

Die medizinische und berufliche Rehabilitation  
der Rentenversicherung im Licht der Statistik

# Inhalt

- 4 Vorwort**
- 6 Fakten im Überblick**
- 9 Aktuelle Entwicklungen**
- 21 Rehabilitation im Licht der Statistik**
- 21 Medizinische Rehabilitation**
- 53 Berufliche Rehabilitation**
- 69 Aufwendungen für Rehabilitation**
- 75 Im Fokus**
- 75 Orthopädische Rehabilitation  
deutscher und ausländischer  
Versicherter**
- 87 Medizinische Rehabilitation  
bei koronarer Herzkrankheit  
und Herzinfarkt**
- 96 Anhang**

# Inhalt - Ausführliche Gliederung

## **4 Vorwort**

## **6 Fakten im Überblick**

## **9 Aktuelle Entwicklungen**

### **9 Recht und Politik**

### **12 Reha-Qualitätssicherung**

### **15 Sozialmedizin**

### **19 Reha-Forschung und -Konzepte**

## **21 Rehabilitation im Licht der Statistik**

### **21 Medizinische Rehabilitation: Umfang und Struktur**

21 Anträge, Bewilligungen und durchgeführte Leistungen

24 Verschiedene Formen der Rehabilitation

27 Krankheitsspektrum – zeitliche Entwicklung

29 Krankheitsspektrum im Jahr 2014

31 Altersspezifische Inanspruchnahme

32 Altersstandardisierte Inanspruchnahme

### **37 Medizinische Rehabilitation: Prozess und Ergebnis**

37 Aus Sicht der Rehabilitanden – Rehabilitandenzufriedenheit

39 Aus Sicht der Experten – Peer Review

42 Therapeutische Versorgung – KTL-Dokumentation

44 Behandlungserfolg aus Rehabilitandensicht

46 Behandlungserfolg – Sozialmedizinischer Verlauf

### **49 Medizinische Rehabilitation: Reha-Einrichtungen**

49 Bettenzahlen

50 Anzahl stationärer Reha-Einrichtungen

51 Das Reha-Team

### **53 Berufliche Rehabilitation: Umfang und Struktur**

53 Anträge, Bewilligungen und durchgeführte Leistungen

55 Zeitliche Entwicklung

56 Leistungsspektrum

58 Berufliche Bildung - Krankheitsspektrum

59 Berufliche Bildung - altersspezifische Inanspruchnahme

61 Berufliche Bildung - altersstandardisierte Inanspruchnahme

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

63 Teilnehmerbefragung nach beruflichen Bildungsleistungen

66 Abschluss der beruflichen Bildungsleistungen

67 Sozialmedizinischer Status nach beruflichen Bildungsleistungen

<b>69</b>	<b>Aufwendungen für Rehabilitation</b>
69	Aufwendungen im Jahr 2014
71	Entwicklung der Aufwendungen ab 2000
71	Vergleich zu weiteren Ausgaben der Rentenversicherung
72	Rehabilitation rechnet sich – Amortisationsmodell 2014
<b>75</b>	<b>Im Fokus</b>
<b>75</b>	<b>Orthopädische Rehabilitation – Unterschiede zwischen deutschen und ausländischen Versicherten</b>
75	Einleitung
76	Zugang zur Rehabilitation
77	Soziodemographische Merkmale
79	Durchführung der Rehabilitation und therapeutische Versorgung
81	Empfehlungen für die Zeit nach der orthopädischen Rehabilitation
82	Reha-Ergebnisse
85	Fazit
<b>87</b>	<b>Medizinische Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit und Herzinfarkt</b>
87	Koronare Herzkrankheit und Herzinfarkt – die Krankheitsbilder
88	Ziele und Inhalte der medizinischen Rehabilitation
89	Inanspruchnahme und Durchführung der Rehabilitation
90	Risikofaktoren und Nebendiagnosen
91	Therapeutische Versorgung
92	Empfehlungen für die Zeit nach der Rehabilitation
93	Ergebnis der Rehabilitation
95	Zusammenfassung
<b>96</b>	<b>Anhang</b>
<b>96</b>	<b>Datenquellen</b>
96	Routinedaten der Rentenversicherung
97	Daten zur Qualitätssicherung



Präsident Dr. Axel Reimann



Direktorin Gundula Roßbach

Mit dem Reha-Bericht 2015 stellen wir Ihnen die wichtigsten aktuellen Daten und Fakten zur Rehabilitation der Rentenversicherung zusammen. Wir wollen das Leistungsgeschehen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation transparent und nachvollziehbar aufzeigen – und damit auch deren Bedeutung für die Versicherten sowie für die Gesellschaft insgesamt.

Den Schwerpunkt des vorliegenden Berichts bilden wieder umfassende Informationen zur Rehabilitation, sowohl zu Umfang und Struktur der medizinischen und beruflichen Rehabilitation, als auch zu Prozess und Ergebnis der Reha-Leistungen. Grundlage sind die routinemäßig erhobenen Statistikdaten im Wesentlichen aus dem Jahr 2014 sowie Ergebnisse aus der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung.

Eingangs finden Sie aktuelle Entwicklungen zur Rehabilitation aus den Bereichen Recht und Politik, Qualitätssicherung, Sozialmedizin und Forschung. Aktuellen Vereinbarungen, Reha-Konzepten oder Instrumenten der Reha-Qualitätssicherung gehen häufig intensive Beratungen voraus. So haben die Landesjustizverwaltungen und die Träger der Deutschen Rentenversicherung eine Kooperationsvereinbarung abgeschlossen, in der die Zusammenarbeit bei der Vermittlung von abhängigkeitskranken Gefangenen in eine Sucht-Rehabilitation im Anschluss an die Haftzeit geregelt wird. Mit der Vereinbarung ist es gelungen, eine trägerübergreifende Lösung für die Betroffenen zu finden und einen nahtlosen Übergang in die Sucht-Rehabilitation zu ermöglichen.

In der Reha-Qualitätssicherung wurden in jüngster Zeit gleich mehrere Instrumente mit wissenschaftlicher Begleitung überarbeitet. Die Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) ist zum 1. Januar 2015 in der 6. überarbeiteten Auflage eingeführt worden. Die Reha-Therapiestandards (RTS), die eine Orientierung für eine angemessene therapeutische Versorgung in der Reha-Einrichtung geben, wurden an den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis und wiederum an die Neuauflage der KTL 2015 angepasst. Der rentenversicherungsweit einheitliche Reha-Entlassungsbericht ist angesichts der großen Zahl der jährlich von der Deutschen Rentenversicherung durchgeführten medizinischen Rehabilitationen ein Dokument mit hoher Bedeutung. Die neue Version des Entlassungsberichts ermöglicht eine übersichtlichere und schnellere Darstellung des klinischen Verlaufs und des unmittelbaren Reha-Erfolges.

Um die Reha-Erfolge unserer Versicherten langfristig zu stabilisieren und damit auch die berufliche Wiedereingliederung zu sichern, ist Reha-Nachsorge wichtig. 2015 wurde ein neues Rahmenkonzept zur Reha-Nachsorge in der gesetzlichen Rentenversicherung verabschiedet. Damit wird das Ziel verfolgt, dass alle Versicherten die für sie notwendigen und geeigneten Reha-Nachsorgeleistungen erhalten können, unabhängig davon, wo sie wohnen und welcher Rentenversicherungsträger für sie zuständig ist.

<b>4</b>	<b>Vorwort</b>
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
21	Rehabilitation im Licht der Statistik
21	Medizinische Rehabilitation
53	Berufliche Rehabilitation
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
75	Orthopädische Rehabilitation deutscher und ausländischer Versicherter
87	Medizinische Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit und Herzinfarkt
96	Anhang

Neben diesen und anderen aktuellen Aspekten werden zwei Themen im Reha-Bericht 2015 genauer in den Blick genommen: zunächst die rehabilitative Versorgung von ausländischen Staatsbürgern und Migranten, der in der Rentenversicherung eine immer größere Bedeutung zukommt. Untersucht wird, wie sich Versicherte mit deutscher und ausländischer Staatsangehörigkeit hinsichtlich der Inanspruchnahme der medizinischen Rehabilitation unterscheiden, in der therapeutischen Versorgung und in den Reha-Ergebnissen.

Die zweite thematische Vertiefung behandelt die Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit und Herzinfarkt, der als akutes, nicht selten lebensbedrohliches Ereignis häufig den Verlauf der chronischen Grunderkrankung verkompliziert. Es wird deutlich, dass die medizinische Rehabilitation mit ihrer multimodalen Ausrichtung und mit Angeboten wie Patientenschulung und Bewegungstherapie ein fester Bestandteil in der Versorgungskette von Menschen mit koronarer Herzkrankheit ist.

Wir hoffen, Ihnen – unseren Versicherten und Beitragszahlern, der Fachöffentlichkeit, der Politik und allen interessierten Bürgerinnen und Bürgern – mit diesem Bericht interessante Informationen über Funktion und Bedeutung der Rehabilitation vorzulegen und freuen uns über Ihre Rückmeldungen.



Dr. Axel Reimann  
Präsident der  
Deutschen Rentenversicherung Bund



Gundula Roßbach  
Direktorin der  
Deutschen Rentenversicherung Bund

# Fakten im Überblick

## Medizinische Rehabilitation

2014 wurden bei der Rentenversicherung mehr als 1,7 Millionen Anträge auf medizinische Rehabilitation gestellt.

Die Rentenversicherung führte 1.014.763 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch.

Davon entfielen 31.384 (3 %) auf die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen.

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

Die Anschlussrehabilitation (AHB) umfasste 2014 mit 337.618 Leistungen gut ein Drittel aller medizinischen Reha-Leistungen.

Zur Reha-Nachsorge führte die Rentenversicherung 189.496 Leistungen durch.

55.536 Rehabilitanden erhielten 2014 durch die Stufenweise Wiedereingliederung Unterstützung bei ihrer Rückkehr in den Beruf.

Die häufigsten Reha-Indikationen waren Erkrankungen von Muskeln, Skelett und Bindegewebe: Auf sie entfielen stationär etwa ein Drittel der Reha-Leistungen bei Frauen und Männern, im ambulanten Bereich rd. 65 % der Reha-Leistungen bei Frauen und rd. 60 % bei Männern.

Mit steigendem Alter wird Rehabilitation häufiger in Anspruch genommen.

Frauen und Männer in der medizinischen Rehabilitation sind durchschnittlich nahezu gleich alt: Frauen 52,4 Jahre, Männer 52,0 Jahre.

Frauen nehmen insgesamt etwas häufiger medizinische Reha-Leistungen in Anspruch als Männer.

Die durchschnittliche Dauer einer stationären medizinischen Rehabilitation wegen körperlicher Erkrankungen variiert, je nach Diagnosengruppe, zwischen 22 und 23 Tagen (ohne neurologische Erkrankungen).

Im Verlauf von zwei Jahren nach ihrer Rehabilitation sind 85 % der Rehabilitanden erwerbsfähig.

4	Vorwort
<b>6</b>	<b>Fakten im Überblick</b>
9	Aktuelle Entwicklungen
21	Rehabilitation im Licht der Statistik
21	Medizinische Rehabilitation
53	Berufliche Rehabilitation
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
75	Orthopädische Rehabilitation deutscher und ausländischer Versicherter
87	Medizinische Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit und Herzinfarkt
96	Anhang

## Berufliche Rehabilitation

2014 gingen bei der Rentenversicherung 417.531 Anträge auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) ein.

142.323 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) wurden 2014 abgeschlossen.

Männer nehmen häufiger LTA in Anspruch als Frauen. Der Anteil an Frauen nimmt in den letzten Jahren kontinuierlich zu – mit einem zwischenzeitlichen Rückgang von 2011 auf 2012.

Frauen und Männer in der beruflichen Rehabilitation sind 2014 durchschnittlich mit 46,4 Jahren gleich alt.

Etwa ein Fünftel der LTA sind berufliche Bildungsleistungen. Dabei stehen Erkrankungen des Bewegungsapparates und des Bindegewebes als Ursachen an erster Stelle (Frauen 51 %, Männer 62 %).

Gut drei Viertel aller Teilnehmenden schließen ihre berufliche Bildungsleistung erfolgreich ab.

Noch zwei Jahre nach Abschluss einer beruflichen Bildungsleistung nimmt die pflichtversicherte Beschäftigung zu (nach sechs Monaten bei 48 %, nach zwei Jahren bei 56 % der Teilnehmer).

## Aufwendungen für Rehabilitation

2014 wendete die Rentenversicherung rund 6,03 Mrd. € für Rehabilitation auf (brutto), davon rund 4,4 Mrd. € für medizinische Rehabilitation, rund 1,2 Mrd. € für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) und rund 0,3 Mrd. € für Sozialversicherungsbeiträge.

Eine stationäre medizinische Rehabilitation bei körperlichen Erkrankungen kostet im Schnitt rd. 2.727 €.

Die um einiges längeren medizinischen Reha-Leistungen bei psychischen und Abhängigkeitserkrankungen sind mit durchschnittlich 6.285 € deutlich teurer.





## Recht und Politik



Beratungsangebot gerade für kleine und mittlere Betriebe

### Firmenservice – Ein Angebot für Unternehmen und ihre Beschäftigten

Die Deutsche Rentenversicherung hat ein neues Beratungsangebot speziell für Betriebe entwickelt. Der Firmenservice berät Arbeitgeber, Betriebs- und Werksärzte, Betriebsräte und Schwerbehindertenvertretungen und bietet individuelle, adressatengerechte Informationen rund um das Thema „Gesunde Mitarbeiter“ an. In der kostenfreien Beratung durch den Firmenservice werden Fragen zu Möglichkeiten des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM), des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM), zu Rehabilitation, Prävention und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben geklärt. Die klassischen Themen der Rentenversicherung wie Rente, betriebliche Altersvorsorge oder Sozialabgaben gehören ebenfalls zu dem Beratungsspektrum. Darüber hinaus können die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Firmenservice auch bei Fragen zu den Leistungen anderer Sozialversicherungsträger wie etwa Krankenkassen, Arbeitsagentur oder Berufsgenossenschaften helfen sowie den Kontakt zu den zuständigen Institutionen herstellen.

Der Zugang zur Beratung erfolgt über ein bundesweites Servicetelefon, das die Anrufe automatisch in die entsprechende Region weiterleitet, oder per E-Mail. Gleichzeitig wird sichergestellt, dass jede Firma immer dieselbe Person bei der Rentenversicherung als Ansprechpartner hat, unabhängig davon, bei welchem Rentenversicherungsträger ihre Beschäftigten versichert sind. Auch eine Beratung vor Ort direkt im Betrieb ist möglich.

Mit diesem Beratungsangebot unterstützt die Rentenversicherung Unternehmen, insbesondere kleine und mittlere Betriebe, dabei, die Beschäftigungsfähigkeit ihrer Mitarbeiter zu stärken und zu erhalten. Arbeitgeber können durch geeignete Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung krankheitsbedingten Fehlzeiten in ihrer Belegschaft entgegenwirken und ein vorzeitiges Ausscheiden einzelner Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter aus gesundheitlichen Gründen vermeiden. Das Fachwissen der Beschäftigten bleibt dem Unternehmen dadurch länger erhalten, was gerade in Zeiten des demografischen Wandels immer wichtiger wird. Gleichzeitig erhöht der Aufbau eines fundierten betrieblichen Gesundheitsmanagements die Attraktivität des Unternehmens als potentieller Arbeitgeber und stellt somit einen gewichtigen Wettbewerbsvorteil dar.

Informationen zum Firmenservice stehen auf der Internetseite der Deutschen Rentenversicherung zur Verfügung: [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de) → Services → Kontakt & Beratung → Beratung → Firmenservice  
Bundesweites Servicetelefon: **0800 1000 453**  
[firmenservice@deutsche-rentenversicherung.de](mailto:firmenservice@deutsche-rentenversicherung.de)

Kooperation bei der Vermittlung  
Gefangener in die Sucht-Reha

## **Entwicklungen in der Sucht-Rehabilitation/medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker**

Die Deutsche Rentenversicherung hat in den letzten Jahren verstärkt mit anderen Partnern im Rehabilitationsgeschehen die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker weiter entwickelt. Nachfolgend werden die neuesten Entwicklungen vorgestellt.

## **Bundesweite Kooperationsvereinbarung zwischen den Landesjustizverwaltungen und der Deutschen Rentenversicherung im Bereich Abhängigkeitskranker**

Die Landesjustizverwaltungen und die Träger der Deutschen Rentenversicherung haben eine Kooperationsvereinbarung abgeschlossen. Die Vereinbarung betrifft Gefangene, die Versicherte der Deutschen Rentenversicherung sind und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker beantragen. Mit der Vereinbarung wird die Zusammenarbeit bei der Vermittlung dieser Gefangenen in Entwöhnungsbehandlungen (Sucht-Rehabilitation) im Anschluss an die Haftzeit geregelt.

Gefangene standen bisher vor dem Problem, dass die Rentenversicherungsträger die Entwöhnungsbehandlung erst bewilligen dürfen, wenn eine rechtskräftige Entscheidung über die Entlassung auf Bewährung vorliegt. Die Gerichte wiederum machten oftmals eine Kostenzusage zur Voraussetzung für eine Entlassung auf Bewährung. Gemeinsam haben die Landesjustizverwaltungen und die Rentenversicherungsträger mit einer Kooperationsvereinbarung dieses Problem gelöst. Künftig wird in diesen Fällen bei Vorliegen der sonstigen, d. h. versicherungsrechtlichen und persönlichen Bewilligungsvoraussetzungen zwar ein Ablehnungsbescheid erteilt – da der Ausschluss- und damit Ablehnungsgrund „in Haft“ noch besteht. Zugleich wird der bzw. dem Versicherten befristet eine Entwöhnungsbehandlung zugesichert, sobald eine Entlassung auf Bewährung erfolgt ist. Die Vereinbarung enthält außerdem Aussagen zur Vorbereitung auf die anschließende Therapie sowie zum Verfahren von der Antragstellung während der Haft bis zum Beginn der Entwöhnungsbehandlung. Damit ist es gelungen, eine trägerübergreifende Lösung für die Betroffenen zu finden und einen nahtlosen Übergang in die Entwöhnungsbehandlung zu ermöglichen.

Die Kooperationsvereinbarung zwischen den Landesjustizverwaltungen und der Deutschen Rentenversicherung im Bereich Abhängigkeitskranker steht im Internet zur Verfügung:  
**[www.reha-konzepte-drvt.de](http://www.reha-konzepte-drvt.de) → Konzepte → Sucht-Rehabilitation**

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
<b>9</b>	<b>Aktuelle Entwicklungen</b>
21	Rehabilitation im Licht der Statistik
21	Medizinische Rehabilitation
53	Berufliche Rehabilitation
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
75	Orthopädische Rehabilitation deutscher und ausländischer Versicherter
87	Medizinische Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit und Herzinfarkt
96	Anhang

Optimierung von Reha-  
und Integrationsprozessen  
im Bereich Sucht-Reha

### **Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker**

Vertreterinnen und Vertreter der Suchtfachverbände und der Rentenversicherungsträger haben in der gemeinsamen Arbeitsgruppe „Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker“ (BORA) Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker erarbeitet. Mit den Empfehlungen sollen die Reha-Einrichtungen angeregt werden, die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in der Sucht-Rehabilitation noch gezielter entsprechend ihren individuellen berufsbezogenen Unterstützungsbedarfen zu fördern. Ziel ist es, die Rehabilitations- und Integrationsprozesse weiter zu optimieren.

Individuelle erwerbs-  
bezogene Leistungen

In den Empfehlungen werden erwerbsbezogene Screening-, Diagnostik- und Assessmentverfahren ausführlich behandelt, ergänzt durch Instrumente zum arbeitsbezogenen Erleben und Verhalten. Kernstück der Empfehlungen sind fünf verschiedene so genannte BORA-Zielgruppen. Sie unterscheiden sich nach beruflichem Status (mit Arbeitsplatz, kurz- und langzeitarbeitslos, nicht erwerbstätig) und beruflicher Problematik der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden am Arbeitsplatz. Diese Kategorien dienen den Reha-Einrichtungen zur Orientierung bei der Frage, welche erwerbsbezogenen therapeutischen Leistungen individuell angezeigt sind. Zum Beispiel kommen für arbeitslose Rehabilitanden mit kürzerer Dauer der Arbeitslosigkeit insbesondere Leistungen zur Unterstützung im Umgang mit Ängsten und Konflikten, PC-Schulungskurse und Bewerbungstraining in Betracht. Die therapeutischen Angebote werden anhand der KTL 2015 (Klassifikation therapeutischer Leistungen, s. S. 12) beschrieben und den einzelnen BORA-Zielgruppen beispielhaft zugeordnet. Ein weiterer Schwerpunkt der Empfehlungen liegt auf der Kooperation und systemübergreifenden Vernetzung.

Die Empfehlungen sind am 1. März 2015 in Kraft getreten und wurden im April 2015 in einer Auftaktveranstaltung Vertreterinnen und Vertretern von Reha-Einrichtungen vorgestellt.

Die Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker stehen im Internet zur Verfügung:  
**[www.reha-konzepte-drv.de](http://www.reha-konzepte-drv.de) → Konzepte → Sucht-Rehabilitation**

# Reha-Qualitätssicherung



Die Rentenversicherung erbringt jährlich über eine Million medizinische und berufliche Rehabilitationen. Als einer der größten Reha-Träger in Deutschland trägt sie damit besondere Verantwortung für diesen Versorgungsbereich. Die Deutsche Rentenversicherung sieht sich in der Pflicht, einen qualitätsbezogenen Wettbewerb zwischen den Reha-Einrichtungen zu fördern und damit zur Verbesserung der Qualität beizutragen. Daher hat sie 1994 ein Qualitätssicherungsprogramm für die medizinische Rehabilitation entwickelt und seither zahlreiche Verfahren und Instrumente der Qualitätssicherung Schritt für Schritt in die klinische Routine überführt. Alle eingesetzten Instrumente der Qualitätssicherung werden kontinuierlich an neue Reha-Entwicklungen angepasst und auf weitere Versorgungsbereiche ausgedehnt (siehe auch S. 97 Anhang). Derzeit nehmen fast 2.000 Reha-Fachabteilungen oder Reha-Einrichtungen der medizinischen, aber auch der beruflichen Rehabilitation an der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung teil.

## In der Qualitätssicherung eingesetzte Klassifikationen

Die Reha-Qualitätssicherung stützt sich auf verschiedene Datenquellen. Hierzu gehören auch die von der Rentenversicherung eigens für die Qualitätssicherung entwickelten Klassifikationen für die während der medizinischen bzw. der beruflichen Rehabilitation erbrachten Einzelleistungen.

Die KTL wurde aktualisiert.



Über die Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) werden seit 1997 während der medizinischen Rehabilitation für jeden Rehabilitanden die erbrachten therapeutischen Leistungen im Reha-Entlassungsbericht detailliert dokumentiert (s. Info-Box S. 43). Eine überarbeitete Version der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL 2015, 6. Auflage) ist zum 1. Januar 2015 eingeführt worden. Im Laufe des Jahres 2015 (Übergangszeitraum) werden alle Reha-Einrichtungen ihre Codierungen auf die neue KTL umstellen. Die KTL ist im Rahmen eines wissenschaftlichen Projekts umfassend überarbeitet worden (Projektleiter Dr. Kaluscha, Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm). Wesentliche Änderungen der neuen KTL-Auflage sind die Aufnahme neuer fachlicher Schwerpunkte (z. B. der Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation) und neuer Reha-Konzepte (z. B. Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation, MBOR) sowie die Integration der neuen Studienabschlüsse nach der Bologna-Reform. Die Qualitätsmerkmale und die Begriffe zur Ausgestaltung der Leistungen (einzeln, Kleingruppe, Gruppe) wurden vereinheitlicht. Die Aktualisierung der KTL gewährleistet, dass auch moderne Ansätze der Rehabilitation angemessen dokumentiert werden können.

Für die berufliche Rehabilitation stand bislang eine solche Leistungsklassifikation nicht zur Verfügung. Deshalb wurde mit der Charité Universitätsmedizin Berlin (Projektleiter Prof. Radoschewski, Abteilung für Versorgungssystemforschung und Grundlagen der Qualitätssicherung in der Rehabilitation) eine Leistungs-

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
<b>9</b>	<b>Aktuelle Entwicklungen</b>
21	Rehabilitation im Licht der Statistik
21	Medizinische Rehabilitation
53	Berufliche Rehabilitation
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
75	Orthopädische Rehabilitation deutscher und ausländischer Versicherter
87	Medizinische Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit und Herzinfarkt
96	Anhang

klassifikation für die berufliche Rehabilitation (LBR) entwickelt. In einer 18-monatigen Pilotphase ist die Leistungsklassifikation mit ausgewählten beruflichen Bildungseinrichtungen erprobt worden. Nun steht die überarbeitete Version der LBR zum Routineeinsatz bereit und wird voraussichtlich 2016 eingeführt.

Die überarbeitete Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL 2015, 6. Auflage) ist verfügbar unter [www.ktl-drv.de](http://www.ktl-drv.de)

#### Reha-Therapiestandards

Stand: November 2015

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

#### Aktualisierung der Reha-Therapiestandards

Reha-Therapiestandards (RTS) wurden im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung als Teil der Reha-Qualitätssicherung entwickelt und seit 2004 veröffentlicht.

RTS dienen als Orientierung für eine angemessene therapeutische Versorgung von Patienten in der medizinischen Rehabilitation. Dabei steht jedoch nicht die einzelne Patientin oder der einzelne Patient mit einer individuellen gesundheitlichen Problemkonstellation im Fokus der Betrachtung, sondern die Gesamtheit aller Patienten einer Indikation in einer Rehabilitationseinrichtung. Die RTS bestehen aus so genannten Evidenzbasierten Therapiemodulen (ETM): zu dem jeweiligen Bereich (z. B. Bewegungstherapie, Patientenschulung) gehören Angaben zum Inhalt, zum zeitlichen Umfang, in dem die therapeutischen Leistungen mindestens durchgeführt werden sollen, und zu einem Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Patienten in der Reha-Einrichtung. Dadurch ist ein Mindeststandard der Versorgung festgelegt.

Die Erfüllung dieses Standards ist überprüfbar, da in den Reha-Einrichtungen für jeden Patienten im ärztlichen Entlassungsbericht die erbrachten Leistungen dokumentiert werden. Diese Angaben werden mit den Anforderungen in Beziehung gesetzt, die in den Reha-Therapiestandards festgelegt sind. Den Reha-Einrichtungen wird regelmäßig mitgeteilt, inwieweit ihre Versorgung diesen Vorgaben entspricht und wie sich die Einrichtung im Vergleich mit anderen darstellt.



Überarbeitete Reha-Therapiestandards stehen ab 2016 zur Verfügung.

Die Aktualisierung der Reha-Therapiestandards in 2014-2015 erfolgte – wie ihre Entwicklung selbst – mit wissenschaftlicher Unterstützung (Prof. Farin, Universitätsklinikum Freiburg, Prof. Meyer, Medizinische Hochschule Hannover, Dr. Vogel, Universität Würzburg). Um die Evidenzbasierung der medizinischen Rehabilitation zu stärken, wurden die RTS an den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis und die Neuauflage der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL 2015; siehe S. 12) angepasst. Neu eingeführte Reha-Konzepte (z. B. Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation, verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation

s. S. 19 f.) wurden ebenfalls berücksichtigt. Die überarbeiteten RTS werden ab Januar 2016 als Broschüren veröffentlicht.

Weitere Informationen zu den Reha-Therapiestandards können im Internet abgerufen werden unter: [www.reha-therapiestandards-drv.de](http://www.reha-therapiestandards-drv.de)

## Optimiertes Peer Review-Verfahren

Das Peer Review-Verfahren hat die einrichtungsbezogene Beurteilung der Prozessqualität durch erfahrene ärztliche Fachkollegen – Peers – zum Ziel (s. Info-Box zum Peer Review-Verfahren S. 40). Die Beurteilung der Abläufe in der Rehabilitation erfolgt anhand der Reha-Entlassungsberichte (E-Berichte) und mit Hilfe einer standardisierten und manualisierten Checkliste. Dabei werden einerseits thematische Bereiche wie z. B. die Qualität der Diagnostik, andererseits dazu gehörende Einzelmerkmale wie z. B. die „allgemeine klinische Untersuchung“ bewertet.



Checkliste und Manual vollständig überarbeitet

Checkliste und Manual zu den Peer Review-Verfahren wurden mit wissenschaftlicher Unterstützung vollständig überarbeitet. Denn in bisherigen Auswertungen wich die zusammenfassende Bewertung der thematischen Bereiche (z. B. „Diagnostik“) zum Teil relativ stark von der Bewertung der Einzelmerkmale ab, aus denen die Bereiche gebildet werden. Dies ließ sich letztlich auf die unterschiedliche Skalierung der Bewertungskategorien zurückführen. Jetzt erfolgt die Bewertung einheitlich nach einer vierstufigen Skala (keine, leichte, deutliche und gravierende Mängel). Außerdem kann nun für jedes Einzelmerkmal entschieden werden, ob es für den Einzelfall, d. h. den Reha-Prozess des jeweiligen Rehabilitanden, bedeutsam ist und bewertet werden muss oder nicht.

Auch an die Überarbeitung des Reha-Entlassungsberichts (s. Aktuelle Entwicklungen S. 15) wurden die Checklisten entsprechend angepasst. Vor dem Routineeinsatz des aktualisierten Peer Review-Verfahrens wurden Verständlichkeit und Trennschärfe der Merkmale von erfahrenen Peers überprüft.

Das aktuelle Peer Review-Verfahren „Somatik 2015“ – mit Reha-Entlassungsberichten nach der alten Struktur – wird mit einer überarbeiteten Checkliste durchgeführt, die noch nicht an den neuen Entlassungsbericht angepasst wurde. Für zukünftige Peer Review-Schulungen und -Verfahren stehen dann Arbeitsinstrumente zur Verfügung, die an die neue Struktur der E-Berichte angepasst und vollständig überarbeitet sind.

Weitere Informationen zum Peer Review-Verfahren der Deutschen Rentenversicherung stehen im Internet zur Verfügung: [www.reha-qs-drv.de](http://www.reha-qs-drv.de)  
→ **Peer Review-Verfahren**

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
<b>9</b>	<b>Aktuelle Entwicklungen</b>
21	Rehabilitation im Licht der Statistik
21	Medizinische Rehabilitation
53	Berufliche Rehabilitation
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
75	Orthopädische Rehabilitation deutscher und ausländischer Versicherter
87	Medizinische Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit und Herzinfarkt
96	Anhang

# Sozialmedizin

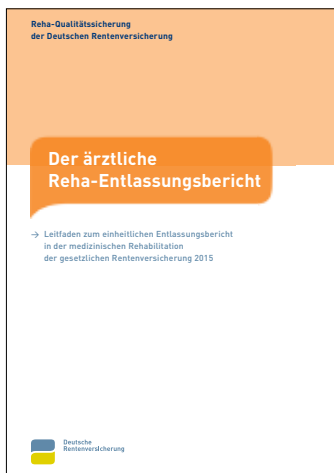
Wenn es um Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation) oder um Renten wegen Erwerbsminderung geht, steht aus sozialmedizinischer Sicht die Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben im Vordergrund. Im sozialmedizinischen Gutachten müssen die Anforderungen im Erwerbsleben mit dem individuellen Fähigkeitsprofil abgeglichen werden. Dabei ist die Frage zu klären, welche körperlichen und psychischen Anforderungen ein Versicherter trotz bestehender Beeinträchtigungen noch erfüllen kann und welche Tätigkeiten seine Belastungsgrenzen erreichen oder übersteigen. Anhand der Ergebnisse der sozialmedizinischen Begutachtung entscheidet die Rentenversicherung über die beantragten Leistungen.

## Neuer Reha-Entlassungsbericht

Der einheitliche Reha-Entlassungsbericht hat inzwischen eine 18-jährige Geschichte. Er dient der Darstellung des klinischen Verlaufs und des unmittelbaren Reha-Erfolges. Angesichts der Vielzahl jährlich von der Deutschen Rentenversicherung durchgeführten Rehabilitationen (rd. 1 Mio.) ist er ein Dokument mit hoher Bedeutung.

Im Reha-Entlassungsbericht der Deutschen Rentenversicherung werden Informationen zu Behandlungsanlass, Reha-Verlauf und -Ergebnis sowie die sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben zusammengeführt. Durch diese Beurteilung hat der Entlassungsbericht auch die Funktion eines sozialmedizinischen Gutachtens. Er richtet sich an weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte und dient in vielen Fällen als Entscheidungsgrundlage für nachfolgende Leistungen der Renten- oder anderer Sozialversicherungsträger. Wird der Reha-Entlassungsbericht unter Beteiligung der verschiedenen Berufsgruppen des Reha-Teams erstellt, kann dies seine Qualität zum Nutzen der Rehabilitanden erhöhen. Die im Reha-Entlassungsbericht dokumentierten Daten werden nicht zuletzt auch in der Reha-Qualitätssicherung genutzt und unterstützen die Planung und Verbesserung der rehabilitativen Versorgung in Deutschland.

Der einheitliche Reha-Entlassungsbericht gliedert sich in einen Formularteil und einen Freitextteil. Die aktuelle Überarbeitung erlaubt nun eine übersichtlichere und schnellere Darstellung von Reha-Prozess und -Ergebnis. Geändert hat sich insbesondere der Formularteil, bei dem die sozialmedizinische Epikrise, d. h. die sozialmedizinische Zusammenschau, aus dem Freitextteil auf das Formblatt 1a verlagert wurde. Hierdurch können die sozialmedizinischen Urteile schnell in den Kontext des Behandlungsergebnisses gesetzt werden. Der Freitextteil, in dem Anamnese, Befunde, Reha-Prozess und -Ergebnis sowie Empfehlungen für weiterführende Maßnahmen beschrieben werden sollen, wurde ebenfalls überarbeitet und ist nun schlüssiger gegliedert.



...wurde aktuell überarbeitet.



Leitfaden im Internetauftritt der Deutschen Rentenversicherung

Die Reha-Einrichtungen haben nun größere Gestaltungsmöglichkeiten. Der Entlassungsbericht kann zugleich mit weniger Aufwand erstellt werden, ohne an Aussagekraft zu verlieren.

Der Leitfaden zum einheitlichen Reha-Entlassungsbericht ist im Internetauftritt der Deutschen Rentenversicherung erhältlich. Das neue Entlassungsberichtsformular kann seit 1. Januar 2015 eingesetzt werden und ist ab 2016 für alle Reha-Einrichtungen, die medizinische Rehabilitationen im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung durchführen, verpflichtend.

Leitfaden zum einheitlichen Reha-Entlassungsbericht: [www.sozialmedizin-drv.de](http://www.sozialmedizin-drv.de) → [Fachinformationen Rehabilitation](#) → [Informationen für Reha-Einrichtungen](#) → [Der ärztliche Entlassungsbericht](#)



### **Broschüre “Medizinische Rehabilitation – ein attraktiver Arbeitsplatz für Ärztinnen und Ärzte“**

Ärztmangel ist auch in den Reha-Einrichtungen ein drängendes Thema. Um die Kliniken und ambulanten Einrichtungen zu unterstützen, hat die Deutsche Rentenversicherung Bund ein Forschungsprojekt mit dem Titel: „Reha-Wegweiser – eine Orientierungshilfe für zukünftige Reha-Ärztinnen und -Ärzte“ in Auftrag gegeben. Die im Zuge des Projekts entwickelte Broschüre richtet sich an Ärztinnen und Ärzte (insbesondere aus der Akutmedizin), die sich für das Arbeitsfeld der medizinischen Rehabilitation interessieren oder eine Tätigkeit in einer Reha-Einrichtung aufnehmen wollen.

Das Team um Projektleiter Prof. Bitzer (Pädagogische Hochschule Freiburg) befragte Ärztinnen und Ärzte zu ihrem Informationsbedarf und diskutierte den Text für die Informationsbroschüre mit Experten aus Klinik, Verwaltung und Forschung – vor allem in Hinblick auf seine Brauchbarkeit, neue Ärztinnen und Ärzte für die Rehabilitation zu interessieren. Die ca. 40-seitige Broschüre enthält neben Hinweisen zu Fort- und Weiterbildung sowie Stellensuche einen umfangreichen Informationsteil.

