildung 26:** Berufsgruppen nach KldB 2010

Tabellenverzeichnis

21	Tabelle 1:	Nachsorgeleistungen IRENA®, T-RENA® und Psy-RENA® 2019–2022
38	Tabelle 2:	Medizinische Rehabilitation – Anzahl der Anträge, Bewilligungen und abgeschlossenen Leistungen in 2021 und 2022
39	Tabelle 3:	Abgeschlossene Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 2006–2022: stationär und ambulant für Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche
41	Tabelle 4:	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 2006–2022: besondere Reha-Formen für Erwachsene
45	Tabelle 5:	Stationäre und ambulante medizinische Rehabilitation 2022: Durchschnittliche Behandlungsdauer im Spektrum der Indikationen
53	Tabelle 6:	Anzahl und Anteil der therapeutischen Leistungen nach Inhalt, Anzahl der Leistungen und Dauer für Rehabilitationen der Deutschen Rentenversicherung im Jahr 2021
66	Tabelle 7:	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben: Anzahl der Anträge, Bewilligungen und abgeschlossenen Leistungen 2021 und 2022
68	Tabelle 8:	Abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 2006–2022
77	Tabelle 9:	Aufwendungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben in Mio. € 2006–2022
79	Tabelle 10:	Ausgaben der gesetzlichen Rentenversicherung 2022 nach Ausgabearten in Mio. Euro
84	Tabelle 11:	ICD-10 Codes in Zusammenhang mit COVID-19
90	Tabelle 12:	Sozialmedizinisches Leistungsvermögen

Impressum

Herausgeber

Deutsche Rentenversicherung Bund
Abteilung 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,
Forschung zu Rehabilitation und
Erwerbsminderung

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. Silke Brüggemann, Sabine Erbstößer,
Dr. Johannes Falk, Katharina Fecher,
Hanna Grüßing, Lucy Kabelitz,
Judith Klinger, Stefanie Köhn,
Katarzyna Kowalska, Tim Krüger,
Katrín Parthier, Petra Payne,
Nadine Schmidt, Robert Simon,
Alissia Seibert, Daniela Sewöster,
Dr. Markus Thiede, Dr. Tanja Trefzer,
Andrea Verbarg, Dr. Matthias Wichmann

Fotos

Deutsche Rentenversicherung Bund,
Stefanie Brüning/DRV Bund,
Adobe Stock (S. 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20,
22, 25, 26, 28, 30, 31, 36, 48, 63, 65, 73, 76,
82, 85, 91, 92)

Satz und Layout

Grafikdesign Janine Frake

Druck

H. Heenemann GmbH & Co. KG, Berlin

Auflage

1.500
Berlin, Oktober 2023
ISSN 2193-5718 (Reha-Bericht)

Die Deutsche Nationalbibliothek
verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliographie.

Der Abdruck ist auszugsweise mit
Quellenangabe gestattet.

