

Die medizinische und berufliche Rehabilitation  
der Rentenversicherung im Licht der Statistik

# Inhalt

- 4 Vorwort**
- 6 Fakten im Überblick**
- 9 Aktuelle Entwicklungen**
- 23 Rehabilitation im Licht der Statistik**
- 23 Medizinische Rehabilitation**
- 57 Berufliche Rehabilitation**
- 73 Aufwendungen für Rehabilitation**
- 77 Anhang**

# Inhalt - Ausführliche Gliederung

## **4 Vorwort**

## **6 Fakten im Überblick**

## **9 Aktuelle Entwicklungen**

### **9 Recht und Politik**

### **11 Reha-Qualitätssicherung**

### **14 Sozialmedizin**

### **18 Reha-Forschung und -Konzepte**

## **23 Rehabilitation im Licht der Statistik**

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

23 Anträge, Bewilligungen und durchgeführte Leistungen

25 Verschiedene Formen der Rehabilitation

30 Krankheitsspektrum – zeitliche Entwicklung

30 Krankheitsspektrum in den Jahren 2019 und 2020

35 Altersspezifische Inanspruchnahme

36 Altersstandardisierte Inanspruchnahme

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

41 Therapeutische Versorgung – KTL-Dokumentation

43 Reha-Therapiestandards – Anforderungen an eine gute Rehabilitation

45 Peer Review

47 Peer Review Somatik – Orthopädie

48 Peer Review – Psychosomatik und Sucht

50 Behandlungserfolg – Sozialmedizinischer Verlauf

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

53 Bettenzahlen

54 Anzahl stationärer Reha-Einrichtungen

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

57 Anträge, Bewilligungen und durchgeführte Leistungen

59 Zeitliche Entwicklung

60 Leistungsspektrum

62 Berufliche Bildung – Krankheitsspektrum

64 Berufliche Bildung – altersspezifische Inanspruchnahme

66 Berufliche Bildung – altersstandardisierte Inanspruchnahme

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

67 Teilnehmerbefragung nach beruflichen Bildungsleistungen

69 Abschluss der beruflichen Bildungsleistungen

70 Status nach beruflichen Bildungsleistungen

<b>73</b>	<b>Aufwendungen für Rehabilitation</b>
73	Aufwendungen in den Jahren 2019 und 2020
73	Entwicklung der Aufwendungen ab 2006
76	Vergleich zu weiteren Ausgaben der Rentenversicherung
<b>77</b>	<b>Anhang</b>
<b>77</b>	<b>Datenquellen</b>
77	Routinedaten der Rentenversicherung
78	Daten zur Qualitätssicherung

# Vorwort



Präsidentin Gundula Roßbach



Direktorin Brigitte Gross

In diesem Jahr stellen wir Ihnen erneut mit dem Reha-Bericht 2021 die wichtigsten aktuellen Daten, Fakten und Entwicklungen zur Rehabilitation der Rentenversicherung zusammen. Entsprechend ihrer Bedeutung für die Versicherten, aber auch für die Gesellschaft, wird das Leistungsgeschehen in der medizinischen und beruflichen Rehabilitation transparent und nachvollziehbar dargestellt.

Den Schwerpunkt des vorliegenden Berichts bilden ausführliche 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 den Jahren 2019 und 2020 sowie Ergebnisse aus der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung.

Zu Beginn des Berichts haben wir wieder ausgewählte aktuelle Entwicklungen zur Rehabilitation aus den Bereichen Recht und Politik, Qualitätssicherung, Sozialmedizin sowie Forschung zusammengestellt. Im Gesetz „Digitale Rentenübersicht“ wurde u.a. die Beschaffung medizinischer Rehabilitationsleistungen durch die Träger der Rentenversicherung neu geregelt. Daher beschäftigen wir uns aktuell intensiv mit der Umsetzung des neuen gesetzlichen Rahmens und schaffen dafür die bestmöglichen Strukturen und Prozesse. Ein Kernthema ist etwa der Auftrag an die Rentenversicherung, die Daten der externen Qualitätssicherung der Rehabilitationseinrichtungen in geeigneter Weise zu veröffentlichen, damit die Versicherten in Ausübung ihres Wunsch- und Wahlrechts noch besser eine informierte Entscheidung bei der Auswahl einer Rehabilitationseinrichtung treffen können.

Ein wichtiges Instrument der externen Qualitätssicherung ist der Sozialmedizinische Verlauf. Denn die Wiedereingliederung in das Berufsleben, auch Return-to-Work genannt, ist ein zentrales Ziel der Rehabilitation in Trägerschaft der Rentenversicherung. Über die regelhafte Erfassung der Beitragszahlungen unserer Versicherten kann eine Aussage über ihren Verbleib im Berufsleben getroffen werden. Daraus wurde der sogenannte „Sozialmedizinische Verlauf nach medizinischer Rehabilitation“ entwickelt, der als ein Instrument der Ergebnismessung eingesetzt wird. Alle Instrumente der Qualitätssicherung werden kontinuierlich an neue Entwicklungen in der Rehabilitation angepasst. Im Jahr 2020 wurde auch der Sozialmedizinische Verlauf weiterentwickelt, um weiterhin einen sachgerechten Vergleich von Reha-Einrichtungen zu ermöglichen.

Die SARS-CoV-2-Pandemie stellte in 2020 eine globale Krise mit massiven Auswirkungen dar, die auch nicht vor der Rehabilitation der Rentenversicherung Halt machte. Pandemiebedingte Einschränkungen beeinträchtigten seit März 2020 beispielsweise den Betrieb von Einrichtungen, die Leistungen zur Rehabilitation erbringen. Mit dem Sozialdienstleister-Einsatzgesetz (SoDEG) schaffte der Gesetzgeber jedoch die Voraussetzungen, damit Leistungsträger wie die Deutsche Rentenversicherung Zuschüsse an medizinische Reha-Einrichtungen und Anbietende von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zahlen können.

<b>4</b>	<b>Vorwort</b>
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
57	Berufliche Rehabilitation
73	Aufwendungen für Rehabilitation
77	Anhang

In 2020 leisteten die Rentenversicherungsträger Zuschüsse in Höhe von insgesamt knapp 500 Millionen € an Einrichtungen, mit denen sie in einem Vertragsverhältnis stehen. Neben vielfältigen kurzfristig erforderlichen Anpassungen bei Zugang und Durchführung der Rehabilitation ergaben sich aus der Pandemie aber auch relevante Forschungsbedarfe, die beispielsweise die adäquate Anpassung von Strukturen und Prozessen der Rehabilitation sowie die Evaluation modifizierter Rehabilitationsleistungen betreffen. Perspektivisch müssen sie angepasst werden, um eine wirksame Behandlung unter sicheren Rahmenbedingungen auch in Ausnahmesituationen gewährleisten zu können. Unter diesem Aspekt werden Forschungsprojekte, die die Folgen von Corona auf die Rehabilitation wissenschaftlich untersuchen, finanziell gefördert.

Die Praxis der Rehabilitation steht im Fokus des Bundesprogramms „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“, dessen Modellvorhaben zur Stärkung der Rehabilitation vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales gefördert werden. 30 Projekte aus dem Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung befinden sich seit dem ersten Aufruf vom Mai 2018 in Förderung. Strategien zur Verbesserung der beruflichen Rehabilitation werden in einem weiteren Förderschwerpunkt wissenschaftlich analysiert, der im Herbst 2020 seinen Auftakt hatte. Acht Rentenversicherungsträger haben sich dafür zusammengeschlossen, um erstmals einen gemeinsamen, trägerübergreifenden Forschungsschwerpunkt zur „Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation“ zu initiieren. Von 2021 bis 2026 werden zehn Forschungsprojekte aus vier Themenbereichen gefördert. Begleitaktivitäten wie gemeinsame Veranstaltungen sollen die Zusammenarbeit zwischen den geförderten Projekten, den Mitarbeitenden der beteiligten Rentenversicherungsträger und aus den Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation stärken, um den Nutzen des Forschungsschwerpunkts für Wissenschaft und Praxis zu maximieren.

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

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



Gundula Roßbach  
Präsidentin der  
Deutschen Rentenversicherung Bund



Brigitte Gross  
Direktorin der  
Deutschen Rentenversicherung Bund

# Fakten im Überblick

## Medizinische Rehabilitation

Mehr als 1,6 Millionen Anträge auf medizinische Rehabilitation wurden 2019 bei der Rentenversicherung gestellt. **2020 waren es 1,4 Millionen Anträge.**

Die Rentenversicherung führte im Jahr 2019 genau 1.054.012 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch. **Im Corona-Jahr 2020 waren es 865.673 Leistungen.**

Auf die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen entfielen 33.421 Leistungen (3 %) im Jahr 2019 und **23.876 (3 %) in 2020.**

Die ambulanten Reha-Leistungen machten 15 % in 2019 und **16 % in 2020** aller medizinischen Reha-Leistungen aus.

Die Anschlussrehabilitation (AHB) umfasste in 2019 mit 371.701 Leistungen mehr als ein Drittel aller medizinischen Reha-Leistungen (36 %). **2020 setzte sich der Trend (39 %) mit 326.934 Leistungen fort.**

Zur Reha-Nachsorge führte die Rentenversicherung 177.259 Leistungen in 2019 und **170.209 Leistungen in 2020 durch.**

53.802 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erhielten 2019 durch die Stufenweise Wiedereingliederung Unterstützung bei ihrer Rückkehr in den Beruf. **In 2020 wurden 42.880 Menschen unterstützt.**

Die häufigsten Reha-Indikationen waren Erkrankungen von Muskeln, Skelett und Bindegewebe: Auf sie entfielen stationär mehr als ein Drittel der Reha-Leistungen bei Frauen und Männern. Bei Frauen machten sie in 2019 74 % der Reha-Leistungen im ambulanten Bereich aus. **2020 waren es 75 %. Bei Männern lag der Anteil in 2019 und 2020 bei 67 %.**

Mit steigendem Alter wird die Rehabilitation nach Beobachtungen der zurückliegenden Jahre häufiger in Anspruch genommen. **Frauen und Männer waren in der medizinischen Rehabilitation in beiden Berichtsjahren mit 53,8 Jahren durchschnittlich gleich alt.**

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

Die durchschnittliche Dauer einer stationären medizinischen Rehabilitation wegen körperlicher Erkrankungen variierte, je nach Diagnosegruppe, **in beiden Berichtsjahren zwischen 22 und 24 Tagen** (ohne neurologische und psychische Erkrankungen).

In den zwei Jahren nach ihrer Rehabilitation waren 84 % der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden im Erhebungsjahr 2019 erwerbsfähig.