Die ärztliche Tätigkeit in der Rehabilitation unterscheidet sich in vielerlei Hinsicht, auch darüber gibt die Broschüre Auskunft, von der Tätigkeit in der Akutmedizin. Reha-Medizinerinnen und Reha-Mediziner sind spezialisierte Begleiter bei chronischen Krankheitsverläufen und gleichzeitig sozialmedizinische Gutachter. Sie sind als Team-Player im multiprofessionellen Reha-Team gefragt und als Manager für die Umsetzung des Reha-Prozesses verantwortlich. Die Broschüre erläutert in kompakter Weise fachliche und rechtliche Hintergründe sowie Voraussetzungen für eine Tätigkeit in der Rehabilitation. Darüber hinaus beschreibt sie die vielfältigen Entwicklungsmöglichkeiten in der medizinischen Rehabilitation, z. B. für Berufseinsteigerinnen und Berufseinsteiger sowie zur ärztlichen Weiterbildung etwa für Allgemeinmedizin.

Arbeiten im multiprofessionellen Team

Reha-Mediziner sind Experten für chronische Krankheiten und sozialmedizinische Gutachten.

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
<b>9</b>	<b>Aktuelle Entwicklungen</b>
21	Rehabilitation im Licht der Statistik
21	Medizinische Rehabilitation
53	Berufliche Rehabilitation
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
75	Orthopädische Rehabilitation deutscher und ausländischer Versicherter
87	Medizinische Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit und Herzinfarkt
96	Anhang

Die Broschüre informiert über all diese Sachverhalte und kann interessierte Ärzte und Ärztinnen ermutigen, sich für die Arbeit in der medizinischen Rehabilitation zu entscheiden.

Die Broschüre „Medizinische Rehabilitation: ein attraktiver Arbeitsplatz für Ärztinnen und Ärzte“ wird voraussichtlich Anfang 2016 auf der Internetseite der Deutschen Rentenversicherung abrufbar und bestellbar sein:  
**[www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de) → Infos für Experten**

# Reha-Forschung und -Konzepte



Innovative Forschung mit hohem Praxisbezug

## Abschluss des Förderschwerpunkts „Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“

„Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“ – dahinter steht ein gemeinsames Förderprogramm des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF), der Krankenversicherung und der Deutschen Rentenversicherung Bund. 77 Forschungsprojekte untersuchten von 2007 bis 2015 neue Ansätze zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung chronisch kranker Menschen. Es ging um Patienteninformationen, Schulungsprogramme und verschiedene Wege, die gesundheitliche Versorgung gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten zu gestalten. Zum Abschluss des Förderschwerpunkts führt die Prognos AG in einem sog. Meta-Projekt eine projektübergreifende Analyse des Förderschwerpunkts durch: Wie sind Durchführung und Erfolg des Förderprogramms selbst zu bewerten? Wie finden geeignete Forschungsergebnisse den Weg in die Praxis, damit Rehabilitation und Krankenbehandlung auch von der Forschung und deren Förderung profitieren können?

Prognos analysierte alle wichtigen Unterlagen und führte Gespräche mit den Beteiligten. Die Förderer sehen im Förderschwerpunkt eine erfolgreiche Fortsetzung der gemeinsamen Forschungsförderung. So konnten innovative Forschungsvorhaben mit hohem Praxisbezug realisiert werden. Die Zusammenführung von Wissenschaft und Praxis wird und wurde im Förderschwerpunkt praktiziert und gelebt – auch wenn sich die Umsetzung der Ergebnisse in die Versorgungspraxis oft langwierig und komplex gestaltet.



Lebhafte Diskussionen beim Umsetzungsworkshop

Dies ergab auch die Umsetzungsbegleitung von sechs Projekten aus dem Förderprogramm. Prognos unterstützte etwa bei der Verbreitung der Ergebnisse (z. B. als Projektflyer) und vermittelte Kontakte zu Kostenträgern oder anderen Akteuren. In einem Workshop im Mai 2015 konnten rd. 70 Vertreterinnen und Vertreter der Versorgungsforschung, der Leistungserbringer, Kostenträger und Selbsthilfe praxisrelevante Forschungsergebnisse kennenlernen und Strategien zu deren Umsetzung diskutieren. Es wurde deutlich, wie wichtig das frühzeitige Zusammenwirken aller Beteiligten ist, sei es bei der Formulierung des Forschungsbedarfs oder während der Projektdurchführung (z. B. über Projektbeiräte). Neben dem Abschlussbericht zu der Analyse des Förderprogramms erarbeitet Prognos zwei Leitfäden zur Umsetzung von Forschungsergebnissen. In einer Broschüre werden der Förderschwerpunkt und seine Ergebnisse für die interessierte Öffentlichkeit aufbereitet.

Informationen zum Förderschwerpunkt „Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“ (Projektergebnisse, Materialien, Veranstaltungsberichte, zu ggb. Zeit auch die Ergebnisse des Meta-Projekts) stehen im Internet zur Verfügung: [www.forschung-patientenorientierung.de](http://www.forschung-patientenorientierung.de)

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
<b>9</b>	<b>Aktuelle Entwicklungen</b>
21	Rehabilitation im Licht der Statistik
21	Medizinische Rehabilitation
53	Berufliche Rehabilitation
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
75	Orthopädische Rehabilitation deutscher und ausländischer Versicherter
87	Medizinische Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit und Herzinfarkt
96	Anhang

### Neues Rahmenkonzept zur Reha-Nachsorge der Deutschen Rentenversicherung



Reha-Nachsorge ist wichtig, um die Behandlungserfolge langfristig zu stabilisieren und damit auch die berufliche Wiedereingliederung zu sichern. 2015 entstand ein neues Rahmenkonzept zur Reha-Nachsorge in der gesetzlichen Rentenversicherung, mit dem Ziel, dass alle Versicherten die für sie notwendigen und geeigneten Reha-Nachsorgeleistungen erhalten können, unabhängig davon, wo sie wohnen und welcher Rentenversicherungsträger für sie zuständig ist.

Je nach Bedarf stehen den Versicherten zukünftig unterschiedlich umfassende Nachsorgeangebote zur Verfügung, die als IRENA (Intensivierte Reha-Nachsorge) und RENA (Reha-Nachsorge) bezeichnet werden. IRENA ist für komplexe Problemlagen gedacht. Hier werden beispielsweise Schulungen mit bewegungstherapeutischen und ernährungsmedizinischen Leistungen kombiniert. Zu RENA gehören vor allem die Trainingstherapeutische Reha-Nachsorge (T-RENA) und Psy-RENA für psychische Erkrankungen. Auch die Reha-Nachsorge bei Abhängigkeitserkrankungen sowie Rehabilitationssport und Funktionstraining sind nach der medizinischen Rehabilitation möglich.

Mit dem neuen Rahmenkonzept zur Reha-Nachsorge erhöht sich die Angebotsbreite und damit die Chance, dass Versicherte die ihnen von der Reha-Einrichtung empfohlene Nachsorge tatsächlich auch in Anspruch nehmen können. Für die Umsetzung der neuen Reha-Nachsorge ist ein Übergangszeitraum von drei Jahren ab 2016 vorgesehen. In dieser Zeit sollen zum Beispiel flächendeckend Nachsorgeangebote eingerichtet werden.

Nachsorgeangebote  
flächendeckend ausbauen

Das neue Rahmenkonzept zur Reha-Nachsorge der Deutschen Rentenversicherung steht voraussichtlich Anfang 2016 im Internet zum Download zur Verfügung: [www.reha-nachsorge-drv.de](http://www.reha-nachsorge-drv.de)

### Neues Reha-Konzept – Rahmenkonzept verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation (VOR)

Komorbide psychische Störungen, d. h. psychische Erkrankungen, die gleichzeitig mit einer anderen Krankheit auftreten, sind für die betroffenen Menschen belastend. Sie verringern die Lebensqualität, tragen zur Chronifizierung der körperlichen Grunderkrankung bei, vermindern die Behandlungsmotivation der Betroffenen, erhöhen Krankheitshäufigkeit und Sterblichkeit sowie die Behandlungskosten für die Leistungsträger. Komorbide psychische Störungen sind häufig: Sie treten bei rund 20 % der Rehabilitandinnen beziehungsweise Rehabilitanden mit körperlichen Erkrankungen auf. Die häufigsten Diagnosen sind depressive Störungen und Angststörungen.

Ein Fünftel der Rehabilitanden mit körperlichen Erkrankungen ist auch psychisch belastet.

Die Rentenversicherung hat das Ziel, die Behandlungs- und Versorgungsqualität in der somatischen Rehabilitation auch bei psychischer Komorbidität weiter zu verbessern. Zur Erweiterung des Reha-Angebots für Rehabilitanden

### Feste Gruppen mit Schwerpunkt auf Psychologie/Psychotherapie

mit körperlicher Grunderkrankung und psychischer Komorbidität haben somatische Reha-Einrichtungen in den letzten Jahren zunehmend verhaltensmedizinisch orientierte Konzepte entwickelt. Was zeichnet diese Konzepte aus? Die so genannte verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation findet in festen Gruppen statt, mit einem Schwerpunkt im Bereich Psychologie bzw. Psychotherapie. Die Rehabilitation wird durch ein interdisziplinäres Team durchgeführt, das sich in Fallbesprechungen und Supervision regelmäßig und intensiv austauscht.

Das träger- und indikationsübergreifende Rahmenkonzept „VOR“ unterstützt die Entwicklung und Einführung verhaltensmedizinisch orientierter Konzepte und trägt zur Verbreitung des VOR-Ansatzes in der Reha-Praxis bei. Die Grundbausteine und Mindestanforderungen an eine VOR werden übersichtlich und nachvollziehbar dargestellt. Neben Empfehlungen zu Diagnostik und Therapieangeboten gibt das Rahmenkonzept auch Hinweise zu strukturellen inkl. personellen Anforderungen für Reha-Einrichtungen, die entsprechende Leistungen anbieten wollen.

Das Rahmenkonzept „Verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation“ (VOR) steht im Internet zum Download zur Verfügung:  
**[www.reha-konzepte-driv.de](http://www.reha-konzepte-driv.de) → Konzepte → Rahmenkonzepte**

# Rehabilitation im Licht der Statistik



## Medizinische Rehabilitation: Umfang und Struktur

Wie viele Leistungen zur medizinischen Rehabilitation finanziert die Deutsche Rentenversicherung? Wie haben sich die verschiedenen Reha-Formen entwickelt? Wie stellen sich die Reha-Leistungen dar – je nach Erkrankung, Geschlecht und Alter der Rehabilitanden? Auf diese und andere Fragen kann die Routinestatistik der Rentenversicherung Antwort geben (s. Info-Box S. 96).

### Routinedaten der Rentenversicherung

Grundlage der statistischen Daten sind die Verwaltungsvorgänge bei den Rentenversicherungsträgern. Man spricht daher auch von prozessproduzierten Daten. Dazu gehören u. a. die Mitteilung der Rentenversicherungsbeiträge durch den Arbeitgeber, die Erfassung von Anträgen und Bescheiden (Reha, Rente) oder auch die Informationen aus dem ärztlichen Entlassungsbericht nach einer durchgeführten Rehabilitation.

### Anträge, Bewilligungen und durchgeführte Leistungen

Wer eine medizinische Rehabilitation (s. Info-Box S. 23) in Anspruch nehmen möchte, muss zunächst selbst die Initiative ergreifen und einen Antrag stellen. Dies geschieht z. B. auf Rat des Hausarztes und mit dessen Unterstützung. Die Rentenversicherung prüft, ob sie zuständig ist, ob die medizinische Notwendigkeit besteht und ob der Antragsteller bzw. die Antragstellerin die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt. Ist die medizinische Rehabilitation bewilligt, kann sie ambulant oder stationär durchgeführt werden. Doch nicht jede bewilligte Maßnahme wird auch in Anspruch genommen, beispielsweise weil sich die gesundheitliche Situation des Versicherten in der Zwischenzeit verschlechtert hat oder weil berufliche oder familiäre Gründe dagegen sprechen. Dies ist in 4 % aller bewilligten Anträge der Fall.

Mehr als 1,7 Mio. Anträge auf medizinische Rehabilitation

2014 gingen bei der Rentenversicherung mehr als 1,7 Mio. Anträge auf medizinische Rehabilitation ein. Rund 66 % der erledigten Anträge wurden bewilligt, etwa 18 % abgelehnt – meist aus medizinischen (93 %), selten aus anderen, dann meist versicherungsrechtlichen (7 %) Gründen. Die restlichen 16 % der Anträge wurden zum jeweils zuständigen Rehabilitationsträger weitergeleitet.

2014 erhielten Versicherte rund 1.014.700 medizinische Reha-Leistungen.

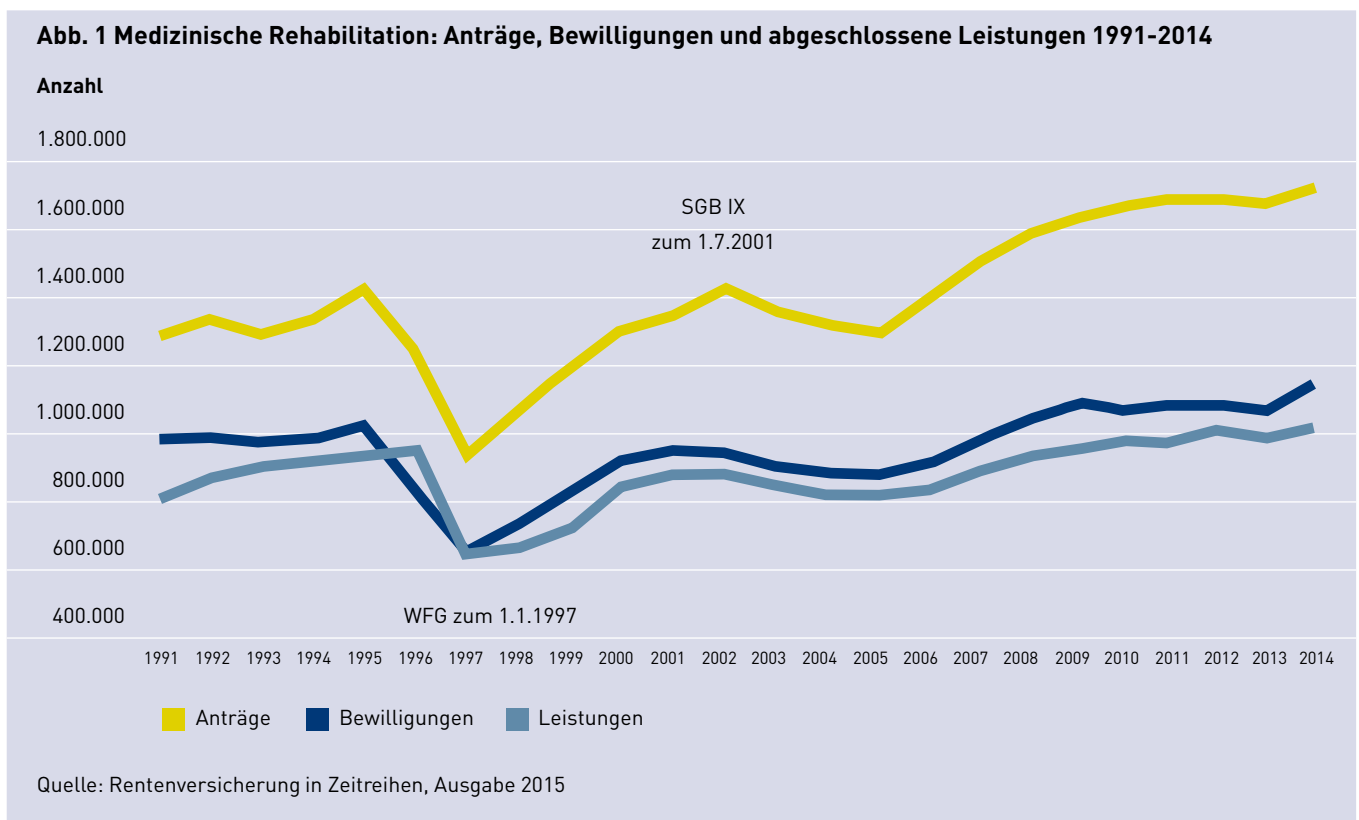
Abbildung 1 zeigt die Entwicklung von Anträgen, Bewilligungen und durchgeführten medizinischen Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung. Gewählt wurde der Zeitraum ab 1991, da seit diesem Jahr die Versicherten der neuen Bundesländer mit ausgewiesen werden. Die Anträge sind zwischen 1991 und 2014 von ca. 1.282.000 auf rund 1.724.000, die Bewilligungen von rund 995.000 auf rund 1.135.000 und die durchgeführten Leistungen von 803.000 auf rund 1.014.763 gestiegen.

Allerdings fällt auf, dass beispielsweise 1995 kaum weniger Bewilligungen als 2014 erfolgten – bei deutlich mehr Anträgen in 2014. Dies ist nicht auf ein verändertes Bewilligungsverhalten zurückzuführen, sondern auf neue Verfahren in der Bearbeitung eingehender Reha-Anträge seit Einführung des Sozialgesetzbuches (SGB) IX in 2001. In der Folge werden manche Anträge mehrfach erfasst, nämlich nicht nur durch die (letztlich) zuständigen Reha-Träger, sondern auch durch die Reha-Träger, bei welchen die Anträge zuerst eingegangen sind.

Die Anzahl der Anträge, Bewilligungen und durchgeführten Leistungen unterliegt Schwankungen – meist folgen die Bewilligungen und durchgeführten Leistungen zeitversetzt der Tendenz der Anträge. Diese Verzögerung kommt dadurch zustande, dass spät im Jahr gestellte Anträge erst im Folgejahr bewilligt, bzw. bewilligte Rehabilitationsleistungen erst im Folgejahr angetreten werden.

Das Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz (WFG, 1.1.1997) markiert einen starken Einbruch bei den Anträgen und in der Folge bei Bewilligungen und durchgeführten Reha-Leistungen. Mit dem WFG verfolgte der Gesetzgeber das Ziel, die Ausgaben für Rehabilitation um rund 2,7 Mrd. DM zu senken. Hintergrund war die angespannte Finanzlage der Rentenversicherung aufgrund der ungünstigen wirtschaftlichen Situation. Neben der Begrenzung der Mittel für die Rehabilitation wurde auch die Regeldauer der medizinischen Reha-

Einbruch der Anträge und Leistungen im Zuge des WFG 1997





4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
<b>21</b>	<b>Rehabilitation im Licht der Statistik</b>
21	Medizinische Rehabilitation
53	Berufliche Rehabilitation
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
75	Orthopädische Rehabilitation deutscher und ausländischer Versicherter
87	Medizinische Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit und Herzinfarkt
96	Anhang

### **Medizinische Rehabilitation**

Wenn eine chronische Erkrankung die Erwerbsfähigkeit gefährdet oder einschränkt, kann die medizinische Rehabilitation helfen. Die Rentenversicherung ist der wichtigste Kostenträger der medizinischen Rehabilitation in Deutschland. Weitere Reha-Träger sind insbesondere die Krankenkassen (für Nichterwerbstätige) und die gesetzliche Unfallversicherung. Die Rentenversicherung führt nach § 15 SGB VI Leistungen zur medizinischen Rehabilitation mit dem Ziel durch, die Erwerbsfähigkeit ihrer Versicherten zu erhalten oder wiederherzustellen.

#### **Je nach Krankheitsbild gibt es unterschiedliche Formen:**

- Stationäre und ganztägig ambulante medizinische Rehabilitation, d. h. in einer Klinik oder tagsüber in Wohnortnähe
- Anschlussrehabilitation (AHB), etwa nach Herzinfarkt, unmittelbar nach der Akutbehandlung
- Leistungen wegen psychischer Erkrankungen
- Entwöhnungsbehandlung bei Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit

#### **Darüber hinaus gibt es so genannte Sonstige Leistungen nach § 31 SGB VI, insbesondere:**

- Präventive Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit
- Onkologische Rehabilitation (für alle, auch jenseits des erwerbsfähigen Alters)
- Stationäre Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen

Wenn nicht anders angegeben, sind diese Sonstigen Leistungen im vorliegenden Reha-Bericht in den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation enthalten.

Ergänzende Leistungen runden Leistungen zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation sowie die Sonstigen Leistungen ab. Sie erfolgen nicht ohne die „Hauptleistung“. Es handelt sich u. a. um Übergangsgeld oder Reisekosten.

#### **Die Behandlung während der medizinischen Rehabilitation setzt sich je nach Bedarf aus folgenden Bausteinen zusammen:**

- Ärztliche Behandlung
- Bewegungstherapie (Physio-, Sporttherapie)
- Arbeitsbezogene Maßnahmen
- Gesundheitsbildung und Patientenschulung
- Psychologische Diagnostik und Beratung
- Entspannungsverfahren
- Ergotherapie
- Physikalische Therapie
- Ernährungsberatung mit/ohne Lehrküche
- Soziale, sozialrechtliche und berufliche Beratung



Leistungen von vier auf drei Wochen gekürzt. Die maximalen Zuzahlungen der Versicherten für stationäre Reha-Leistungen wurden mehr als verdoppelt (im Westen von 12 auf 25 DM pro Tag, im Osten von 9 auf 20 DM) und die Frist für eine weitere Reha-Maßnahme (so genanntes Wiederholungsintervall) von drei auf vier Jahre verlängert. Dies führte bereits im Laufe des Jahres 1996 zu einem Antragsrückgang, der sich in 1997 weiter fortsetzte. Gegenüber 1995 sank die Zahl der Anträge im Jahr 1997 um 34 %, die der Bewilligungen um 38 % und die der durchgeführten Reha-Leistungen um 36 %.

Anstieg der Anträge und Leistungen in der Folgezeit

Nach diesem Einbruch stiegen die Anträge auf medizinische Rehabilitation wieder kontinuierlich an, gefolgt von den Bewilligungen und durchgeführten Leistungen. Der Trend wurde nur in den Jahren 2002–2005 durch eine moderate Abwärtsbewegung unterbrochen, die jedoch nicht annähernd die Rückgangsraten in Folge des WFG erreichte. Das Niveau der Anträge erreichte bereits 2002 das vor Einführung des WFG. Die durchgeführten Leistungen liegen 2009 erstmals wieder deutlich über den Zahlen in 1995 (s. Abb. 1).

2014 bisher höchstes Antrags- und Bewilligungsgeschehen der medizinischen Rehabilitation

Tabelle 1 wirft noch einmal einen Blick auf die Steigerungsraten von 2013 auf 2014: Die Anträge sind um 1,9 %, die durchgeführten Reha-Leistungen um 1 % gestiegen und die Bewilligungen um 3,4 %. Damit setzt sich der im Wesentlichen kontinuierliche Anstieg der letzten Jahre fort – bis auf einen leichten Rückgang der Bewilligungen von 2009 auf 2010 sowie insgesamt von 2012 auf 2013. Anträge, Bewilligungen und durchgeführte Reha-Leistungen erreichen 2014 den höchsten Stand bisher.

Ein Blick auf die ersten neun Monate in 2015 deutet darauf hin, dass sich die Anträge und Bewilligungen aktuell etwas verhaltener entwickeln als in den Jahren zuvor.

**Tab. 1 Medizinische Rehabilitation: Anzahl der Anträge, Bewilligungen und abgeschlossenen Leistungen 2013 und 2014**

	Anträge	Bewilligungen	Leistungen
2013	1.670.139	1.085.577	988.380
2014	1.724.277	1.135.087	1.014.763
Veränderungsrate 2013–2014	+ 1,9 %	+ 3,4 %	+ 1,0 %

Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2015

## 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 Kinderrehabilitationen ist dies jedoch keine notwendige Voraussetzung. Die Anschlussrehabilitation (AHB) wird direkt aus einem Aufenthalt im Akut-

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
<b>21</b>	<b>Rehabilitation im Licht der Statistik</b>
21	Medizinische Rehabilitation
53	Berufliche Rehabilitation
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
75	Orthopädische Rehabilitation deutscher und ausländischer Versicherter
87	Medizinische Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit und Herzinfarkt
96	Anhang

krankenhaus heraus eingeleitet. Für Alkohol-, Drogen-, Medikamenten- und Mehrfachabhängige gibt es die Entwöhnungsbehandlung als spezielle Form der medizinischen Rehabilitation.

14 % aller medizinischen Reha-Leistungen 2014 wurden ambulant durchgeführt.

Auch die ganztägig ambulante Rehabilitation ist an dieser Stelle zu nennen. Diese Form der medizinischen Rehabilitation, bei der die Rehabilitanden nur tagsüber in die Rehabilitationseinrichtung kommen, wird seit 1997 für ausgewählte Indikationen angeboten. Voraussetzung war, dass die ambulante Rehabilitation in dafür geeigneten Fällen ebenso gute Behandlungserfolge vorweisen kann wie die stationäre Rehabilitation. Dies wurde in mehreren wissenschaftlichen Studien belegt. Der überwiegende Teil medizinischer Rehabilitation erfolgt nach wie vor stationär. Allerdings sank der Anteil stationärer Leistungen für Erwachsene von 2000 bis 2014 von 93 % auf 83 %. Die ambulanten Leistungen für Erwachsene haben sich dagegen 2014 weit mehr als verfünffacht von rund 25.000 im Jahr 2000 auf rund 141.000 Leistungen. Sie machen derzeit ca. 14 % aller medizinischen Rehabilitationsleistungen aus (s. Tab. 2).

Die Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen wird nur stationär durchgeführt. Ihr prozentualer Anteil an den Reha-Leistungen der Rentenversicherung

**Tab. 2 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 2000–2014: stationär und ambulant für Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche**

Jahr	Insgesamt (inkl. Mischfälle*)	Stationäre Leistungen für Erwachsene		Ambulante Leistungen für Erwachsene		Kinder- und Jugendlichen- rehabilitation	
2000	835.878	778.789	93 %	25.257	3 %	29.908	4 %
2001	892.687	826.014	93 %	30.472	3 %	33.751	4 %
2002	894.347	813.362	91 %	41.714	5 %	36.682	4 %
2003	845.618	752.426	89 %	52.285	6 %	37.846	4 %
2004	803.159	702.122	87 %	60.557	8 %	37.276	5 %
2005	804.064	696.731	87 %	67.975	8 %	36.759	5 %
2006	818.433	704.004	86 %	75.850	9 %	36.443	4 %
2007**	903.257	771.782	85 %	92.038	10 %	37.498	4 %
2008	942.622	804.006	85 %	99.820	11 %	37.568	4 %
2009	978.335	829.822	85 %	111.022	11 %	36.254	4 %
2010	996.154	837.864	84 %	122.835	12 %	34.223	3 %
2011	966.323	810.664	84 %	122.726	13 %	30.919	3 %
2012	1.004.617	843.319	84 %	127.642	13 %	32.103	3 %
2013	988.380	827.080	84 %	129.073	13 %	30.812	3 %
2014	1.014.763	840.639	83 %	141.147	14 %	31.384	3 %

\* stationäre und ambulante Reha-Anteile in Kombination erbracht (1.593 Mischfälle in 2014); nur in Insgesamt-Spalte enthalten; Summe der Leistungen insgesamt übersteigt somit Summe der rechtsstehenden Spalten

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

Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2000–2014

2014 waren ein gutes Drittel aller Reha-Leistungen Anschlussrehabilitationen (AHB).

liegt in den letzten drei Jahren konstant bei 3 % (s. Tab. 2). Rehabilitationsleistungen bei Neubildungen (in ca. 95 % der Fälle bei bösartigen Neubildungen) haben dagegen etwas abgenommen. Derzeit ist jede sechste medizinische Rehabilitation für Erwachsene eine onkologische Reha-Leistung (16 % bzw. rund 152.000 Leistungen in 2014).

Noch deutlich stärker als der Anstieg aller Reha-Leistungen ist der Zuwachs bei der Anschlussrehabilitation (AHB). Mit rund 338.000 Leistungen stellt die AHB im Jahr 2014 einen Anteil von 35 % – verglichen mit 2000 eine Erhöhung des Anteils um mehr als 50 %. Bei den Entwöhnungsbehandlungen zeigt sich ein Anstieg von etwa 46.500 Leistungen im Jahr 2000 auf rund 51.000 in 2014. Damit liegt der Anteil der Entwöhnungsbehandlungen an den medizinischen Reha-Leistungen für Erwachsene insgesamt relativ konstant um 6 % (s. Tab. 3).

Mit einer medizinischen Rehabilitation, die in der Regel etwa drei Wochen dauert, können manche Reha-Ziele (z. B. Muskelaufbau) nicht vollständig erreicht und notwendige Änderungen des Lebensstils (z. B. mehr Bewegung) bei den Rehabilitanden nur angestoßen werden. Um die Reha-Erfolge langfristig zu sichern, können so genannte Nachsorgeleistungen in Anspruch genommen

**Tab. 3 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 2000–2014: besondere Leistungsformen für Erwachsene**

Jahr	Insgesamt (inkl. Mischfälle*)	Anschluss- rehabilitation (AHB)	Neubildungen** (amb./stat./§§ 15 + 31)	Entwöhnungen** (inkl. ambulant)
2000	805.970	177.681	110.692	46.508
2001	858.936	196.812	122.107	48.937
2002	857.665	205.171	129.757	51.785
2003	807.772	208.929	133.240	51.123
2004	765.883	217.165	139.645	52.536
2005	767.305	227.347	147.913	50.835
2006	781.990	242.145	149.300	49.526
2007***	865.759	268.379	158.284	56.393
2008	905.054	275.756	160.707	55.963
2009	942.081	293.173	164.825	57.456
2010	961.931	318.118	170.658	56.997
2011	935.404	327.357	163.946	53.965
2012	972.514	328.940	159.493	54.142
2013	935.511	328.703	152.562	51.211
2014	973.233	337.618	152.260	50.485

\* stationäre und ambulante Reha-Anteile in Kombination erbracht (1.593 Mischfälle in 2014)

\*\* Neubildungen und Entwöhnungen werden in der Statistik der Deutschen Rentenversicherung als eigene Maßnahmengart dokumentiert und in dieser Tabelle nicht über die ICD-Diagnosen definiert.

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

Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2000–2014

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
<b>21</b>	<b>Rehabilitation im Licht der Statistik</b>
21	Medizinische Rehabilitation
53	Berufliche Rehabilitation
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
75	Orthopädische Rehabilitation deutscher und ausländischer Versicherter
87	Medizinische Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit und Herzinfarkt
96	Anhang

Nachsorge und Stufenweise Wiedereingliederung fördern die Rückkehr an den Arbeitsplatz.

werden. Ein bekanntes Beispiel sind die „Herzgruppen“. Aber nicht nur bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist Reha-Nachsorge sinnvoll, sondern auch bei anderen körperlichen und psychischen Erkrankungen. Beispielsweise gibt es die Intensivierte Reha-Nachsorge (IRENA) für verschiedene Indikationen und das Curriculum Hannover für die Psychosomatik/Psychotherapie. Die Nachsorgeleistungen der Rentenversicherung haben in den letzten Jahren deutlich und kontinuierlich zugenommen. Waren es 2012 noch 169.420 Nachsorgeleistungen, stieg die Zahl in 2013 um 5 % auf 178.184. Im Jahr 2014 führte die Rentenversicherung nunmehr 189.496 Nachsorgeleistungen durch (Steigerungsrate gegenüber 2013: 6 %).

Nach einer medizinischen Rehabilitation können manche Versicherte ihre berufliche Tätigkeit nicht sofort in vollem Umfang wieder aufnehmen. Gemäß SGB IX kann die Rentenversicherung bei stufenweiser Wiedereingliederung (STW) unmittelbar nach der medizinischen Rehabilitation Übergangsgeld als Entgeltersatzleistung zahlen. Die Versicherten werden dann schrittweise, in der Regel mit ansteigender Stundenzahl, an die volle Arbeitsbelastung herangeführt. Eine stufenweise Wiedereingliederung kann von sechs Wochen bis zu sechs Monaten dauern. Im Jahr 2014 unterstützte die Rentenversicherung auf diese Weise in 55.536 Fällen den (Wieder-)Einstieg in die berufliche Tätigkeit. Dies stellt eine Steigerung um 49 % von 2010 auf 2014 dar (2010: 37.243 Fälle).

Die Rentenversicherung erbringt auch Präventionsleistungen.

Eine weitere Leistung im Angebotsspektrum der Rentenversicherung sind die so genannten medizinischen Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit, die sich an Versicherte in besonders gesundheitsgefährdenden Berufen wenden (§ 31 Abs.1 Nr. 2 SGB VI). Eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit ist bei diesen Leistungen keine notwendige Voraussetzung. Bisher werden diese Präventionsleistungen nur in geringem Maße durchgeführt – im Jahr 2014 waren es insgesamt 1.123. Durch eine von der Rentenversicherung angeregte und am 1. Januar 2009 in Kraft getretene Gesetzesänderung kann die Rentenversicherung solche Präventionsleistungen nicht nur stationär, sondern auch ambulant erbringen. Prävention kann so flexibler umgesetzt werden.

#### **Krankheitsspektrum – zeitliche Entwicklung**

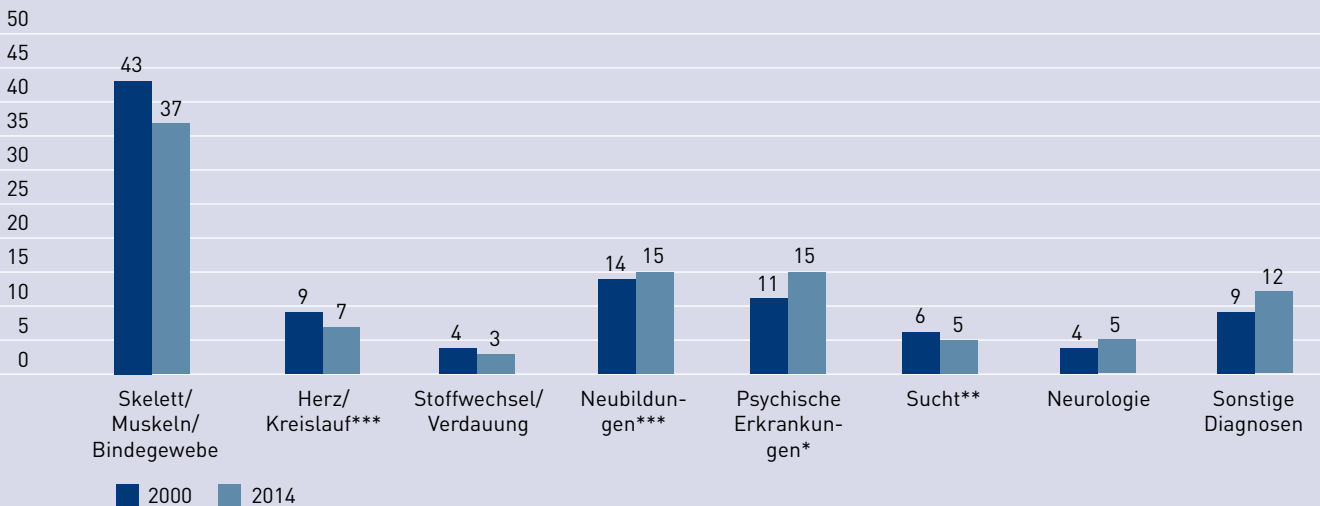
Fasst man stationäre und ambulante Leistungen zusammen, haben sich die medizinischen Reha-Leistungen der einzelnen Diagnosengruppen in den letzten Jahren unterschiedlich entwickelt (s. Abb. 2). Dies zeigt die Gegenüberstellung der Reha-Leistungen aus 2014 und aus 2000.

Rehabilitation wegen Krebserkrankungen und psychischen Störungen nimmt zu.

Der Anteil an Leistungen bei Muskel-, Skelett- und Bindegewbserkrankungen, nach wie vor die größte Diagnosengruppe, betrug 2000 noch 43 %, in 2014 nur noch 37 %. Ebenfalls rückläufig sind die Anteile von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krankheiten des Stoffwechsels oder der Verdauungsorgane. Auf die anderen großen Diagnosengruppen wie Neubildungen, vor allem aber psychische Erkrankungen entfallen heute mehr Leistungen. Diese zeitlichen Entwicklungen in den einzelnen Diagnosengruppen gehen bei Frauen und Männern in die gleiche Richtung.

**Abb. 2 Krankheitsspektrum in der medizinischen Rehabilitation Erwachsener<sup>1</sup> (ambulant und stationär): 2000 und 2014**

**Anteile Reha-Leistungen in %**



<sup>1</sup> ohne Fälle, bei denen die 1. Diagnose noch nicht erfasst ist

\* ohne Sucht

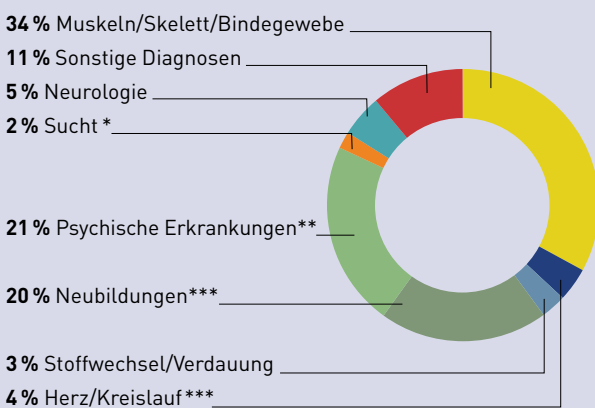
\*\* hier Entwöhnungsbehandlung als eigene Maßnahmeart und als einzige der hier genannten Diagnosengruppen nicht über ICD-Diagnosen definiert

\*\*\* ohne neurologische Krankheitsbilder

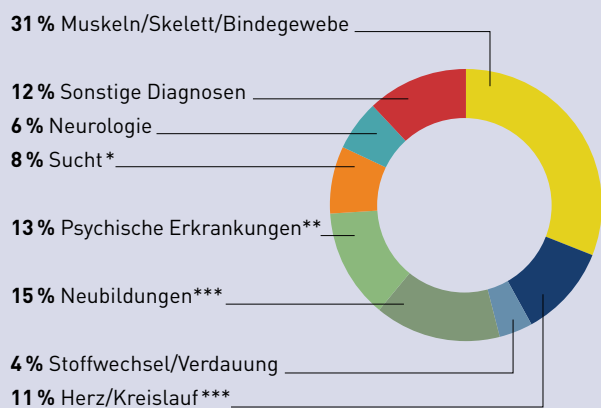
Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2000 und 2014

**Abb. 3 Stationäre medizinische Rehabilitation 2014: Krankheitsspektrum<sup>1</sup>**

**Frauen**



**Männer**



<sup>1</sup> ohne Fälle, bei denen die 1. Diagnose noch nicht erfasst ist

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

\*\* ohne Sucht

\*\*\* ohne neurologische Krankheitsbilder

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2014

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
<b>21</b>	<b>Rehabilitation im Licht der Statistik</b>
21	Medizinische Rehabilitation
53	Berufliche Rehabilitation
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
75	Orthopädische Rehabilitation deutscher und ausländischer Versicherter
87	Medizinische Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit und Herzinfarkt
96	Anhang

### Krankheitsspektrum im Jahr 2014

Vergleicht man die aktuelle Verteilung der Diagnosen in der medizinischen Rehabilitation in 2014 getrennt nach stationärer und ambulanter Reha-Form, stellt sich das Krankheitsspektrum unterschiedlich dar. Die Abbildungen 3 und 4 geben darüber hinaus auch Unterschiede im Krankheitsspektrum von Frauen und Männern wieder. Die dazugehörigen Zahlen und die je nach Diagnosengruppe unterschiedliche durchschnittliche Rehabilitationsdauer sind in Tabelle 4 (s. S. 30) enthalten.

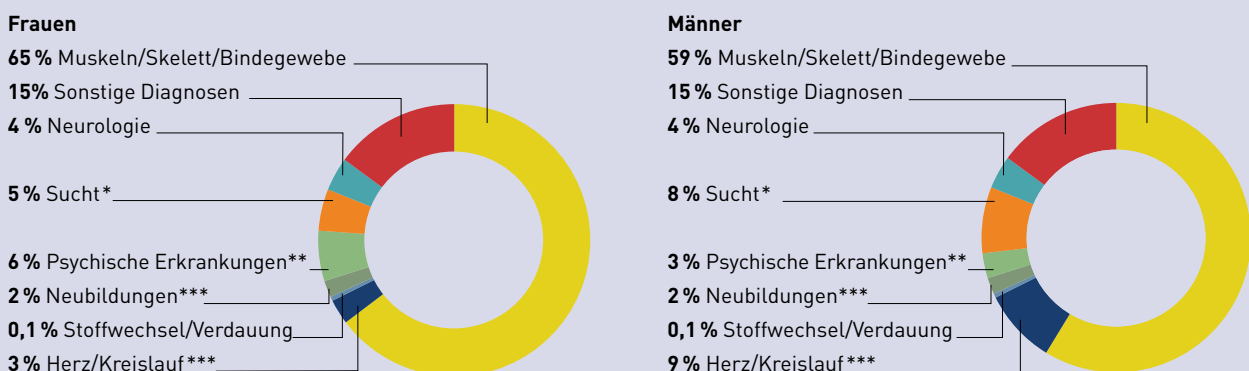
Erkrankungen von Muskeln, Skelett und Bindegewebe sind die häufigste Reha-Indikation.

Eine stationäre medizinische Rehabilitation erhalten Frauen wie Männer zu etwa einem Drittel wegen Krankheiten der Muskeln, des Skeletts oder des Bindegewebes. Rang 2 belegt bei Frauen die medizinische Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen (21 %), dicht gefolgt von Rehabilitation bei Neubildungen (20 %). Bei Männern ist der Anteil psychischer Erkrankungen mit 13 % nach wie vor deutlich geringer als bei Frauen. Dennoch liegt die medizinische Rehabilitation wegen psychischer Erkrankungen bei Männern nach der Rehabilitation bei Neubildungen (15 %) inzwischen an dritter Stelle. Entwöhnungsbehandlungen (Sucht) sind bei Männern viermal so häufig wie bei Frauen (s. Abb. 3).

Eine stationäre Rehabilitation dauerte im Schnitt 29 Tage.

Im Durchschnitt befinden sich Rehabilitanden 29 Tage in ihrer stationären medizinischen Rehabilitation. Nimmt man Reha-Leistungen wegen psychischer Erkrankungen, Suchterkrankungen und neurologischer Erkrankungen,

**Abb. 4 Ambulante medizinische Rehabilitation 2014: Krankheitsspektrum<sup>1</sup>**



<sup>1</sup> ohne Fälle, bei denen die 1. Diagnose noch nicht erfasst ist

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

\*\* ohne Sucht

\*\*\* ohne neurologische Krankheitsbilder

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2014

die einer längeren Therapie bedürfen, davon aus, dauert die stationäre Rehabilitation zwischen 22 und 23 Tagen (s. Tab. 4).

Betrachtet man die Rehabilitationsdauer getrennt nach dem Geschlecht für die einzelnen Diagnosengruppen, unterscheiden sich Frauen und Männer nicht. Nur die Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen umfasst bei Frauen einen Tag weniger (s. Tab. 4). Im Durchschnitt über alle Krankheitsbilder gesehen ist eine medizinische Rehabilitation bei Frauen drei Tage kürzer. Dies ist auf die lange Dauer von Entwöhnungsbehandlungen zurückzuführen, die von Männern wesentlich häufiger in Anspruch genommen werden (s. o.).

Ambulante Reha vor allem wegen orthopädischer Erkrankungen

Auch in der ambulanten Rehabilitation wird der weitaus überwiegende Teil der ambulanten Leistungen bei Frauen (65 %) wie bei Männern (59 %) wegen einer Erkrankung der Muskeln, des Skeletts oder des Bindegewebes durchgeführt. Die Anteile sind aber wesentlich höher als in der stationären Rehabilitation.

**Tab. 4 Ambulante und stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 2014: Krankheitsspektrum und Behandlungsdauer**

	Insgesamt (inkl. sonst. Leistungen)	Skelett/ Muskeln Binde- gewebe	Herz/ Kreislauf*	Stoff- wechsel/ Verdauung	Neu- bildun- gen*	Psychische Erkran- kungen**	Sucht***	Neurologie	Sonstige Diagno- sen	Fehlende Diagno- sen****
<b>Ambulant</b>										
<b>Frauen</b>	57.981	35.809	1.387	67	891	3.456	2.916	2.147	8.054	3.254
Behandlungs- tage****	20	17	15	17	16	31	–	21	–	–
<b>Männer</b>	83.166	47.025	6.574	123	1.235	2.565	6.504	3.387	11.913	3.840
Behandlungs- tage****	20	17	17	17	17	35	–	22	–	–
<b>Stationär</b>										
<b>Frauen</b>	423.055	139.460	14.360	11.672	81.500	86.967	9.488	1.9501	45.053	15.054
Pflegetage****	28	23	24	24	23	37	88	30	–	–
<b>Männer</b>	417.584	128361	45.192	17.632	61.515	51.465	31.577	24.939	47.962	8.941
Pflegetage****	30	23	23	23	22	38	89	29	–	–

\* ohne neurologische Krankheitsbilder

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

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

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

\*\*\*\*\* 1. Diagnose noch nicht erfasst

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2014



4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
<b>21</b>	<b>Rehabilitation im Licht der Statistik</b>
21	Medizinische Rehabilitation
53	Berufliche Rehabilitation
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
75	Orthopädische Rehabilitation deutscher und ausländischer Versicherter
87	Medizinische Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit und Herzinfarkt
96	Anhang

Dagegen werden nur bis zu 2 % der ambulanten Rehabilitationsleistungen aufgrund von Neubildungen durchgeführt (s. Abb. 4, S. 29).

Eine ganztägig ambulante Rehabilitation dauert im Schnitt 20 Behandlungstage.

In Tabelle 4 sind auch die durchschnittlichen Behandlungstage für die ganztägig ambulante Rehabilitation der betrachteten Diagnosengruppen enthalten. Für eine ganztägig ambulante orthopädische Rehabilitation – also bei Erkrankungen der Muskeln, des Skeletts oder des Bindegewebes – werden durchschnittlich 17 Behandlungstage benötigt. Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen suchen im Schnitt an rund 33 Tagen die ambulante Reha-Einrichtung auf. Anders als in der stationären Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen ist im ambulanten Bereich die Behandlungsdauer bei Frauen (31 Tage) niedriger als bei Männern (35 Tage).

Durchschnittsalter in der orthopädischen Rehabilitation mit 51,6 Jahren deutlich höher als in der Suchtrehabilitation mit 41,9 Jahren

Die Diagnosengruppen in der medizinischen Rehabilitation unterscheiden sich auch nach dem durchschnittlichen Alter der Rehabilitanden. Die deutlich jüngsten Rehabilitanden finden sich mit im Schnitt 41,9 Jahren in der Suchtrehabilitation (Entwöhnungsbehandlung). Rehabilitanden mit psychischen Erkrankungen (ohne Entwöhnungsbehandlungen; 48,8 Jahre) oder mit Erkrankungen des Verdauungs- und Stoffwechselsystems (49,3 Jahre) sind im Schnitt etwa gleich alt, gefolgt von Rehabilitanden mit neurologischen Erkrankungen (50,1 Jahre), orthopädischen Erkrankungen (51,6 Jahre) und Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems (53,7 Jahre). Mit im Mittel 62,1 Jahren sind Rehabilitanden mit Krebserkrankungen mit Abstand am ältesten. Während insgesamt zahlreiche krankheitsspezifische, personenbezogene und auch gesellschaftliche Faktoren zu den Altersunterschieden zwischen den Diagnosengruppen führen können, trägt hier eine gesetzliche Regelung dazu bei: Nach § 31 SGB VI führt die Rentenversicherung eine medizinische Rehabilitation bei Rehabilitanden mit Krebserkrankungen auch dann durch, wenn diese bereits im Rentenalter sind.

#### Altersspezifische Inanspruchnahme

Grundsätzlich nimmt mit dem Alter die Zahl chronisch Kranker zu. Ebenso werden mit höherem Alter mehr medizinische Rehabilitationsleistungen in Anspruch genommen. Dies lässt sich auch an den Routinedaten der Rentenversicherung zeigen. Das Durchschnittsalter von Frauen, die 2014 eine medizinische Rehabilitation abgeschlossen haben, lag bei 52,4 Jahren. Männer waren mit 52 Jahren etwa gleich alt. Die Inanspruchnahme wird pro 1.000 Versicherte dargestellt (Inanspruchnahmerate). Werden die Rehabilitanden zu Versicherten gleichen Alters in Beziehung gesetzt, erhält man die altersspezifische Inanspruchnahmerate.

Versicherte nehmen mit zunehmendem Alter häufiger Reha-Leistungen in Anspruch.

Die Ergebnisse sind eindeutig: Bei allen betrachteten Diagnosengruppen steigt 2014 die Inanspruchnahme mit dem Alter. Besonders ausgeprägt ist der Anstieg bei Krankheiten der Muskeln, des Skeletts oder des Bindegewebes etwa ab dem 42. Lebensjahr bei Männern, ab dem 41. Lebensjahr bei Frauen. Bei Neubildungen steigt die Inanspruchnahme ebenfalls mit dem Alter an, besonders deutlich etwa ab dem 57. Lebensjahr bei Männern, ab dem 55. Lebensjahr bei Frauen.



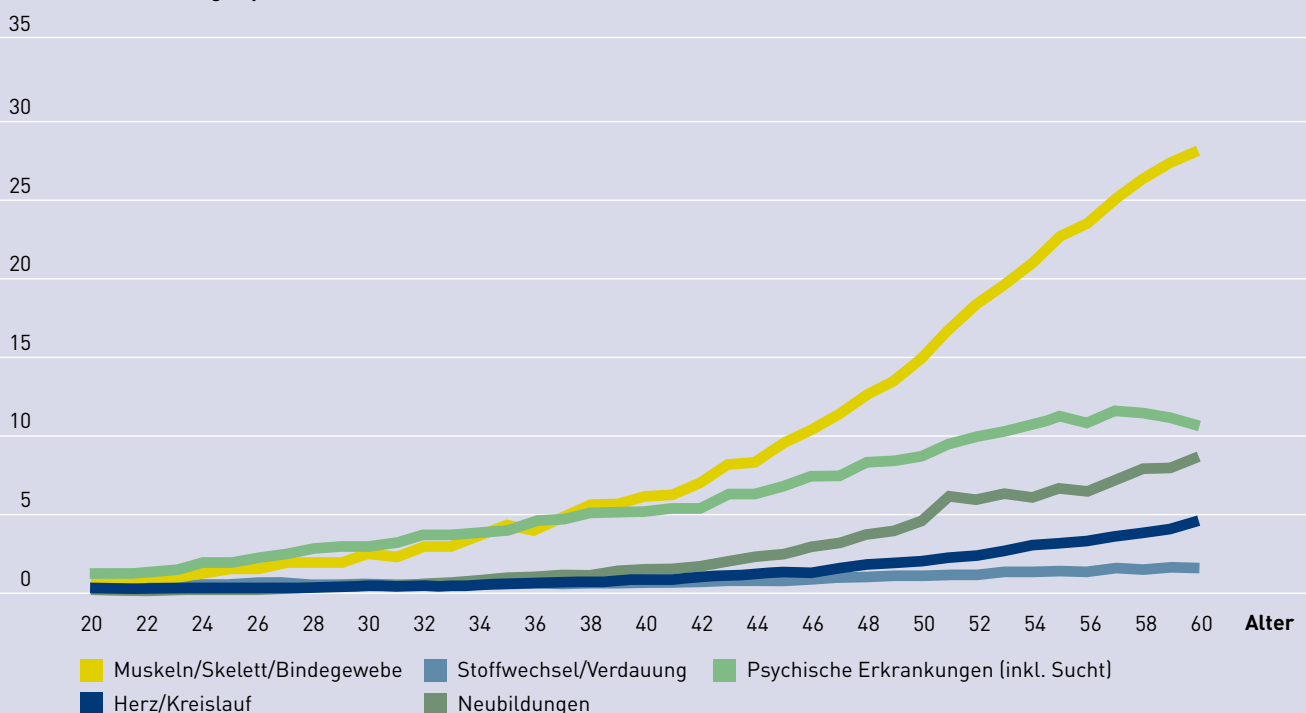
Auch bei Krankheiten des Stoffwechsels und der Verdauungsorgane steigt die Inanspruchnahme bei beiden Geschlechtern mit zunehmendem Alter, wenn auch moderat (s. Abb. 5 und 6). Während bei Frauen die Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen bei psychischen Erkrankungen (inkl. Abhängigkeitserkrankungen) mit dem Alter stetig ansteigt (bis zum 57. Lebensjahr), ist bei Männern diese Altersdynamik deutlich schwächer. Eine für Frauen und Männer ebenfalls unterschiedliche Entwicklung der altersabhängigen Inanspruchnahme zeigt sich bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Hier steigen die Reha-Leistungen männlicher Versicherter etwa ab dem 33. Lebensjahr kontinuierlich. Bei Frauen setzt diese Entwicklung etwas später ein und ist weniger stark ausgeprägt.

### Altersstandardisierte Inanspruchnahme

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

**Abb. 5 Medizinische Rehabilitation: Altersspezifische Inanspruchnahmeraten bei Frauen 2014**

Anzahl Reha-Leistungen pro 1.000 Versicherte



Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2014, „Versicherte“ 2013

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
<b>21</b>	<b>Rehabilitation im Licht der Statistik</b>
21	Medizinische Rehabilitation
53	Berufliche Rehabilitation
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
75	Orthopädische Rehabilitation deutscher und ausländischer Versicherter
87	Medizinische Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit und Herzinfarkt
96	Anhang

Unterschiedliche Altersstrukturen erfordern eine altersstandardisierte Betrachtung.

Mit der Altersstandardisierung (s. Info-Box) wird entsprechend sowohl der Einfluss der Größe der Population als auch der einer unterschiedlichen Alterszusammensetzung herausgerechnet (= altersstandardisierte Raten).

#### Altersstandardisierung

Die Altersstandardisierung ist ein Rechenverfahren: Es vergleicht zwei oder mehr Untersuchungsgruppen unterschiedlicher Alterszusammensetzung in Bezug auf ein altersabhängiges Merkmal (z. B. Vorkommen eines Tumors). Der vorliegende Bericht verwendet die so genannte direkte Standardisierung. Sie gewichtet die altersspezifischen Reha-Raten der beobachteten Population (zum Beispiel eine Teilmenge der Reha-Leistungen) mit der Altersverteilung einer Standardpopulation (hier: Versicherte der Rentenversicherung 1992). Altersstandardisierte Reha-Raten sind keine wirklich beobachteten Zahlen. Sie beschreiben vielmehr, wie die Inanspruchnahmerate wäre, wenn die Altersstruktur der jeweils beobachteten Population der in der Standardpopulation entspräche. Dadurch wird eine Vergleichbarkeit über den Zeitverlauf hinweg möglich.

**Abb. 6 Medizinische Rehabilitation: Altersspezifische Inanspruchnahmeraten bei Männern 2014**

Anzahl abgeschlossene Reha-Leistungen pro 1.000 Versicherte

35

30

25

20

15

10

5

0

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

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

Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2014, „Versicherte“ 2013

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

Tabelle 5 gibt für Frauen und für Männer die altersstandardisierten Inanspruchnahmeraten insgesamt sowie für die wichtigsten fünf Diagnosengruppen zwischen 2000 und 2014 wieder.

Zu Beginn des Zeitraums haben in Deutschland altersstandardisiert rund 26 von 1.000 versicherten Frauen und 23 von 1.000 versicherten Männern eine medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung in Anspruch genommen. 2014 liegen die Raten bei den Frauen marginal niedriger (Frauen rund 22, Männer etwa 21 von 1.000 Versicherten). Die geringste Inanspruchnahme war 2006 zu verzeichnen.

Betrachtet man zum Vergleich die Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation in diesem Zeitraum in absoluten Zahlen (vgl. Tab. 2, S. 25), dann liegt sie – ohne Altersstandardisierung – für 2014 über der von 2000. Diese deutliche Aufwärtsbewegung kann also zum Teil auf die veränderte Altersstruktur der Versichertenpopulation zurückgeführt werden. So kommen zum Beispiel die

**Tab. 5 Ambulante und stationäre medizinische Leistungen 2000–2014 nach ausgewählten Diagnosengruppen pro 1.000 Versicherte – altersstandardisiert\* – Frauen und Männer**

Jahr	Insgesamt (inkl. sonstige Leistungen)		Skelett/Muskeln Bindegewebe		Herz/ Kreislauf		Stoffwechsel/ Verdauung		Neubildungen		Psychische Erkrankungen (inkl. Sucht)	
2000	25,7	23,1	11,2	10,0	1,5	3,4	1,0	1,1	3,6	1,7	4,5	3,4
2001	27,0	24,1	11,9	10,6	1,6	3,5	1,0	1,1	3,7	1,8	5,1	3,6
2002	26,5	24,2	11,4	10,4	1,4	3,5	1,0	1,1	3,8	1,8	5,3	3,8
2003	24,1	22,0	10,3	9,2	1,3	3,2	0,9	1,0	3,5	1,8	4,7	3,5
2004	22,6	20,5	9,1	8,2	1,2	2,9	0,8	0,9	3,5	1,8	4,5	3,5
2005	22,6	20,1	9,0	7,8	1,2	2,7	0,8	0,8	3,5	1,7	4,6	3,5
2006	21,9	19,7	8,8	7,6	1,1	2,7	0,7	0,8	3,1	1,6	4,3	3,4
2007**	23,3	21,6	9,3	8,3	1,1	2,8	0,8	0,9	3,1	1,6	4,7	3,9
2008	24,4	22,1	9,8	8,5	1,2	2,8	0,8	0,9	3,1	1,6	5,1	4,0
2009	24,9	22,8	9,8	8,8	1,2	2,9	0,8	0,9	3,2	1,6	5,4	4,3
2010	24,9	22,7	9,7	8,6	1,2	2,8	0,7	0,9	3,2	1,6	5,7	4,5
2011	23,6	21,4	8,9	7,9	1,1	2,7	0,7	0,8	2,8	1,5	5,8	4,5
2012	24,5	21,8	9,2	7,9	1,2	2,9	0,7	0,8	2,8	1,5	6,2	4,7
2013	23,3	21,2	8,7	7,7	1,2	2,8	0,6	0,8	2,6	1,4	5,8	4,5
2014	22,3	21,1	8,5	7,7	1,1	2,8	0,6	0,8	2,5	1,4	5,4	4,4

■ Frauen □ Männer

\* Standardisierungspopulation: Summe Frauen und Männer 1992 bis einschl. 64 Jahre

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

Quelle: Statistiken „Rehabilitation“ 2000–2014, Statistiken „Versicherte“ 1999–2013

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
<b>21</b>	<b>Rehabilitation im Licht der Statistik</b>
21	Medizinische Rehabilitation
53	Berufliche Rehabilitation
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
75	Orthopädische Rehabilitation deutscher und ausländischer Versicherter
87	Medizinische Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit und Herzinfarkt
96	Anhang

geburtstarken Jahrgänge aus den 1960er Jahren zunehmend in das Alter, in dem sie vermehrt Rehabilitation benötigen.

Zunehmende Inanspruchnahme von Reha-Leistungen wegen psychischer Erkrankungen bei Frauen und Männern

Bei den Krankheiten der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes, den Krankheiten des Stoffwechsels und der Verdauungsorgane sowie den Neubildungen sind die altersstandardisierten Inanspruchnahmeraten im beobachteten Zeitraum rückläufig, wenn auch mit kleinen Schwankungen. Für die Herz-Kreislauf-Erkrankungen gilt dies bis 2003, danach bleiben die Inanspruchnahmeraten relativ stabil. Für die psychischen Erkrankungen (inkl. Abhängigkeitserkrankungen) nehmen die altersstandardisierten Raten sowohl bei Frauen als auch bei Männern von 2002 bis 2012 zu. Für die letzten beiden Jahre sind diese Raten leicht rückläufig.





## Medizinische Rehabilitation: Prozess und Ergebnis

Der folgende Berichtsteil behandelt die Durchführung der medizinischen Reha-Leistungen und ihre Einschätzung durch die Rehabilitanden. Wesentliche Informationen hierzu stammen aus der Reha-Qualitätssicherung (Reha-QS) der Rentenversicherung (s. Anhang S. 97). Diese bezieht sich auf Reha-Einrichtungen, die federführend durch die Rentenversicherung belegt werden.

### **Aus Sicht der Rehabilitanden – Rehabilitandenzufriedenheit**

Die Zufriedenheit der Rehabilitanden wird mit einem Fragebogen erfasst (s. Info-Box). Neben der Gesamtzufriedenheit mit dem Aufenthalt in der Reha-Einrichtung wird nach einzelnen Aspekten 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.

#### **Rehabilitandenbefragung**

Bei der Qualitätsbewertung des Reha-Prozesses ist es der Rentenversicherung ein zentrales Anliegen, auch die Rehabilitanden einzubinden. Seit 1997 können sie sich durch Ausfüllen eines Fragebogens an der Qualitätssicherung beteiligen. Diese Rehabilitandenbefragung erfasst unter anderem die Zufriedenheit mit der medizinischen Rehabilitation sowie den wahrgenommenen Behandlungserfolg. Die Befragung erfolgt kontinuierlich: Monatlich werden jeweils rund 20 Patienten pro Reha-Einrichtung zufällig ausgewählt, acht bis zwölf Wochen nach ihrer Rehabilitation angeschrieben und zu ihrer Einschätzung der Rehabilitation befragt. Jährlich werden insgesamt etwa 125.000 Fragebögen verschickt. Für körperliche und psychische Erkrankungen (inkl. Abhängigkeitserkrankungen), für die stationäre und die ambulante Rehabilitation Erwachsener sowie für Kinder und Jugendliche gibt es jeweils unterschiedliche Fragebögen.

Wie zufrieden sind Rehabilitanden, die körperlich (somatisch) erkrankt sind, mit ihrer stationären medizinischen Rehabilitation? Abbildung 7 gibt einen Überblick.

Die Rehabilitanden bewerten ihre Rehabilitation auf einer Skala von „1“ für sehr gut bis „5“ für schlecht. Das durchschnittliche Gesamturteil zur stationären medizinischen Rehabilitation in den somatischen Indikationen lautet „gut“ (Note 2,1). Zu der hohen Zufriedenheit scheint vor allem das Reha-Team beizutragen (pflegerische, psychologische und ärztliche Betreuung). Am zufriedensten sind Rehabilitanden mit der Betreuung durch die Pflegekräfte, sie vergaben im Durchschnitt die Note 1,6.

Rehabilitation bei körperlichen Erkrankungen erhält die Gesamtnote 2,1.

Bei der Zufriedenheit mit der Rehabilitation gibt es kaum Geschlechtsunterschiede.

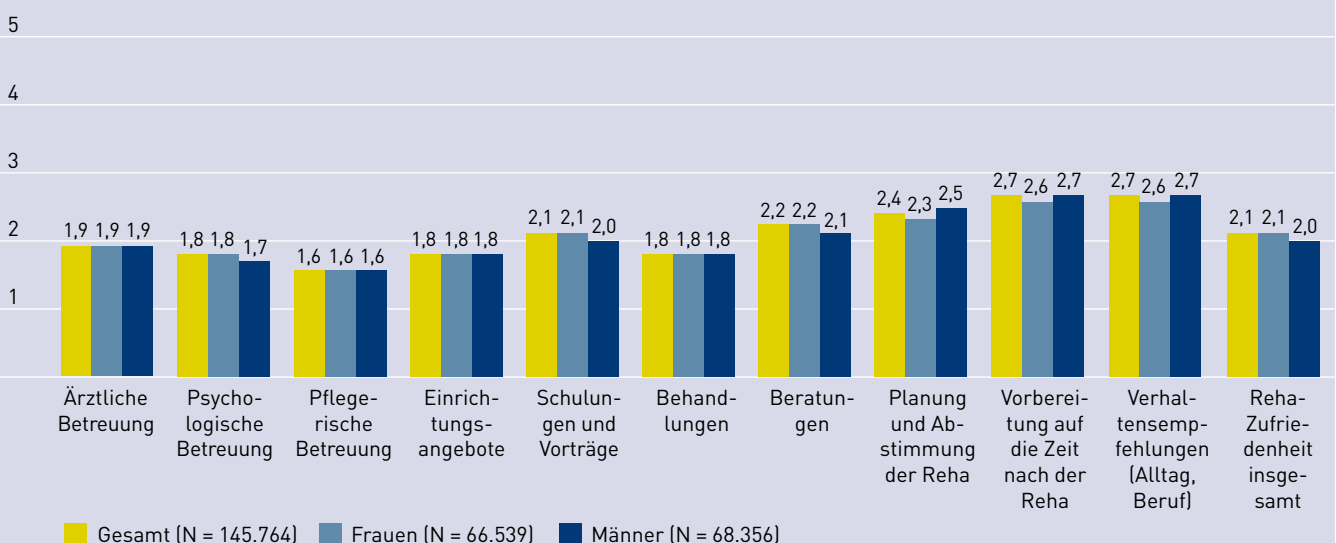
Weiterhin schätzen sie die gesundheitsbezogenen Angebote: Behandlungen, wie z. B. die Entspannungstherapie, erhielten die Note 1,8, Schulungen, z. B. zu den Themen Stress und Stressabbau, die Note 2,1. Die Auswertung zeigt aber auch, dass sowohl die Unterstützung für die Zeit nach der Rehabilitation (Note 2,7) als auch die Nützlichkeit von Verhaltensempfehlungen für Alltag und Beruf (Note 2,7) noch verbessert werden können.

Das Geschlecht beeinflusst das Ausmaß der Zufriedenheit kaum. Frauen beurteilen die in der Rehabilitation erhaltene psychologische Betreuung, Schulungen und Vorträge, Beratungen sowie die Reha-Maßnahme insgesamt etwas besser als Männer. Die Männer hingegen beurteilen die in der Rehabilitation erhaltene Planung und Abstimmung der Reha, Vorbereitung auf die Zeit nach der Reha und Verhaltensempfehlungen für Alltag und Beruf etwas besser als Frauen.

Fällt die Zufriedenheit von Rehabilitanden mit ihrer Rehabilitation anders aus, je nachdem, ob sie eine ambulante oder eine stationäre Rehabilitation absolviert haben? Abbildung 8 fasst die Zufriedenheit der Rehabilitanden zusammen, welche eine stationäre oder eine ambulante Rehabilitation wegen einer Erkrankung der Muskeln, des Skeletts oder des Bindegewebes durchgeführt haben. Die orthopädischen Erkrankungen sind der mit Abstand häufigste Grund für die ambulante und stationäre Rehabilitation (s. Abb. 3 u. 4, S. 28-29).

**Abb. 7 Zufriedenheit der Rehabilitanden in der stationären medizinischen Rehabilitation: Somatische Indikationen**

Angabe in Noten: 1 = sehr gut, 5 = schlecht



Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Rehabilitandenbefragung Okt. 2011 bis Sept. 2013

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
21	Rehabilitation im Licht der Statistik
<b>21</b>	<b>Medizinische Rehabilitation</b>
53	Berufliche Rehabilitation
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
75	Orthopädische Rehabilitation deutscher und ausländischer Versicherter
87	Medizinische Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit und Herzinfarkt
96	Anhang

Gutes Gesamturteil sowohl bei ambulanter als auch stationärer orthopädischer Rehabilitation

Das durchschnittliche Gesamturteil lautet sowohl für die stationäre als auch für die ambulante orthopädische Rehabilitation „gut“ (2,1 bzw. 2,0). Auch wenn die hohen Zufriedenheitsraten überwiegen, sind die Ergebnisse ausreichend differenziert, um z. B. gute, durchschnittliche und weniger gute Reha-Einrichtungen zu unterscheiden.

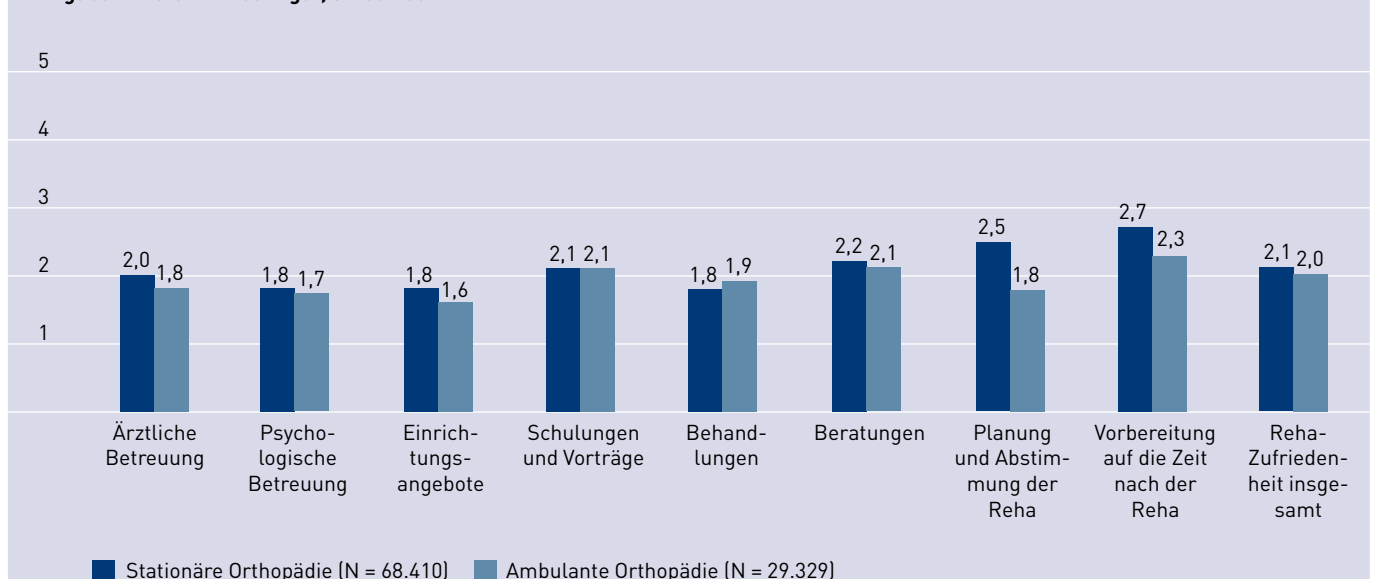
Rehabilitanden bewerten die Planung und Abstimmung der Reha nach ambulanter Rehabilitation besser als nach stationärer.

Betrachtet man die einzelnen Bereiche, äußern sich die Rehabilitanden der ambulanten orthopädischen Rehabilitation häufig zufriedener als die Rehabilitanden der stationären Rehabilitation. Besonders den Bereich „Planung und Abstimmung der Reha“ beurteilen sie nach ambulanter Rehabilitation positiver (Note 1,8) als nach stationärer (Note 2,5). Ursache für die besseren Ergebnisse der ambulanten Rehabilitation könnte sein, dass Rehabilitanden, die eine ambulante Rehabilitation durchführen, weniger schwer krank und jünger sind als in der stationären Rehabilitation. Auch bieten die ambulanten Reha-Einrichtungen durch ihre Übersichtlichkeit mit kurzen Organisations- und Kommunikationswegen Vorteile für die Abläufe in der Rehabilitation.

#### Aus Sicht der Experten – Peer Review

Der Reha-Prozess wird nicht nur über die Befragung von Rehabilitanden, sondern auch durch ausgewiesene ärztliche Experten bewertet. Die Ergebnisse dieses seit über zehn Jahren rentenversicherungswestweit durchgeführten so genannten Peer Review-Verfahrens (s. Info-Box S. 40; s. Aktuelle Entwicklungen

**Abb. 8 Zufriedenheit der Rehabilitanden mit ihrer Rehabilitation: Stationäre oder ambulante Rehabilitation wegen einer orthopädischen Erkrankung**  
Angabe in Noten: 1 = sehr gut, 5 = schlecht



Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Rehabilitandenbefragung stationär: Okt. 2011 bis Sept. 2013, ambulant: Apr. 2012 bis Sept. 2013



Peer Review belegt Qualitätsverbesserungen in den Reha-Einrichtungen.

S. 14) zeigen im Zeitverlauf eindeutige Verbesserungen der Prozessqualität in den Reha-Einrichtungen. Der Anteil deutlicher und gravierender Mängel ging in allen Bereichen zurück, sowohl bei den somatischen Indikationen als auch bei den psychosomatischen Indikationen und Suchterkrankungen (bei deutlichen Mängeln wird ein geringer Anteil der unabdingbaren Anforderungen nicht erfüllt, bei gravierenden Mängeln ein erheblicher Anteil). Das jüngste Peer Review-Verfahren für somatische Indikationen (2015) bestätigt einen hohen Qualitätsstandard. Für die Indikationen Psychosomatik und Sucht liegen noch keine aktuellen Ergebnisse vor. Hier ist ein erneutes Verfahren im Jahr 2016 geplant.