4	Vorwort
<b>6</b>	<b>Fakten im Überblick</b>
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
57	Berufliche Rehabilitation
73	Aufwendungen für Rehabilitation
77	Anhang

## Berufliche Rehabilitation

2019 gingen bei der Rentenversicherung 404.588 Anträge auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) ein. **365.525 Anträge konnten in 2020 gezählt werden.**

135.295 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wurden 2019 abgeschlossen. **2020 lag die Zahl der abgeschlossenen Leistungen bei 125.187.**

Männer nahmen deutlich häufiger LTA in Anspruch als Frauen: **In 2019 und auch in 2020 wurde nur etwa ein Drittel der LTA von Frauen absolviert.**

In der beruflichen Rehabilitation waren Frauen durchschnittlich knapp ein Jahr jünger als Männer: Das durchschnittliche Alter der Frauen lag in 2019 bei 47,8 Jahren und **in 2020 bei 48,0 Jahren.** Männer waren in 2019 durchschnittlich 48,8 Jahre alt und **in 2020 im Schnitt 49,1 Jahre.**

**Etwa ein Fünftel der LTA waren in 2019 und 2020 berufliche Bildungsleistungen.** Erkrankungen von Muskeln, Skelett und Bindegewebe standen auch bei LTA als Ursachen an erster Stelle (**Frauen: 60 % in 2019 und 2020, Männer: 64 % in 2019 und 66 % in 2020**).

**Gut drei Viertel aller Teilnehmenden schlossen ihre berufliche Bildungsleistung in den beiden Berichtsjahren erfolgreich ab.**

Noch zwei Jahre nach Abschluss einer beruflichen Bildungsleistung nahm die pflichtversicherte Beschäftigung zu: nach sechs Monaten bei 50 % der Teilnehmenden (2019) bzw. und **52 % (2020)**; nach zwei Jahren bei 60 % der Teilnehmenden (2019) bzw. **61 % (2020).**

## Aufwendungen für Rehabilitation

2019 wandte die Rentenversicherung rund 6,9 Mrd. € (brutto) für Rehabilitation auf, davon mehr als 5 Mrd. € für medizinische Rehabilitation, knapp 1,3 Mrd. € für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) und rund 0,4 Mrd. € für Sozialversicherungsbeiträge.

Im Corona-Jahr **2020 lagen die Aufwendungen für Rehabilitation bei rund 7 Mrd. € (brutto).** Davon entfielen knapp **5 Mrd. € auf medizinische Rehabilitation, mehr als 1,2 Mrd. € auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)** und **knapp 0,4 Mrd. € für Sozialversicherungsbeiträge.**

Eingerechnet sind in den Gesamtbetrag von 2020 auch **rund 0,5 Mrd. €**, die pandemiebedingt durch das **Sozialdienstleister-Einsatzgesetz (SodEG) als Zuschüsse** an medizinische Rehabilitationseinrichtungen und Anbieter von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gezahlt wurden, mit denen die Rentenversicherung in einem Vertragsverhältnis steht.



## Recht und Politik

### **Beschaffung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation neu geregelt**

Das Recht der Beschaffung medizinischer Rehabilitationsleistungen durch die Träger der Rentenversicherung wird künftig durch Ergänzungen im Sozialgesetzbuch (SGB) VI neu geregelt. Basis dafür ist das neu gestaltete „Gesetz Digitale Rentenübersicht“, in dem drei verschiedene Vorhaben geregelt sind:

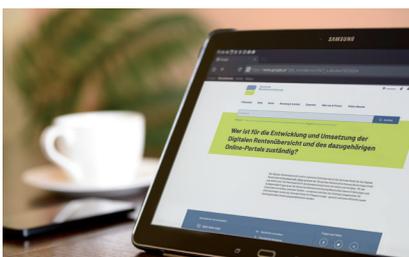


1. das Gesetz zur Verbesserung der Transparenz in der Alterssicherung und der Rehabilitation,
2. die Modernisierung der Sozialversicherungswahlen und
3. die Regelung der Beschaffung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung.

Ziel des dritten Vorhabens ist es, das Verfahren zur Beschaffung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch die Rentenversicherungsträger (RV-Träger) den Vorgaben des europäischen Vergaberechts entsprechend festzulegen. Das Verfahren wird transparent, nachvollziehbar und diskriminierungsfrei ausgestaltet. Sicherergestellt werden soll, dass alle Rehabilitationseinrichtungen (Reha-Einrichtungen) bei der Belegung durch die Rentenversicherung sowie bei der Vergütung der Leistungen den gleichen Voraussetzungen unterliegen. Nach den Neuregelungen des §15 SGB VI besteht die Beschaffung von medizinischen Rehabilitationsleistungen durch die Rentenversicherung ab dem 1. Juli 2023 aus drei Stufen:

Daten der externen Qualitätssicherung der Rentenversicherung sollen veröffentlicht werden

- In Stufe eins wird die grundsätzliche qualitative Eignung der Reha-Einrichtung zur Durchführung von Rehabilitationsleistungen in einem Verwaltungsverfahren festgestellt. Erfüllt die Reha-Einrichtung die Eignungsvoraussetzungen, hat sie einen Anspruch auf Zulassung (offenes Zulassungsverfahren).
- Stufe zwei beinhaltet den Vertrag zwischen der Reha-Einrichtung und den Trägern der Rentenversicherung, in dem die Modalitäten der Leistungserbringung geregelt sind.
- Stufe drei schließlich ist die Auswahl der am besten geeigneten Reha-Einrichtung im Einzelfall unter besonderer Beachtung u.a. der Qualität sowie des nach dem neuen Gesetz gestärkten Wunsch- und Wahlrechts.



Hervorzuheben ist der Auftrag an die Rentenversicherung, die Daten der externen Qualitätssicherung der Rehabilitationseinrichtungen in geeigneter Weise zu veröffentlichen. Die Versicherten werden damit in Ausübung ihres Wunsch- und Wahlrechts unterstützt.



Zuschüsse in Höhe von rund 500 Millionen Euro wurden in 2020 an Einrichtungen gezahlt

### **Bestandssichernde Unterstützung von Reha-Einrichtungen in der Pandemie**

Pandemiebedingte Einschränkungen beeinträchtigen seit März 2020 den Betrieb der Einrichtungen, die Leistungen zur Rehabilitation erbringen. Mit dem Sozialdienstleister-Einsatzgesetz (SoDEG) hat der Gesetzgeber die Voraussetzungen geschaffen, damit Leistungsträger wie die Deutsche Rentenversicherung aktuell bis 19. März 2022 Zuschüsse an medizinische Reha-Einrichtungen und Anbietende von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zahlen können. Voraussetzung: Die Einrichtungen können ihre Leistungen pandemiebedingt nicht mehr in bisherigem Umfang erbringen und sind in ihrem Bestand gefährdet. Die sozialen Dienstleister stellen dafür Ressourcen wie Personal, Sachmittel und Räumlichkeiten für die Pandemiebekämpfung im Bedarfsfall regional zur Verfügung.

Die Zuschüsse sind im Nachhinein zu erstatten, soweit die sozialen Dienstleister im Zuschusszeitraum andere, vorrangige Leistungen bezogen haben. Dazu zählen beispielsweise Kurzarbeitergeld, Entschädigungen nach dem Infektionsschutzgesetz sowie Zuschüsse des Bundes und der Länder. Das Erstattungsverfahren wird mit zeitlichem Versatz durchgeführt.

In 2020 leisteten die Rentenversicherungsträger auf Antrag Zuschüsse in Höhe von insgesamt knapp 500 Millionen € an Einrichtungen, mit denen sie in einem Vertragsverhältnis stehen.

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
<b>9</b>	<b>Aktuelle Entwicklungen</b>
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
57	Berufliche Rehabilitation
73	Aufwendungen für Rehabilitation
77	Anhang

# Reha-Qualitätssicherung



## Sozialmedizinischer Verlauf adjustiert

Jährlich werden über eine Million medizinische und berufliche Rehabilitationen im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung erbracht. Als einer der größten Träger von Rehabilitationsleistungen in Deutschland übernimmt sie damit besondere Verantwortung für diesen Versorgungsbereich. Um eine hohe Qualität der erbrachten Leistungen zu gewährleisten und Anreize für weitere Verbesserung zu schaffen, hat die Deutsche Rentenversicherung seit 1994 verschiedene Instrumente und Verfahren zur Qualitätssicherung (QS) in der Rehabilitation etabliert. Alle eingesetzten Instrumente der Qualitätssicherung werden kontinuierlich an neue Entwicklungen in der Rehabilitation angepasst. Derzeit nehmen rund 2.000 Fachabteilungen in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation an dem Bewertungsprozess der Rentenversicherung teil.

Die Ergebnisse werden den Reha-Einrichtungen und den Rentenversicherungsträgern regelmäßig zurückgemeldet. Das sorgt für mehr Transparenz, fördert das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement und den Wettbewerb unter den Einrichtungen. Dazu werden die Resultate der jeweiligen Einrichtung bzw. Fachabteilung mit den Ergebnissen aller anderen Fachabteilungen der gleichen Indikation verglichen.



Die Wiedereingliederung in das Berufsleben, auch Return-to-Work genannt, stellt ein zentrales Ziel der durchgeführten Rehabilitationen der Deutschen Rentenversicherung dar. Mit Hilfe der in den Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung enthaltenen Beitragszahlungen kann hinsichtlich des Verbleibs im Berufsleben eine Aussage getroffen werden. Der sogenannte Sozialmedizinische Verlauf nach medizinischer Rehabilitation wird als ein Instrument der Ergebnismessung eingesetzt. Um diese Werte sicher auf die erfolgte Rehabilitation in einer Einrichtung beziehen und mit anderen Anbietern vergleichen zu können, ist es wichtig Unterschiede mathematisch auszugleichen, für die die Fachabteilungen einer Reha-Einrichtung nicht verantwortlich sind. Nur so kann eine faire Bewertung der Rehabilitationsergebnisse gewährleistet werden.

Wissenschaftliche Untersuchung zur Weiterentwicklung des QS-Instruments

Zu diesem Zweck wurde das Projekt „Adjustierung des sozialmedizinischen Verlaufs nach medizinischer Rehabilitation“ durch das Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung (ifR) Ulm und das Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation (iqpr) Köln durchgeführt und im Dezember 2020 nach 15 Monaten abgeschlossen. Ziel des Projektes war die Entwicklung eines Adjustierungsmodells, das einen sachgerechten Vergleich von Reha-Fachabteilungen und deren Indikationen ermöglicht. Durch den Einsatz von Diskussionsgruppen konnte der Einbezug von Praktikerinnen und Praktikern aus den Reha-Einrichtungen und den Trägern der Rentenversicherung bei der Überarbeitung des Rückmeldekonzpts gewährleistet werden.

Nachbetrachtung jetzt schon  
nach zwölf Monaten

Neu ist: Der Erwerbsstatus wird nun durch die Anzahl der Tage in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung im betrachteten Zeitraum nach der Rehabilitation dargestellt. Dieser Wert überzeugte durch leichte Nachvollziehbarkeit und Unabhängigkeit von Arbeitsdauer und Stundenlohn. Der bisher zweijährige Nachbetrachtungszeitraum wurde um einen einjährigen Nachbetrachtungszeitraum für eine zeitnahe Auswertung und Berichterstattung erweitert. Als Haupteinflussgrößen auf den Erwerbsstatus konnten die Beschäftigungstage zwei Jahre vor der Rehabilitation und die Art der geleisteten Beiträge beispielsweise aus Beschäftigung und Sozialleistungen drei Monate vor der Rehabilitation identifiziert werden.

Die Ergebnisse des Projektes ermöglichen es, die berufliche Wiedereingliederung im Hinblick auf die von einer Fachabteilung erbrachte Reha-Leistung abzubilden. Unterschiede in den Fachabteilungen, die sich aus der Zusammensetzung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ergeben, sind nun mathematisch kompensiert. Die neue Adjustierung erlaubt somit einen fairen Vergleich indikationsgleicher Fachabteilungen.