## Peer Review

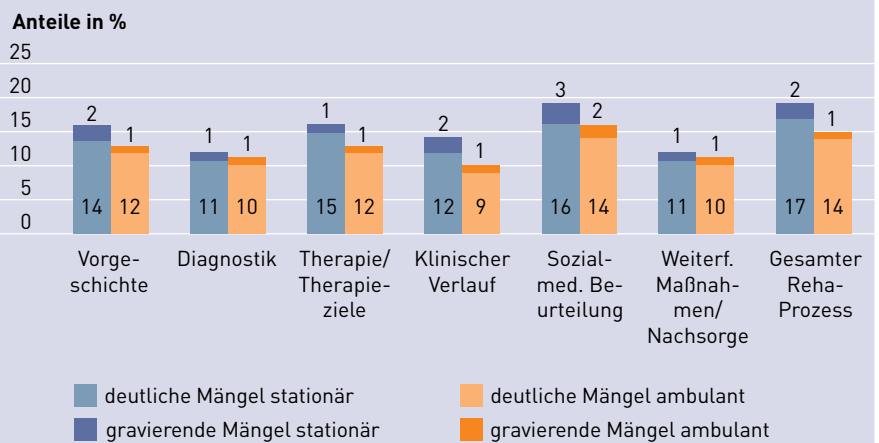
Geschulte Leitende Ärztinnen und Ärzte aus Reha-Einrichtungen (Peers) beurteilen anhand anonymisierter Reha-Entlassungsberichte und Therapiepläne anderer Reha-Einrichtungen die Abläufe der Rehabilitation. Den Peers steht hierfür eine standardisierte Checkliste zur Verfügung. Stationäre und ambulante Rehabilitationen sind in das Verfahren gleichermaßen einbezogen und werden nach gleichen Maßstäben bewertet. Die Beurteilung bezieht sich auf alle Bereiche der Rehabilitation: Erhebung der Krankengeschichte (Vorgeschichte), Diagnostik, Therapieziele und Reha-Verlauf, sozialmedizinische Beurteilung sowie weiterführende Maßnahmen und Nachsorge. Jeder Bereich wird durch Einzelmerkmale inhaltlich abgebildet. Die Bewertung der Einzelmerkmale sowie der Bereiche erfolgt nach einer vierstufigen Mängelskala (keine, leichte, deutliche, gravierende Mängel). Abschließend erfolgt in gleicher Weise eine zusammenfassende Bewertung der Qualität des gesamten Reha-Prozesses. Zusätzlich zur Vergabe von Mängelkategorien sind bei der Beurteilung der Bereiche und der zusammenfassenden Bewertung des gesamten Reha-Prozesses Bewertungspunkte auf einer 11-stufigen Skala von 0 Punkten (sehr schlecht) bis zu 10 Punkten (sehr gut) zu vergeben. Alle wichtigen Einzelmerkmale der Bereiche sind in einem Manual abgebildet und werden den Peers zuvor in einer mehrtägigen Schulung vermittelt. Die Einschätzungen der Peers zu den verschiedenen Bereichen werden den Reha-Einrichtungen in einem Bericht zurückgemeldet.

Handlungsfelder in ambulanter und stationärer Rehabilitation

Mit dem aktuellen Bericht Peer Review-Somatik 2015 werden nach einer längeren Verfahrenspause erstmals Ergebnisse auf der Grundlage des überarbeiteten Instruments dargestellt. Deshalb sind unmittelbare Vergleiche der Ergebnisse mit Peer Review-Verfahren aus Vorjahren nicht möglich. Abbildung 9 zeigt Durchschnittswerte der Auswertung von 13.814 Entlassungsberichten aus 599 stationären und 213 ambulanten Reha-Einrichtungen. Die Anteile deutlicher Mängel (9 % bis 17 %) und gravierender Mängel (1 % bis 3 %) bei der Bewertung der Bereiche verdeutlichen Handlungsfelder, um die Qualität der Rehabilitation weiterhin zu verbessern. Im Umkehrschluss bedeutet dieses Ergebnis jedoch auch, dass in mehr als 80 % „keine“ oder „leichte“ Mängel dokumentiert sind und damit für alle Bereiche ein insgesamt hohes Qualitätsniveau erreicht wird.

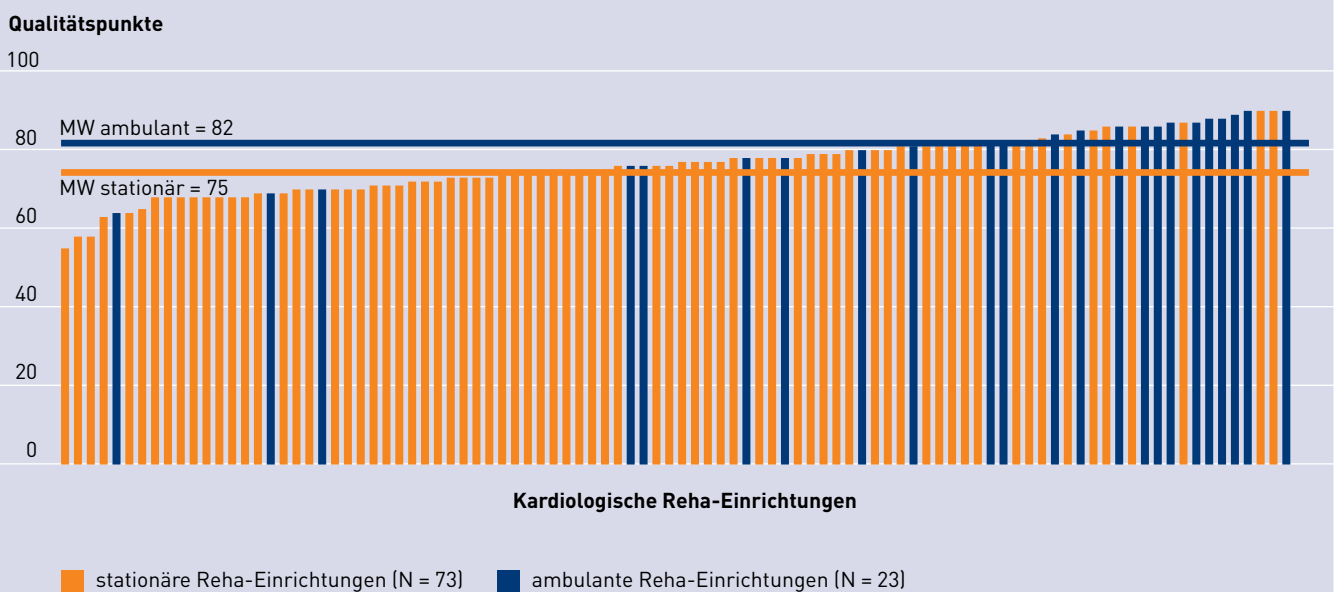
4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
21	Rehabilitation im Licht der Statistik
<b>21</b>	<b>Medizinische Rehabilitation</b>
53	Berufliche Rehabilitation
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
75	Orthopädische Rehabilitation deutscher und ausländischer Versicherter
87	Medizinische Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit und Herzinfarkt
96	Anhang

**Abb. 9 Deutliche und gravierende Mängel in der somatischen Rehabilitation im Peer Review 2015: 599 stationäre und 213 ambulante Reha-Einrichtungen**



Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Ergebnisse des Peer Review-Verfahrens 2015

**Abb. 10 Qualität in der kardiologischen Rehabilitation: stationäre und ambulante Reha-Einrichtungen im Peer Review 2015**



MW = Mittelwert

Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Ergebnisse des Peer Review-Verfahrens 2015

Ambulante Reha-Einrichtungen lassen ein etwas besseres Ergebnis erkennen. Die Sozialmedizinische Beurteilung zeigt in beiden Behandlungsformen am deutlichsten Verbesserungspotential, gefolgt von den Bereichen Vorgeschichte sowie Therapieziele und Reha-Verlauf. Betrachtet man nur die gravierenden Mängel, so geht ihr Anteil, bis auf den Bereich Sozialmedizinische Beurteilung, in fast allen anderen Bereichen kaum über 1 % hinaus.

Vergleich zwischen Reha-Einrichtungen mittels Qualitäts-punkten möglich

Um die Peer Review-Ergebnisse einer Reha-Einrichtung mit denen anderer Reha-Einrichtungen vergleichen zu können, werden die erreichten Ergebnisse in Qualitätspunkte umgerechnet. Mit den Qualitätspunkten wird die Bewertung der sechs Bereiche und des gesamten Reha-Prozesses zusammengefasst. Dabei gehen sowohl die Mängelbewertung als auch die Vergabe von Bewertungspunkten (s. Info-Box) mit ein. Der Gesamtqualitätspunktwert einer Reha-Einrichtung ergibt sich aus der Mittelung der Qualitätspunkte jedes Bereiches. Die maximal zu erreichende Punktzahl beträgt 100 Qualitätspunkte (Qualitätsoptimum).

Spannweite der Bewertung reicht von 64 bis 90 Punkten.

Für das jüngste Peer Review Verfahren der somatischen Indikationen wird in der Abbildung 10 beispielhaft die Qualität auf der Basis von Qualitätspunkten der kardiologischen Reha-Einrichtungen im Jahr 2015 dargestellt. Bei einem insgesamt hohen Qualitätsniveau erreichen ambulante Reha-Einrichtungen im Mittel eine höhere Punktzahl als stationäre Reha-Einrichtungen (82 vs. 75 Qualitätspunkte). Darüber hinaus zeigen sich deutliche Qualitätsunterschiede zwischen den Einrichtungen: So liegt die Spannweite z. B. bei den ambulanten Einrichtungen zwischen 64 und 90 Qualitätspunkten. Ähnliche Unterschiede finden sich auch bei Einrichtungen anderer somatischer Indikationen.

Beurteilt man die Reha-Entlassungsberichte nach den dokumentierten Einzelmerkmalen der Bereiche, lassen sich die Abläufe in der Rehabilitation sehr detailliert auswerten und konkrete Schwachstellen aufzeigen. Zum Beispiel sind die Selbsteinschätzungen der Patienten zur Teilhabe am Arbeitsleben oder Aussagen zur Beschreibung des letzten sozialversicherungspflichtigen Arbeitsplatzes nicht immer verständlich und nachvollziehbar. Dies trifft sowohl auf ambulante als auch auf stationäre Einrichtungen zu.

Peer Review zeigt Verbesserungsmöglichkeiten im Rehabilitationsprozess.

Bei diesen und weiteren Einzelmerkmalen deckt das Peer-Review-Verfahren sowohl in der somatischen als auch in der psychosomatischen Rehabilitation konkrete Verbesserungspotenziale auf. Dies gilt insbesondere für Merkmale, die für eine nachvollziehbare sozialmedizinische Leistungsbeurteilung oder für Hinweise einer aktiven Beteiligung der Patienten am Reha-Geschehen von Bedeutung sind.

## **Therapeutische Versorgung – KTL-Dokumentation**

Alle Reha-Einrichtungen, die pro Jahr für mindestens 50 Rehabilitandinnen oder Rehabilitanden der Deutschen Rentenversicherung einen Reha-Entlassungsbericht mit KTL-Kodierungen erstellen, erhalten jährlich von der Rentenversicherung einen Ergebnisbericht zur therapeutischen Versorgung. Bewertet wird die therapeutische Versorgung anhand der Leistungsmenge

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
21	Rehabilitation im Licht der Statistik
<b>21</b>	<b>Medizinische Rehabilitation</b>
53	Berufliche Rehabilitation
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
75	Orthopädische Rehabilitation deutscher und ausländischer Versicherter
87	Medizinische Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit und Herzinfarkt
96	Anhang

und Leistungsdauer pro Woche sowie anhand der Zusammensetzung der Leistungen aus unterschiedlichen KTL-Kapiteln.

Die Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) bildet das breite Leistungsspektrum der medizinischen Rehabilitation ab.

#### Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL)

Für jeden Rehabilitanden bzw. jede Rehabilitandin wird zum Ende der Rehabilitation ein Entlassungsbericht erstellt. Dieser enthält u. a. Angaben über die Anzahl und Dauer der therapeutischen Leistungen, die die Rehabilitanden jeweils erhalten haben. Die therapeutischen Leistungen der medizinischen Rehabilitation werden seit 1997 routinemäßig anhand der so genannten Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) kodiert. Leistungen eines therapeutischen Bereiches sind in der KTL in jeweils einem Kapitel aufgeführt (z. B. Kapitel A = Sport- und Bewegungstherapie). Die KTL gilt sowohl für die stationäre als auch für die ambulante medizinische Rehabilitation von Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern.

Anfang 2015 erhielten 1.077 Reha-Einrichtungen eine solche Auswertung mit Daten aus Reha-Entlassungsberichten des Jahres 2013. Tabelle 6 gibt einen Überblick über die therapeutischen Leistungen, gegliedert nach den Kapiteln der KTL. Sie zeigt die Anzahl der Rehabilitanden, welche 2013 mindestens eine Leistung aus dem jeweiligen KTL-Kapitel erhalten haben.

**Tab. 6 Therapeutische Versorgung in den durch die Rentenversicherung belegten Reha-Einrichtungen 2013**

Kapitel der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL)	Rehabilitanden mit mindestens einer Leistung*		pro Rehabilitand	
	Anzahl	Anteil	Leistungen pro Woche	Dauer (Std.) pro Woche
A - Sport und Bewegungstherapie	729.949	97 %	7,4	4,6
B - Physiotherapie	658.460	87 %	5,0	2,5
C - Information, Motivation, Schulung	750.652	100 %	5,4	3,2
D - Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie	620.842	82 %	1,0	0,5
E - Ergotherapie, Arbeitstherapie und andere funktionelle Therapien	446.043	59 %	2,1	1,8
F - Klinische Psychologie, Neuropsychologie	624.812	83 %	2,4	2,0
G - Psychotherapie	184.879	25 %	3,6	4,0
H - Reha-Pflege	498.024	66 %	2,8	0,6
K - Physikalische Therapie	668.058	89 %	6,2	2,2
L - Rekreationstherapie	420.734	56 %	3,3	2,6
M - Ernährung	289.767	38 %	6,7	2,2
<b>Insgesamt</b>	<b>753.249</b>	<b>100 %</b>	<b>33,7</b>	<b>18,7</b>

\* Mehrfachnennungen möglich; N = 753.249 stationäre und ambulante Reha-Leistungen  
Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2006–2013

Rehabilitanden erhielten 2014 rund 34 KTL-Leistungen pro Woche.

100 % der Rehabilitanden bekamen mindestens eine Schulung, einen Vortrag oder eine andere Leistung aus dem Kapitel C – Information, Motivation und Schulung. Aus dem Kapitel G – Psychotherapie erhielten nur 25 % der Rehabilitanden insgesamt mindestens eine Leistung. Der geringe Anteil ist darauf zurückzuführen, dass psychotherapeutische Leistungen in der Hauptsache in der psychosomatischen Rehabilitation und bei Entwöhnungsbehandlungen durchgeführt werden, einem im Vergleich zur somatischen Rehabilitation wesentlich kleineren Indikationsbereich. Zusätzlich gibt die Tabelle an, wie oft die Leistungen bei Rehabilitanden, die jeweils mindestens eine Leistung des jeweiligen KTL-Kapitels erhielten, pro Woche stattfanden und wie viele Stunden sie pro Woche gedauert haben. Betrachtet man alle Rehabilitanden, hat im Jahr 2014 jeder Rehabilitand während seiner Rehabilitation im Durchschnitt 33,7 über die KTL erfasste Leistungen pro Woche erhalten, die sich auf 18,7 Stunden Therapiezeit verteilen.

In Tabelle 6 wird außerdem deutlich, wie breit gefächert (multimodal) die therapeutische Versorgung in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung ist. Behandlungsschwerpunkte sind zum einen Information, Motivation und Schulung (z. B. Patientenschulungen bei Asthma bronchiale, allgemeine Gesundheitsbildung), aber auch Sport- und Bewegungstherapie (z. B. Muskelaufbau an Medizinischen Trainingsgeräten) sowie physikalische Behandlungen (z. B. Inhalationen, Wärme- und Kälteanwendungen).

## **Behandlungserfolg aus Rehabilitandensicht**

Der Erfolg einer medizinischen Rehabilitation wird sowohl anhand der Einschätzung durch die Rehabilitanden (Rehabilitandenbefragung) näher beschrieben, als auch mit Blick auf Routinedaten, die unter anderem zeigen, wie lange Versicherte nach der Rehabilitation im Erwerbsleben bleiben (sozialmedizinischer Verlauf).

Rehabilitanden werden nicht nur nach der Zufriedenheit mit ihrer Rehabilitation gefragt (s. Info-Box S. 37), sondern auch nach dem subjektiven Erfolg der durchgeführten Rehabilitation. Die befragten Rehabilitanden 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?“

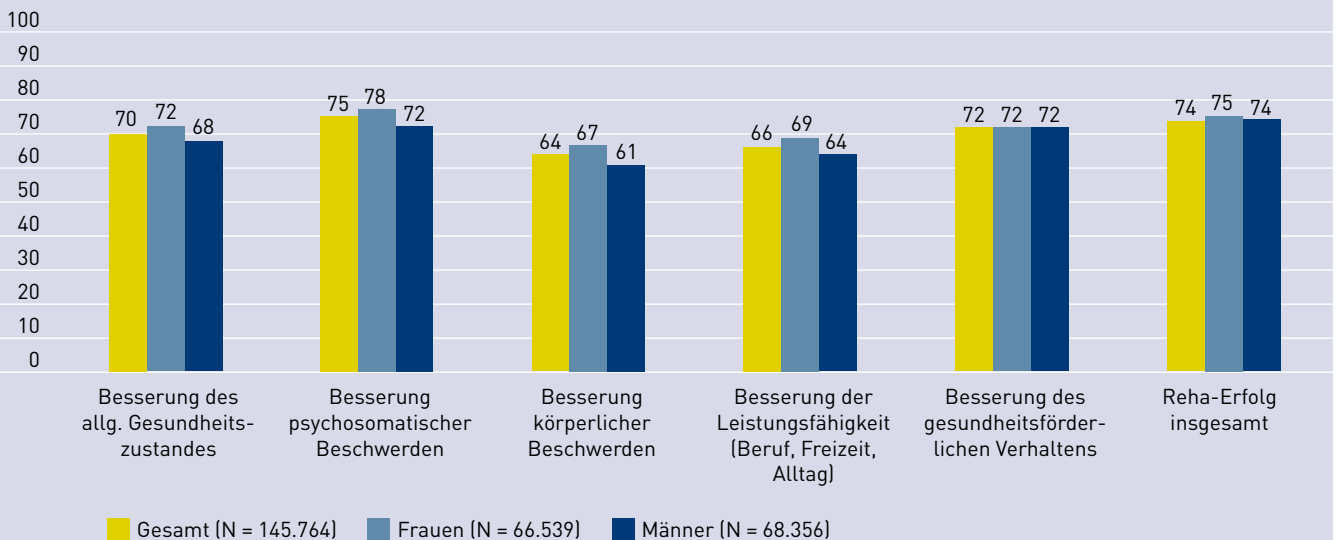
Drei von vier Rehabilitanden werten ihre Rehabilitation als Erfolg.

Abbildung 11 zeigt, welche Bereiche sich aus Sicht der Rehabilitanden durch die somatische Rehabilitation verbessert haben: Drei Viertel der Rehabilitanden (75 %) berichten von einer Besserung ihrer psychosomatischen Beschwerden, wie zum Beispiel Erschöpfung, Niedergeschlagenheit, Nervosität oder innere Unruhe. 72 % der Rehabilitanden, Frauen und Männer gleichermaßen, sehen sich durch die Rehabilitation dazu motiviert, auch nach Abschluss der Rehabilitation für ihre Gesundheit aktiv zu werden und zum Beispiel Kontakt zu einer Beratungsstelle aufzunehmen oder sich einer Selbsthilfegruppe anzuschließen. 70 % der Rehabilitanden geben eine Besserung ihres allge-

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
21	Rehabilitation im Licht der Statistik
<b>21</b>	<b>Medizinische Rehabilitation</b>
53	Berufliche Rehabilitation
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
75	Orthopädische Rehabilitation deutscher und ausländischer Versicherter
87	Medizinische Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit und Herzinfarkt
96	Anhang

**Abb. 11 Behandlungserfolg aus Sicht der Rehabilitanden in der stationären medizinischen Rehabilitation: Somatische Indikationen**

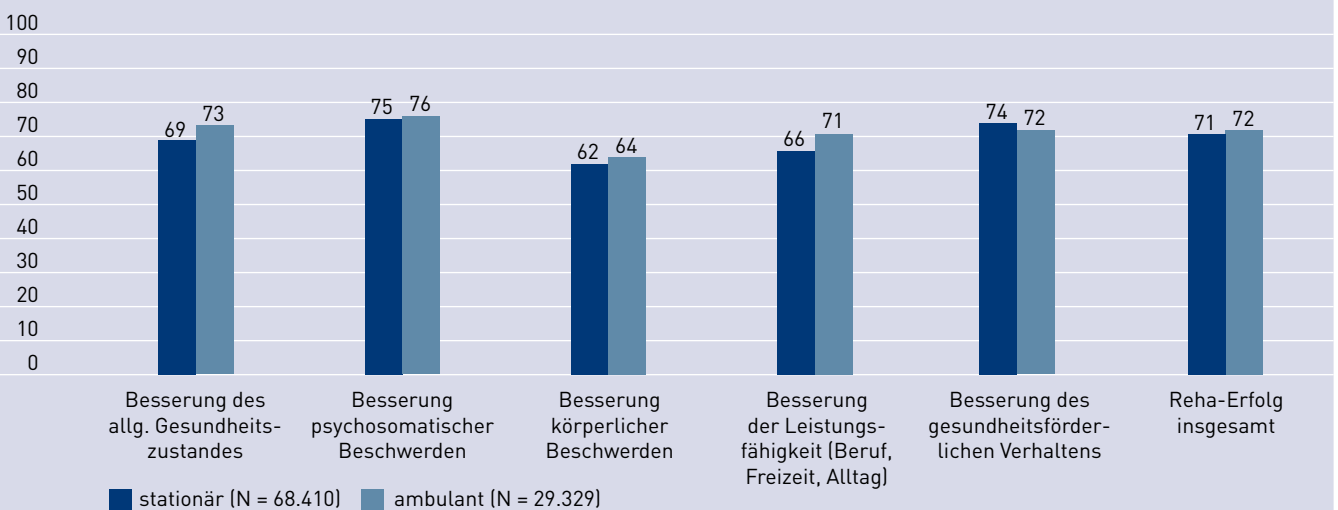
Anteile Rehabilitanden in %



Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Rehabilitandenbefragung Okt. 2011 bis Sept. 2013

**Abb. 12 Behandlungserfolg aus Sicht der Rehabilitanden in der Orthopädie: Vergleich stationäre und ambulante Rehabilitation**

Anteile Rehabilitanden in %



Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Rehabilitandenbefragung stationär: Okt. 2011 bis Sept. 2013, ambulant: Apr. 2013 bis Sept. 2013

Frauen bewerten ihre Rehabilitation etwas positiver als Männer.

Ambulante orthopädische Rehabilitation wird etwas besser bewertet als stationäre.

Routinedaten zum Erfolg der Rehabilitation

meinen Gesundheitszustands an, erleben sich als leistungsfähiger in Beruf und Alltag (66 %) und sehen in der Rehabilitation einen Erfolg (74 %). Im Geschlechtervergleich bewerten Frauen die Rehabilitation tendenziell positiver.

Abbildung 12 fasst die Ergebnisse zum subjektiven Behandlungserfolg im Vergleich zwischen stationärer und ambulanter Rehabilitation für die Rehabilitanden in der Orthopädie zusammen. 72 % der ambulanten und 71 % der stationären orthopädischen Rehabilitanden sehen die durchgeführte Reha-Leistung als insgesamt erfolgreich an. Die Messung der Zufriedenheit der Rehabilitanden mit der orthopädischen Rehabilitation wird in sieben von neun Aspekten nach ambulanter Rehabilitation besser bewertet als nach stationärer Rehabilitation. Auch werden bei dem patientenseitig wahrgenommenen Reha-Erfolg fünf von sechs Aspekten nach ambulanter Rehabilitation besser bewertet. Dazu gehören bspw. die Besserung des allgemeinen Gesundheitszustands, der psychosomatischen Beschwerden und des gesundheitsförderlichen Verhaltens. Allerdings berichten stationäre Rehabilitanden häufiger als ambulante Rehabilitanden von einer Besserung des gesundheitsförderlichen Verhaltens als Folge der Rehabilitation.

## Behandlungserfolg – Sozialmedizinischer Verlauf

Die Erwerbsfähigkeit dauerhaft zu erhalten, ist ein Hauptziel der Rehabilitation der Rentenversicherung. Der Erfolg einer Rehabilitation wird nicht nur subjektiv von den Rehabilitanden selbst eingeschätzt. Er lässt sich auch objektiv an der Anzahl der Rehabilitanden messen, die nach dem Ende der Reha-Leistung dauerhaft erwerbsfähig sind. Dieser Erwerbsverlauf nach medizinischer Rehabilitation, der so genannte sozialmedizinische Verlauf (SMV), wird mit Routinedaten der Rentenversicherung dargestellt (s. Info-Box).

### Sozialmedizinischer Verlauf

Rehabilitation der Rentenversicherung zielt darauf ab, eine vorzeitige Berentung der Versicherten zu vermeiden oder hinauszuschieben – sie will die Erwerbsfähigkeit der Versicherten möglichst auf Dauer erhalten. Als Indikator für die Erwerbsfähigkeit der Rehabilitanden wird der sozialmedizinische Verlauf im Anschluss an eine Rehabilitationsleistung nachgezeichnet: Er gibt Auskunft darüber, wie viele Rehabilitanden in einem bestimmten Zeitraum – zumeist zwei Jahre nach Rehabilitation – im Erwerbsleben verbleiben konnten und wie viele aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind. Bei den im Erwerbsleben Verbliebenen wird zusätzlich danach unterschieden, ob in dem betrachteten Zeitraum für jeden Monat Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt wurden („lückenlose Beiträge“) oder für zumindest einen Monat keine Beiträge auf das Konto bei der Rentenversicherung eingingen („lückenhafte Beiträge“). Die Beitragszahlungen können aus versicherungspflichtiger Beschäftigung, längerfristiger Arbeitsunfähigkeit (Krankengeld/Übergangsgeld) oder Arbeitslosigkeit stammen.

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
21	Rehabilitation im Licht der Statistik
<b>21</b>	<b>Medizinische Rehabilitation</b>
53	Berufliche Rehabilitation
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
75	Orthopädische Rehabilitation deutscher und ausländischer Versicherter
87	Medizinische Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit und Herzinfarkt
96	Anhang

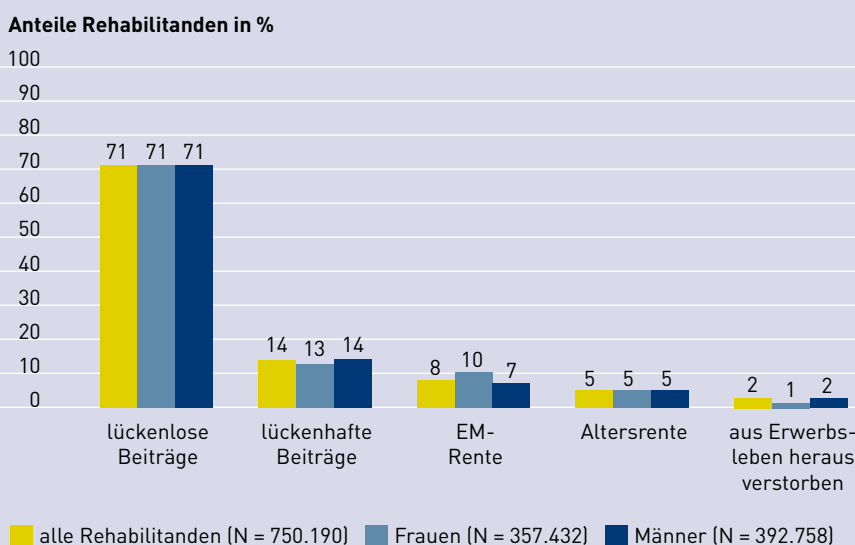
Als im Erwerbsleben verblieben gelten Personen, die Beiträge an die Rentenversicherung zahlen. Bei den aus dem Erwerbsleben ausgeschiedenen Rehabilitanden unterscheidet man Teilgruppen: Versicherte, die wegen geminderter Erwerbsfähigkeit oder aus Altersgründen berentet werden, sowie solche, die aus dem Erwerbsleben heraus versterben. In den sozialmedizinischen Verlauf geht also nicht die Gesamtsterblichkeit ein, da bei dieser Auswertung in erster Linie das Rentengeschehen interessiert. Grundlage für die Analysen ist die Reha-Statistik-Datenbasis (RSD), die das Rehabilitations- und Berentungsgeschehen im Zeitverlauf wiedergibt (s. Anhang S. 96).

Abbildung 13 zeigt den Erwerbsverlauf von pflichtversicherten Rehabilitanden des Jahres 2011 für die nachfolgenden zwei Jahre. Nur 14 % der Personen scheiden nach einer medizinischen Rehabilitation aus dem Erwerbsleben aus: 8 % erhalten eine Erwerbsminderungsrente (EM-Rente), 5 % eine Altersrente und 2 % versterben aus dem Erwerbsleben heraus. Bei dem weitaus größten Anteil der Rehabilitanden wird das Ziel einer dauerhaften Erwerbsfähigkeit erreicht. Innerhalb der ersten 24 Monate nach der medizinischen Rehabilitation sind immerhin 85 % der Personen weiterhin erwerbsfähig und zahlen entweder lückenlos (71 %) oder mit Unterbrechungen (14 %) Beiträge. Das Ergebnis zeigt den Erfolg der medizinischen Rehabilitation, wenn man bedenkt, dass vor der Rehabilitation eine erheblich gefährdete oder sogar bereits geminderte Erwerbsfähigkeit vorlag.

Geschlechtsspezifische Unterschiede sind kaum erkennbar. Große Unterschiede zeigen sich dagegen zwischen den Diagnosengruppen (s. Abb. 14, S. 48).

Zwei Jahre nach der Rehabilitation stehen 85 % der Rehabilitanden im Erwerbsleben.

**Abb. 13 Sozialmedizinischer 2-Jahres-Verlauf nach medizinischer Rehabilitation in 2011 (pflichtversicherte Rehabilitanden)**



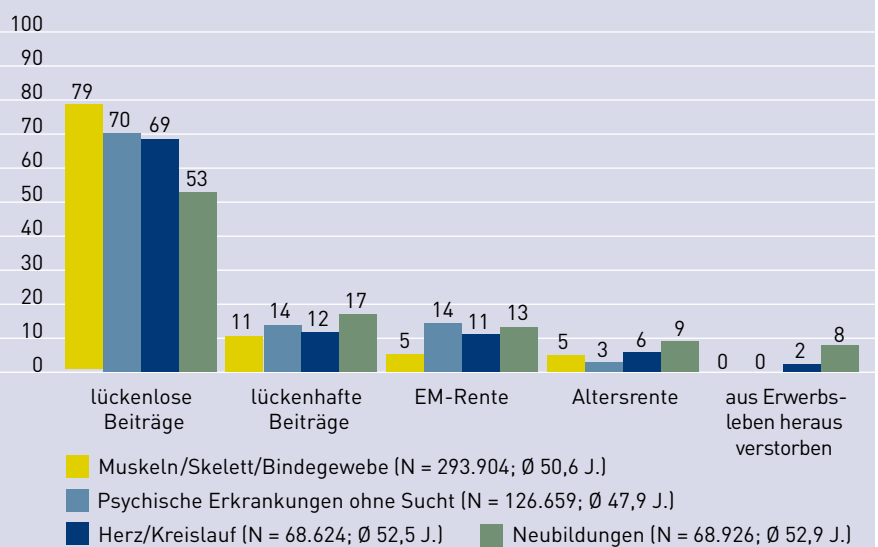
Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2006–2013



Die Erwerbsfähigkeit nach Rehabilitation unterscheidet sich erheblich zwischen den Diagnosengruppen.

**Abb. 14 Sozialmedizinischer 2-Jahres-Verlauf nach medizinischer Rehabilitation in 2011 für verschiedene Diagnosengruppen (pflichtversicherte Rehabilitanden)**

Anteile Rehabilitanden in %



Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2006–2013

So bleiben nach einer orthopädischen Rehabilitation mit 90 % wesentlich mehr Personen erwerbsfähig als beispielsweise nach einer onkologischen Rehabilitation (70 % bei Zusammenfassung der Kategorien lückenlose und lückenhafte Beiträge). Grund für die Unterschiede ist nicht das Alter: Das Durchschnittsalter der Rehabilitanden mit Neubildungen unterscheidet sich mit rund 53 Jahren nicht sehr von dem anderer Diagnosengruppen, da in die Betrachtung des Erwerbsverlaufs nur pflichtversicherte Rehabilitanden im erwerbsfähigen Alter eingehen. Diejenigen Rehabilitanden, die nach § 31 SGB VI ihre onkologische Rehabilitation erhalten und im Rentenalter sein können, werden hier nicht erfasst.

Stattdessen werden die z. T. deutlichen Unterschiede zwischen den Diagnosengruppen durch die krankheitsspezifischen Verläufe verursacht, die bei Tumorerkrankungen ungünstiger sind als bei vielen anderen Erkrankungen. Dies spiegelt sich auch in der höheren Sterblichkeit (8 %) von onkologischen Rehabilitanden wider.



## Medizinische Rehabilitation: Reha-Einrichtungen

Die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung findet überwiegend in Vertragseinrichtungen statt.

In Deutschland gibt es 1.158 stationäre Vorsorge- und Reha-Einrichtungen.

2014 belegte die Rentenversicherung rund 67.000 Betten.

Die Rentenversicherung arbeitet bei der medizinischen Rehabilitation ihrer Versicherten mit einer Vielzahl von stationären und ambulanten medizinischen Reha-Einrichtungen zusammen. Neben den rentenversicherungseigenen Reha-Einrichtungen (2014: 77 sowie 4 speziell für Kinderrehabilitation) sind dies überwiegend Vertragseinrichtungen. Hier handelt es sich um Einrichtungen, die zwar von anderen – größtenteils privaten – Trägern betrieben werden, mit denen die Rentenversicherung aber je nach Bedarf auch längerfristige Verträge abschließt. Die Reha-Einrichtungen sind – zum Teil historisch bedingt – regional nicht gleichmäßig verteilt. Sie haben verschiedene medizinische Schwerpunkte (z. B. Orthopädie, Kardiologie) und Belegkapazitäten.

Einen ersten Eindruck über die Größenordnung der Reha-Einrichtungen geben Zahlen des Statistischen Bundesamtes. 2014 gab es demnach in Deutschland 1.158 stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Eine weitere Unterteilung in Vorsorge-Einrichtungen, die überwiegend präventive Angebote vorhalten und nicht von der Rentenversicherung belegt werden, und Rehabilitationseinrichtungen vollzieht das Statistische Bundesamt jedoch nicht.

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

### Bettenzahlen

Ausgehend von den Reha-Leistungen der Rentenversicherung, lässt sich der Bedarf an Betten für die stationäre Rehabilitation pro Jahr ermitteln. Dieser Bettenbedarf ergibt sich aus der Anzahl abgeschlossener Reha-Leistungen in einem Jahr multipliziert mit den durchschnittlichen Pflgetagen (Behandlungsdauer) des gleichen Jahres und geteilt durch 365 Tage (Berechnungszeitraum). Für das Jahr 2014 wurde demnach rechnerisch ein Bedarf an rund 66.800 Betten ermittelt. Dieser Bedarf wird überwiegend in Vertragseinrichtungen gedeckt (48.781 Betten). Etwa ein Viertel der durch die Rentenversicherung belegten Betten steht in rentenversicherungseigenen Reha-Einrichtungen (14.731). Insgesamt wurden in den eigenen Einrichtungen 15.631 Betten belegt, denn auch andere Reha-Träger wie Kranken- und Unfallversicherung führen dort Reha-Leistungen durch.

Die Belegung von Reha-Kliniken mit Versicherten der Rentenversicherung verteilt sich regional sehr unterschiedlich: Dabei stehen in den Bundesländern Bayern und Baden-Württemberg mit Abstand die meisten Betten, gefolgt von Nordrhein-Westfalen und Hessen. In Stadtstaaten findet die wohnortnahe ambulante Rehabilitation zunehmend Verbreitung.

### Anzahl stationärer Reha-Einrichtungen

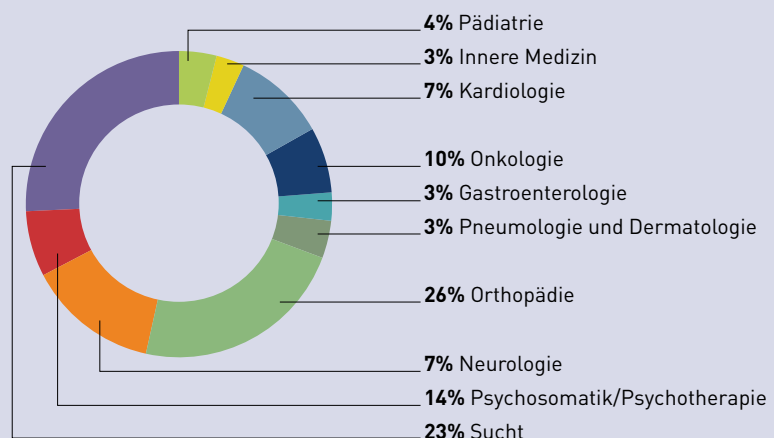
Medizinische Reha-Einrichtungen haben häufig nicht nur einen Behandlungsschwerpunkt (z. B. Kardiologie), sondern verfügen oft über verschiedene Fachabteilungen (z. B. Kardiologie und Orthopädie). Alle stationären medizinischen Reha-Einrichtungen, die von der Rentenversicherung federführend belegt werden, nehmen mit ihren insgesamt 1.034 Fachabteilungen an der Reha-Qualitätssicherung durch die Rentenversicherung teil. Darüber hinaus wurden 300 ambulante Reha-Zentren und die 44 Einrichtungen der Kinderrehabilitation (Pädiatrie) in das Qualitätssicherungsprogramm integriert.

1.034 stationäre Fachabteilungen nehmen an der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung teil.

Der prozentuale Anteil der verschiedenen stationären Fachabteilungen (s. Abb. 15) entspricht dem Reha-Bedarf für verschiedene Krankheitsbilder. Bei der Interpretation der Anteile müssen allerdings auch die Bettenanzahl der Einrichtung und die Behandlungsdauer in den jeweiligen Indikationen berücksichtigt werden: So gibt es zwar ähnlich viele Fachabteilungen für orthopädische (26 %) wie für Entwöhnungsbehandlungen (Sucht, 23 %), trotzdem werden prozentual deutlich mehr orthopädische Reha-Leistungen durchgeführt als Entwöhnungsbehandlungen. Spezielle Fachabteilungen für Entwöhnungsbehandlungen haben im Durchschnitt wesentlich weniger Betten als orthopädische Fachabteilungen. Zudem dauern Leistungen der somatischen Rehabilitation in der Regel nur drei bis vier Wochen, Entwöhnungsbehandlungen dagegen mehrere Monate (s. Tab. 4, S. 30).

Stationäre Fachabteilungen	Zahl
Orthopädie	287
Sucht	249
Neurologie	75
Psychosomatik/Psychotherapie	148
Onkologie	106
Kardiologie	75
Innere Medizin	29
Pneumologie/Dermatologie	37
Gastroenterologie	28
Pädiatrie	44
<b>Summe Fachabteilungen</b>	<b>1.078</b>

Abb. 15 Fachabteilungen in stationären Reha-Einrichtungen



Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2014

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
21	Rehabilitation im Licht der Statistik
<b>21</b>	<b>Medizinische Rehabilitation</b>
53	Berufliche Rehabilitation
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
75	Orthopädische Rehabilitation deutscher und ausländischer Versicherter
87	Medizinische Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit und Herzinfarkt
96	Anhang

Nach Orthopädie und Entwöhnung folgen mit Abstand und mit einem Anteil von 14 %, 10 % und je 7% psychosomatisch-psychotherapeutische, onkologische, kardiologische und neurologische Fachabteilungen. Analog zur geringeren Häufigkeit entsprechender Erkrankungen in der Rehabilitation ist der Anteil gastroenterologischer, pneumologischer, dermatologischer oder internistischer Fachabteilungen noch kleiner. Die Fachabteilungen, die Kinder- und Jugendlichenrehabilitation durchführen, weisen ebenfalls nur 4 % auf (s. Abb. 15).

### Das Reha-Team

Die Reha-Einrichtungen, die von der Rentenversicherung belegt werden, müssen bestimmte Strukturen vorhalten. Die rentenversicherungswert abgestimmten so genannten Strukturanforderungen beziehen sich sowohl auf die räumlich-technische Ausstattung als auch auf die Mindestanzahlen und -qualifikationen des Personals sowie die Kommunikationsstrukturen innerhalb der Einrichtung.

Bei der medizinischen Rehabilitation wirken zahlreiche Berufsgruppen mit. Der interdisziplinäre Ansatz ermöglicht zum einen, die Rehabilitation an der zukünftigen Berufstätigkeit zu orientieren – entsprechend dem Auftrag der Rentenversicherung. Zum anderen berücksichtigt der Ansatz, dass verschiedene Faktoren das Entstehen und Erleben von Krankheiten sowie deren Folgen beeinflussen. Die einzelnen Berufsgruppen arbeiten dabei nicht unabhängig voneinander, sondern stimmen in der Gruppe, als Reha-Team, ihre professionsspezifischen Behandlungen anhand eines mit dem Rehabilitanden vereinbarten Reha-Zieles aufeinander ab. Regelmäßige Fallbesprechungen – neben Teambesprechungen und im Falle der Psychosomatik sowie der Entwöhnungsbehandlung auch neben Supervisionen – sind ein Indikator für die interdisziplinäre Zusammenarbeit und Kommunikation in der Reha-Einrichtung.

Welche Berufsgruppen in der Reha-Einrichtung tätig sind oder wie häufig regelmäßig Fallbesprechungen im Team stattfinden, zeigt die Strukturerhebung der Rentenversicherung. Mit diesem Instrument der Reha-Qualitätssicherung wird nicht nur die personelle, sondern auch die technische und räumliche Ausstattung der einzelnen Fachabteilungen in den Reha-Einrichtungen erhoben.

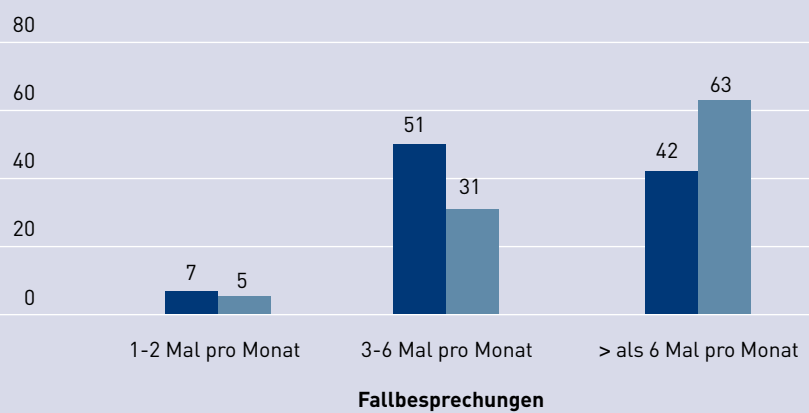
Abbildung 16 (S. 52) zeigt z. B. die Häufigkeit der erfassten Fallbesprechungen im Reha-Team. In der Hälfte der somatischen Fachabteilungen finden Fallbesprechungen im Schnitt drei bis sechs Mal pro Monat statt, in 42 % häufiger als sechs Mal im Monat. In der psychosomatischen Rehabilitation geben dagegen knapp zwei Drittel der Fachabteilungen an, Rehabilitanden häufiger als sechs Mal im Monat im Team zu besprechen.

Viele verschiedene Berufsgruppen arbeiten in der Rehabilitation zusammen.

Häufige Fallbesprechungen vor allem in der psychosomatischen Rehabilitation

**Abb. 16 Regelmäßige Fallbesprechungen in der stationären somatischen und psychosomatischen Rehabilitation**

Anteile Fachabteilungen in %



■ somatische Fachabteilungen (N = 681)  
■ psychosomatische Fachabteilungen (N = 148)

Quelle: Strukturhebung der Deutschen Rentenversicherung 2014/2015



## Berufliche Rehabilitation: Umfang und Struktur

Die berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung zielt ebenso wie medizinische Reha-Leistungen auf eine dauerhafte Eingliederung von Menschen mit chronischen Krankheiten oder Behinderungen in das Erwerbsleben. Das Spektrum dieser beruflichen Rehabilitation bzw. der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) ist breit gefächert (s. Info-Box unten). Auch dafür stellt die Routinestatistik der Rentenversicherung (s. Info-Box S. 21; s. Anhang S. 96) Informationen zu Anzahl, Art und Verteilung der Reha-Leistungen zur Verfügung.

### **Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)**

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben umfassen alle Hilfen, die erforderlich sind, um die Erwerbsfähigkeit der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zu bessern oder wiederherzustellen und ihnen eine berufliche Wiedereingliederung auf Dauer zu ermöglichen. Die Erhaltung eines bestehenden Arbeitsplatzes hat dabei Vorrang.

Zu den LTA zählen:

- Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes inkl. Kraftfahrzeughilfen, um trotz Behinderung/Einschränkung den Arbeitsplatz erreichen zu können
- Berufsvorbereitung einschließlich der wegen der Behinderung eventuell notwendigen Grundausbildung
- Berufliche Bildung: Ausbildung (i.d.R. keine Leistung der Rentenversicherung), berufliche Anpassung, spezifische Qualifizierung und Weiterbildung wie z. B. Umschulungen
- Gründungszuschuss bei Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit
- Eingliederungszuschüsse an Arbeitgeber
- Leistungen in einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM)

### **Anträge, Bewilligungen und durchgeführte Leistungen**

Wie bei der medizinischen ist auch bei der beruflichen Rehabilitation zunächst die Initiative der Versicherten gefragt. Im Jahr 2014 reichten die Versicherten 417.531 Anträge auf LTA bei der Rentenversicherung ein, wobei ein Versicherter auch mehrere Leistungen gleichzeitig beantragen kann. 68 % der erledigten Anträge wurden bewilligt, 24 % abgelehnt und 8 % anderweitig erledigt, z. B. an den letztlich zuständigen Rehabilitationsträger weitergeleitet. Die Ablehnungen erfolgten zu knapp 74 % aus medizinischen Gründen. In den restlichen Fällen waren zumeist versicherungsrechtliche Voraussetzungen nicht erfüllt. 3 % der bewilligten Leistungen traten die Versicherten nicht an, häufig wegen familiärer Probleme oder einer Verschlechterung ihres Gesundheitszustands.

417.531 Anträge auf LTA gingen 2014 bei der Rentenversicherung ein.



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

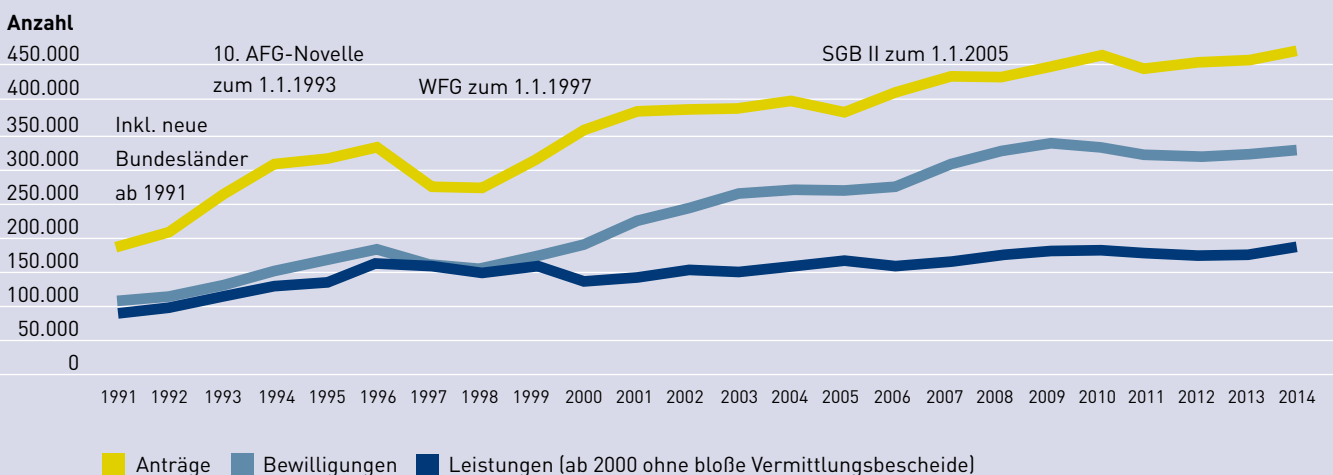
Betrachtet man die Antrags- und Bewilligungszahlen innerhalb eines Kalenderjahres, ergeben sich Unschärfen durch wechselnde Bezugsgrößen: Beispielsweise werden Anträge eines Jahres nicht immer im gleichen Jahr erledigt. Manchmal vergeht nach einer Beantragung eine gewisse Zeit, bis eine Leistung abgeschlossen wird. Beispielsweise dauern berufliche Bildungsmaßnahmen bis zu zwei Jahre.

Die Zahl der Anträge, Bewilligungen und abgeschlossenen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unterliegt wie bei medizinischen Leistungen (vgl. Abb. 1, S. 22) zeitlichen Schwankungen, wenn auch nicht so ausgeprägt (s. Abb. 17). Von 1991 bis 2014 ist die Zahl der Anträge von etwa 145.000 auf mehr als 417.000 und damit auf das 2,9-fache gestiegen. Die Zahl der Bewilligungen hat sich in diesem Zeitraum beinahe verfünffacht. Dagegen beträgt die Zahl der abgeschlossenen Leistungen im Jahr 2014 wiederum nur das 3-fache des Jahres 1991. Diese Diskrepanz ist im Wesentlichen auf die Vermittlungsbescheide (s. Info-Box S. 55) zurückzuführen, die zwar bewilligt werden, aber sich ab 2000 nicht in einer vergleichbar höheren Zahl abgeschlossener Leistungen niederschlagen.

Doch auch Gesetze beeinflussen die Entwicklung: Durch das Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz (WFG) von 1997 beispielsweise gingen – wie bei der medizinischen Rehabilitation, wenngleich in geringerem Ausmaß die Anträge, Bewilligungen sowie die abgeschlossenen beruflichen Leistungen zurück.

In den Folgejahren – mit Ausnahme des Jahres 2005 – zeigt sich wieder ein kontinuierlicher Anstieg von Anträgen und Bewilligungen. Für die abgeschlos-

**Abb. 17 Teilhabe am Arbeitsleben: Anträge, Bewilligungen und abgeschlossene Leistungen 1991–2014**



AFG = Arbeitsförderungsgesetz; WFG = Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz; SGB = Sozialgesetzbuch  
 Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2015

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
21	Rehabilitation im Licht der Statistik
21	Medizinische Rehabilitation
<b>53</b>	<b>Berufliche Rehabilitation</b>
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
75	Orthopädische Rehabilitation deutscher und ausländischer Versicherter
87	Medizinische Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit und Herzinfarkt
96	Anhang

senen Leistungen ist diese Entwicklung ähnlich, wenn auch auf einem niedrigeren Niveau (s. Abb. 17). Der Rückgang der Anträge auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in 2005 lässt sich unter anderem auf die Einführung des SGB II (Grundsicherung für Arbeitssuchende) mit einer veränderten Zuständigkeit für Langzeitarbeitslose und auch deren Rehabilitation zurückführen.

### Vermittlungsbescheide

Eine Besonderheit bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind die so genannten Vermittlungsbescheide: Sie sind eine Zusage weiterer Leistungen für den Fall, dass Versicherte nach einer beruflichen Umschulung einen Arbeitsplatz finden, der ihren krankheitsbedingten Beeinträchtigungen gerecht wird. Dabei handelt es sich beispielsweise um Lohnzuschüsse an den Arbeitgeber oder die Kostenerstattung für eine behindertengerechte Umgestaltung des Arbeitsplatzes. Ein erheblicher Teil dieser Vermittlungsbescheide mündet jedoch nicht in eine Leistung, da kein geeigneter Arbeitsplatz gefunden wird.

Seit 2000 werden Vermittlungsbescheide, die nicht zu einer Leistung geführt haben, statistisch nicht mehr als abgeschlossene Leistungen erfasst.

Durchgeführte LTA stiegen  
von 2013 auf 2014 um rund 11 %.

In den letzten Jahren sind die Antragszahlen, seit einem Rückgang der Anträge von 2010 auf 2011 (- 3,8 %) bis 2014 wieder kontinuierlich angestiegen; zuletzt von 2013 auf 2014 um 2,5 % (s. Tab. 7). Die Bewilligungen und durchgeführten Leistungen folgen etwas später dem steigenden Trend. Von 2013 auf 2014 haben die Bewilligungen um 2 %, die Leistungen sogar um rund 11 % zugenommen. Der Anstieg der Leistungen ist zu einem großen Teil auf eine Zunahme der technischen Hilfen, Hilfsmittel und Arbeitsausrüstung zurückzuführen. Die Leistungen nutzen Arbeitgeber, um gesundheitlich beeinträchtigte Arbeitnehmer an ihrem Arbeitsplatz zu halten.

**Tab. 7 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben: Anzahl der Anträge, Bewilligungen und abgeschlossenen Leistungen 2013 und 2014**

	Anträge	Bewilligungen	Leistungen
2013	407.265	274.585	128.518
2014	417.531	280.060	142.323
Veränderungsrate 2013–2014	+ 2,5 %	+ 2,0 %	+ 10,7 %

Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2015

### Zeitliche Entwicklung

Tabelle 8 unterlegt die zeitliche Entwicklung der abgeschlossenen LTA mit Zahlen. In dem hier dargestellten Zeitraum wurden im Jahr 2014 mit 142.223 die meisten LTA abgeschlossen.



Männer nehmen LTA erheblich häufiger wahr als Frauen.

Nach einem leichten Rückgang 2005 auf 2006 wegen der Einführung des Sozialgesetzbuches (SGB) II (s. o.) nahmen die abgeschlossenen LTA bis 2010 stetig zu. Der darauffolgende Rückgang in 2011 und 2012 ist zu einem großen Anteil auf die geringere Zahl der durchgeführten Leistungen bei den Frauen zurückzuführen. Bei Frauen hat sich insgesamt zwar die Anzahl abgeschlossener Leistungen zwischen 2000 und 2014 mehr als verdoppelt. Dennoch absolvierten sie 2014 mit rund 51.000 immer noch deutlich weniger LTA als Männer (gut 91.000). Das Verhältnis von Frauen und Männern ist in der beruflichen Rehabilitation demnach erheblich zu Gunsten der Männer verschoben.

**Tab. 8 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 2000–2014**

Jahr	Insgesamt	Männer	Frauen
2000	86.352	65.106	21.246
2001	99.347	75.934	23.413
2002	102.149	75.535	26.614
2003	99.142	70.711	28.431
2004	102.773	71.958	30.815
2005	110.329	76.069	34.260
2006	104.159	70.193	33.966
2007	110.809	72.909	37.900
2008	121.069	77.912	43.157
2009	132.259	82.571	49.688
2010	135.211	83.608	51.603
2011	130.888	81.933	48.955
2012	126.917	82.150	44.767
2013	128.518	83.043	45.475
2014	142.323	91.494	50.829

Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2000–2014

## Leistungsspektrum

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben umfassen ganz unterschiedliche Leistungen, mit denen die Rentenversicherung individuell und flexibel auf die unterschiedlichen Bedürfnisse der Versicherten und ihrer Arbeitgeber reagiert (s. Abb. 18).

Leistungen zum Erlangen oder Erhalten eines Arbeitsplatzes bilden größten Leistungsbereich.

Die Verteilung der verschiedenen LTA fällt bei Frauen und Männern relativ ähnlich aus: Leistungen zum Erlangen oder Erhalt eines Arbeitsplatzes – hierzu gehören beispielsweise Hilfen zur Berufsausübung (z. B. technische Arbeitshilfen wie orthopädische Sitzhilfen), Kraftfahrzeughilfen (z. B. behindertengerechte Zusatzausstattung des Kfz) und Mobilitätshilfen (z. B. Umzugskostenbeihilfe bei einer auswärtigen Arbeitsaufnahme) – stellen bei Frauen (44 %) wie Männern (45 %) den größten Leistungsbereich dar. Einen weiteren großen Block bilden Leistungen zur beruflichen Bildung, die für Frauen (22 %) und Männer (20 %) ebenfalls

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
21	Rehabilitation im Licht der Statistik
21	Medizinische Rehabilitation
<b>53</b>	<b>Berufliche Rehabilitation</b>
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
75	Orthopädische Rehabilitation deutscher und ausländischer Versicherter
87	Medizinische Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit und Herzinfarkt
96	Anhang

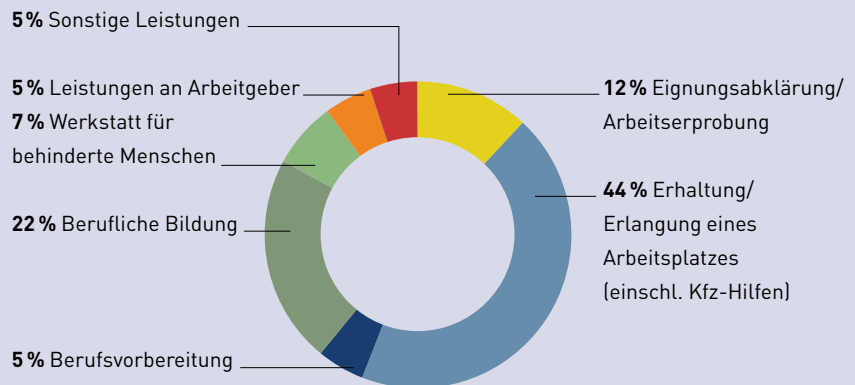
eine ähnlich große Bedeutung haben. Hierbei stehen vor allem Weiterbildungen (Umschulung, Fortbildung) und berufliche Anpassungen im Vordergrund. Für Frauen und Männer ungefähr gleich bedeutsam sind die Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen (7 %) und Berufsvorbereitungsmaßnahmen (5 %). Männer nehmen dagegen Leistungen zur Eignungsabklärung und Arbeitserprobung (13 %) sowie Leistungen an Arbeitgeber (7 %) etwas häufiger in Anspruch als Frauen (12 % bzw. 5 %).

Bei den Leistungen an Arbeitgeber ist zwar der Arbeitgeber Begünstigter, beantragt werden sie jedoch von den Versicherten. Diese Leistungen unterstützen Arbeitgeber darin, behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen wieder ins Arbeitsleben einzugliedern.

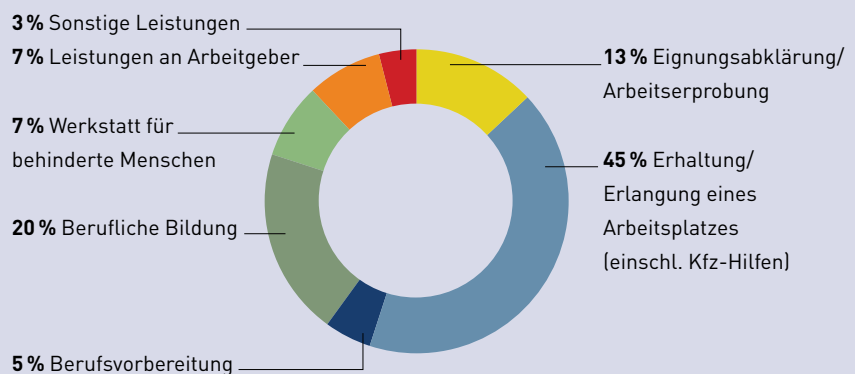
Überwiegend ähnliches Leistungsspektrum bei Frauen und Männern

**Abb. 18 Spektrum der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei Frauen und Männern 2014 – abgeschlossene Leistungen**

**Frauen: 50.829 Leistungen**



**Männer: 91.494 Leistungen**



Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2014

## **Berufliche Bildung – Krankheitsspektrum**

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind sehr vielfältig. Sie reichen von finanziellen Zuschüssen bis hin zur beruflichen Umschulung, die mehrere Jahre dauern kann. Die folgende Darstellung konzentriert sich auf berufliche Bildungsleistungen, die aufgrund der langen Dauer sehr kostenintensiv sind (s. Info-Box).

### **Berufliche Bildung**

Die beruflichen Bildungsleistungen der Rentenversicherung lassen sich im Wesentlichen in drei Leistungsarten unterteilen:

### **Berufliche Weiterbildung**

Bei den Leistungen zur beruflichen Weiterbildung wird zwischen Fortbildung und Umschulung unterschieden. Die berufliche Fortbildung zielt auf eine Weiterqualifizierung im bisherigen Beruf ab. Eine Umschulung hat dagegen den Übergang in eine andere geeignete berufliche Tätigkeit zum Ziel und sollte mit einer formalen Qualifikation (z. B. Prüfung vor der Industrie- und Handelskammer, Handwerkskammer) abgeschlossen werden. Für die berufliche Erstausbildung ist in der Regel die Bundesagentur für Arbeit zuständig.

### **Leistungen zur Anpassung bzw. Integration**

Integrationsleistungen sind darauf ausgerichtet, berufliches Wissen zu erweitern oder wiederzuerlangen. Überwiegend werden sie im Rahmen von Praktika durchgeführt und dauern je nach individuellem Bedarf etwa sechs bis neun Monate. Sie können auch auf eine erfolgreich abgeschlossene Weiterbildung folgen, wenn die Rehabilitanden trotz Vermittlungsbemühungen arbeitssuchend bleiben und die Bildungsleistung die Chancen auf eine dauerhafte Eingliederung in Arbeit und Beruf verbessert.

### **Qualifizierungsmaßnahmen**

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

Durchgeführt werden die beruflichen Bildungsleistungen von Berufsförderungswerken, privaten Bildungsträgern, staatlichen Fachschulen und Betrieben – in der Regel in Vollzeit, unter bestimmten (behinderungsbedingten oder familiären) Voraussetzungen auch in Teilzeit.

Vor allem zwei Diagnosengruppen führen zu beruflichen Bildungsleistungen (s. Abb. 19). 51 % der beruflichen Bildungsleistungen für Frauen und sogar 62 % der für Männer gingen 2014 auf Krankheiten der Muskeln, des Skeletts oder des Bindegewebes zurück. Ebenfalls von erheblicher Bedeutung sind die psychischen Erkrankungen, insbesondere bei Frauen. Sie lagen bei den Frauen knapp einem Drittel aller Bildungsleistungen zugrunde, bei Männern 16 %.

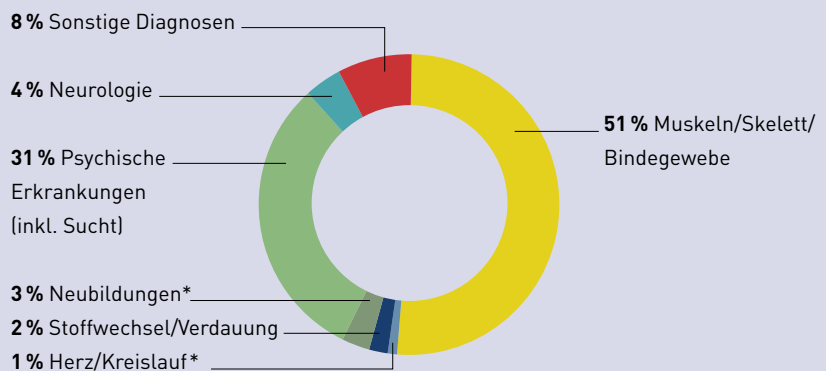
4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
21	Rehabilitation im Licht der Statistik
21	Medizinische Rehabilitation
<b>53</b>	<b>Berufliche Rehabilitation</b>
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
75	Orthopädische Rehabilitation deutscher und ausländischer Versicherter
87	Medizinische Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit und Herzinfarkt
96	Anhang

Andere Erkrankungen spielen eine deutlich geringere Rolle: Wegen neurologischen Erkrankungen werden 4 % der Leistungen bei Frauen und 5 % der Leistungen bei Männern durchgeführt. Auch der Anteil an Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems fällt gering aus (Frauen 1 %, Männer 4 %).

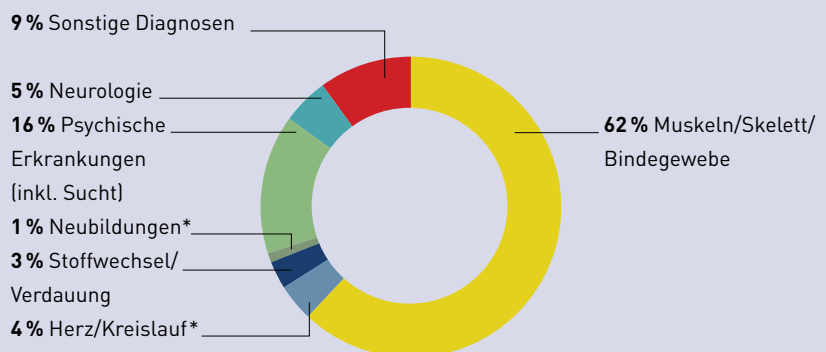
Vor allem orthopädische und psychische Erkrankungen führen zu beruflichen Bildungsleistungen.

**Abb. 19 Krankheitsspektrum bei Bildungsleistungen von Frauen und Männern 2014 – abgeschlossene Leistungen<sup>1</sup>**

**Frauen**



**Männer**



<sup>1</sup> ohne Fälle, bei denen die 1. Diagnose noch nicht erfasst ist

\* ohne neurologische Krankheitsbilder

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2014

**Berufliche Bildung – altersspezifische Inanspruchnahme**

Rehabilitanden, die Bildungsleistungen in Anspruch nehmen, sind im Durchschnitt wesentlich jünger als Rehabilitanden in der medizinischen Rehabilitation (s. S. 31). Das Durchschnittsalter von Frauen, die in 2014 eine berufliche

Absolventen von  
Bildungsleistungen im  
Schnitt 45 Jahre alt

Bildungsleistung abgeschlossen haben, liegt bei 45,4 Jahren. Männer waren im Durchschnitt mit 44,6 Jahren etwas jünger. Betrachtet man alle LTA, sind sowohl Frauen als auch Männer im Schnitt etwas älter (Frauen 46,4 Jahre, Männer 46,4 Jahre) als in der Teilgruppe mit beruflichen Bildungsleistungen.

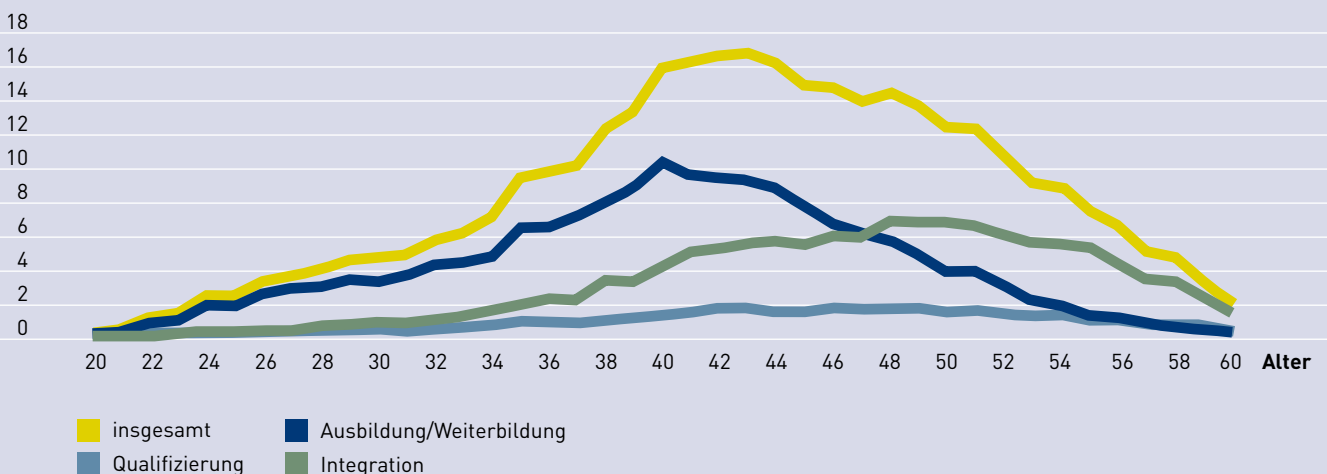
Der Altersgipfel bei  
Weiterbildungen liegt  
bei etwa 40 Jahren.

Auch die Inanspruchnahme beruflicher Bildungsleistungen hängt, wie die Inanspruchnahme medizinischer Reha-Leistungen, mit dem Alter zusammen. Die Inanspruchnahme wird als Inanspruchnahmerate dargestellt, d. h. als Leistungen pro 10.000 Versicherte. Werden die Rehabilitanden zu Versicherten gleichen Alters in Beziehung gesetzt, erhält man die altersspezifische Inanspruchnahme. Je nach der Leistungsart ergibt sich ein unterschiedlicher altersspezifischer Verlauf bei der Inanspruchnahme beruflicher Bildungsleistungen (s. Abb. 20).

Weiterbildungen als berufliche Bildungsleistung steigen im Jahr 2014 bis zum Alter von 40 Jahren stetig an und haben dort ihr Maximum (rund 11 Rehabilitanden auf 10.000 Versicherte). Anschließend sinkt die altersspezifische Inanspruchnahme, ab etwa 45 Jahre sogar deutlich (s. Abb. 20). Das heißt, Weiterbildungen werden am häufigsten bei Versicherten zwischen 39 und 44 Jahren durchgeführt. Diese relativ kostenintensiven Leistungen – vor allem Umschulungen mit einer Dauer von etwa zwei Jahren – kommen also überwiegend jüngeren Versicherten zugute, bei denen noch vermehrt die Bereitschaft und auch die Fähigkeit für eine recht anspruchsvolle Qualifizierung vorhanden sind. Ähnlich, nur zeitlich etwas versetzt, steigt auch bei den Integrationsleistungen die Inanspruchnahme mit dem Alter an.

**Abb. 20 Berufliche Bildungsleistungen: Altersspezifische Inanspruchnahmeraten 2014**

Anzahl abgeschlossene berufliche Bildungsleistungen pro 10.000 Versicherte



Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2014, „Versicherte“ 2013

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
21	Rehabilitation im Licht der Statistik
21	Medizinische Rehabilitation
<b>53</b>	<b>Berufliche Rehabilitation</b>
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
75	Orthopädische Rehabilitation deutscher und ausländischer Versicherter
87	Medizinische Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit und Herzinfarkt
96	Anhang

Das Maximum liegt bei 48 Jahren (rund 7/10.000 Versicherte gleichen Alters); in höherem Alter sinkt die Inanspruchnahme dann wieder. Bei den Qualifizierungsmaßnahmen gibt es ebenfalls einen Anstieg der Inanspruchnahme mit zunehmendem Alter bis zu einem Alter von 49 Jahren (rund 2/10.000 Versicherte gleichen Alters), er fällt allerdings wesentlich moderater aus.

### Berufliche Bildung – altersstandardisierte Inanspruchnahme

Wie im vorhergehenden Abschnitt dargestellt, gibt es einen Zusammenhang zwischen der Nutzung der unterschiedlichen Bildungsleistungen und dem Alter der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden. Um die Inanspruchnahme dieser Leistungen in verschiedenen Jahren miteinander vergleichen zu können, wird das Verfahren der Altersstandardisierung angewandt (s. Info-Box S. 33). Die altersstandardisierten Inanspruchnahmeraten für die Jahre 2000 bis 2014, getrennt für Frauen und Männer, sind in Tabelle 9 wiedergegeben.

2014 sind die Bildungsleistungen bei Frauen und Männern leicht gestiegen.

**Tab. 9 Leistungen zur beruflichen Bildung 2000–2014 nach Art der Bildungsleistung (altersstandardisiert – Leistungen pro 10.000 Versicherte\*)**

Jahr	Insgesamt		Qualifizierungsmaßnahmen		Ausbildung/Weiterbildung		Integrationsleistungen	
2000	4,7	10,6	0,9	1,8	2,4	5,7	1,5	3,1
2001	4,7	12,4	1,4	4,3	1,7	4,5	1,6	3,6
2002	5,2	13,1	1,3	4,3	2,0	5,1	1,9	3,7
2003	5,6	11,6	0,9	2,1	2,7	6,0	2,0	3,5
2004	6,6	12,2	0,8	1,8	3,6	6,6	2,1	3,8
2005	7,0	12,5	0,8	1,6	3,8	6,8	2,4	4,1
2006	6,0	10,9	0,6	1,2	3,2	6,0	2,2	3,7
2007	5,8	10,3	0,5	1,0	2,8	5,3	2,5	4,0
2008	6,3	10,2	0,7	1,1	2,9	5,0	2,8	4,1
2009	6,9	10,8	0,8	1,1	3,1	5,3	3,0	4,4
2010	7,5	11,4	0,8	1,2	3,6	5,7	3,1	4,4
2011	7,3	10,6	0,8	1,1	3,7	5,7	2,9	3,7
2012	7,1	10,1	0,7	1,1	3,6	5,4	2,8	3,6
2013	6,6	9,5	0,7	1,0	3,1	5,0	2,8	3,6
2014	6,8	10,0	0,6	1,0	3,2	5,1	3,0	3,9

■ Frauen □ Männer

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

Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2000-2014, „Versicherte“ 1999-2013

Die Inanspruchnahme von Bildungsleistungen schwankt im betrachteten Zeitraum bei Frauen zwischen 4,7 (in 2000) und 7,5 (in 2010) Leistungen, bei Männern zwischen 9,5 (in 2013) und 13,1 (in 2002) Leistungen pro 10.000 Versicherte. Auch im Verlauf zeigen sich geschlechtsspezifisch unterschiedliche Entwicklungen: Bei Frauen liegt die Inanspruchnahme 2014 mit 6,8 pro 10.000 Versicherte deutlich über der Rate im Jahr 2000 (4,7), bei Männern liegt sie mit 10,0 pro 10.000 Versicherte dagegen etwas niedriger als in 2000 (10,6).