## Peer Review in der medizinischen Rehabilitation digitalisiert

Im Peer Review bewerten erfahrene Reha-Medizinerinnen und Reha-Mediziner, auch Peers genannt, die Prozessqualität der Rehabilitation, indem sie anonymisierte Reha-Entlassungsberichte und Therapiepläne ihrer Fachrichtung begutachten (s. auch S. 46 ff). Das Qualitätssicherungsverfahren wird – nach einer erfolgreichen Pilotierung für die Indikation Orthopädie – nun regelhaft durch die elektronische Datenverarbeitung gestützt durchgeführt. Dazu wird eine Anwendung genutzt, auf die alle Rentenversicherungsträger gemeinsam zugreifen können, das PRV-System.

Mit dem PRV-System können die Reha-Entlassungsberichte und Therapiepläne elektronisch zwischen den Rentenversicherungsträgern und dem Dezernat Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik der Deutschen Rentenversicherung Bund übermittelt werden. Auch der Versand der Begutachtungunterlagen an die Peers kann mit der Anwendung erfolgen. Die Peers nehmen ihre Bewertung online vor. So stehen die Ergebnisse für die Auswertung direkt in elektronischer Form zur Verfügung.

Kommunikation erleichtert,  
Fehlerquelle ausgeschaltet

Im Vergleich zum früheren papierbasierten Verfahren, in dem der Postversand, die Dokumentation der erhaltenen Unterlagen sowie die Prozesssteuerung viel Zeit und Arbeitskraft beanspruchten, ist nun eine einfachere Kommunikation zwischen den Beteiligten möglich. Die Qualitätssicherung der eingereichten Unterlagen wird effizienter, die Betreuung in der Bewertungsphase durch beispielsweise Erinnerungen und automatische Rücklaufkontrollen ist erleichtert und das Verfahren insgesamt beschleunigt. Außerdem wird durch den Verzicht auf die händische Dateneingabe eine wichtige Fehlerquelle ausgeschaltet.

Im Zuge der Pilotierung wurde das neue Verfahren auch bezüglich der Handhabbarkeit und Akzeptanz evaluiert. Die Akzeptanz durch die Peers ist hoch:

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
<b>9</b>	<b>Aktuelle Entwicklungen</b>
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
57	Berufliche Rehabilitation
73	Aufwendungen für Rehabilitation
77	Anhang

Die Beteiligung der Peers war vergleichbar mit der im papierbasierten Verfahren. Das computergestützte Verfahren ließ sich nach Aussage aller Beteiligten gut handhaben. Die Weiterentwicklung wurde von allen Seiten positiv bewertet. Weitere Verbesserungen des Verfahrens und des PRV-Systems, die sich aus den bisherigen Erfahrungen insbesondere für die Nutzerfreundlichkeit ableiten lassen, erfolgen kontinuierlich.

# Sozialmedizin

## Ablauf



**Tab. 1 Prävention – Übersicht  
Anträge DRV Gesamt 2020**

Monat	Anträge	
	DRV Gesamt	davon eAnträge
Jan.-Juni	4.607	259 (6 %)
Juli-Dez.	7.148	5.136 (72 %)
<b>Jan.-Dez.</b>	<b>11.755</b>	<b>5.395</b>

Quelle: DRV Baden-Württemberg und  
DRV Bund (8012 Datenanalyse)

## RV Fit – Das Präventionsprogramm der Deutschen Rentenversicherung

Nach dem Grundprinzip „Prävention vor Rehabilitation“ bietet die Deutsche Rentenversicherung Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung an. Bereits im Vor- oder Frühstadium vieler Gesundheitsstörungen soll die Gesundheit der Menschen gefördert werden, um die negativen Auswirkungen auf die Beschäftigungsfähigkeit zu begrenzen. Die Deutsche Rentenversicherung möchte den Zugang zu diesem Angebot einfacher sowie bürgerfreundlicher gestalten und die Chancen der Digitalisierung sinnvoll nutzen. Ein trägerübergreifendes Projekt ist neue Wege gegangen und hat seine Serviceleistung konsequent an den Bedürfnissen der Kundinnen und Kunden ausgerichtet. Gemeinsam mit Versicherten, Vertreterinnen und Vertretern von Unternehmen und Rehabilitationseinrichtungen fanden die Präventionsexpertinnen und -experten der Rentenversicherung in Praxisworkshops heraus, wie Prävention attraktiver wird. Gearbeitet wurde mit einem forschungsbasierten und experimentierfreudigen Ansatz. Zum Einsatz kamen moderne Methoden aus dem Bereich der nutzerzentrierten Projektarbeit, dem „Design Thinking“.

Aufgrund der Erkenntnisse aus den Praxisworkshops hat die Deutsche Rentenversicherung den Antragsprozess deutlich verschlankt. Selbstauskunftsbogen und ärztlicher Befundbericht sind entfallen. Ein nutzerfreundlicher Internetauftritt mit frischem Design, bürgernaher Sprache und einfacher Antragstellung bündelt die Ergebnisse unter der neuen Marke RV Fit. RV Fit bietet Trainingselemente zur Bewegung, Ernährung und Stressbewältigung an. Hierdurch werden Beschäftigte unterstützt, langfristig gesund zu leben und zu arbeiten. Das Präventionsprogramm RV Fit kombiniert eine intensive, mehrtägige Startphase mit berufsbegleitenden, regelmäßigen Trainingseinheiten vor Ort und einer abschließenden Auffrischungsphase. Die enge Einbindung der künftigen Nutzenden hat sich gelohnt: Seit Einsatz des neuen Präventionsportals ab Juli 2020 gibt es viel positive Resonanz und die Zahlen der Online-Antragstellung steigen (s. Tabelle 1).

In einer zweiten Ausbaustufe soll das Mitmachen bei RV Fit noch einfacher werden, durch einen unbürokratischen „Anmeldeprozess“ auch ohne Versicherungsnummer und mit Übernahme der Einrichtungsauswahl in den Online-Antrag. Mehr Komfort wird es auch für die Beratenden in Firmen und Einrichtungen geben. Der Firmenservice soll Gruppenanträge leichter bearbeiten können.



Nähere Informationen finden Sie hier:  
[www.rvfit.de](http://www.rvfit.de)

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
<b>9</b>	<b>Aktuelle Entwicklungen</b>
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
57	Berufliche Rehabilitation
73	Aufwendungen für Rehabilitation
77	Anhang



### **Künftig mehr Wissen zur Rehabilitation im Medizinstudium**

Mobilität verbessern, Selbstständigkeit fördern und Teilhabe am Leben wiederherzustellen und möglichst lange zu erhalten, das sind die Ziele der Rehabilitationsmedizin. Doch die Vermittlung von rehabilitationsbezogenen Kenntnissen ist nach wissenschaftlichen Untersuchungen an den medizinischen Fakultäten in Deutschland bisher nicht einheitlich geregelt. Ärztinnen und Ärzte verfügen nicht immer über ausreichend Wissen zur Rehabilitation und anderen Leistungen zur Teilhabe. Daher förderte die Deutsche Rentenversicherung Bund von 2019 bis 2020 ein Projekt zur besseren Integration von Prävention und Rehabilitation in die Ausbildung von Medizinstudierenden. Durchgeführt wurde das Projekt vom Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP), das für die Erstellung der Prüfungsaufgaben mit den dazugehörigen Antwortmöglichkeiten der Staatsexamina der angehenden Ärztinnen und Ärzte zuständig ist.

In einem ersten Schritt wurden die vorhandenen Lernzielkataloge analysiert und Lernziele als Grundlage für die weitere Arbeit zusammengestellt. Forschende auf dem Gebiet der Rehabilitation, Ärztinnen und Ärzte aus Reha-Kliniken und der ambulanten Versorgung, Mitarbeitende verschiedener Sozialleistungsträger sowie Studierende der Medizin entwickelten den eigenständigen Katalog aus 53 Lernzielen mit.

Parallel zu diesem Projekt wurde ein gemeinsamer Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (NKLM) durch das IMPP und die Medizinischen Fakultäten in Deutschland erstellt. Er wurde im April 2021 als sogenannter NKLM 2.0 veröffentlicht. Der Katalog bildet in Zukunft die Grundlage für die Staatsexamina der Medizinstudierenden sowie für die Ausbildung an den einzelnen Fakultäten. Ein Großteil der Lernziele des von der Deutschen Rentenversicherung Bund geförderten Projektes konnte im offiziellen Lernzielkatalog integriert werden. Künftige Medizinstudierende kommen somit frühzeitig mit Rehabilitation und Prävention in Kontakt und können dieses Wissen bei späteren Tätigkeiten im Sinne der Versicherten der Deutschen Rentenversicherung nutzen.



Mehr dazu finden Sie hier:  
[www.nklm.de](http://www.nklm.de)

### **Signale erkennen und offen über psychische Gesundheit sprechen**

Die Deutsche Rentenversicherung Bund hat sich aktiv an der Offensive Psychische Gesundheit (OPG) beteiligt, die gemeinsam mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales, dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend initiiert wurde.

Die OPG möchte einen Beitrag leisten, um das Thema der psychischen Gesundheit zu enttabuisieren. Betroffene sollen ihre Grenzen stärker wahrnehmen und psychische Belastungen besser einschätzen können, um mit Anderen offen über ihre Beschwerden sprechen zu können.

Analyse der Lernziel-Kataloge

Thema der psychischen  
Gesundheit enttabuisieren



Brigitte Gross, Direktorin der Deutschen Rentenversicherung Bund, beim Dialogforum der Offensive Psychische Gesundheit im April 2021. Ihre Rede wird von Dina Zander-Tabbert in Gebärdensprache übersetzt.