Die 2014 bestehenden geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Inanspruchnahme haben sich gegenüber 2000 etwas angeglichen. Dies lässt sich vor allem auf die Zunahme der Leistungen auf Seiten der Frauen zurückführen. Zwischen 2011 und 2013 zeigt sich aber bei beiden Geschlechtern ein leicht absteigender Verlauf der Werte. Mit 2014 steigt die Inanspruchnahme bei Männern wie Frauen wieder an.



# Berufliche Rehabilitation: Prozess und Ergebnis von Bildungsleistungen

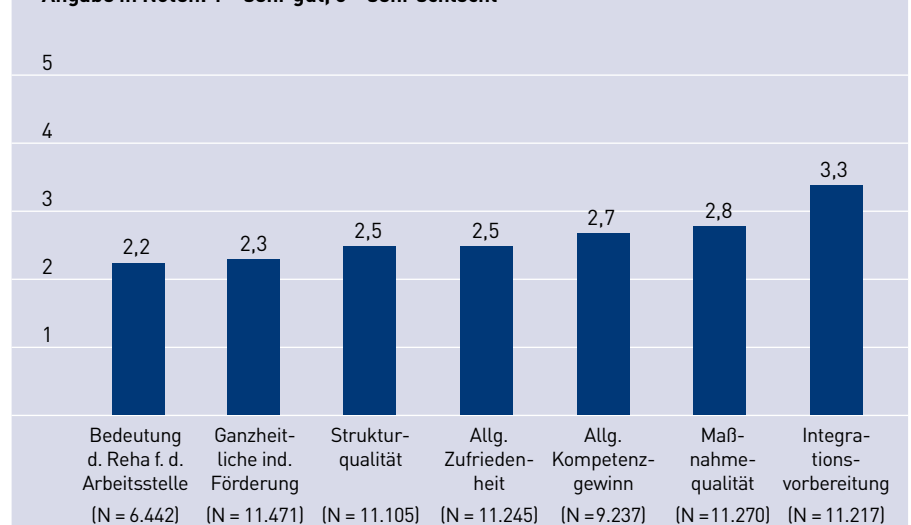
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) sind Angebote der beruflichen Rehabilitation, die die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben ermöglichen sollen. Zu ihnen gehören die beruflichen Bildungsleistungen, die u. a. in einer neuen Ausbildung oder Umschulung bestehen können (s. Info-Box S. 58). Die Rentenversicherung entwickelt zur Sicherung der Qualität dieser Leistungen ein umfassendes Konzept, das möglichst viele Qualitätsaspekte und Reha-Einrichtungen einbezieht.

Bewertung der beruflichen Bildungsleistungen mit Berliner Fragebogen

## Teilnehmerbefragung nach beruflichen Bildungsleistungen

Besondere Bedeutung kommt der Bewertung der Qualität durch die Teilnehmenden zu. Seit 2006 erhalten alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer ein halbes Jahr nach Ende einer Bildungsleistung den sogenannten Berliner Fragebogen. Die Befragung bezieht sich auf die Struktur der Bildungseinrichtung (z. B. Ausstattung), den Reha-Prozess (z. B. individuelle Förderung während der Maßnahme) und das Ergebnis (z. B. erfolgreicher Abschluss, Wiedereingliederung in das Erwerbsleben nach Ende der Rehabilitation).

**Abb. 21 Teilnehmerbefragung nach beruflicher Bildungsleistung: Zusammenfassende Beurteilung ausgewählter Bereiche**  
Angabe in Noten: 1 = sehr gut, 5 = sehr schlecht



Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Teilnehmerbefragung, Befragungszeitraum Juli 2013 bis Juni 2014



# Berufliche Rehabilitation: Prozess und Ergebnis von Bildungsleistungen

In die Auswertung des Befragungszeitraums Juli 2013 bis Juni 2014 gingen die Angaben von 11.647 Teilnehmern einer beruflichen Bildungsleistung ein. Für etwa 10.989 der Teilnehmer liegen zusätzlich ergänzende Angaben aus den Routinedaten der Rentenversicherung vor, die weitergehende Analysen ermöglichen. Jeder Rentenversicherungsträger und jede Bildungseinrichtung, aus der mindestens 12 Teilnehmende den Fragebogen ausgefüllt haben, erhalten einen Bericht zur Qualitätssicherung mit einer Auswertung der Teilnehmerurteile.

Im Allgemeinen bewerten die Teilnehmenden ihre berufliche Bildungsleistung mit „gut“ bis „befriedigend“ (2,5).

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer benoten ihre Rehabilitation im Berliner Fragebogen auf einer Skala von „1“ für sehr gut bis „5“ für sehr schlecht. Die allgemeine Zufriedenheit mit der Rehabilitation, die sich aus verschiedenen Aspekten, wie der Zufriedenheit mit der Einrichtung, dem Reha-Träger etc., zusammensetzt, liegt bei „gut“ bis „befriedigend“ (Note 2,5, s. Abb. 21, S. 63). Als „gut“ wird die Bedeutung der beruflichen Rehabilitation für die Arbeitsstelle (Note 2,2) eingeschätzt. Auch die ganzheitliche individuelle Förderung, also die laufende Einschätzung des individuellen Ausbildungsstandes und die darauf ausgerichtete Förderung seitens der Bildungseinrichtung, erhält von den Rehabilitanden eine gute Note (2,3). Eher mäßig werden von den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden die strukturellen Aspekte, wie die technische Ausstattung oder organisatorischen Abläufe der Einrichtung eingeschätzt (Strukturqualität, Note 2,5). Unzufriedener sind die Teilnehmenden mit der Integrationsvorbereitung, d. h. den vorbereitenden Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung (Note 3,3). Die Maßnahmequalität, in die auch die Beurteilung der Arbeit der einzelnen Berufsgruppen der Reha-Einrichtung einbezogen wird, bekam ebenfalls nur ein „befriedigend“ (Note 2,7).

Über die Hälfte der Teilnehmenden ist in den sechs Monaten nach Abschluss der Bildungsleistung in Beschäftigung.

**Tab. 10 Eingliederung der Versicherten in den Arbeitsmarkt**

	Frauen	Männer
	% der jeweils Antwortenden	
Zum Zeitpunkt der Befragung berufstätig oder schon einmal nach Abschluss der Bildungsleistung berufstätig	58 %	56 %
Von diesen geben an:		
...ein unbefristetes Arbeitsverhältnis	48 %	54 %
Die Qualifizierung war...		
...eine notwendige Voraussetzung	40 %	41 %
...eine wichtige Hilfe	33 %	31 %
...von geringer Bedeutung	9 %	9 %
...ohne Bedeutung	10 %	10 %
...keine Einschätzung möglich	9 %	8 %

Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Teilnehmerbefragung, Befragungszeitraum Juli 2013 bis Juni 2014

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
21	Rehabilitation im Licht der Statistik
21	Medizinische Rehabilitation
<b>53</b>	<b>Berufliche Rehabilitation</b>
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
75	Orthopädische Rehabilitation deutscher und ausländischer Versicherter
87	Medizinische Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit und Herzinfarkt
96	Anhang

Drei Viertel der Befragten halten die berufliche Bildungsleistung für wichtig, um ins Erwerbsleben zurückzukehren.

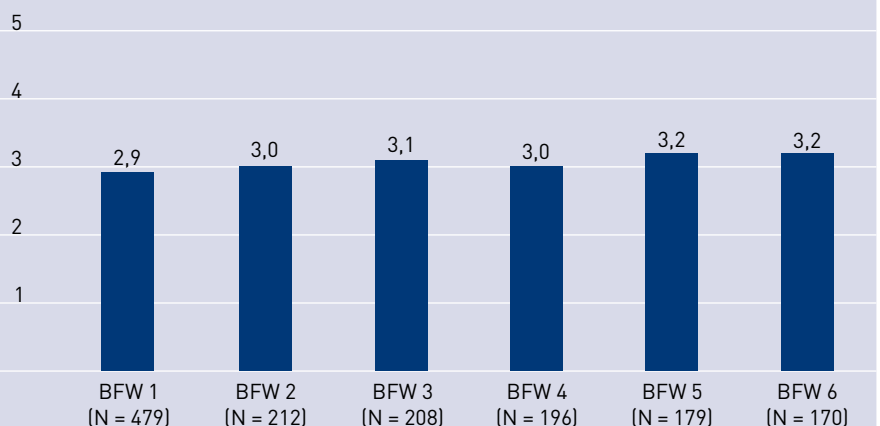
Der Berliner Fragebogen thematisiert auch die Eingliederung in den Arbeitsmarkt nach der Rehabilitation (s. Tab. 10, S. 64). Über die Hälfte der Befragten, die geantwortet haben, gibt an, in den sechs Monaten nach Ende der Bildungsleistung eine Beschäftigung aufgenommen zu haben. Die Unterschiede zwischen Frauen und Männern sind gering. Bei etwa der Hälfte der aufgenommenen Beschäftigungen handelt es sich um ein unbefristetes Arbeitsverhältnis. Knapp zwei Drittel der beschäftigten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden nahmen ihre Beschäftigung direkt im Anschluss an die Bildungsleistung auf. Für die restlichen Beschäftigten dauerte es im Schnitt drei Monate bis zur ersten Arbeitsstelle nach Ende der Bildungsleistung. Knapp drei Viertel der Befragten bezeichneten die Bildungsleistung als notwendige Voraussetzung bzw. als wichtige Hilfe zur Erlangung des Arbeitsplatzes.

Absolventen von Bildungsleistungen, die zum Befragungszeitpunkt nicht berufstätig sind, geben als wesentliche Gründe einen schlechteren regionalen Arbeitsmarkt (Frauen 55 %, Männer 49 %), einen verschlechterten Gesundheitszustand (48 % bzw. 36 %) sowie eine geringe Nachfrage nach der neuen Qualifikation (39 % bzw. 36 %) an.

Die Reha-Qualitätssicherung soll die Verbesserung der Bildungsleistungen unterstützen. Dafür fasst die Rentenversicherung für jede Bildungseinrichtung die Angaben ihrer Teilnehmerinnen und Teilnehmer zusammen. Die Ergebnisse fallen für die einzelnen Einrichtungen zum Teil unterschiedlich aus. Am Beispiel der Vorbereitung auf die berufliche Wiedereingliederung schon wäh-

**Abb. 22 Teilnehmerzufriedenheit mit der Integrationsvorbereitung: Sechs Berufsförderungswerke (BFW) im Vergleich**

Angabe in Noten: 1 = sehr gut, 5 = sehr schlecht



Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Teilnehmerbefragung, Befragungszeitraum Juli 2013 bis Juni 2014

# Berufliche Rehabilitation: Prozess und Ergebnis von Bildungsleistungen

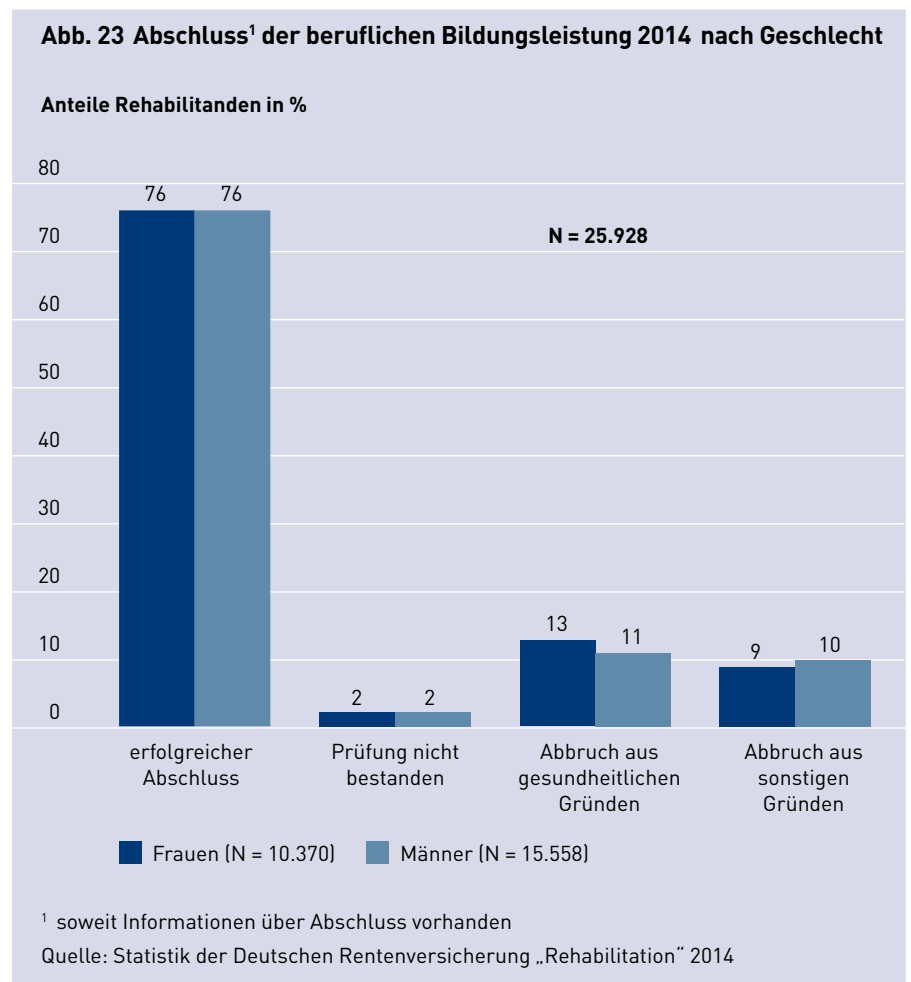
rend der Bildungsmaßnahme sind in Abbildung 22 (s. S. 65) die Teilnehmerbewertungen für sechs Berufsförderungswerke (BFW, Bildungseinrichtungen für Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit erhöhtem Förderbedarf) wieder auf einer Skala von „1“ für sehr gut bis „5“ für sehr schlecht dargestellt. Während die Teilnehmer in BFW 1 die Integrationsvorbereitung mit der Note 2,9 also als „befriedigend“ bewerten, liegt die Zufriedenheit in BFW 5 und 6 mit einer Note von 3,2 niedriger.

## Abschluss der beruflichen Bildungsleistungen

Berufliche Bildungsleistungen haben die dauerhafte Erwerbstätigkeit möglichst vieler Rehabilitanden zum Ziel. Eine wichtige Voraussetzung dafür ist der erfolgreiche Abschluss der Reha-Leistung.

Drei Viertel der beruflichen Bildungsleistungen erfolgreich abgeschlossen

Gut drei Viertel der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden schließen ihre Bildungsleistungen erfolgreich ab, rund 30 % davon mit einem staatlich anerkannten Abschluss. Etwa jeder Fünfte bricht die Bildungsleistung ab, davon



4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
21	Rehabilitation im Licht der Statistik
21	Medizinische Rehabilitation
<b>53</b>	<b>Berufliche Rehabilitation</b>
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
75	Orthopädische Rehabilitation deutscher und ausländischer Versicherter
87	Medizinische Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit und Herzinfarkt
96	Anhang

mehr als die Hälfte aus gesundheitlichen Gründen – hier ist der Anteil der Frauen etwas höher (s. Abb. 23). Meist beenden die Versicherten selbst die Bildungsmaßnahme vorzeitig, selten der Rentenversicherungsträger.

### Sozialmedizinischer Status nach beruflichen Bildungsleistungen

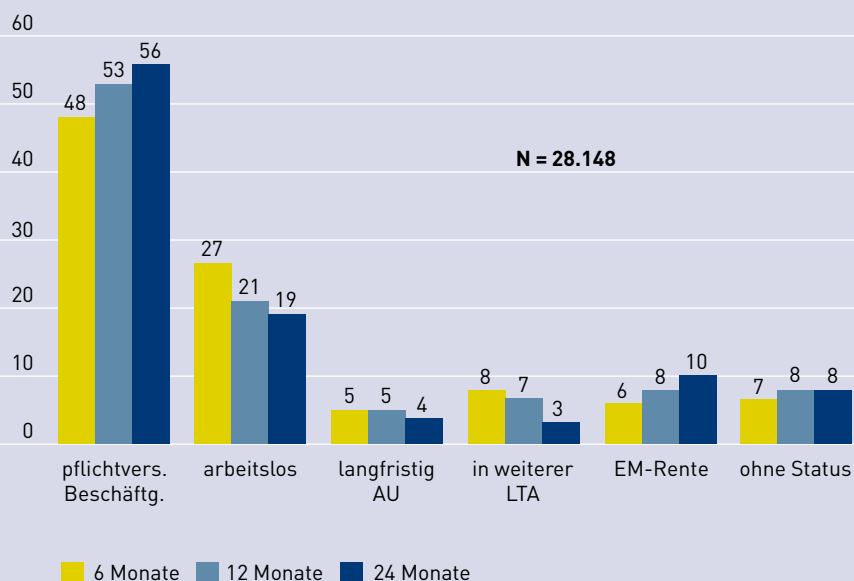
Ein weiterer Qualitätsaspekt ist die Darstellung des Wiedereingliederungsstatus. Der Erfolg der beruflichen Bildungsleistungen bemisst sich wesentlich am Anteil der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, der anschließend dauerhaft erwerbstätig ist. Die Routinedaten der Rentenversicherung ermöglichen dazu eine Betrachtung über die beiden Jahre nach der Bildungsleistung (s. Abb. 24).

Noch zwei Jahre nach der Bildungsleistung nimmt die Beschäftigungsrate zu.

Die berufliche Wiedereingliederung der Rehabilitanden und Rehabilitandinnen, die 2011 ihre Bildungsleistung abgeschlossen haben, nimmt im Verlauf der beiden folgenden Jahre zu: Sind im sechsten Monat nach Ende der Bildungsleistung 48 % pflichtversichert beschäftigt, erhöht sich dieser Anteil nach zwei Jahren auf rund 56 %. Im selben Zeitraum sinkt der Anteil der Arbeitslosen von anfänglich 27 % auf 19 %. Der Anteil der langfristig Arbeitsunfähigen nimmt im Nachbetrachtungszeitraum kaum ab. Ein Teil von ihnen erhält eine Erwerbsminderungsrente (EM-Rente). Während ein Jahr nach der Bildungsleistung noch etwa 7 % der Personen eine weitere LTA benötigen, beispielsweise

**Abb. 24 Wiedereingliederungsstatus im 6., 12. und 24. Monat nach beruflicher Bildungsleistung im Jahr 2011**

Anteile Rehabilitanden in %



Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2006-2013

## Berufliche Rehabilitation: Prozess und Ergebnis von Bildungsleistungen

Frauen sind zwei Jahre nach einer Bildungsleistung häufiger erwerbsgemindert als Männer.

eine Integrationsmaßnahme, halbiert sich dieser Anteil zum Ende des zweiten Jahres. Für etwa jeden Achten liegen am Ende des zweiten Jahres nach der beruflichen Rehabilitation keine weiteren Daten vor, zum Beispiel weil sie als Selbständige keine Beiträge an die Rentenversicherung zahlen.

Frauen und Männer unterscheiden sich teilweise hinsichtlich ihrer Wiedereingliederung. Im 24. Monat nach der Bildungsleistung sind etwas weniger Frauen als Männer pflichtversichert beschäftigt (Frauen 55 %, Männer 56 %) bzw. arbeitslos (Frauen 16 %, Männer 20 %). Der Anteil an EM-Renten ist bei Frauen mit 13 % höher als bei Männern mit 9 %.

Für den Wiedereingliederungsstatus wird 2015 ein Bericht mit dem Titel „Sozialmedizinischer Status nach beruflichen Bildungsmaßnahmen“ an 106 Reha-Einrichtungen und alle Rentenversicherungsträger versendet. Dem Bericht liegen Routinedaten der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zugrunde, die im Jahr 2011 ihre Leistung abgeschlossen haben.

Der sozialmedizinische Status kann aber nur bedingt als Qualitätsindikator für die Einrichtungen gesehen werden, da eine Wiedereingliederung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden auch von anderen Einflussfaktoren, wie beispielsweise der regionalen Arbeitsmarktlage, dem erfolgreichen Abschluss einer Maßnahme oder auch der Sozialschicht abhängig ist.



## Aufwendungen für Rehabilitation

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

### Aufwendungen im Jahr 2014

2014 gab die Rentenversicherung rund 6,03 Mrd. Euro für Rehabilitation aus.

2014 gab die Deutsche Rentenversicherung insgesamt ca. 6,03 Mrd. € für Rehabilitation aus (Bruttoaufwendungen). Da diesen Ausgaben auch Einnahmen, z. B. aus Zuzahlungen der Versicherten gegenüberstehen, entstanden 2014 Nettoaufwendungen in Höhe von 5,85 Mrd. €. Dies entspricht einer Steigerungsrate von + 3,4 % von 2013 auf 2014.

Der Rentenversicherung wird für ihre Reha-Ausgaben gesetzlich ein Budget vorgegeben. 2014 standen dafür 6,09 Mrd. € zur Verfügung. Mit den o. g. Gesamtausgaben für Rehabilitation hat die Rentenversicherung dieses Budget in 2014 eingehalten. Ein Blick auf die ersten neun Monate in 2015 zeigt, dass

**Tab. 11 Aufwendungen<sup>1</sup> für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben 2000–2014 in Mio. €**

Jahr	Aufwendungen für Rehabilitation insgesamt*	Medizinische und sonst. Leistungen	Übergangsgeld für med. und sonst. Leistungen	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	Übergangsgelder bei LTA	Sozialversicherungsbeiträge
2000	4.553,1	2.894,8	536,2	509,0	327,0	286,1
2001	4.782,7	2.984,0	539,1	548,0	406,2	305,4
2002	5.019,2	3.047,0	526,6	655,2	458,1	332,4
2003	5.090,6	3.045,9	468,8	735,6	504,2	336,1
2004	4.932,8	2.927,2	406,3	769,8	517,9	311,6
2005	4.782,1	2.887,9	379,7	745,9	487,1	281,4
2006	4.726,1	2.965,3	389,2	689,3	412,9	269,4
2007	4.860,3	3.130,1	408,8	682,6	381,6	257,2
2008	5.115,9	3.319,3	427,1	724,1	382,8	262,6
2009	5.434,3	3.470,4	462,0	769,5	424,7	307,7
2010	5.559,3	3.510,0	504,1	811,0	450,7	283,6
2011	5.657,8	3.596,6	525,7	804,3	423,9	307,3
2012	5.861,5	3.741,8	620,5	759,6	411,9	327,4
2013	5.841,0	3.722,2	589,7	766,6	427,5	334,5
2014	6.030,8	3.815,4	618,8	800,9	445,1	350,0

<sup>1</sup> Bruttoaufwendungen, d.h. Reha-Ausgaben zuzügl. Erstattungen.

\* ab 2011 ist „Persönliches Budget“ in der Spaltenspalte enthalten (2014: 0,5 Mio. €)

Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2015

# Aufwendungen für Rehabilitation

sich die Zahlen zu den Reha-Anträgen und Bewilligungen deutlich verhaltener entwickeln als in den Jahren zuvor (vgl. S. 24).

## Aufwendungen für Reha-Leistungen, aber auch für Übergangsgeld

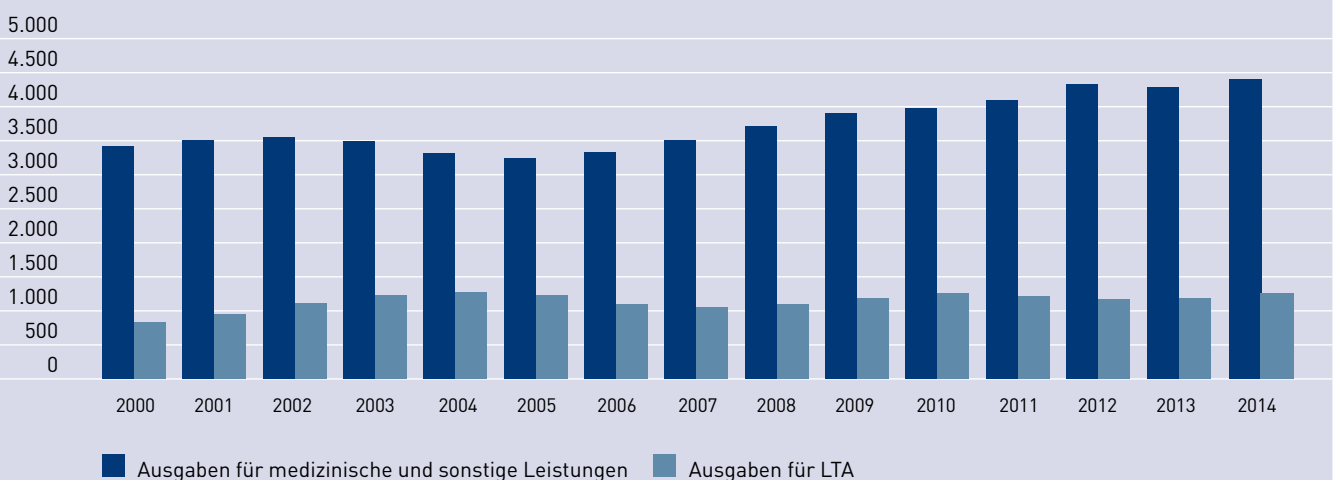
Die Aufwendungen für Rehabilitation enthalten neben den Kosten, die in den Reha-Einrichtungen anfallen, auch Entgeltersatzleistungen (Übergangsgelder) und Sozialversicherungsbeiträge für Rehabilitanden (s. Tab. 11, S. 69). Von den Gesamtaufwendungen für Rehabilitation in 2014 entfielen rd. 1,1 Mrd. € brutto (17,6 %) auf Übergangsgelder. Diese fallen zum Beispiel dann an, wenn Rehabilitanden aufgrund von länger dauernden Maßnahmen, dem Bezug von Krankengeld oder bei Arbeitslosigkeit keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung haben. Dagegen leisteten die Rehabilitanden in der medizinischen Rehabilitation 2014 insgesamt 59,5 Mio. € Zuzahlungen, das sind im Durchschnitt 59 € pro Reha-Leistung.

Eine stationäre Rehabilitation bei körperlichen Erkrankungen kostete 2014 im Durchschnitt 2.727 Euro, eine ambulante Rehabilitation 1.733 Euro.

Für eine einzelne stationäre medizinische Rehabilitation bei körperlichen Erkrankungen betragen die direkten Behandlungskosten – ohne ergänzende Leistungen wie Übergangsgeld oder Reisekosten – im Jahr 2014 im Schnitt 2.727 €. Ambulant erbrachte Reha-Leistungen bei körperlichen Erkrankungen kosteten durchschnittlich 1.733 €. Die geringeren Kosten der ambulanten Rehabilitation lassen sich unter anderem durch den Wegfall der so genannten Hotelkosten erklären. Allerdings können durch das tägliche Aufsuchen der Reha-Einrichtung höhere Fahrtkosten anfallen. Bei psychischen oder Abhän-

**Abb. 25 Aufwendungen<sup>1</sup> für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben 2000–2014**

in Mio. €



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

Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2015

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
21	Rehabilitation im Licht der Statistik
21	Medizinische Rehabilitation
53	Berufliche Rehabilitation
<b>69</b>	<b>Aufwendungen für Rehabilitation</b>
75	Im Fokus
75	Orthopädische Rehabilitation deutscher und ausländischer Versicherter
87	Medizinische Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit und Herzinfarkt
96	Anhang

gigkeitserkrankungen lagen die mittleren Kosten mit 6.285 € pro stationärer Rehabilitation deutlich höher, was sich durch ihre längere Dauer, vor allem bei Suchterkrankungen, erklärt.

### Entwicklung der Aufwendungen ab 2000

Abbildung 25 gibt die Entwicklung der Aufwendungen ab 2000 wieder. Tabelle 11 (s. S. 69) gewährt einen differenzierten Einblick zu den Kosten nach Leistungsgruppen. Die Aufwendungen für Rehabilitation (brutto, inkl. Sozialversicherungsbeiträge) nehmen in dem betrachteten Zeitraum insgesamt kontinuierlich zu, bis auf einen leichten Rückgang in den Jahren 2004–2006. In 2014 fallen sie um rund 32 % höher aus als im Jahr 2000. Die Zahlen dieser beiden Jahre sind aufgrund der zu berücksichtigenden Preissteigerungen jedoch nicht direkt vergleichbar.

Ausgaben für Rehabilitation  
von 2000 auf 2014 um  
rund ein Drittel gestiegen

Ein Vergleich der Ausgabenentwicklung für medizinische Rehabilitation und LTA zeigt eine dynamischere Entwicklung bei den LTA. Während die Aufwendungen für medizinische und sonstige Reha-Leistungen inkl. Übergangsgeld 2014 zu etwa 29 % über dem Niveau von 2000 liegen, haben sich diejenigen für LTA im Vergleich zu 2000 um 49 % erhöht (s. Tab. 11).

Die Aufwendungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und für medizinische Rehabilitationsleistungen haben sich in dem betrachteten Zeitraum teilweise gegenläufig entwickelt. In den Jahren 2000 bis 2003 steigen die Ausgaben sowohl für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben als auch für medizinische Rehabilitation – für LTA sogar kräftig. Während sich diese Aufwärtstendenz bei LTA bis zum Jahr 2004 fortsetzt, sinken die Aufwendungen für medizinische Rehabilitation bis zum Jahr 2005. Seit 2006 zeigt sich bei den Aufwendungen für medizinische Rehabilitation wieder ein kontinuierlicher Anstieg (Abb. 25). Die Ausgaben für LTA unterliegen dagegen leichten Schwankungen. Rückläufige Entwicklungen in den Jahren 2005 bis 2007 sowie 2011 und 2012 wechseln sich mit Zunahmen der Ausgaben für LTA zwischen 2008 und 2010 sowie ab 2013 ab.

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

Insgesamt hat sich im betrachteten Zeitraum das Verhältnis zwischen den Aufwendungen für medizinische Rehabilitation und berufliche Rehabilitation etwas zugunsten letzterer verändert: Lag 2000 das Verhältnis noch bei 4,1 zu 1, lag es 2014 bei etwa 3,6 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 12 werden die Aufwendungen für Rehabilitation den Aufwendungen der Rentenversicherung insgesamt sowie für verschiedene Rentenarten gegenüber gestellt.



**Tab. 12 Ausgaben der gesetzlichen Rentenversicherung 2014 nach Ausgabearten in Mio. €**

Ingesamt	Rehabilitation*	Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit	Altersrenten	Hinterbliebenenrenten	sonst. Ausgaben (v. a. KVdR**)	Verwaltungs- und Verfahrenskosten
266.193	5.848	16.136	183.684	39.171	17.534	3.819
100,0 %	2,2 %	6,1 %	69,0 %	14,7 %	6,6 %	1,4 %

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

\*\* KVdR = Krankenversicherung der Rentner

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung – Rechnungsergebnisse 2014

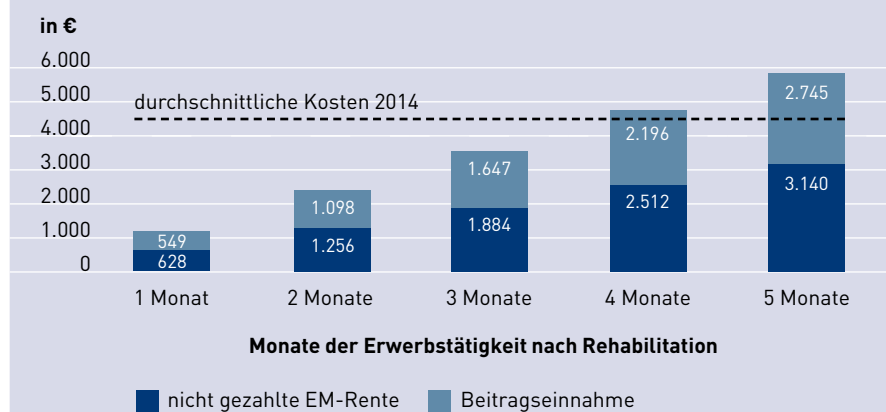
2,2 % der Gesamtausgaben der Rentenversicherung für Rehabilitation

Trotz ihrer großen Bedeutung beanspruchen die Leistungen zur Teilhabe, d. h. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben, im Jahr 2014 mit 2,2 % nur einen geringen Anteil aller Aufwendungen der Rentenversicherung. Die Aufwendungen für Rehabilitation stehen zu denjenigen für Erwerbsminderungsrenten etwa im Verhältnis 1 zu 2,8.

### Rehabilitation rechnet sich – Amortisationsmodell 2014

Rechnet sich die medizinische Rehabilitation? Berechnungen zum Verhältnis von Kosten und Nutzen aus der Perspektive der Rentenversicherung zeigen, dass sich durch das Hinausschieben des Bezuges einer Erwerbsminderungsrente um nur vier Monate die medizinische Rehabilitation amortisiert. Grundlage bildet das

**Abb. 26 Amortisationsmodell der medizinischen Rehabilitation (ohne sonstige Leistungen nach § 31 SGB VI)**



Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2014; Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2015; eigene Berechnungen

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
21	Rehabilitation im Licht der Statistik
21	Medizinische Rehabilitation
53	Berufliche Rehabilitation
<b>69</b>	<b>Aufwendungen für Rehabilitation</b>
75	Im Fokus
75	Orthopädische Rehabilitation deutscher und ausländischer Versicherter
87	Medizinische Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit und Herzinfarkt
96	Anhang

Modell der Amortisation (Schneider 1989), das nur die direkten Kosten und den Nutzen für die Rentenversicherung einbezieht (s. Abb. 26).

Ausgaben für Rehabilitation stehen Beiträgen und vermiedenen EM-Renten gegenüber.

Auf der Kostenseite sind dies die Aufwendungen für die medizinische Rehabilitation, die 2014 im Durchschnitt rd. 4.500 € betragen, ohne Zuzahlungen der Versicherten und anteilige Verwaltungskosten. Als Nutzen werden Beitragseinnahmen und nicht erfolgte Rentenzahlungen wegen Erwerbsminderung erfasst. Pro Monat der Erwerbstätigkeit erhält die Rentenversicherung pro Versichertem Beiträge in Höhe von 549 € (Mittelwert) und spart gleichzeitig die Erwerbsminderungsrente mit einer durchschnittlichen Höhe im Rentenzugang von 628 €; zusammen ergibt sich also ein Nutzen von 1.177 € pro Monat.

Die Rehabilitation rechnet sich für die Rentenversicherung.

Im Ergebnis zeigen diese – zugegeben groben – Überlegungen, dass sich die medizinische Rehabilitation bereits in kurzfristiger Perspektive bezahlt macht, wenn sie die Erwerbsminderung um rund vier Monate hinauschiebt.

Literaturhinweis:

Schneider M.: Die Kosten-Wirksamkeit der Rehabilitation von Herzinfarktpatienten. In: Deutsche Rentenversicherung 8-9/1989, S. 487-493.





# Orthopädische Rehabilitation – Unterschiede zwischen deutschen und ausländischen Versicherten

## Einleitung

Eine individualisierte medizinische Rehabilitation ist erklärtes Ziel der Rentenversicherung. Das bedeutet auch, die Problemlagen und Bedarfe unterschiedlicher Zielgruppen in den Blick zu nehmen. Eine bedeutende Zielgruppe bilden Personen mit Migrationshintergrund. Nach den Festlegungen des Statistischen Bundesamtes besteht dieser Personenkreis aus den seit 1950 nach Deutschland Zugewanderten und deren Nachkommen sowie der ausländischen Bevölkerung.

Ein Fünftel der Bevölkerung in Deutschland hat einen Migrationshintergrund.

Das Statistische Bundesamt hat für das Jahr 2014 ermittelt, dass ein Fünftel der Bevölkerung in Deutschland (16,4 Mio. Personen) einen Migrationshintergrund hat, davon etwas weniger als die Hälfte (7,2 Mio.) eine andere Staatsbürgerschaft. Personen mit Migrationshintergrund unterscheiden sich nicht nur hinsichtlich der Herkunftsländer und Zuwanderungsmotive (z. B. „Armutsmigranten“, Flüchtlinge), sondern auch in vielen soziodemographischen Merkmalen von der deutschen Bevölkerung ohne Migrationshintergrund.

Gesundheitliche Belastungen bei Migranten höher

Zur gesundheitlichen Situation von Migranten in Deutschland gibt es wenig umfassende Informationen. Generell wird auf komplexe und multidimensionale Wechselwirkungen zwischen Migrationsprozess und Gesundheit bzw. Krankheit hingewiesen, wobei auch die Ursachen der Migration von Bedeutung sind. Neben biologischen Faktoren (wie genetisch determinierten Risiken für bestimmte Krankheiten) spielen vor allem psychosoziale Faktoren wie migrationsassoziierte Stressoren (z. B. Entwurzelung, Traumata, fehlende soziale Netze, Sprachbarrieren) eine Rolle. Migrationshintergrund ist keine Krankheitsursache an sich, sondern führt häufig über schlechtere Lebens- und Arbeitsbedingungen zu unterschiedlichen gesundheitlichen Belastungen. Daraus ergeben sich wiederum unterschiedliche Bedarfe hinsichtlich der Gesundheitsversorgung. Hinzu kommt, dass Menschen mit Migrationshintergrund häufiger von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten oder Erwerbsminderungsrenten betroffen sind als Personen ohne Migrationshintergrund. Dennoch nehmen sie seltener eine medizinische Rehabilitation in Anspruch.

Da in den Routinedaten der Rentenversicherung der Migrationshintergrund der Versicherten nicht erfasst wird, kann er bislang nur näherungsweise über die Staatsangehörigkeit der Versicherten operationalisiert werden. Wie oben deutlich wurde, wird damit nur ca. die Hälfte der Personen mit Migrationshintergrund erfasst.

# Orthopädische Rehabilitation – Unterschiede in der Versorgung zwischen deutschen und ausländischen Versicherten

Die folgenden Auswertungen beziehen sich auf unterschiedliche Staatsangehörigkeiten, die, bis auf die türkische Nationalität, zu Gruppen zusammengefasst wurden: ehemaliges Jugoslawien, ehemalige Sowjetunion (SU) und Südeuropa.

Der Beitrag untersucht die Frage: Wie unterscheiden sich Rehabilitanden mit deutscher und ausländischer Staatsangehörigkeit hinsichtlich der Inanspruchnahme der medizinischen Rehabilitation, soziodemographischer Aspekte, der Reha-Versorgung und der Ergebnisse der Rehabilitation? Je nach Erkrankung können die Unterschiede in der medizinischen Rehabilitation zwischen Versicherten mit deutscher und ausländischer Staatsangehörigkeit anders gelagert sein – eine entsprechend umfassende Darstellung ist hier nicht möglich. Der vorliegende Beitrag nimmt eine ausgewählte, nämlich die größte Diagnosen-Gruppe in den Blick, die Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (orthopädische Erkrankungen).

## Zugang zur Rehabilitation

11 % der aktiv Versicherten haben keine deutsche Staatsbürgerschaft.

In der Bevölkerung Deutschlands liegt der Ausländeranteil 2013 bei 8 %. Bei den aktiv Versicherten der Deutschen Rentenversicherung beträgt dieser Anteil 2013 etwa 11 % bei steigender Tendenz.

Betrachtet man die orthopädischen Rehabilitationen des Jahres 2013, so werden sie nur zu 7 % von ausländischen Rehabilitanden in Anspruch genommen. Die Vermutung einer Unterinanspruchnahme liegt deshalb nahe. Ob dies tatsächlich die Fall ist, kann – aufgrund der unterschiedlichen Alterszusammensetzung der betrachteten Nationalitäten – nur mit sogenannten altersstandardisierten Inanspruchnahmeraten geklärt werden (s. Info-Box S. 33). Die hier im Fokus stehende orthopädische Rehabilitation nehmen deutsche Versicherte mit 105 Leistungen auf 10.000 Versicherte (2013) häufiger in Anspruch als ausländische Versicherte mit 81 Leistungen.

Weniger orthopädische Rehabilitationen bei ausländischen Versicherten

Blickt man auf die größten vier Gruppen ausländischer Nationalität, zeigen sich weitere Unterschiede (s. Abb. 27). Zusammen nehmen Versicherte mit diesen Staatsangehörigkeiten die orthopädische Rehabilitation mit 95 Leistungen auf 10.000 Versicherte seltener als deutsche Versicherte, aber häufiger als die übrigen ausländischen Versicherten in Anspruch.

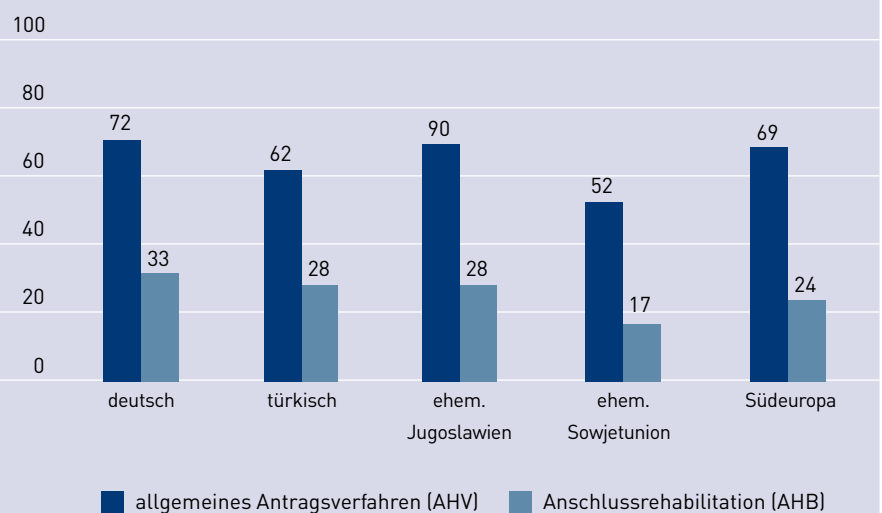
Eine orthopädische Rehabilitation im allgemeinen Antragsverfahren durchlaufen Versicherte aus dem ehemaligen Jugoslawien mit 90 Leistungen auf 10.000 Versicherte deutlich öfter als Deutsche (72) und Südeuropäer (69). Türkische Versicherte sowie Versicherte aus der ehemaligen Sowjetunion nehmen diese orthopädische Rehabilitation seltener in Anspruch (62 bzw. 52 von 10.000). Orthopädische Rehabilitationen im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt (Anschlussrehabilitation, AR/AHB) werden von Deutschen ebenfalls häufiger (33 auf 10.000) in Anspruch genommen als von Versicherten anderer Nationalität. Die Spanne reicht von 17 Leistungen bei Versicherten aus der ehemaligen Sowjetunion bis 28 bei Versicherten aus der Türkei bzw. dem ehemaligen Jugoslawien.

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
21	Rehabilitation im Licht der Statistik
21	Medizinische Rehabilitation
53	Berufliche Rehabilitation
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
<b>75</b>	<b>Orthopädische Rehabilitation deutscher und ausländischer Versicherte</b>
87	Medizinische Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit und Herzinfarkt
96	Anhang

Insgesamt lässt sich zusammenfassen, dass Versicherte aus der Türkei oder aus der ehemaligen Sowjetunion eine orthopädische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung zum Teil deutlich seltener in Anspruch nehmen als Deutsche. Dabei dürfte die geringere Inanspruchnahme bei Versicherten mit türkischer Staatsangehörigkeit auch davon begünstigt werden, dass sie sich ihre gesamten Rentenversicherungsbeiträge nach Beendigung der Berufstätigkeit unter bestimmten Bedingungen als Einmalzahlung auszahlen lassen können, wenn keine Rehabilitation in Anspruch genommen wurde.

**Abb. 27 Orthopädische Reha-Leistungen 2013 pro 10.000 Versicherte nach Staatsangehörigkeit – altersstandardisiert<sup>1</sup>**

Raten auf 10.000 Versicherte



<sup>1</sup> Standardpopulation: Aktiv Versicherte in Deutschland am Jahresende 2012  
Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2013, „Versicherte“ 2012

### Soziodemographische Merkmale

In 2012 absolvierten 286.978 Pflichtversicherte der Deutschen Rentenversicherung eine orthopädische Rehabilitation. Davon hatten 6 % eine ausländische Staatsangehörigkeit. Die türkischen Staatsangehörigen bilden mit 1,3 % die größte Gruppe. Aus Südeuropa kommen 1 % und aus dem ehemaligen Jugoslawien 1,1 %, aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion (keine Aussiedler) 0,4 %. Außerdem haben etwa 2 % eine andere bzw. ungeklärte Staatsangehörigkeit, diese Gruppe wird nicht dargestellt.

Im Hinblick auf soziodemographische Merkmale unterscheiden sich deutsche und ausländische Rehabilitanden des Jahres 2012 zum Teil erheblich (s. Tab. 13). Knapp die Hälfte der Rehabilitanden aus Deutschland, dem ehemaligen Jugoslawien und der ehemaligen Sowjetunion sind Frauen.

6 % der orthopädischen Rehabilitanden sind Ausländer.

# Orthopädische Rehabilitation – Unterschiede in der Versorgung zwischen deutschen und ausländischen Versicherten

**Tab. 13 Soziodemographische Merkmale der orthopädischen Rehabilitanden 2012 nach Staatsangehörigkeit**

Anteile Rehabilitanden in %					
	deutsch	türkisch	ehem. Jug.	ehem. SU	Süd-europa
<b>Anzahl</b>	<b>270.808</b>	<b>3.811</b>	<b>3.093</b>	<b>1.202</b>	<b>2.843</b>
<b>Geschlecht:</b> weiblich	49	33	50	49	39
<b>Alter</b>					
- bis 40 Jahre	12	25	18	20	14
- 41 bis 45 Jahre	11	20	14	13	14
- 46 bis 50 Jahre	19	23	13	17	18
- 51 bis 55 Jahre	24	15	14	25	24
- 56 bis 69 Jahre	24	13	24	18	21
- 61 Jahre oder mehr	10	4	17	8	9
Mittelwert (Jahre)	51	46	51	49	51
<b>Familienstand</b>					
- ledig	15	7	7	4	11
- verheiratet/ Lebenspartnerschaft	67	84	78	80	76
- geschieden/ Lebenspartnerschaft aufgehoben/ verwitwet	16	9	14	15	13
- entfällt/ k. A.	2	1	1	1	1
<b>Höchster Bildungsabschluss</b>					
- Haupt-/ Realschule	82	83	85	72	85
- (Fach-)Abitur	13	4	5	13	6
- entfällt/ keine Aussage möglich	5	13	10	15	9
<b>Berufsausbildung</b>					
- o. abgeschlossene Berufsausbildung	9	45	35	23	39
- m. abgeschlossener Berufsausbildung	86	42	55	62	52
- entfällt/ keine Aussage möglich	5	13	10	16	9

Türkische Rehabilitanden sind häufiger männlich und im Schnitt jünger.

Jug. = Jugoslawien, SU = Sowjetunion  
Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2006-2013

Türkische Rehabilitanden sind nur zu einem Drittel weiblich, ähnlich den Rehabilitanden aus Südeuropa (39 %).

Versicherte aus dem ehemaligen Jugoslawien, aus Südeuropa sowie Deutschland sind durchschnittlich 50 bzw. 51 Jahre alt. Türkische Versicherte sind mit knapp 46 Jahren im Schnitt um fünf Jahre jünger. Ihre Alterszusammensetzung weist einen relativ hohen Anteil von bis zu 40-Jährigen auf (25 %), bei deutschen Rehabilitanden liegt dieser Anteil nur bei 12 %.

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
21	Rehabilitation im Licht der Statistik
21	Medizinische Rehabilitation
53	Berufliche Rehabilitation
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
<b>75</b>	<b>Orthopädische Rehabilitation deutscher und ausländischer Versicherter</b>
87	Medizinische Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit und Herzinfarkt
96	Anhang

Dagegen sind 58 % der deutschen Rehabilitanden über 50 Jahre alt, aber nur 32 % der Rehabilitanden mit türkischer Staatsangehörigkeit.

Rehabilitanden mit ausländischer Staatsangehörigkeit sind häufiger verheiratet. Dies gilt für 84 % der türkischen Rehabilitanden. Bei deutschen Rehabilitanden liegt dieser Anteil mit 67 % wesentlich niedriger.

#### Häufiger geringe Schulbildung und fehlender Berufsabschluss bei ausländischer Nationalität

Von den Rehabilitanden aus Deutschland oder der ehemaligen Sowjetunion haben 13 % ein (Fach-)Abitur. Bei den Rehabilitanden anderer Nationalität fällt dieser Anteil erheblich niedriger aus mit 4 % bis 6 %. Der Anteil mit Haupt- oder Realschulabschluss liegt insgesamt bei 82 % bis 85 % außer bei den Rehabilitanden aus der ehemaligen Sowjetunion (72 %).

Einen Berufsabschluss haben 86 % der deutschen Rehabilitanden, allerdings nur 42 % der türkischen Rehabilitanden. Bei den Rehabilitanden anderer Nationalität ist dieser Anteil höher, jedoch immer noch deutlich niedriger als bei deutschen Rehabilitanden.

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass es zwischen den Rehabilitanden der unterschiedlichen Staatsangehörigkeiten vielfältige soziodemographische Unterschiede beispielsweise bei Alter und Familienstand gibt. Ausländische Rehabilitanden weisen eine durchschnittlich niedrigere schulische Bildung und seltener eine abgeschlossene Berufsausbildung auf als deutsche Rehabilitanden.

#### Durchführung der Rehabilitation und therapeutische Versorgung

Unterscheiden sich je nach Nationalität der Rehabilitanden die durchschnittliche Dauer der orthopädischen Rehabilitation, das Reha-Setting (stationär

#### Wenig Unterschiede in der Durchführung der Rehabilitation

**Tab. 14 Ausgewählte Merkmale der orthopädischen Rehabilitanden 2012 nach Staatsangehörigkeit**

Anteile Rehabilitanden in %			ehem.	ehem.	Süd-
	deutsch	türkisch	Jug.	SU	europa
<b>Durchführung</b>					
- stationär	78	72	76	77	70
- ganztätig ambulant	22	28	24	23	30
<b>Reha-Dauer (Tage)</b>					
- stationär	23	23	23	23	24
- ganztätig ambulant	24	23	23	23	23
<b>Anschlussrehabilitation (AHB)</b>	27	24	20	22	24

Jug. = Jugoslawien, SU = Sowjetunion

Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2006-2013



# Orthopädische Rehabilitation – Unterschiede in der Versorgung zwischen deutschen und ausländischen Versicherten

oder ganztägig ambulante Rehabilitation) und die therapeutische Versorgung (s. Tabellen 14 u. 15)?

Dauer der orthopädischen Rehabilitation unabhängig von Staatsangehörigkeit

Gut ein Fünftel der Rehabilitanden aus Deutschland, dem ehemaligen Jugoslawien oder der ehemaligen Sowjetunion nehmen eine ganztägig ambulante Rehabilitation in Anspruch. Bei den Rehabilitanden aus der Türkei und Südeuropa liegt der Anteil mit 28 % bzw. 30 % etwas höher. Die durchschnittliche Dauer einer stationären wie auch ganztägig ambulanten orthopädischen Rehabilitation liegt unabhängig von der Staatsangehörigkeit bei 23-24 Tagen, d. h. 3,4 Wochen.

Rehabilitationen im Anschluss an eine akutstationäre Behandlung, also eine Anschlussrehabilitation (AR/AHB), führen 27 % der deutschen Rehabilitanden durch. Bei Rehabilitanden aus der Türkei trifft dies auf ein knappes Viertel, bei Rehabilitanden aus dem ehemaligen Jugoslawien auf ein Fünftel zu.

Es gibt in der Orthopädie nur geringe Unterschiede in der Versorgung mit therapeutischen Leistungen je nach Nationalität der Rehabilitanden (nach der Klassifikation therapeutischer Leistungen 2007 verschlüsselt; s. Info-Box S. 43). Im Schnitt werden in der Woche 35 therapeutische Leistungen pro Rehabilitand – sowohl deutscher als auch ausländischer Staatsangehörigkeit –

Rehabilitanden aller Nationalitäten erhalten eine ähnliche therapeutische Versorgung.

**Tab. 15 Therapeutische Versorgung<sup>1</sup> in der orthopädischen Rehabilitation 2012 nach Staatsangehörigkeit**

Angaben in %

Anteil von Rehabilitanden mit einer Leistung aus dem jeweiligen Kapitel...	deutsch	türkisch	ehem. Jug.	ehem. SU	Süd-europa
- Sport- und Bewegungstherapie	97	96	96	97	97
- Physiotherapie	98	98	98	98	97
- Information, Motivation, Schulung	100	100	100	100	100
- Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie	76	77	73	73	72
- Ergotherapie, Arbeitstherapie und funktionelle Therapien	60	53	55	54	56
- Klinische Psychologie/ Neuropsychologie	76	72	76	72	76
- Psychotherapie	7	9	10	7	8
- Reha-Pflege	53	56	56	56	56
- Physikalische Therapie	98	98	99	99	98
- Rekreationstherapie	49	49	50	51	49
- Ernährung	36	33	38	35	49

Jug. = Jugoslawien, SU = Sowjetunion

<sup>1</sup> Kodiert nach der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL), Version 2007

Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2006-2013

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
21	Rehabilitation im Licht der Statistik
21	Medizinische Rehabilitation
53	Berufliche Rehabilitation
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
<b>75</b>	<b>Orthopädische Rehabilitation deutscher und ausländischer Versicherter</b>
87	Medizinische Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit und Herzinfarkt
96	Anhang

erbracht. Auch die Dauer der Therapien pro Woche ist mit 18 Stunden für alle Nationalitäten gleich.

Alle Rehabilitanden erhalten Leistungen zur Information, Motivation und Schulung (s. Tab. 15). Diese Leistungen zielen darauf ab, die Rehabilitanden zu einem aktiven und gesundheitsbewussten Lebensstil zu motivieren und den Umgang mit der Erkrankung zu lernen. Sie bilden daher den Kern der medizinischen Rehabilitation. Auch Physiotherapie, physikalische Therapie sowie Sport- und Bewegungstherapie, die zentralen Leistungen gerade der orthopädischen Rehabilitation, gehören zur therapeutischen Versorgung nahezu aller Rehabilitandinnen und Rehabilitanden (etwa 98 %). Die größten Unterschiede finden sich bei der Ergotherapie, Arbeitstherapie und anderen funktionellen Therapien, die 60 % der deutschen, aber nur 53 % der türkischen Rehabilitanden erhalten. Ähnlich verhält es sich bei Leistungen zur Ernährung, die seltener auf dem Therapieplan türkischer Rehabilitanden stehen (33 % vs. 39 % der Südeuropäer).

Insgesamt sind die Durchführung der Rehabilitation und die therapeutische Versorgung nationalitätsübergreifend vergleichbar. Unterschiede zeigen sich bei der Anschlussrehabilitation, die häufiger von Deutschen, und bei der ambulanten Rehabilitation, die häufiger von türkischen und südeuropäischen Versicherten in Anspruch genommen wird. Hinsichtlich der therapeutischen Versorgung finden sich keine nennenswerten Unterschiede zwischen den Staatsangehörigkeiten, bis auf die Bereiche Ergotherapie und Ernährung.

#### **Empfehlungen für die Zeit nach der orthopädischen Rehabilitation**

Im ärztlichen Entlassungsbericht werden am Ende der medizinischen Rehabilitation Empfehlungen gegeben, mit denen die Rehabilitanden die eingeleiteten Änderungen des Lebensstils im Alltag fortführen und festigen können (s. Tab. 16, S. 82).

Am häufigsten wird den Rehabilitanden empfohlen, die gelernten Übungen selbständig fortzusetzen (mind. 94 %) sowie sportliche und Bewegungsaktivitäten aufzunehmen (über 60 %). Heil- und Hilfsmittel etc. liegen bei etwa 40 %, Kontrolle der Laborwerte und Medikamente bei etwa 37 % sowie Gewichtsreduktion bei 33 % bis 37 %.

Ausländischen Rehabilitanden wird häufiger empfohlen, eine Reha-Nachsorge in Anspruch zu nehmen, als deutschen Rehabilitanden (18 %, bei türkischen Versicherten 29 %). Dies gilt auch für die Prüfung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (16 % bei deutschen, 23 % bei türkischen Rehabilitanden). Möglicherweise sind hierfür die besonderen beruflichen Problemlagen gerade türkischer Rehabilitandinnen und Rehabilitanden verantwortlich. Diese sind, wenn sie einen Antrag auf medizinische Rehabilitation stellen, zu einem höheren Anteil arbeitslos bzw. in niedrig qualifizierten manuellen Tätigkeiten, häufig in Wechselschicht oder Akkord beschäftigt. Türkischen und südeuropäischen Versicherten wird zudem häufiger empfohlen, das Rauchen aufzugeben.

18 % der deutschen und 29 % der türkischen Rehabilitanden erhalten Empfehlungen zur Reha-Nachsorge.

# Orthopädische Rehabilitation – Unterschiede in der Versorgung zwischen deutschen und ausländischen Versicherten

**Tab. 16 Empfehlungen zum Ende der orthopädischen Rehabilitation 2012 nach Staatsangehörigkeit**

Anteile Rehabilitanden in %					
	deutsch	türkisch	ehem. Jug.	ehem. SU	Süd-europa
<b>Empfehlungen (Auswahl)</b>					
- Diagnostische Klärung	11	15	13	12	12
- Kontrolle Laborwerte /Medikamente	38	37	39	37	37
- Psychol. Beratung/Psychotherapie	9	17	14	7	11
- Heil-/Hilfsmittel, Physio-/Ergo-/Ernährungstherapie	40	41	44	39	44
- Übungen selbstständig fortsetzen	95	94	95	96	94
- Sport und Bewegung	65	64	63	67	65
- Gewichtsreduktion	33	37	36	37	34
- Nikotinkarenz	9	14	11	9	12
- Reha-Sport	10	5	5	6	7
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben prüfen	16	23	19	17	18
- Stufenweise Wiedereingliederung	7	10	7	5	8
- Reha-Nachsorge	18	29	25	25	28

Jug. = Jugoslawien, SU = Sowjetunion

Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis [RSD] 2006-2013

Empfehlungen werden häufig umgesetzt.

Die orthopädischen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden setzen die Empfehlungen häufig um. Beispielsweise nutzen 84 % (türkische Rehabilitanden) bis 92 % der Rehabilitanden (ehem. Sowjetunion), bei denen eine stufenweise Wiedereingliederung angeregt wurde, diese Leistung für die Wiederaufnahme ihrer Beschäftigung.

Auch die Empfehlung einer Reha-Nachsorge wird von drei Viertel der Rehabilitanden umgesetzt. Deutsche Rehabilitanden und Rehabilitanden aus Südeuropa kommen dieser Empfehlung öfter nach (75 % bzw. 78 %) als Rehabilitanden anderer Nationalität mit 68 % bzw. 69 %. Mit oder ohne Empfehlung nehmen Deutsche und Rehabilitanden aus Südeuropa zu 30 % eine Reha-Nachsorge in Anspruch gegenüber 24 % der Rehabilitanden aus der ehemaligen Sowjetunion und 26 % der türkischen Rehabilitanden.

## Reha-Ergebnisse

Die Routinedaten der Rentenversicherung geben verschiedene Hinweise auf den Erfolg der Rehabilitation. Für die Rentenversicherung stehen die Erwerbsfähigkeit bzw. die berufliche Wiedereingliederung im Fokus.

Im ärztlichen Reha-Entlassungsbericht finden sich Angaben zum beruflichen Leistungsvermögen am Ende der Rehabilitation. Hier beurteilt die jeweils zuständige Reha-Ärztin/ der Reha-Arzt, wie leistungsfähig die Rehabilitanden

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
21	Rehabilitation im Licht der Statistik
21	Medizinische Rehabilitation
53	Berufliche Rehabilitation
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
<b>75</b>	<b>Orthopädische Rehabilitation deutscher und ausländischer Versicherter</b>
87	Medizinische Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit und Herzinfarkt
96	Anhang

im zuletzt ausgeübten Beruf sind und ob sie arbeitsfähig entlassen werden können (s. Tab. 17).

Im letzten Beruf vollschichtig leistungsfähig (täglich sechs Stunden und mehr) sind 81 % der deutschen Rehabilitanden und 77 % der Rehabilitanden aus der ehemaligen Sowjetunion, aber nur 70 % der jugoslawischen und der türkischen Staatsbürger. Voll erwerbsgemindert (Leistungsfähigkeit unter drei Stunden pro Tag) sind 18 % der Rehabilitanden aus der Türkei und aus dem ehemaligen Jugoslawien, aber nur 12 % der Deutschen oder der Rehabilitanden aus der ehemaligen Sowjetunion. Im Anschluss an die Rehabilitation sind nur 38 % der türkischen, aber 52 % der deutschen Rehabilitanden arbeitsfähig. Bei Rehabilitanden aus der ehemaligen Sowjetunion sind dies sogar 59 %.

Deutsche Rehabilitanden sind nach der Reha häufiger arbeitsfähig als türkische.

**Tab. 17 Leistungsfähigkeit und Arbeitsfähigkeit der Rehabilitanden am Ende ihrer orthopädischen Rehabilitation 2012 nach Staatsangehörigkeit**

Anteile Rehabilitanden in %					
	deutsch	türkisch	ehem. Jug.	ehem. SU	Süd-europa
<b>Leistungsfähigkeit (letzter Beruf)</b>					
- 6 Stunden und mehr	81	70	70	77	77
- 3 bis unter 6 Stunden	8	12	12	10	10
- unter 3 Stunden	12	18	18	12	14
- k. A./ k. A. erforderlich	0	0	0	1	8
<b>Arbeitsfähigkeit</b>					
- arbeitsfähig	52	38	49	59	50
- arbeitsunfähig	47	61	50	40	49
- k. A./ Beurteilung nicht erforderlich	1	1	1	1	1

Jug. = Jugoslawien, SU = Sowjetunion  
 Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2006-2013

Zeigen sich bei der Wiedereingliederung in das Erwerbsleben Unterschiede nach der Nationalität der Rehabilitanden? Diese Frage lässt sich anhand der monatlichen Beiträge beantworten, die die Arbeitgeber für ihre sozialversicherungspflichtig Beschäftigten an die Rentenversicherung leisten. Im Folgenden wird ermittelt, ob in einem Zeitraum von 12 Monaten nach Ende der Rehabilitation Beiträge aus versicherungspflichtiger Beschäftigung eingegangen sind und wenn ja, für wie viele Monate (s. Abb. 28, S. 84). Daneben entrichtet die Krankenversicherung Beiträge für Versicherte, die Krankengeld beziehen, und die Bundesagentur für Arbeit für arbeitslose Versicherte.

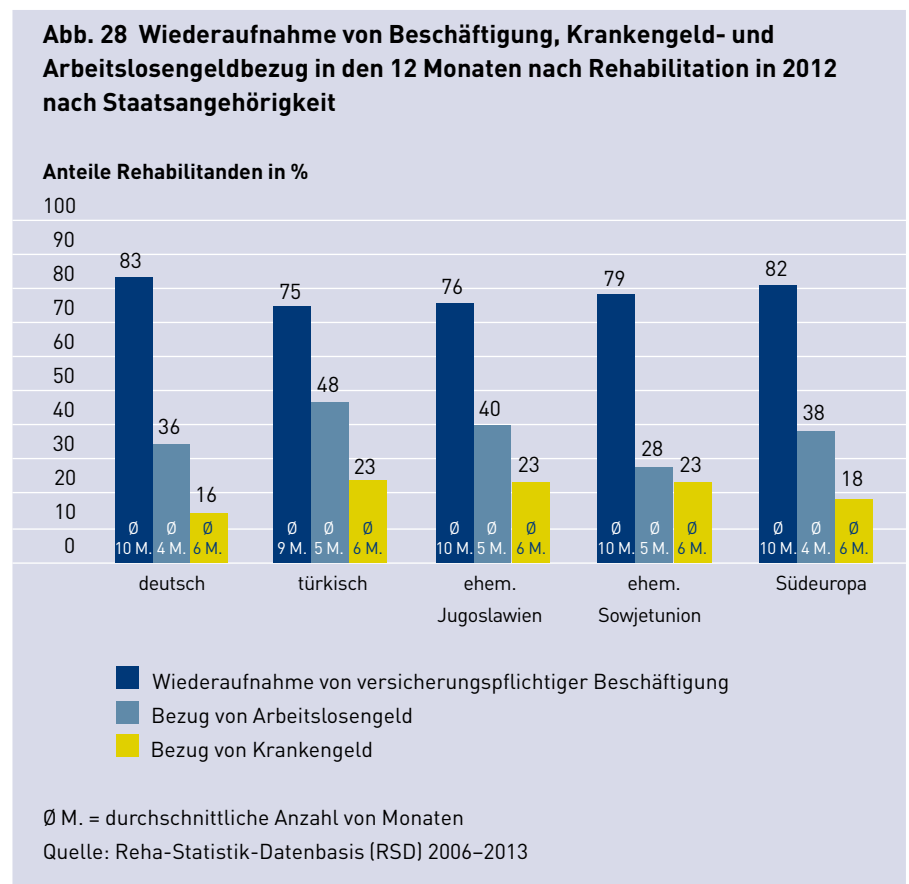
In den 12 Monaten nach dem Ende der Rehabilitation nehmen 83 % der deutschen Rehabilitanden, aber nur 75 % der türkischen Rehabilitanden ihre Arbeit wieder auf. Bei den Rehabilitanden, die wieder eine Arbeit aufgenommen

# Orthopädische Rehabilitation – Unterschiede in der Versorgung zwischen deutschen und ausländischen Versicherten

haben, liegt die durchschnittliche Anzahl von Monaten mit Beschäftigung bei 9 (türkische Rehabilitanden) bis 10 Monaten (deutsche).

Der Anteil der Rehabilitanden mit Krankengeldbezug variiert ebenfalls: 48 % der türkischen Rehabilitanden beziehen ein Jahr nach der orthopädischen Rehabilitation Krankengeld, während dies nur bei 28 % der Rehabilitanden aus der ehemaligen Sowjetunion der Fall ist (36 % der Deutschen). Die durchschnittliche Anzahl von Monaten mit Krankengeld liegt bei den Beziehern von Krankengeld zwischen 4 (deutsche Rehabilitanden) und 5 Monaten (ausländische Rehabilitanden bis auf Rehabilitanden aus Südeuropa). Gemessen an den Beitragszahlungen der Bundesagentur für Arbeit sind ein Jahr nach der Rehabilitation 16 % der deutschen Rehabilitanden und 23 % der ausländischen Rehabilitanden (bis auf Rehabilitanden aus Südeuropa) arbeitslos. Bei Beziehern von Arbeitslosengeld beträgt die durchschnittliche Bezugsdauer nationalitätsübergreifend 6 Monate.

Deutliche Unterschiede in der Wiederaufnahme der Beschäftigung



Zusammengefasst sind Rehabilitanden mit ausländischer Staatsangehörigkeit im Anschluss an die Rehabilitation seltener vollschichtig leistungsfähig und häufiger arbeitsunfähig. Eine Ausnahme bilden Rehabilitanden aus der

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
21	Rehabilitation im Licht der Statistik
21	Medizinische Rehabilitation
53	Berufliche Rehabilitation
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
<b>75</b>	<b>Orthopädische Rehabilitation deutscher und ausländischer Versicherter</b>
87	Medizinische Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit und Herzinfarkt
96	Anhang

ehemaligen Sowjetunion. In den 12 Monaten nach der Rehabilitation nehmen Rehabilitanden mit anderer Nationalität zum Teil seltener eine Beschäftigung auf als deutsche, sind häufiger langzeiterkrankt und arbeitslos.

### Fazit

Ausländische Versicherte nehmen eine orthopädische Rehabilitation seltener in Anspruch als Versicherte mit deutscher Staatsbürgerschaft. Die dargestellten schlechteren Reha-Ergebnisse der ausländischen Rehabilitanden können sowohl durch den häufig schlechteren Ausgangszustand bedingt sein als auch für eine geringere Wirksamkeit der Rehabilitation bei Menschen anderer Staatsangehörigkeit sprechen. Hervorzuheben ist auch die niedrigere schulische und berufliche Bildung von ausländischen Rehabilitanden. Gering qualifizierte Personen haben ein höheres Risiko, arbeitslos, krank und frühzeitig berentet zu werden. Dies spiegelt sich auch in der niedrigeren Rate der Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt nach Ende der Rehabilitation wider.

Vor diesem Hintergrund beschäftigen sich aktuell verschiedene Forschungsprojekte mit der Zielgruppe der Rehabilitanden mit Migrationshintergrund: So werden etwa zur Erleichterung des Reha-Zugangs muttersprachliche Informationsbroschüren und Informationsveranstaltungen entwickelt und erprobt. Einzelne Reha-Einrichtungen setzen bereits migrantenspezifische Konzepte ein. Darüber hinaus empfiehlt sich, stärker auf eine kultursensible Ausrichtung der Reha-Konzepte insgesamt zu achten.

Fest steht: Ein Migrationshintergrund ist zwar keine Krankheitsursache, geht jedoch mit krankheitsrelevanten Einflussfaktoren einher, die zu unterschiedlichen Gesundheitsproblemen und unterschiedlichen Bedarfen führen können. Diese Bedarfe festzustellen und entsprechende Angebote (weiter) zu entwickeln, bleibt eine wichtige Aufgabe der Rentenversicherung.

Mit Forschung Zugang und Erfolg der Rehabilitation für Personen mit Migrationshintergrund verbessern







# Medizinische Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit und Herzinfarkt

Ca. 300.000 Bundesbürger erleiden jährlich einen Herzinfarkt.

Ursache ist in der Regel eine Arteriosklerose.

Der Herzinfarkt und die zugrundeliegende koronare Herzkrankheit spielen in den Statistiken zu Sterblichkeit und Behandlungskosten nach wie vor die wichtigste Rolle. In Deutschland erleiden jedes Jahr ca. 300.000 Bundesbürger einen Herzinfarkt. Betroffene berichten über Schmerz, Luftnot und Todesangst im Augenblick des Infarktes, der zuallererst einer Intensivbehandlung im Akutkrankenhaus bedarf. Während die koronare Herzkrankheit die chronische Grunderkrankung bezeichnet, ist der Herzinfarkt die akute Erscheinungsform derselben. Zur zeitgemäßen Therapie dieser Krankheiten und ihrer Risikofaktoren gehört auch die multimodale medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung – sei es unmittelbar im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung wegen des Herzinfarktes oder bei Vorliegen der chronischen Grunderkrankung koronare Herzkrankheit.

## Koronare Herzkrankheit und Herzinfarkt – die Krankheitsbilder

Ein Herzinfarkt entwickelt sich üblicherweise auf dem Boden einer Arteriosklerose (umgangssprachlich Arterienverkalkung) der Koronararterien. Die Koronararterien, auch Herz-Kranzgefäße genannt, sind für die Durchblutung des Herzmuskels und damit für seine Funktionsfähigkeit von wesentlicher Bedeutung. Durch die zunehmende arteriosklerotische Verengung der Koronararterien kann es beispielsweise unter körperlicher Belastung zu einer Durchblutungsstörung mit Sauerstoffmangelversorgung von Herzmuskelarealen kommen. Das kann schleichend vonstattengehen oder plötzlich und unvermittelt als klassischer Herzinfarkt in Erscheinung treten.

### Diagnosen zur koronaren Herzkrankheit bzw. zum Herzinfarkt nach der ICD\*

- I20: Angina pectoris
- I21: Akuter Myokardinfarkt
- I22: Rezidivierender Myokardinfarkt
- I23: Bestimmte akute Komplikationen nach akutem Myokardinfarkt
- I24: Sonstige ischämische Herzkrankheit
- I25: Chronische ischämische Herzkrankheit
- Z95.1: Bypass-Operation
- Z95.5: Katheter-Therapie
- Z95.9: sonstige kardiale Intervention/Operation

\* Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD), deutsche Fassung, 2015



# Medizinische Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit und Herzinfarkt

Die Arteriosklerose der Herz-Kranzgefäße ist eine chronische Erkrankung und wird auch als koronare Herzkrankheit (KHK) oder chronisch-ischämische Herzkrankheit bezeichnet. Sowohl in den Todesursachenstatistiken als auch in den Reha-Statistiken wird häufig nicht das akute Ereignis (Myokard-/Herzinfarkt) und dessen Komplikationen, sondern die Grunderkrankung als Hauptdiagnose angegeben. Eine medizinische Rehabilitation ist nicht selten auch angezeigt nach einer Bypass-Operation oder nach Katheter-Therapie bzw. einer sonstigen kardialen Intervention/Operation. Alle diese Diagnosen bilden die Grundlage für die nachfolgenden Untersuchungen (s. Kasten zu Diagnosen der ICD, S. 87).

## Ziele und Inhalte der medizinischen Rehabilitation

Das Ziel der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung ist, dem Fortschreiten und den Auswirkungen der koronaren Herzkrankheit Einhalt zu gebieten und damit die Erwerbsfähigkeit der Betroffenen langfristig zu erhalten oder wiederherzustellen (s. Info-Box S. 23). Durch Rehabilitation kann eine drohende Erwerbsminderung (und damit eventuelle Rentenzahlungen) gegebenenfalls abgewendet oder hinausgezögert werden. Die Rehabilitation nach einem Herzinfarkt bzw. bei einer koronaren Herzkrankheit ist darauf ausgerichtet, Patientinnen und Patienten den Umgang mit ihrer Erkrankung zu erleichtern, ihre gesundheitliche Lebensqualität und die körperliche Leistungsfähigkeit zu verbessern, die koronaren Risikofaktoren zu senken und die Rückkehr in Beruf und Alltag zu unterstützen. Sie wird weitestgehend standardisiert durchgeführt. Die konkrete Ausgestaltung der verschiedenen therapeutischen Inhalte richtet sich nach aktuellen, evidenzbasierten Therapiemodulen, die in den Reha-Therapiestandards „Koronare Herzkrankheit“ der Deutschen Rentenversicherung zusammengefasst sind.