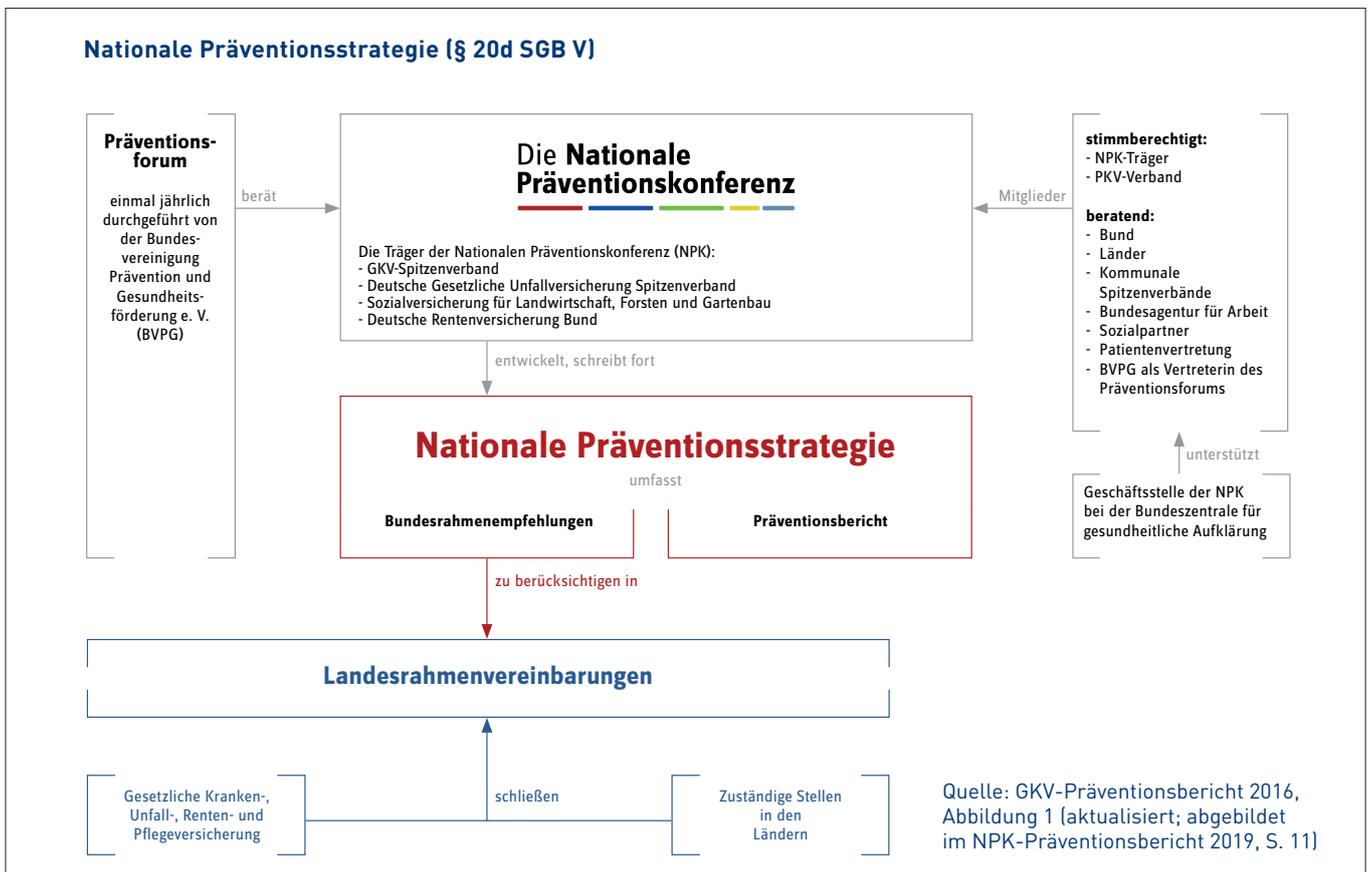
Brigitte Gross, Direktorin der Deutschen Rentenversicherung Bund, trat dazu beim virtuellen Dialogforum im April 2021 auf, bei dem u.a. die Vernetzung von Präventionsangeboten und die Transparenz psychischer Erkrankungen in verschiedenen Lebenswelten thematisiert wurden. Zudem begleitet die Deutsche Rentenversicherung die vielfältigen Aktivitäten der OPG mit Beiträgen im Inter- und Intranet sowie in den Social-Media-Kanälen und unterstützt die Öffentlichkeitsarbeit der OPG – für mehr Transparenz und Offenheit für psychische Gesundheit.



Mehr zu der Initiative finden Sie hier:  
[www.inqa.de](http://www.inqa.de)

### Aktuelle Fokusthemen der Nationalen Präventionsstrategie

Das Pflegepersonal, pflegende Angehörige und pflegebedürftige Menschen, aber auch die psychische Gesundheit im familiären Kontext: Das sind die aktuellen Fokusthemen der Nationalen Präventionskonferenz (NPK), in die sich die Deutsche Rentenversicherung als Mitglied einbringt. Sie gehört gemeinsam mit den Krankenversicherungen, der Gesetzlichen Unfallversicherung und der sozialen Pflegeversicherung zu der 2015 auf Basis des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsgesetz) etablierten NPK.



4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
<b>9</b>	<b>Aktuelle Entwicklungen</b>
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
57	Berufliche Rehabilitation
73	Aufwendungen für Rehabilitation
77	Anhang



Im September 2020 fand das jährliche Präventionsforum als hybride Veranstaltung statt. Im Mittelpunkt standen die Fokusthemen der NPK. Workshops zur Vertiefung dieser Themen wurden im April 2021 durchgeführt. Vertreterinnen und Vertreter der Sozialversicherungsträger, der Politik, aus Kommunen sowie weiteren Expertinnen und Experten aus relevanten Bereichen erläuterten Hintergründe zu Pflege und psychischer Gesundheit und diskutierten miteinander. 2019 wurde der erste Präventionsbericht vorgelegt, der die bisherigen Aktivitäten dokumentiert und eine wichtige Säule in der Umsetzung der Präventionsstrategie ist. Die Dokumentation der Umsetzung der Fokusthemen wird im zweiten Präventionsbericht im Jahr 2023 erfolgen. Damit wird die Darstellung von Verlaufs- und Vergleichsdaten ermöglicht. Dem gesetzlichen Auftrag folgend wird der Bericht alle vier Jahre erstellt.



Mehr Informationen finden Sie unter:  
[www.npk-info.de/die-npk](http://www.npk-info.de/die-npk)

### Reha-Angebote bieten Unterstützung nach COVID-19

Nach einer Infektion mit SARS-CoV-2 kann es zu vielfältigen Beschwerden an fast allen Organsystemen kommen. Dauern die Folgezustände von COVID-19 länger an, wird nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von „Post-COVID“ gesprochen.

Eine Post-COVID-Rehabilitation ist immer dann ratsam, wenn durch die vorliegenden Beschwerden und Funktionseinschränkungen die Erwerbsfähigkeit der Versicherten gefährdet ist. Die Rehabilitation kann – je nach individueller Vorgeschichte – als Anschlussrehabilitation nach einem Krankenhausaufenthalt oder im normalen Antragsverfahren erfolgen. Da für die Rehabilitation die Funktionseinschränkungen und nicht die zugrundeliegende Diagnose im Vordergrund stehen, können die Versicherten auch bei komplexen Krankheitsbildern nach COVID-19 im Rahmen vorhandener Konzepte erfolgreich versorgt werden. Ergänzend haben viele Reha-Einrichtungen spezielle COVID-Gruppen eingeführt, bei denen sich Betroffene austauschen können. Für die Versorgung sind ausreichende Kapazitäten in den Reha-Einrichtungen vorhanden.

Erste Forschungsergebnisse zeigen, dass etablierte Reha-Konzepte auch bei Post-COVID zielführend sind. Weitere Forschungsprojekte, mit denen das Wissen rund um diese neue Erkrankung vertieft werden soll, sind bereits auf den Weg gebracht worden (s. S. 20), um die Krankheit besser verstehen zu lernen und konkrete Handlungsbedarfe auch für die Politik abzuleiten.

Bei allen Unwägbarkeiten durch die Pandemie war und ist die multidisziplinäre Rehabilitation der Rentenversicherung mit ihren zahlreichen unterschiedlichen Angeboten in einer Leistung hervorragend aufgestellt für die Herausforderungen durch SARS-CoV-2 und insbesondere für dessen Folgezustände, also für Post-COVID. Die Reha-Angebote sichern erfolgreich die Erwerbsfähigkeit und damit die gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Post-COVID.

Erfolgreiche Versorgung  
mit vorhandenen Konzepten

Gesellschaftliche Teilhabe  
sichern

# Reha-Forschung und -Konzepte



## Neuer Förderschwerpunkt „Berufliche Rehabilitation“

Die berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung will behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen die weitere Teilhabe am Arbeitsleben ermöglichen. Damit dies gelingen kann, sind die Leistungsangebote so zuzuschneiden und in Form von Leistungsketten miteinander zu kombinieren, dass sie individuellen Problemlagen bestmöglich gerecht werden. Zugleich müssen die Angebote am Bedarf des Arbeitsmarktes und den Wirtschafts- und Sozialstrukturen ausgerichtet werden. Auch sind Leistungen zur beruflichen Teilhabe auf andere Leistungen der Gesundheitsversorgung abzustimmen wie z. B. medizinische Akutversorgung und medizinische Rehabilitation. Zukunftsfähige berufliche Rehabilitationsleistungen und -prozesse bedürfen zudem der kontinuierlichen Weiterentwicklung auf Grundlage von Forschungsergebnissen, vor allem hinsichtlich ihrer Wirksamkeit.



Um diese hohen und komplexen Herausforderungen zu bewältigen, hat 2020 die Deutsche Rentenversicherung Bund einen gemeinsamen, Rentenversicherungsträger übergreifenden Forschungsschwerpunkt zur „Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation“ initiiert. Innerhalb dieses Schwerpunkts werden von 2021 bis 2026 zehn Forschungsprojekte aus vier Themenbereichen gefördert:

Zehn Forschungsprojekte aus vier Themenbereichen sollen gefördert werden

- „Zugangs- und Schnittstellenmanagement“: Die Projekte zielen darauf ab, die Zugangswege in die berufliche Rehabilitation, die Übergänge („Schnittstellen“) zwischen verschiedenen Rehabilitationsleistungen und die Wiedereingliederung am Arbeitsplatz zu optimieren. Es geht um eine bessere Erkennung der Problemlagen, Bedürfnisse und Erwartungen der Betroffenen sowie der Rahmenbedingungen, welche die Übergänge beeinflussen.
- „Komplexe und diskontinuierliche Fallgestaltungen“: Bei Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit schwereren gesundheitlichen Beeinträchtigungen bzw. ungünstigen persönlichen Rahmenbedingungen kommt es häufiger zu Schwierigkeiten und Unterbrechungen im Prozess der Rehabilitation. Die Projekte versuchen Hinweise zu gewinnen, wie in diesen Fällen die berufliche Wiedereingliederung besser gelingen kann.
- „Expertengestützte Begleitung beruflicher Rehabilitationsprozesse“: Die Projekte untersuchen die Rolle bestimmter Berufsgruppen und die Bedeutung der von ihnen erbrachten Leistungen für die berufliche Rehabilitation. Die Erkenntnisse sollen beispielsweise in Aus- und Weiterbildungskonzepten für die jeweiligen Berufsgruppen sowie in Handlungsempfehlungen für die Praxis einfließen.
- „Evaluation von Interventionen und Konzepten“: Im Rahmen der Projekte werden Maßnahmen bzw. Konzepte in der beruflichen Rehabilitation bewertet, neu- bzw. weiterentwickelt und hinsichtlich ihrer Umsetzbarkeit und Wirksamkeit wissenschaftlich überprüft.

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
<b>9</b>	<b>Aktuelle Entwicklungen</b>
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
57	Berufliche Rehabilitation
73	Aufwendungen für Rehabilitation
77	Anhang

Die ersten Projekte haben im Oktober 2021 begonnen. Begleitaktivitäten wie gemeinsame Veranstaltungen sollen die Zusammenarbeit zwischen den geförderten Projekten, den Mitarbeitenden der beteiligten Rentenversicherungsträger und aus den Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation stärken, um den Nutzen des Forschungsschwerpunkts für Wissenschaft und Praxis zu maximieren.