Koronare Risikofaktoren senken und Rückkehr in den Beruf unterstützen

Lebensstiländerung durch Bewegungstherapie, Patientenschulung und Gesundheitsbildung anregen

Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen

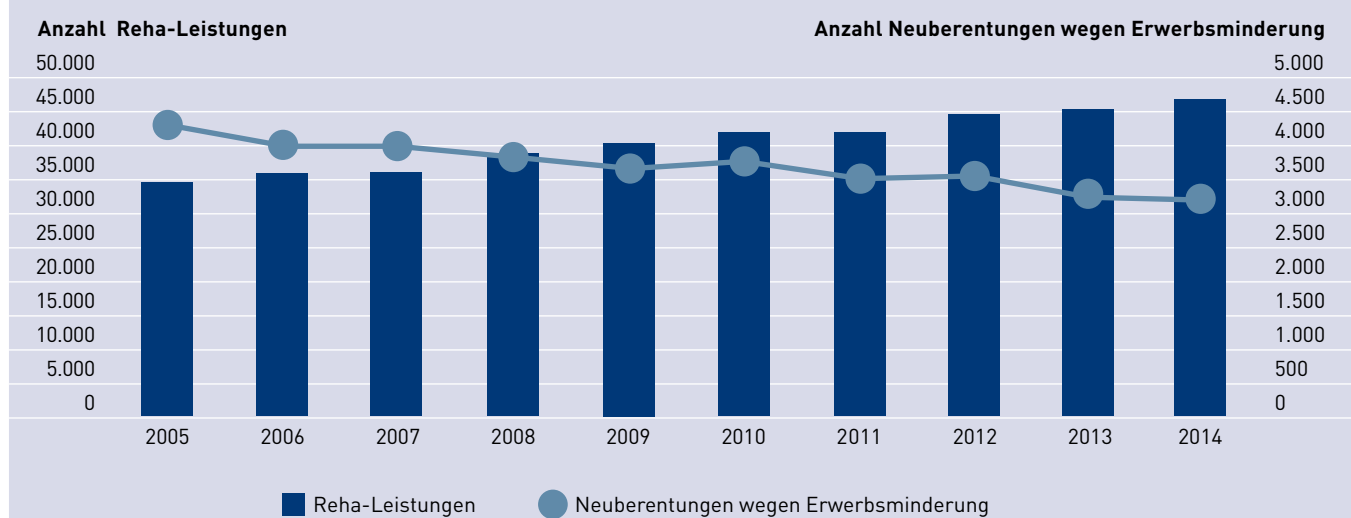
Bewegungstherapie, Patientenschulung und Gesundheitsbildung sind Kernelemente im Konzept der multimodalen Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit, denn es gilt, eine nachhaltige Lebensstiländerung anzustoßen. Die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erhalten alle wesentlichen Informationen über ihre Erkrankung und deren Risikofaktoren. Damit die Therapie langfristig erfolgreich ist, können zielgruppenspezifische Angebote (z. B. Frauengruppen in der Bewegungstherapie) die individuellen Bedürfnisse und Besonderheiten der kardiologischen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden aufgreifen. Psychosoziale Unterstützung bei der Krankheits- und Stressbewältigung sowie die Optimierung der medikamentösen Therapie sind weitere wichtige Bestandteile. Gerade nach einem lebensbedrohlichen Ereignis wie dem Herzinfarkt können psychische Begleiterkrankungen auftreten. Die „Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation: Koronare Herzerkrankung“ der Deutschen Rentenversicherung geben Hinweise, wie psychologisch relevante Problemlagen erkannt werden können und welche psychologischen Interventionen in der Rehabilitation geeignet sind (weitere Einzelheiten zur therapeutischen Versorgung s. S. 91 f.).

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
21	Rehabilitation im Licht der Statistik
21	Medizinische Rehabilitation
53	Berufliche Rehabilitation
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
75	Orthopädische Rehabilitation deutscher und ausländischer Versicherter
<b>87</b>	<b>Medizinische Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit und Herzinfarkt</b>
96	Anhang

### Inanspruchnahme und Durchführung der Rehabilitation

Im Laufe der letzten zehn Jahre haben Leistungen zur medizinischen Rehabilitation mit der Indikation koronare Herzkrankheit bzw. Herzinfarkt um knapp 30 % zugenommen. Im selben Zeitraum sind die Neuberentungen bei Erwerbsminderung wegen dieser Indikation um 25 % zurückgegangen (s. Abb. 29).

**Abb. 29 Entwicklung der medizinischen Reha-Leistungen und Renten wegen Erwerbsminderung bei koronarer Herzkrankheit bzw. Herzinfarkt 2005–2014**



Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2005 bis 2014, „Rentenzugang“ 2005 bis 2014

Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit wird vor allem von Männern beansprucht.

Im Jahr 2014 gingen 5 % (N = 46.894) aller medizinischen Reha-Leistungen auf die koronare Herzkrankheit bzw. auf einen Herzinfarkt zurück. Nur knapp 17 % dieser Rehabilitationen wurden von Frauen in Anspruch genommen. Der sehr hohe Anteil männlicher Rehabilitanden erklärt sich aus der geschlechtsspezifischen Prävalenz der koronaren Herzkrankheit bzw. des Herzinfarkts im erwerbsfähigen Alter. Männer sind in diesem Lebensabschnitt stärker betroffen als Frauen. Das Durchschnittsalter der Rehabilitanden mit koronarer Herzkrankheit bzw. Herzinfarkt lag 2014 bei 54,4 Jahren – mit nur geringen Unterschieden zwischen Frauen und Männern. Sie sind damit älter als Rehabilitandinnen und Rehabilitanden anderer Indikationen (Altersdurchschnitt insgesamt 52,2 Jahre; s. S. 31).

Die Reha-Leistungen wurden überwiegend in stationären Reha-Einrichtungen (85 %) und zu 15 % ganztägig ambulant durchgeführt. Der Anstieg der Reha-Leistungen in den letzten Jahren zeigt sich insbesondere im ambulanten Bereich.

Überwiegend als Anschlussrehabilitation durchgeführt

Die überwiegende Mehrheit der stationären Rehabilitationen (81 %) wurde als Anschlussrehabilitation (AHB) durchgeführt. Dieser Anteil ist verglichen mit anderen Reha-Indikationen besonders hoch; über die gesamte medizinische Rehabilitation gesehen lag der AHB-Anteil 2014 im Schnitt bei 35 % (s. Tab. 3, S. 26). Anschlussrehabilitationen werden aus dem Akutkrankenhaus heraus veranlasst und schließen in der Regel innerhalb von 14 Tagen an die Krankenhausbehandlung, z. B. nach akutem Herzinfarkt, an. Das sonst übliche Reha-Antragsverfahren (ohne vorausgehenden Krankenhausaufenthalt) findet sich bei der betrachteten Indikation mit 19 % deutlich weniger häufig.

## Typische Risikofaktoren der koronaren Herzkrankheit (KHK) mit oder ohne Herzinfarkt

(Auswahl)

- Alter und Geschlecht
- Herzinfarkt in der eigenen Vorgeschichte
- Herzinfarkt bei nächsten Verwandten vor dem 55 Lebensjahr
- Rauchen
- Fettstoffwechselstörung
- Störung des Zuckerstoffwechsels
- Bluthochdruck
- Übergewicht/Adipositas
- Bewegungsmangel

## Risikofaktoren und Nebendiagnosen

Risikofaktoren (s. Info-Box) fördern die Entstehung und das Fortschreiten einer koronaren Herzkrankheit. Insbesondere wenn mehrere Risikofaktoren zusammentreffen, steigt das Risiko einer koronaren Herzkrankheit und damit eines Herzinfarktes massiv an. Das gilt vor allem für Menschen, die bereits einen Herzinfarkt hatten. Sie haben ein besonders hohes Risiko, erneut einen Infarkt zu erleiden.

Im Entlassungsbericht am Ende einer Rehabilitation dokumentieren die Reha-Ärztinnen bzw. -Ärzte die jeweilige Diagnose, mit der die Rehabilitanden entlassen werden. Neben der Hauptdiagnose können bis zu vier weitere Diagnosen pro Reha-Leistung angegeben werden. Diese stellen zum Teil Risikofaktoren dar. Über die Auswertung dieser Nebendiagnosen kann deshalb näherungsweise auch auf das Risikoprofil der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden geschlossen werden.

Mindestens ein Risikofaktor bei 80 % der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden

Bei 46.894 Rehabilitationen wegen koronarer Herzkrankheit bzw. Herzinfarkt wurden 2014 insgesamt 187.576 Nebendiagnosen dokumentiert. Bei 31% der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden wurde lediglich ein Risikofaktor, bei 36 % wurden zwei und bei 13 % drei oder vier Risikofaktoren gleichzeitig erfasst. Insgesamt fanden sich bei 80 % der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit einer koronaren Herzkrankheit ein oder mehrere der genannten Risikofaktoren im Entlassungsbericht.

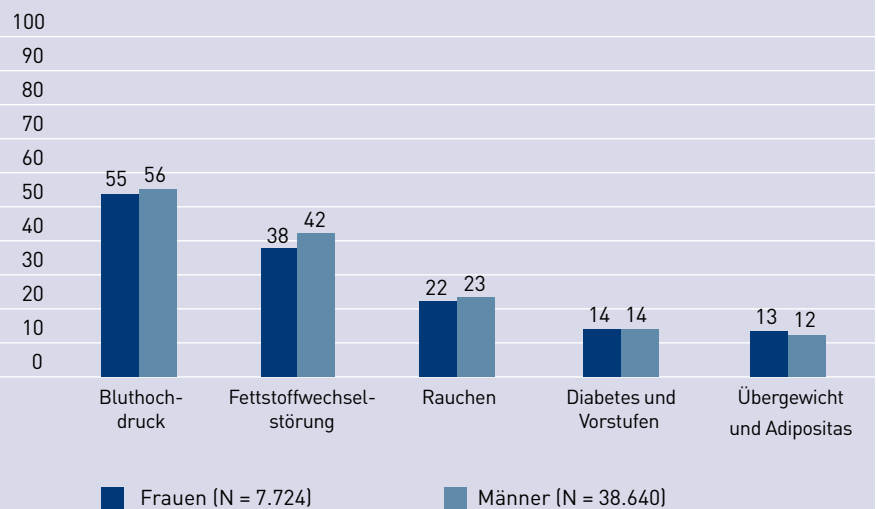
Abbildung 30 zeigt die Häufigkeit der als Nebendiagnosen in den Entlassungsberichten genannten Risikofaktoren. Bluthochdruck steht bei Frauen wie Männern an erster Stelle (rd. 55 %). Bei Männern wurde etwas häufiger (42%) als bei Frauen (38 %) eine Fettstoffwechselstörung (z. B. erhöhtes Gesamt-Cholesterin) als Nebendiagnose erfasst. Ohne weitere wesentliche Geschlechtsunterschiede folgen als Nebendiagnose Rauchen (rd. 23 %), eine Glukosestoffwechselstörung (z. B. ein Diabetes oder seine Vorstufen; rd. 14 %) und Übergewicht bzw. Adipositas (12 % bzw. 13 %).

Diese Zahlen zeigen, dass sich die Rehabilitation nicht allein auf die Grunderkrankung beziehen kann. Diese Patienten benötigen ein umfassendes, auf ihre Bedürfnisse zugeschnittenes, therapeutisches Angebot.

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
21	Rehabilitation im Licht der Statistik
21	Medizinische Rehabilitation
53	Berufliche Rehabilitation
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
75	Orthopädische Rehabilitation deutscher und ausländischer Versicherter
<b>87</b>	<b>Medizinische Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit und Herzinfarkt</b>
96	Anhang

**Abb. 30 Risikofaktoren<sup>1</sup> bei Rehabilitanden mit koronarer Herzkrankheit bzw. Herzinfarkt 2014**

Anteile Rehabilitanden in %



<sup>1</sup> als Nebendiagnosen im Reha-Entlassungsbericht angegeben

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2014

### Therapeutische Versorgung

Die therapeutische Versorgung während der Rehabilitation wegen koronarer Herzkrankheit bzw. Herzinfarkt lässt sich am besten an den während der Rehabilitation erbrachten therapeutischen Leistungen ablesen (hier nach der Klassifikation therapeutischer Leistungen 2007 verschlüsselt; s. Info-Box S. 43). Im Schnitt werden in der Woche 32 therapeutische Leistungen pro Rehabilitandin bzw. Rehabilitand erbracht, mit einer durchschnittlichen Dauer der Therapien von 17 Stunden pro Woche. Damit liegen therapeutische Frequenz und Dauer hier etwas niedriger als bei medizinischen Reha-Leistungen insgesamt (rd. 34 therapeutische Leistungen, rd. 19 Stunden pro Woche; s. S. 44). Dies hängt sicher mit dem hohen Anteil von Anschlussrehabilitationen bei koronaren Herzkrankheiten zusammen. Direkt im Anschluss an die Krankenhausbehandlung sind die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden häufig nur begrenzt belastbar.

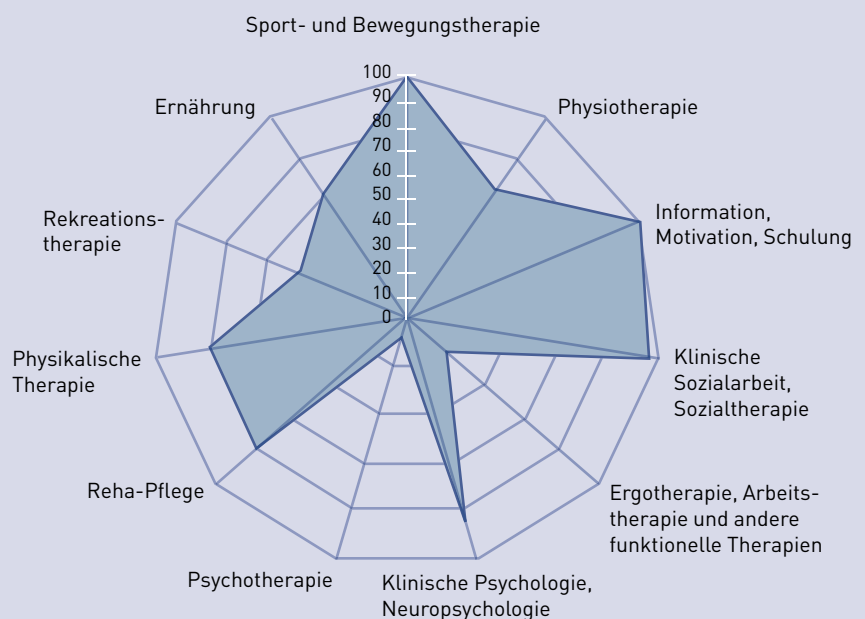
Abbildung 31 zeigt die Versorgung in den verschiedenen therapeutischen Bereichen. Nahezu alle Rehabilitanden nehmen Angebote der Sport- und Bewegungstherapie wahr. Dazu gehören besonders häufig Ausdauertraining (93 %), Geh- und Lauftraining (73 %) sowie Muskelaufbautraining (57 %). Bei koronarer Herzkrankheit sind Schulungen ein besonders wichtiger Schwerpunkt der Rehabilitation. Alle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erhalten Schulungen. Neben allgemeinen Gesundheitsbildungsprogrammen stehen dabei auch spezifische Patientenschulungen auf dem Programm: Schulungen bei koronarer

Sport- und Bewegungstherapie sowie spezielle Schulungen sind Schwerpunkte.

# Medizinische Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit und Herzinfarkt

**Abb. 31 Therapeutische Versorgung<sup>1</sup> in der medizinischen Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit bzw. Herzinfarkt 2014**

Anteile Rehabilitanden<sup>2</sup> in %



<sup>1</sup> Kodiert nach der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL), Version 2007

<sup>2</sup> Anteil von Rehabilitanden mit einer Leistung aus dem jeweiligen KTL-Kapitel

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2014, N = 37.246

Herzkrankheit (88 %), Schulungen zur Ernährung (Ernährungsberatung einzeln 30 % oder in der Gruppe 52 %, Lehrküche 39 %, Schulungsbuffet 47 %), oder Schulungen zur Blutdruckselbstmessung (32 %). Die Blutdruckselbstmessung wird häufig auch von Pflegekräften im Einzelkontakt geschult (Anleitung zur Blutdruckkontrolle 55 %). Insgesamt fällt der Anteil von Leistungen aus dem therapeutischen Spektrum der Reha-Pflege in der Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit bzw. Herzinfarkt höher aus (78 %, s. Abb. 31) als in der medizinischen Rehabilitation insgesamt (66 %, s. Tab. 6, S. 43) – auch dies steht sicherlich mit dem hohen Anteil an Anschlussrehabilitationen in Zusammenhang.

## Empfehlungen für die Zeit nach der Rehabilitation

Im Entlassungsbericht hat die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt der Reha-Einrichtung auch die Möglichkeit, Empfehlungen für die Zeit nach der Rehabilitation zu dokumentieren. 2014 wurden den hier betrachteten Rehabilitanden vor allem die Kontrolle von Laborwerten und Medikamentendosierungen (bei 85 %) empfohlen (s. Tab.18). Dabei handelt es sich erfahrungsgemäß um die medizinische Begleitung der begonnenen Lebensstiländerung durch Kontrolle des Blutdrucks und der Blutdruckmedikation sowie um die Kontrolle und Therapieoptimierung von Blutfetten und Blutzuckerwerten.

Häufig Empfehlung zur Kontrolle der Laborwerte und Medikation

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
21	Rehabilitation im Licht der Statistik
21	Medizinische Rehabilitation
53	Berufliche Rehabilitation
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
75	Orthopädische Rehabilitation deutscher und ausländischer Versicherter
<b>87</b>	<b>Medizinische Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit und Herzinfarkt</b>
96	Anhang

**Tab. 18 Empfehlungen der Reha-Einrichtung für die Zeit nach der Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit bzw. Herzinfarkt 2014**

Empfehlung für	Häufigkeit in %
Kontrolle Laborwerte/Medikamente	85
Rehabilitationssport	52
Diagnostische Klärung	19
Reha-Nachsorge	7
psychologische Beratung/Psychotherapie	7
Stufenweise Wiedereingliederung	7
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben prüfen	6
Stationäre Behandlung/Operation	4
Heil- und Hilfsmittel, Physio- und Ergotherapie	3
Selbsthilfegruppe	2
Funktionstraining	0,7
Suchtberatung	0,3

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2014, N = 46.894

Eine umfassende Reha-Nachsorge wird 7 % der Rehabilitanden empfohlen.

Die häufige Empfehlung von Rehabilitationssport (bei 52 %) spiegelt ebenfalls die Besonderheit dieser Rehabilitandengruppe mit ihrem Risikoprofil wider. Die Fortsetzung von sportlichen Aktivitäten, aber auch von Bewegung allgemein, hat in dieser Gruppe einen besonders hohen Stellenwert, da sich körperliche Bewegung nachweisbar positiv auf den Fett- und Blutzuckerstoffwechsel auswirkt. Hinzu kommt, dass eine nachhaltige Gewichtsabnahme nur durch begleitende körperliche Aktivität gelingen kann. Einem gewissen Anteil der Rehabilitanden (7 %) wird zur Erreichung der Reha-Ziele eine umfassendere Reha-Nachsorge empfohlen. Hier werden in multimodalen Angeboten etwa Schulungen mit bewegungstherapeutischen und ernährungsmedizinischen Leistungen kombiniert.

### Ergebnis der Rehabilitation

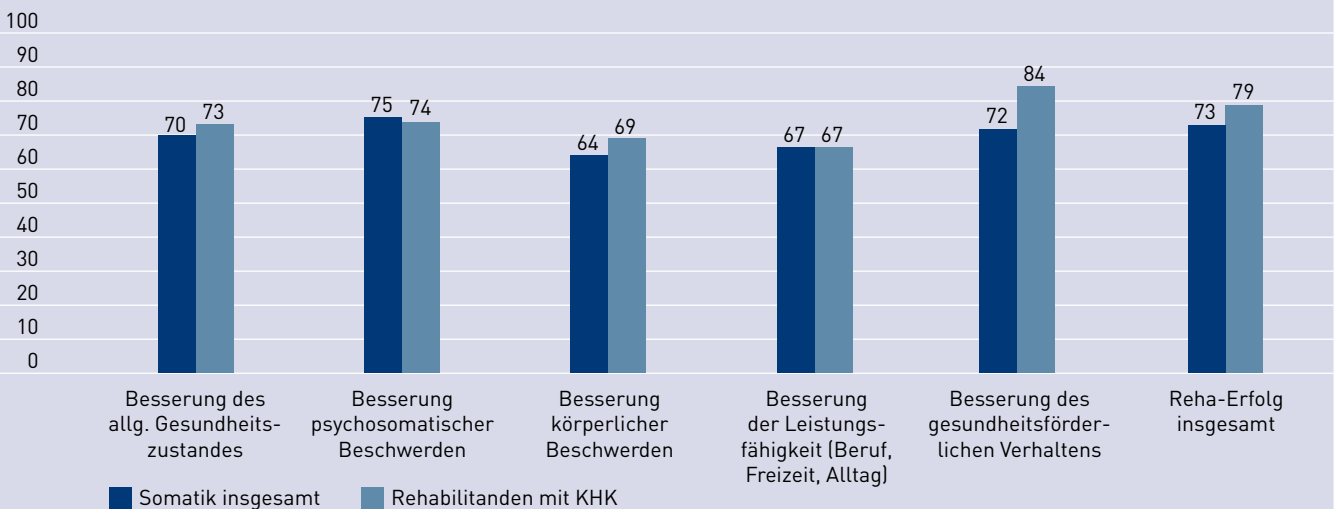
Zur Bewertung des Reha-Ergebnisses wird zum einen der subjektiv wahrgenommene Behandlungserfolg bei den Rehabilitanden erhoben (Rehabilitandenbefragungen; s. Info-Box S. 37). Zum anderen ermöglichen Routinedaten der Rentenversicherung Aussagen zum erwerbsbezogenen Leistungsvermögen bei Entlassung aus der Rehabilitation sowie zum weiteren Verbleib im Erwerbsleben.

KHK-Rehabilitanden bewerten ihr Reha-Ergebnis besonders positiv.

Die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die wegen einer koronaren Herzkrankheit behandelt wurden, kommen nahezu in allen Punkten zu einer positiven Einschätzung des Reha-Ergebnisses als die Gesamtheit aller Rehabilitanden mit somatischer Reha-Indikation im vergleichbaren Zeitraum (s. Abb. 32, S. 94). Gravierende Unterschiede ergeben sich bei den Fragen zum gesundheitsförderlichen Verhalten sowie zum Reha-Erfolg allgemein. Hier bewerteten die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit einer koronaren Herzkrankheit bzw. Herzinfarkt ihre Rehabilitation signifikant positiver als die Vergleichsgruppe.

**Abb. 32 Behandlungserfolg aus Sicht der Rehabilitanden: Ergebnisse für die koronare Herzkrankheit bzw. Herzinfarkt im Vergleich zu somatischen Indikationen insgesamt**

Anteile Rehabilitanden in %



Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Rehabilitandenbefragung KHK/Hi: Apr. 2012 bis Sept. 2013, somatische Indikationen insg.: Okt. 2011 bis Sept. 2013

Rund 90 % können ihren alten Beruf wieder vollschichtig ausüben.

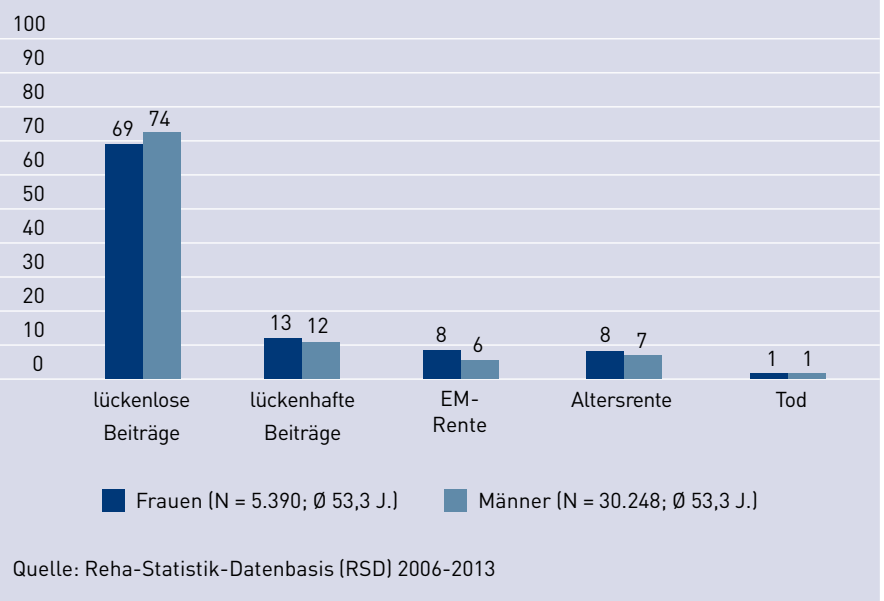
Für die Rentenversicherung ist das Ziel der medizinischen Rehabilitation die Wiederherstellung und Erhaltung der Erwerbsfähigkeit. Im Reha-Entlassungsbericht wird deshalb eine sozialmedizinische Einschätzung des erwerbsbezogenen Leistungsvermögens vorgenommen, insbesondere mit einer Stellungnahme zum qualitativen und quantitativen Leistungsvermögen der Rehabilitanden. Für die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden nach Herzinfarkt bzw. koronarer Herzkrankheit ergab sich 2014 für das quantitative Leistungsvermögen bezogen auf die letzte berufliche Tätigkeit folgendes Bild: 85 % der männlichen und 88 % der weiblichen Rehabilitanden mit einer KHK waren imstande, die letzte berufliche Tätigkeit vollschichtig (über 6 Stunden/Tag) oder zumindest 3 bis 6 Stunden täglich auszuüben. Für lediglich 2,4 % der Männer und 3,1 % der Frauen wurde das verbleibende Leistungsvermögen als unzureichend für eine Tätigkeit von mindestens 3 Stunden Dauer auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eingeschätzt bzw. ein aufgehobenes Leistungsvermögen attestiert.

Einen wichtigen Indikator für den Erfolg einer Rehabilitation stellt auch der sozialmedizinische Verlauf dar (s. Info-Box S. 46). Verglichen mit der im Entlassungsbericht dokumentierten Leistungsfähigkeit bei Reha-Entlassung gibt dieser Indikator Auskunft darüber, wie viele Rehabilitanden innerhalb von zwei Jahren nach der Rehabilitation im Erwerbsleben verbleiben konnten und wie viele aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind.

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
21	Rehabilitation im Licht der Statistik
21	Medizinische Rehabilitation
53	Berufliche Rehabilitation
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
75	Orthopädische Rehabilitation deutscher und ausländischer Versicherter
<b>87</b>	<b>Medizinische Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit und Herzinfarkt</b>
96	Anhang

**Abb. 33 Sozialmedizinischer 2-Jahres-Verlauf nach Rehabilitation (pflichtversicherte Rehabilitanden bei koronarer Herzkrankheit bzw. Herzinfarkt in 2011)**

Anteile Rehabilitanden in %



Die meisten Rehabilitanden verbleiben in den zwei Jahren nach Reha im Erwerbsleben.

Die Ergebnisse für pflichtversicherte Rehabilitanden aus dem Jahr 2011 sind in Abbildung 33 dargestellt. Männer sind in den zwei Jahren nach der Rehabilitation etwas häufiger im Erwerbsleben verblieben (86 % vs. 82 %). Frauen sind etwas häufiger aus dem Erwerbsleben ausgeschieden und zwar insbesondere durch Eintritt in den Bezug von Erwerbsminderungsrente (8 % vs. 6 %).

### Fazit

Die medizinische Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit bzw. nach einem Herzinfarkt ist in Deutschland fester Bestandteil in der Versorgungskette und gewinnt in den letzten Jahren – insbesondere in der ambulanten Rehabilitation – zunehmend an Bedeutung. Dass die Rehabilitation insbesondere als Anschlussrehabilitation nach einem Herzinfarkt bzw. nach einer kardialen Operation oder Intervention in Anspruch genommen wird, ist eine Besonderheit dieser Gruppe ebenso wie die Tatsache, dass weit mehr Männer als Frauen im erwerbsfähigen Alter betroffen sind. Die Rehabilitation dieser Patientinnen und Patienten fußt auf einem modernen Konzept, das evidenzbasiert auf die häufigen und typischen Risikofaktoren der Betroffenen eingeht. Sowohl die Inhalte während der Rehabilitation als auch die ärztlichen Empfehlungen für die Zeit nach der Rehabilitation sind hierauf ausgerichtet. Im Ergebnis wird die Rehabilitation von diesen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden außergewöhnlich gut akzeptiert und bewertet. Der überwiegende Teil der Rehabilitanden mit koronarer Herzkrankheit bzw. Herzinfarkt ist zwei Jahre nach der medizinischen Rehabilitation im Erwerbsleben verblieben.

Modernes, evidenzbasiertes Konzept der medizinischen Reha bei KHK



## Datenquellen

Grundlage des Reha-Berichts 2015 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. Man spricht daher auch von prozessproduzierten Daten. Diese Daten über die Erwerbsbeteiligung, über Reha-Anträge und Reha-Leistungen bis zum aktuellen Berichtsjahr – einschließlich ggf. einer Berentung – werden in der von allen Rentenversicherungsträgern bereit gestellten Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) dokumentiert. Die RSD enthält somit personenbezogene Merkmale zur Soziodemographie, zu Leistungen zur Rehabilitation und Rente sowie zu Beitragszeiten über einen Zeitraum von mehreren Jahren.

Für den Reha-Bericht 2015 wurden außerdem die folgenden jährlichen Statistiken über Routinedaten der Rentenversicherung herangezogen:

Der umfangreiche Tabellenband „Rehabilitation“ (ca. 280 Seiten) enthält Fachstatistiken zu Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben: Art, Dauer und Ergebnis der Leistung, Diagnosen, Berufsgruppen, Aufwendungen und Erträge sowie Bettenbestand in eigenen Reha-Einrichtungen.

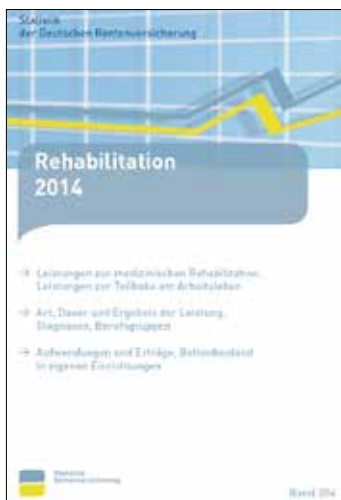
### Rehabilitation

Statistik der Deutschen Rentenversicherung  
Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund  
Ausgaben für die Jahre 2000 bis 2014

Die Fachstatistik „Versicherte“ beschreibt zu Versicherten, die Beiträge an die Rentenversicherung zahlen oder Anrechnungszeiten erwerben, Umfang und Höhe der Rentenversicherungsbeiträge sowie verschiedene sozio-demographische Merkmale.

### Versicherte

(ehemals „Aktiv Versicherte“)  
Statistik der Deutschen Rentenversicherung  
Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund  
Ausgaben für die Jahre 2001 bis 2013



4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
21	Rehabilitation im Licht der Statistik
21	Medizinische Rehabilitation
53	Berufliche Rehabilitation
69	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Im Fokus
75	Orthopädische Rehabilitation deutscher und ausländischer Versicherter
87	Medizinische Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit und Herzinfarkt
96	Anhang



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

### Rentenversicherung in Zeitreihen

Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund

Ausgabe 2015

DRV-Schriften, Band 22

Statistikpublikationen der Deutschen Rentenversicherung können auf der Internetseite heruntergeladen werden: [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de) → **Wir über uns** → **Fakten und Zahlen** → **Statistiken** → **Statistikpublikationen**. Auszüge findet man im Forschungsportal der Deutschen Rentenversicherung: [www.forschung.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.forschung.deutsche-rentenversicherung.de) → **Statistiken**

### 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 und Rehabilitanden. Die Auswertungen dieser Daten werden regelmäßig an die jeweiligen Reha-Einrichtungen in Form von „Berichten zur Reha-Qualitätssicherung“ zurückgemeldet und intern zur Weiterentwicklung genutzt. Jede Einrichtung erhält differenzierte Berichte, die die eigenen Ergebnisse einer geeigneten Vergleichsgruppe (alle anderen Einrichtungen einer bestimmten Fachrichtung, z. B. Orthopädie) gegenüberstellt. Damit kann sie erkennen, wo sie sich im Vergleich mit anderen Reha-Einrichtungen befindet.

Im Reha-Bericht 2015 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 (S. 51f.).
- **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) (s. S. 39ff.).
- **Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL):** individuell erbrachte therapeutische Leistungen werden während einer Rehabilitation mit der KTL dokumentiert (s. S. 42f.).
- **Reha-Therapiestandards (RTS):** formulieren wissenschaftlich fundierte Anforderungen für die therapeutische Ausgestaltung der Rehabilitation

- **Rehabilitandenbefragung:** regelmäßig werden Rehabilitanden zur Zufriedenheit mit ihrer Rehabilitation sowie zu deren Erfolg befragt (s. S. 37ff.)
- **Sozialmedizinischer Verlauf (SMV):** bildet anhand von Routinedaten den Erwerbsverlauf nach medizinischer Rehabilitation ab, der Auskunft über deren Erfolg gibt (s. S. 46ff.)
- **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 (s. S. 63ff.)
- **Ergebnis der beruflichen Bildungsleistung:** ausgewertet werden Routinedaten zum Abschluss der Rehabilitation (s. S. 66f.)
- **Sozialmedizinischer Status (SMS):** bildet anhand von Routinedaten den Erwerbsverlauf nach beruflicher Bildungsleistung ab, der Auskunft über deren Erfolg gibt (s. S. 67f.)

Informationen zur Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung finden Sie im Internet: [www.reha-qs-drv.de](http://www.reha-qs-drv.de)

# Für Ihre Notizen

# Für Ihre Notizen

# Impressum

## **Herausgeber**

Deutsche Rentenversicherung Bund  
Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation  
Bereich 0420 Reha-Wissenschaften  
Ruhrstr. 2, D-10709 Berlin  
Postanschrift: 10704 Berlin  
Telefon: 030 865-39336  
Telefax: 030 865-28879  
Internet: [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de); [www.reha-wissenschaften-drv.de](http://www.reha-wissenschaften-drv.de)  
E-Mail: [reha-wissenschaften@drv-bund.de](mailto:reha-wissenschaften@drv-bund.de)

## **Bezug**

[www.reha-berichte-drv.de](http://www.reha-berichte-drv.de)

## **Koordination**

Verena Pimmer, [verena.pimmer@drv-bund.de](mailto:verena.pimmer@drv-bund.de)  
Dr. Rolf Buschmann-Steinhage, [dr.rolf.buschmann-steinhage@drv-bund.de](mailto:dr.rolf.buschmann-steinhage@drv-bund.de)  
Bereich Reha-Wissenschaften

## **Statistische Daten**

Thomas Bütefisch, [thomas@buetefisch@drv-bund.de](mailto:thomas@buetefisch@drv-bund.de)  
Bereich Statistische Analysen

## **Mitwirkende**

Wir danken folgenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für ihre Mitwirkung:  
Eckhard Baumgarten, Verena Bonn, Silke Brüggemann, Sebastian Ellert,  
Sabine Erbstößer, Johannes Falk, Renate Grell, Peter Grünbeck,  
Angela Kranzmann, Stefanie Märtin, Anke Mitschele, Nina-Tamara Moser,  
Barbara Müller-Simon, Juliane Mundt, Christiane Niehues, Jennifer Roßberg,  
Eva Volke, Teresia Widera, Janett Zander, Pia Zollmann

## **Fotos**

Deutsche Rentenversicherung Bund:  
fotolia: rangizzz (S.14), gustavofrazao (S.16); Prognos AG, 2015 (S. 19);  
Montanus-Klinik der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen (S. 20, 89);  
de-sign-network/Archiv (S. 71)

## **Satz und Layout**

de-sign-network, Zossen & Dallgow-Döberitz

## **Druck**

H. Heenemann GmbH & Co. KG, Berlin

## **Auflage**

6.000

Berlin, November 2015

ISSN 2193-5718 (Reha-Bericht)

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der  
Deutschen Nationalbibliographie.