Weiterführende Informationen zur Forschungsförderung und geförderte Projekte finden Sie hier:

[www.deutsche-rentenversicherung.de/FSP-berReha](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/FSP-berReha)



### Folgen von Corona auf die Rehabilitation werden wissenschaftlich untersucht

Die SARS-CoV-2-Pandemie stellte in 2020 und auch im Jahr 2021 eine globale Krise mit massiven Auswirkungen dar, auch auf die Rehabilitation der Rentenversicherung. Neben vielfältigen kurzfristig erforderlichen Anpassungen bei Zugang und Durchführung der Rehabilitation ergaben sich daraus auch relevante Forschungsbedarfe, die beispielsweise die adäquate Anpassung von Strukturen und Prozessen der Rehabilitation sowie die Evaluation modifizierter Rehabilitationsleistungen betrafen. Perspektivisch müssen die Strukturen und Prozesse der Rehabilitation angepasst werden, um eine wirksame Behandlung unter sicheren Rahmenbedingungen auch in Ausnahmesituationen gewährleisten zu können. Standards der Hygiene und des Infektionsschutzes sind hierbei ebenso zu berücksichtigen wie die persönlichen Bedürfnisse der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden und der Mitarbeitenden in Reha-Einrichtungen. Zum anderen zeichnet sich ab, dass Menschen nach schwerem Verlauf einer COVID-19-Erkrankung oftmals Rehabilitationsbedarfe aufweisen. Hier stellen sich weiterhin Fragen wie beispielsweise, welche Krankheitsfolgen es im Einzelnen zu rehabilitieren gilt, welche therapeutischen Strategien den bestmöglichen Reha-Erfolg versprechen und welche mittel- und langfristigen Auswirkungen die Erkrankung und deren mögliche Folgezustände auf die Erwerbsfähigkeit der Betroffenen haben wird.

Aus diesem Grund werden seit Oktober 2020 vier Projekte durch die Rentenversicherung gefördert:

- Prof. Dr. Patrick Brzoska, Universität Witten/Herdecke, entwickelt in der Studie „Medizinische Rehabilitation in Zeiten von SARS-CoV-2. Eine Mixed-Method-Studie zu Herausforderungen und Bewältigungsstrategien aus intersektionaler Multi-Stakeholder-Perspektive (ReCoVer)“ Empfehlungen, wie die medizinische rehabilitative Versorgung während und nach Pandemien und anderen Public-Health-Krisen bestmöglich aufrechterhalten werden kann.
- Mit der „Medizinische(n) Rehabilitation nach einer Corona-Erkrankung (Re\_Co)“ beschreiben Prof. Ruth Deck, Universität zu Lübeck, und Dr. Jördis Frommhold, Median Klinik Heiligendamm, die Krankheitsfolgen von Patientinnen und Patienten nach einer COVID-19-Erkrankung und deren Veränderungen durch eine medizinische Rehabilitation. Daraus werden konkrete Handlungsempfehlungen zur Ausgestaltung der Rehabilitation bei COVID-19 abgeleitet.

Vier Studien untersuchen die Folgen von Corona auf die Rehabilitation

- In der Studie „Lernen von der SARS-CoV-2 Pandemie: Lektionen für die Zukunft der Leistungserbringung in der ambulanten beruflichen Rehabilitation (CoVaRe)“ erfassen Prof. Dr. Mathilde Niehaus, Universität zu Köln, und Björn Hagen, Fortbildungsakademie der Wirtschaft, die veränderte, stark digitalisierte und häufig hybride Leistungserbringung in der ambulanten beruflichen Rehabilitation, um daraus Implikationen für eine zukünftige Leistungserbringung bereitzustellen.
- Mit dem Projekt „Auswirkungen der SARS-CoV-2-Pandemie auf Zugang, Inanspruchnahme und Ausgestaltung der Sucht-Rehabilitation (CoV-AZuR)“ von Prof. Dr. Karla Spyra, Charité – Universitätsmedizin Berlin, wird mit Unterstützung des Fachverbandes Sucht (FVS) sowie des Bundesverbandes stationäre Suchtkrankenhilfe (buss) eine umfassende Bestandsaufnahme der Pandemie-bedingten Veränderungen im Bereich der ambulanten und stationären Suchtrehabilitation vorgenommen. Darauf basierend werden Handlungsempfehlungen für die Weiterentwicklung der ambulanten und stationären Sucht-Rehabilitation abgeleitet.



Weiterführende Informationen über diese und weitere laufende Projekte finden Sie unter: [www.reha-wissenschaften-driv.de](http://www.reha-wissenschaften-driv.de)

### **Innovative Modellprojekte in rehapro: Zweiter Förderaufruf**

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) fördert praxisorientierte Projekte von Rehabilitationsträgern nach § 11 SGB IX im Programm „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“. Das Förderziel der Projekte ist die Stärkung der Grundsätze „Prävention vor Rehabilitation“ und „Rehabilitation vor Rente“ sowie die Wiederherstellung und der Erhalt der Erwerbsfähigkeit. Außerdem geht es um die Senkung des Zugangs in die Erwerbsminderungsrenten und Eingliederungshilfe. Das verfügbare Förder-volumen sowohl für die Rentenversicherungsträger als auch die Jobcenter beläuft sich auf jeweils bis zu 500 Millionen €.

Im Rahmen des ersten Förderaufrufs vom Mai 2018 befinden sich aus dem Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung 30 Projekte in der Förderung. Verstärkt zielen die Projekte darauf ab, die Erwerbsfähigkeit zu erhalten und wiederherzustellen sowie die gesellschaftliche und berufliche Teilhabe zu verbessern. Inhaltliche Schwerpunkte bilden das frühzeitige Erkennen und Behandeln von Personen mit einem erhöhten Erwerbsminderungsrisiko, besonders bei psychischen Erkrankungen, eine individualisierte Betreuung bei komplexen Problemlagen, eine verbesserte Vernetzung von Leistungserbringern sowie eine verstärkte Kooperation mit Arbeitgebern. Die Projekte sind in 2019 und 2020 vielversprechend angelaufen. Eingeschränkt durch die Corona-Pandemie wurde die Durchführung der Projekte seit März 2020 allerdings erschwert, beispielsweise durch sinkende Teilnehmendenzahlen.

Der zweite Förderaufruf wurde am 25. Mai 2021 veröffentlicht. Wie beim ersten Förderaufruf ist eine bis zu fünfjährige Förderdauer möglich. Die Rentenversicherungsträger möchten sich wiederum mit 21 Projekten am zweiten



30 Projekte der gesetzlichen Rentenversicherung werden gefördert

Weitere Chancen zur Erprobung innovativer Projekte

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
<b>9</b>	<b>Aktuelle Entwicklungen</b>
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
57	Berufliche Rehabilitation
73	Aufwendungen für Rehabilitation
77	Anhang

Förderaufruf beteiligen. Ergänzend zum ersten Förderaufruf wenden sich die Rentenversicherungsträger in mehreren Projekten der Förderung der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen zu, um deren spätere Erwerbsfähigkeit zu verbessern.

### **Aktivitäten der Rentenversicherung zur Verhinderung von Erwerbsminderung**

Ein Ziel der Modellprojekte der Rentenversicherung, die das BMAS im Bundesprogramm „Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“ fördert, ist klar definiert:

- drohender (Teil-)Erwerbsminderung entgegen zu wirken,
- um Erwerbsfähigkeit zu erhalten und wiederherzustellen.

In den Modellprojekten versuchen die Träger der Rentenversicherung in den Projekten die Versichertengruppen, die besonders ausgeprägte Beeinträchtigungen in ihrer Erwerbsfähigkeit aufzeigen, noch effektiver zu erreichen. Diese Menschen sollen von den angebotenen Leistungen zur Teilhabe künftig noch stärker profitieren können. Dafür werden die Rentenversicherungsträger mit Jobcentern und Krankenkassen zusammenarbeiten und auch arbeitgebernahe Ansätze erproben.

Zusammenarbeit mit  
Jobcentern, Krankenkassen  
und Arbeitgebern

Gerade Versicherte, die eine Rente wegen Erwerbsminderung (EM) auf Zeit erhalten haben, sind im Blick dieser Bemühungen. Hier zielen die Projekte darauf ab, den Kontakt zu den Rentenbeziehenden auf Zeit aufrechtzuerhalten und sie entsprechend ihrem Leistungsvermögen auf die Rückkehr in das Erwerbsleben vorzubereiten. Aktuell sind dazu beispielsweise Modelle geplant, um EM-Rentnern auf Zeit durch eigene Arbeitserprobungen die Chance zu geben, sich schrittweise mit den Anforderungen auf dem ersten Arbeitsmarkt auseinanderzusetzen. Mit großem Interesse wird die Deutsche Rentenversicherung beobachten, welche Ansätze hier welchen Erfolg erzielen.



Weitere Informationen finden Sie unter:  
[www.modellvorhaben-rehapro.de](http://www.modellvorhaben-rehapro.de)

### **Relaunch für Nachsorge-Portal im Internet**

Neugestaltet wurde das Suchportal für die Reha-Nachsorge. Die Website [www.nachderreha.de](http://www.nachderreha.de) der Deutschen Rentenversicherung unterstützt Reha-Einrichtungen und Versicherte bei der Suche nach Angeboten zur Reha-Nachsorge. Nach einem Relaunch im Frühjahr 2021 erscheint die Internetseite, auf der Interessierte wohnortnahe, berufsbegleitende Leistungen zur Reha-Nachsorge recherchieren können, in einem neuen Design. Mit dem neuen Auftritt der Internetseite im Corporate Design der Deutschen Rentenversicherung werden unter anderem in der Karten- und Listenansicht die Nachsorgeangebote nutzerfreundlicher dargestellt und um Hinweise zur Kontaktaufnahme mit den Nachsorgeanbietenden wie Telefonnummer und die Anzahl freier Plätze ergänzt.



Zum Suchportal Reha-Nachsorge gelangen Sie über den Link:  
[www.nachderreha.de](http://www.nachderreha.de)



Über 130 Vorträge und  
Diskussionsrunden im  
Programm

## Premiere des ersten digitalen Reha-Kolloquiums

Neue Impulse für Forschung, Praxis und Wissenstransfer konnte das Dezernat Reha-Wissenschaften in besonderen Zeiten setzen. Nachdem das 29. Rehabilitationswissenschaftliche Kolloquium im Februar 2020 wegen der COVID-19-Pandemie kurzfristig als Präsenzveranstaltung in Hannover abgesagt werden musste, wurde die 30. Ausgabe im März 2021 erstmals als Online-Kongress ausgerichtet. Damit feierte der größte und wichtigste Reha-Kongress im deutschsprachigen Raum Jubiläum und Premiere zugleich.

Vom 22. bis 25. März 2021 trafen sich über 1.100 Expertinnen und Experten im virtuellen Raum und tauschten sich zum diesjährigen Rahmenthema „Teilhabe und Arbeitswelt in besonderen Zeiten“ aus. In mehr als 130 Vorträgen und Diskussionsrunden wurden u.a. aktuelle Erkenntnisse zu Prävention, Rehabilitation und Nachsorge, die Chancen und Risiken des digitalen Wandels für Teilhabe und Arbeitswelt sowie der Umgang mit den Folgen der Pandemie besprochen. Der Online-Kongress wurde von der Deutschen Rentenversicherung Bund in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW) veranstaltet.

Dr. Marco Streibelt, Leiter des Dezernats  
Reha-Wissenschaften, moderiert eine  
Session beim digitalen Reha-Kolloquium  
im März 2021.  
Foto: Dr. Hans-Günter Haaf



Den ausführlichen Kongressbericht und Impressionen vom digitalen Reha-Kolloquium finden Sie hier: [www.reha-kolloquium.de](http://www.reha-kolloquium.de)

# 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 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden? Auf diese und andere Fragen kann die Routinestatistik der Rentenversicherung Antwort geben (s. auch S. 77).

### 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 die Unternehmen, die Arbeitnehmende beschäftigen, die Erfassung von Anträgen und Bescheiden (Reha, Rente) oder auch die Informationen aus dem ärztlichen Entlassungsbericht nach einer durchgeführten Rehabilitation.

In den Routinedaten werden auch die Rehabilitationsdiagnosen verschlüsselt. 2016 wurde die Zuordnung der Einzeldiagnosen (nach ICD-10-GM, d. h. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification) zu Diagnosegruppen angepasst. Dadurch sind Vergleiche mit den Vorjahren eingeschränkt, die Zuordnungen sind jedoch genauer: Der Anteil der sonstigen Diagnosen ist niedriger, die Anteile der Krankheiten des Bewegungsapparates, der Herz-Kreislauf-Erkrankungen und der neurologischen Erkrankungen sind etwas höher.

### Anträge, Bewilligungen und durchgeführte Leistungen

Wer eine medizinische Rehabilitation (s. Info-Box S. 29) in Anspruch nehmen möchte, muss zunächst selbst die Initiative ergreifen und einen Antrag stellen. Dies geschieht z. B. auf hausärztlichen Rat und mit deren Unterstützung. Die Rentenversicherung prüft, ob sie zuständig ist, ob die medizinische Notwendigkeit besteht und, ob Antragstellende die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllen. Ist die medizinische Rehabilitation bewilligt, kann sie ambulant oder stationär durchgeführt werden. Doch nicht jede bewilligte Maßnahme wird auch in Anspruch genommen, beispielsweise weil sich die gesundheitliche Situation des Versicherten in der Zwischenzeit verschlechtert hat oder weil berufliche oder familiäre Gründe dagegen sprechen. Im Jahr 2019 war das in 5 % aller bewilligten Anträge der Fall. In 2020 wurden knapp 6 % der bewilligten Anträge nicht in Anspruch genommen.

5 bis 6 % der bewilligten Anträge nicht in Anspruch genommen

Während 2019 bei der Rentenversicherung noch mehr als 1,6 Mio. Anträge auf medizinische Rehabilitation eingingen, wurden im Corona-Jahr 2020 nur knapp 1,4 Mio. Anträge gestellt. Rund 71 % der erledigten Anträge wurden in

2019 bewilligt, 15 % abgelehnt, die restlichen knapp 15 % der Anträge wurden zum jeweils zuständigen Rehabilitationsträger weitergeleitet. In 2020 konnten rund 72 % der gestellten Anträge bewilligt werden. Abgelehnt wurden 14 % der Anträge und 15 % weitergeleitet.

Abbildung 1 zeigt die Entwicklung von Anträgen, Bewilligungen und durchgeführten medizinischen Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung. Gewählt wurde der Zeitraum ab 2006. Die Anträge sind zwischen 2006 und 2019 von ca. 1.383.000 auf rund 1.625.000, die Bewilligungen von rund 926.000 auf rund 1.142.000 und die durchgeführten Leistungen von 818.000 auf rund 1.054.000 gestiegen. Die bisher höchsten Antragszahlen waren im Jahr 2014 zu verzeichnen (etwa 1.724.000). Zwischen 2015 und 2017 sanken die Antragszahlen etwas, um in 2018 und 2019 wieder etwas anzusteigen. Die Bewilligungen waren dagegen seit 2009 mit geringen Veränderungen relativ konstant. Grundsätzlich unterliegt die Anzahl der Anträge, Bewilligungen und durchgeführten Leistungen Schwankungen. Meist folgen die Bewilligungen und durchgeführten Leistungen zeitversetzt zur 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.

In 2020 ist jedoch Corona bedingt ein deutlicher Rückgang der Anträge erkennbar. Die Zahlen sanken im Vergleich zum Vorjahr um etwa 230.000 auf knapp 1.395.000. Eine etwas geringere Reduzierung um ca. 130.000 kann bei den Bewilligungen beobachtet werden. Hier sank die Zahl auf rund 1.011.000.

**Abb. 1 Medizinische Rehabilitation: Anträge, Bewilligungen und abgeschlossene Leistungen 2006–2020**

Anzahl

1.800.000

1.600.000

1.400.000

1.200.000

1.000.000

800.000

600.000

2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020

■ Anträge ■ Bewilligungen ■ Leistungen

Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2021

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
<b>23</b>	<b>Medizinische Rehabilitation</b>
57	Berufliche Rehabilitation
73	Aufwendungen für Rehabilitation
77	Anhang

### Aus der Historie der Daten:

Das Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz (WFG, 01.01.1997) markierte einen starken Einbruch bei den Anträgen und in der Folge bei Bewilligungen und durchgeführten Reha-Leistungen, über deren Hintergrund und dessen Auswirkungen wir in den vorher gehenden Reha-Berichten bereits ausführlich berichtet haben.

Die seit 2006 stark steigenden Antragszahlen bewirkten in den Jahren 2009 bis 2011, dass das jährliche Reha-Budget nur knapp eingehalten werden konnte. Im Jahr 2012 überschritten die Nettoaufwendungen für Rehabilitation das vorgegebene Reha-Budget. Der Grund: Die geburtenstarken Jahrgänge von 1955 bis 1969 (Babyboomer) erreichten das Alter, in dem vermehrt medizinische Rehabilitation notwendig wird.

Der Gesetzgeber trug dieser Entwicklung Rechnung und verabschiedete 2014 das Rentenpaket: Die Höhe des jährlichen Reha-Budgets wird seitdem nicht mehr allein davon abhängig gemacht, wie sich die Bruttolöhne entwickeln. Es wird zusätzlich ein sogenannter Demographiefaktor eingeführt. Damit wird bei der Berechnung des jährlichen Reha-Budgets der alterungsbedingte Bedarf berücksichtigt. Dies führte zu einer Erhöhung des Budgets. Die Reha-Berichte der zurückliegenden Jahre finden Sie hier zum Nachlesen:

<https://t1p.de/ykecc>



Ein ebenfalls deutlicher Rückgang ist bei den abgeschlossenen Leistungen erkennbar, um etwa 190.000 gingen sie auf 866.000 zurück.

Tabelle 2 wirft noch einmal einen Blick auf die Änderungsraten der zurückliegenden Jahre seit 2018: Während die Anträge in 2019 im Vergleich zum Vorjahr um 0,9 %, die Bewilligungen um 1 % und die durchgeführten Reha-Leistungen um 2,2 % gestiegen sind, lagen die Zahlen in 2020 deutlicher niedriger als im Jahr zuvor: minus 14,2 % bei den Anträgen, minus 11,5 % bei den Bewilligungen und minus 17,9 % bei den durchgeführten Leistungen. Während die durchgeführten Leistungen in 2019 etwas stärker stiegen, im Vergleich zu den gestellten Anträgen und Bewilligungen, sanken im Corona-Jahr die relativen Zahlen der durchgeführten Leistungen aufgrund Pandemie bedingter Einschränkungen stärker als Anträge und Bewilligungen.

**Tab. 2 Medizinische Rehabilitation: Anzahl der Anträge, Bewilligungen und abgeschlossenen Leistungen 2018/2019 und 2019/2020**

	Anträge	Bewilligungen	Leistungen
2018	1.610.054	1.131.270	1.031.294
2019	1.625.158	1.142.273	1.054.012
<b>Veränderungsrate 2018–2019</b>	+ 0,9%	+ 1,0%	+ 2,2%
2019	1.625.158	1.142.273	1.054.012
2020	1.394.608	1.011.417	865.673
<b>Veränderungsrate 2019–2020</b>	-14,2%	-11,5%	-17,9%

Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2021

### Verschiedene Formen der Rehabilitation

Gemäß dem Grundsatz „Reha vor Rente“ steht bei der Mehrzahl der medizinischen Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung die Sicherung der Erwerbsfähigkeit der Versicherten im Vordergrund. Für Tumorerkrankungen und Kinderrehabilitation ist dies jedoch keine notwendige Voraussetzung. Die Anschlussrehabilitation (AHB) wird direkt aus einem Aufenthalt im Akutkrankenhaus heraus eingeleitet. Menschen mit einer Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit können eine medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen beantragen.

Seit 1997 wird für ausgewählte Indikationen die ganztägig ambulante Rehabilitation angeboten. Bei dieser Form der medizinischen Rehabilitation kommen die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden nur tagsüber in die Rehabilitationseinrichtung. Voraussetzung war, dass die ambulante Rehabilitation in dafür geeigneten Fällen ebenso gute Behandlungserfolge vorweisen kann wie die stationäre Rehabilitation. Das konnte in mehreren wissenschaftlichen Studien belegt werden. Der überwiegende Teil medizinischer Rehabilitation erfolgt jedoch nach wie vor stationär. Zwischen 2006 und 2020 ist der Anteil

der stationären Leistungen wie in Tabelle 3 dargestellt für Erwachsene jedoch schrittweise von 86 % auf 80 % zurück gegangen.

Die ambulanten Leistungen für Erwachsene dagegen stiegen kontinuierlich und hatten sich bis 2019 mehr als verdoppelt: von rund 76.000 im Jahr 2006 auf ca. 162.000 Leistungen. Ihr Anteil lag bei 15 %. Im Jahr 2020 machten sie bei gesunkenen Fallzahlen (knapp 140.000) ca. 16 % aller medizinischen Rehabilitationsleistungen aus.

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

Die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen wurde bis Ende 2016 nur stationär durchgeführt. Seit Dezember 2016 kann die Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen mit dem Inkrafttreten des Flexirentengesetzes auch ambulant erbracht werden (s. Info-Box S. 29). Ihr prozentualer Anteil von allen Reha-Leistungen der Rentenversicherung rangierte in den vergangenen zehn Jahren konstant bei 3 % (s. Tab. 3). Die Anzahl sank von 2019 auf 2020 um etwa 10.000 Fälle auf knapp 24.000. Rehabilitationsleistungen bei Neubildungen (in ca. 95 % der Fälle bei bösartigen Neubildungen) lagen in den vergangenen Jahren konstant bei 15 % (s. Tab. 4 S. 28). Bei dieser Leistungsart ging der Anteil in 2020 auf 14 % zurück, bedingt durch die Pandemie und ihre Auswirkungen

**Tab. 3 Abgeschlossene Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 2006–2020: stationär und ambulant für Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche**

Jahr	Insgesamt*	Stationäre Leistungen für Erwachsene	Ambulante Leistungen für Erwachsene	Kinder- und Jugendlichenrehabilitation
2006	818.433	704.004	75.850	36.443
2007**	903.257	771.782	92.038	37.498
2008	942.622	804.006	99.820	37.568
2009	978.335	829.822	111.022	36.254
2010	996.154	837.864	122.835	34.223
2011	966.323	810.664	122.726	30.919
2012	1.004.617	843.319	127.642	32.103
2013	988.380	827.080	129.073	30.812
2014	1.014.763	840.639	141.147	31.384
2015	1.027.833	845.825	147.783	31.354
2016	1.009.207	828.707	146.240	29.815
2017	1.013.588	825.040	151.866	30.819
2018	1.031.294	832.936	157.496	32.757
2019	1.054.012	850.842	162.275	33.421
2020	865.673	695.105	139.808	23.876

\* Ab 2016 einschließlich Mischfälle (stationäre und ambulante Reha in Kombination erbracht) und Zahnersatz; Summe der Leistungen insgesamt übersteigt somit Summe der rechtsstehenden Spalten

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

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

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
<b>23</b>	<b>Medizinische Rehabilitation</b>
57	Berufliche Rehabilitation
73	Aufwendungen für Rehabilitation
77	Anhang

auf die Gesundheitsversorgung. In 2019 war rund jede sechste medizinische Rehabilitation für Erwachsene eine onkologische Reha-Leistung (157.000), in 2020 nur knapp jede siebte (rund 120.000 Leistungen).

Anteil der AHB-Leistungen  
in 2020 bei 39 %

Noch deutlich stärker als der Anstieg aller Reha-Leistungen zwischen 2006 und 2019 zeigte sich der Zuwachs bei der Anschlussrehabilitation (AHB). Mit rund 372.000 Leistungen stellte die AHB im Jahr 2019 einen Anteil von 36 %. Seit 2011 schwankt das Verhältnis zwischen 34 und 37 %. Durch die Folgen der Pandemie auf das Gesundheitssystem war die AHB im relativen Vergleich deutlich geringer als andere Leistungsarten vom Rückgang betroffen. Mit knapp 327.000 Leistungen lag ihr Anteil noch bei 39 % aller Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in 2020.

Die Anzahl von medizinischen Rehabilitationen bei Abhängigkeitserkrankungen entwickelte sich in den Jahren von 2006 bis 2012 schwankend. In den Folgejahren gingen sie bis 2017 kontinuierlich zurück. 2019 lagen sie mit rd. 43.000 Leistungen unter dem Niveau von 2006 (rd. 49.500 Leistungen) und machten wie in den zurückliegenden Jahren 4 % der Gesamtleistungen aus. Trotz der in 2020 gesunkenen Anzahl auf knapp 39.000 Leistungen ist der Anteil auf 5 % gestiegen (s. Tab. 4 S. 28). Das lässt die Schlussfolgerung zu, dass die medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen vom Corona bedingten Rückgang noch am schwächsten betroffen war.

Mehr als 177.000 Nachsorge-  
Leistungen in 2019 erbracht

Mit einer medizinischen Rehabilitation, die in der Regel etwa drei Wochen dauert, können manche Reha-Ziele wie beispielsweise die Stabilisierung von Beweglichkeit, Koordination, Kraft und Ausdauer nicht vollständig erreicht und notwendige Änderungen des Lebensstils wie mehr Bewegung und Änderung des Ernährungsverhaltens bei den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden nur angestoßen werden. Um die Reha-Erfolge langfristig zu sichern, gibt es Nachsorgeleistungen. Aber nicht nur bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist Reha-Nachsorge sinnvoll, sondern auch bei anderen körperlichen und psychischen Erkrankungen: beispielsweise die Intensivierte Reha-Nachsorge (IRENA) für verschiedene Indikationen und die psychosomatische Reha-Nachsorge (PsyRENA) für die Psychosomatik/Psychotherapie. Die Nachsorgeleistungen der Rentenversicherung haben bis 2014 kontinuierlich zugenommen. Nachdem sie sich in den folgenden Jahren bis 2018 (knapp 148.000) schwankend entwickelten, stiegen sie in 2019 mit mehr als 177.000 Leistungen deutlich an. In 2020 ging die Anzahl der Leistungen zurück auf rund 170.000.

Nach einer medizinischen Rehabilitation können manche Versicherte ihre berufliche Tätigkeit nicht sofort in vollem Umfang wieder aufnehmen. Seit dem SGB IX kann die Rentenversicherung bei Stufenweiser Wiedereingliederung (STW) unmittelbar nach der medizinischen Rehabilitation Übergangsgeld als Entgeltersatzleistung zahlen. Die an der STW Teilnehmenden werden dann schrittweise, in der Regel mit ansteigender Stundenzahl, an die volle Arbeitsbelastung herangeführt. Eine Stufenweise Wiedereingliederung kann bis zu sechs Monate dauern. Im Jahr 2019 unterstützte die Rentenversicherung auf

diese Weise in 53.802 Fällen den (Wieder-) Einstieg in die berufliche Tätigkeit. Das stellt eine Steigerung um knapp 45 % von 2010 (37.243 Fälle) zu 2019 dar, liegt aber niedriger als in 2015 (57.625). In 2020 sank die Anzahl im Vergleich zum Vorjahr um rund 11.000 auf 42.880 Fälle.

Eine weitere Leistung im Angebotsspektrum der Rentenversicherung sind die Präventionsleistungen, die für Versicherte erbracht werden, die unter ersten gesundheitlichen Beeinträchtigungen leiden (§ 14 Abs. 1 SGB VI). Präventionsleistungen stellen seit Ende 2016 eine Pflichtleistung der Rentenversicherung dar (s. S. 29). Eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit ist bei diesen Leistungen keine Voraussetzung. Die Leistungen zur Verhaltensprävention sollen frühzeitig ansetzen und die Versicherten dabei unterstützen, selbstständig und eigenverantwortlich einen gesundheitsförderlichen Lebensstil zu entwickeln. Die Entstehung und Ausbildung chronischer Erkrankungen, insbesondere der sogenannten Zivilisationskrankheiten, soll damit möglichst vermieden werden. Der Grundsatz der Rentenversicherung heißt hier: Prävention vor Rehabilitation vor Rente!

**Tab. 4 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 2006–2020: besondere Leistungsformen für Erwachsene\***

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

\* Ab 2016 grundsätzlich einschließlich Mischfälle

\*\* Neubildungen und medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen werden in der Statistik der Deutschen Rentenversicherung als eigene Maßnahmeart 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“ 2006–2020

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
<b>23</b>	<b>Medizinische Rehabilitation</b>
57	Berufliche Rehabilitation
73	Aufwendungen für Rehabilitation
77	Anhang

### **Medizinische Rehabilitation**

Wenn eine chronische Erkrankung die Erwerbsfähigkeit gefährdet oder einschränkt, kann die medizinische Rehabilitation helfen. Die Rentenversicherung ist der wichtigste Leistungsträger der medizinischen Rehabilitation in Deutschland. Weitere Reha-Träger sind die Krankenkassen (für Nichterwerbstätige) und die gesetzliche Unfallversicherung. Die Rentenversicherung führt nach § 15 SGB VI Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch mit dem Ziel, die Erwerbsfähigkeit ihrer Versicherten zu erhalten oder wiederherzustellen. Ebenso erbringt sie Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche nach § 15a SGB VI, wenn dies einen Einfluss auf die spätere Erwerbsfähigkeit haben kann.

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

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

#### **Sonstige Leistungen nach § 31 SGB VI, insbesondere:**

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

#### **Präventionsleistungen**

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

#### **Der Rehabilitation nachgelagerte Leistungen**

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

#### **Ergänzende Leistungen**

- Ergänzende Leistungen ergänzen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben, zur Prävention, zur Nachsorge sowie die sonstigen Leistungen. Sie erfolgen nicht ohne die „Hauptleistung“. Es handelt sich u. a. um Übergangsgeld oder Reisekosten.

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

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

## **Krankheitsspektrum – zeitliche Entwicklung**

Werden stationäre und ambulante Leistungen zusammengefasst, haben sich die medizinischen Reha-Leistungen der einzelnen Diagnosegruppen in den zurückliegenden Jahren unterschiedlich entwickelt (s. Abb. 2). Das zeigt die Gegenüberstellung der Reha-Leistungen aus 2019 und 2020 mit 2006. Bei dieser Gegenüberstellung muss berücksichtigt werden, dass die Diagnosegruppen in 2016 angepasst wurden (s. S. 23). Das führte zu einer besseren inhaltlichen Zusammenfassung von Diagnosen und einem geringeren Anteil der sonstigen Diagnosen.

Rehabilitationen wegen psychischer Erkrankungen haben im Vergleich zum Jahr 2006 zugenommen

Der Anteil an Leistungen bei Muskel-, Skelett- und Bindegewbserkrankungen, nach wie vor die größte Diagnosegruppe, lag in 2019 und 2020 bei 42 % und damit höher als in 2006. Auf die Diagnosegruppe der psychischen Erkrankungen entfielen in 2019 16 % und 17 % in 2020 und damit inzwischen mehr Leistungen als in 2006 (12 %). Ein leichter Rückgang konnte bei den Neubildungen von 19 % (2006) auf 16 % in 2019 und 15 % in 2020 festgestellt werden. Die Verringerung der sonstigen Diagnosen von 10 % (im Jahr 2006) auf 6 % in 2019 und 2020 wurde durch die erwähnte veränderte Zuordnung der Einzeldiagnosen erreicht.

## **Krankheitsspektrum in den Jahren 2019 und 2020**

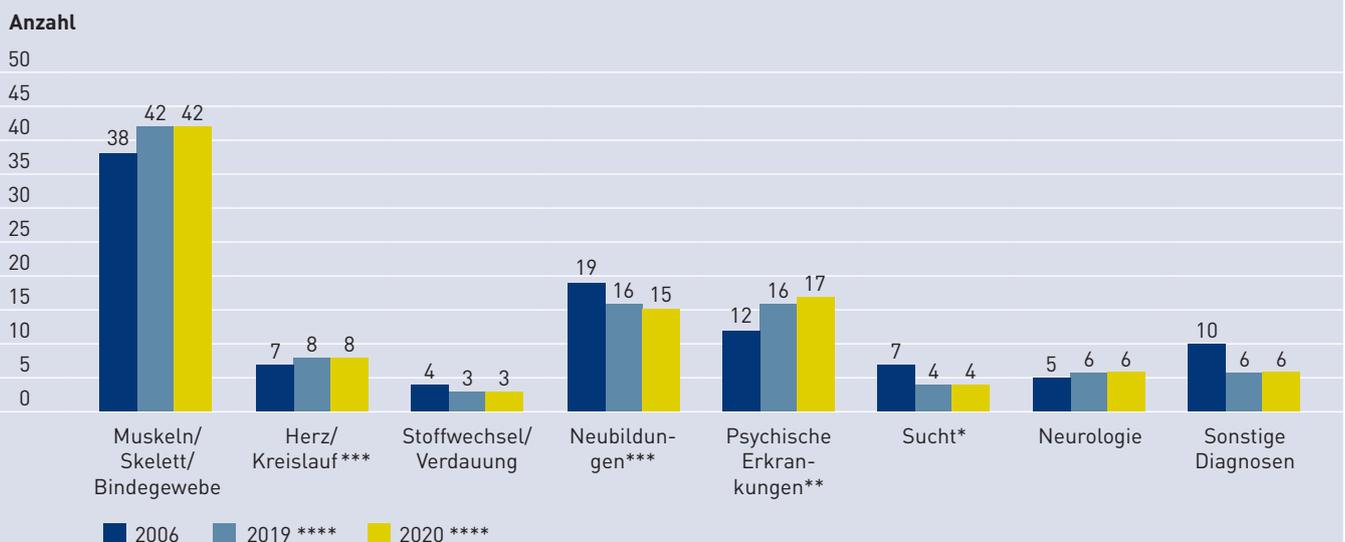
Wird die aktuelle Verteilung der Diagnosen in der medizinischen Rehabilitation in 2019 und 2020 getrennt nach stationärer und ambulanter Reha-Form verglichen, stellt sich das Krankheitsspektrum unterschiedlich dar.

Die Abbildungen 3 und 4 geben darüber hinaus auch Unterschiede im Krankheitsspektrum von Frauen und Männern wieder. Die dazugehörigen Zahlen und die je nach Diagnosegruppe unterschiedliche durchschnittliche Rehabilitationsdauer sind in Tabelle 4 enthalten. In den Daten der Deutschen Rentenversicherung wird seit 2018 auch das offiziell dritte Geschlecht „divers“ erhoben. Aus methodischen und datenschutzrechtlichen Gründen können diese geringen Zahlen, die noch im einstelligen Bereich liegen, noch nicht

statistisch ausgewertet werden. Solange die Anzahl der Fälle so gering ist, werden sie bei der Auswertung der Statistiken der Deutschen Rentenversicherung den Frauen zugeordnet. In erster Linie handelt es sich bei den Fällen zunächst um Kinder und Jugendliche.

Eine stationäre medizinische Rehabilitation erhielten in 2019 und 2020 Frauen wie Männer zu mehr als einem Drittel wegen Krankheiten der Muskeln, des Skeletts oder des Bindegewebes. Rang zwei belegte bei Frauen die medizinische Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen (22 % in 2019; 23 % in 2020), dicht gefolgt von Rehabilitation bei Neubildungen (20 %). Bei Männern rangierten die Neubildungen auf Platz zwei (16 % in 2019; 15 % in 2020). Der Anteil psychischer Erkrankungen war mit 14 % bei Männern in beiden Berichtsjahren nach wie vor deutlich geringer als bei Frauen. Die medizinische Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen lag damit bei Männern an dritter Stelle und knapp vor der Rehabilitation bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen (12 % in 2019; 13 % in 2020). Medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen traten bei Männern in 2020 drei Mal häufiger auf als bei Frauen (s. Abb. 3).

**Abb. 2 Krankheitsspektrum in der medizinischen Rehabilitation Erwachsener<sup>1</sup> (ambulant und stationär): 2006, 2019 und 2020**



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

\* medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen wird in der Statistik der Rentenversicherung als eigene Maßnahmeart dokumentiert und als einzige der hier genannten Diagnosegruppen nicht über die ICD-Diagnosen definiert.

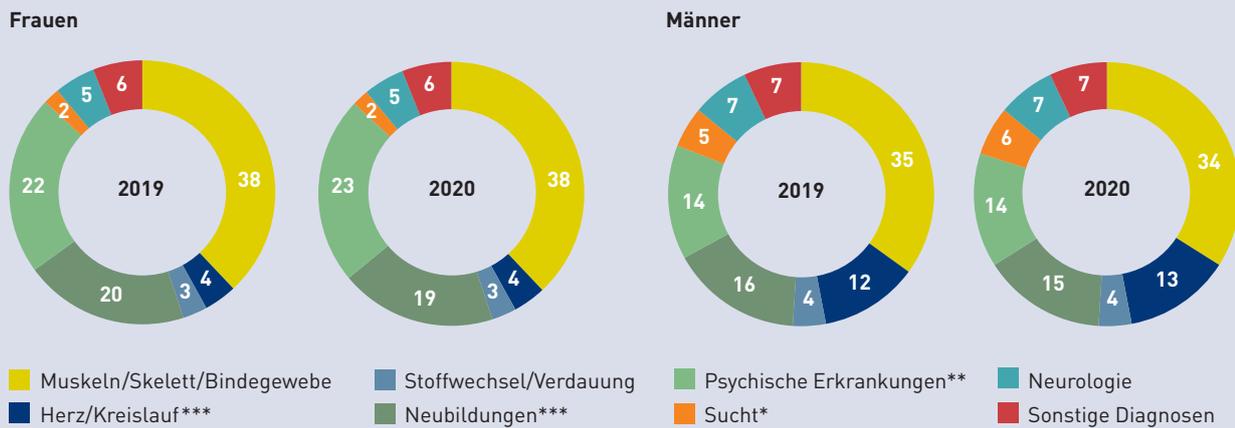
\*\* ohne Sucht

\*\*\* ohne neurologische Krankheitsbilder

\*\*\*\* ab 2018 neue Zuordnung einzelner ICD-Diagnosen

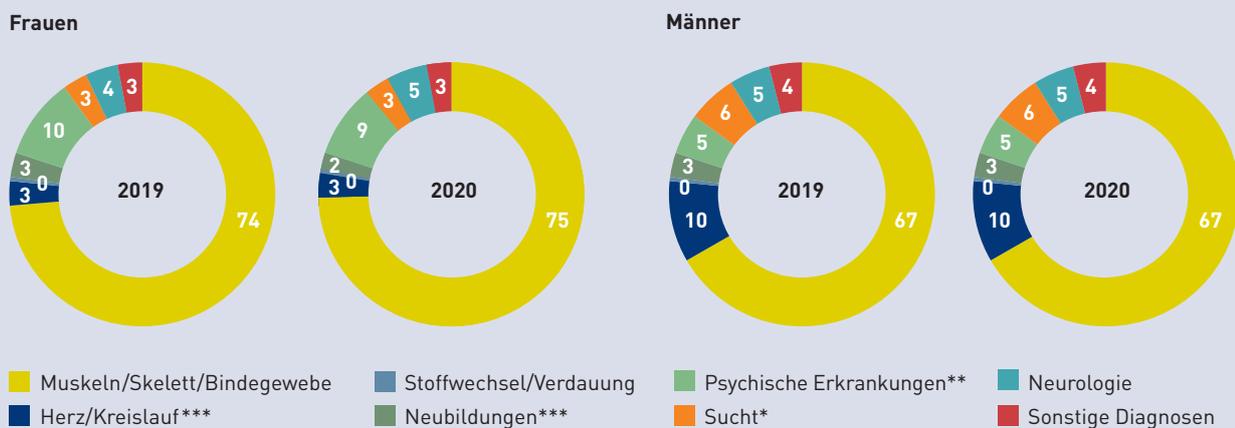
Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2006, 2019 und 2020

**Abb. 3 Stationäre medizinische Rehabilitation 2019<sup>1</sup> und 2020<sup>1</sup>: Krankheitsspektrum<sup>2</sup> (Anteile Reha-Leistungen in %)**



<sup>1</sup> ab 2016 neue ICD-10-Zuordnung für einzelne Q-, S-, T- und Z-Diagnosen <sup>2</sup> ohne Fälle, bei denen die 1. Diagnose noch nicht erfasst ist  
 \* medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen wird als eigene Maßnahmeart dokumentiert und als einzige der hier genannten Diagnosegruppen nicht über die ICD-Diagnosen definiert.  
 \*\* ohne Sucht \*\*\* ohne neurologische Krankheitsbilder  
 Hinweis: In den Daten der Deutschen Rentenversicherung wird das offiziell dritte Geschlecht „divers“ erhoben. Aus methodischen und datenschutzrechtlichen Gründen werden diese geringen Fallzahlen jedoch nicht statistisch ausgewertet, sondern den Frauen zugeordnet.  
 Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2019 und 2020

**Abb. 4 Ambulante medizinische Rehabilitation 2019<sup>1</sup> und 2020<sup>1</sup>: Krankheitsspektrum<sup>2</sup> (Anteile Reha-Leistungen in %)**



<sup>1</sup> ab 2016 neue ICD-10-Zuordnung für einzelne Q-, S-, T- und Z-Diagnosen <sup>2</sup> ohne Fälle, bei denen die 1. Diagnose noch nicht erfasst ist  
 \* medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen wird als eigene Maßnahmeart dokumentiert und als einzige der hier genannten Diagnosegruppen nicht über die ICD-Diagnosen definiert.  
 \*\* ohne Sucht \*\*\* ohne neurologische Krankheitsbilder  
 Hinweis: In den Daten der Deutschen Rentenversicherung wird das offiziell dritte Geschlecht „divers“ erhoben. Aus methodischen und datenschutzrechtlichen Gründen werden diese geringen Fallzahlen jedoch nicht statistisch ausgewertet, sondern den Frauen zugeordnet.  
 Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2019 und 2020

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
<b>23</b>	<b>Medizinische Rehabilitation</b>
57	Berufliche Rehabilitation
73	Aufwendungen für Rehabilitation
77	Anhang

### Stationäre Rehabilitation zwischen 22,1 und 23,9 Tagen

bis 2017 Im Durchschnitt befanden sich Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in 2019 28,6 Tage und 2020 28,5 Tage in ihrer stationären medizinischen Rehabilitation. Nimmt man Reha-Leistungen wegen psychischer Erkrankungen, Suchterkrankungen und auch neurologischer Erkrankungen, die einer längeren Therapie bedürfen, davon aus, dauerte die stationäre Rehabilitation in den einzelnen Diagnosegruppen in den beiden Berichtsjahren zwischen 22,1 und 23,9 Tage. Die stationäre orthopädische Rehabilitation – also bei Erkrankungen der Muskeln, des Skeletts oder des Bindegewebes – dauerte in 2019 durchschnittlich etwa 23,6 Tage und in 2020 etwa 23,2 Tage, das sind etwas mehr als drei Wochen.

Wird die Rehabilitationsdauer getrennt nach Geschlecht für die einzelnen Diagnosegruppen betrachtet, unterscheiden sich Frauen und Männer wenig voneinander (s. Tab. 5). Die Dauer der stationären Rehabilitation wegen Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems war bei beiden Geschlechtern in beiden Berichtsjahren fast gleich. Die Behandlung aufgrund von Verdauungs- und Stoffwechselstörungen sowie Suchterkrankungen dauerte bei Frauen in 2019

**Tab. 5 Ambulante und stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 2019 und 2020: 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>Behandlungstage / ambulant****</b>											
<b>2019</b>	Frauen	20,1	17,2	17,0	17,0	16,4	32,7	52,8	21,6	x	x
	Männer	20,2	17,1	16,7	17,8	15,9	37,5	48,5	21,8	x	x
<b>2020</b>	Frauen	20,2	17,2	16,6	20,4	16,3	35,1	53,8	21,7	x	x
	Männer	20,4	17,2	16,8	18,6	16,2	39,7	49,8	21,7	x	x
<b>Behandlungstage / stationär****</b>											
<b>2019</b>	Frauen	28,0	23,7	24,1	24,4	22,5	37,0	87,8	30,2	x	x
	Männer	29,1	23,5	23,5	23,1	22,2	37,6	87,0	29,6	x	x
<b>2020</b>	Frauen	27,9	23,4	23,6	23,9	22,3	36,6	85,6	29,3	x	x
	Männer	29,1	23,1	23,0	22,8	22,1	37,5	85,3	28,9	x	x

\* Ohne neurologische Krankheitsbilder

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

\*\*\* Medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen wird in der Statistik der Rentenversicherung als eigene Maßnahmeart dokumentiert und als einzige der hier genannten Diagnosegruppen nicht über die ICD-Diagnosen definiert.

\*\*\*\* Stationär: inkl. Wochenende; ambulant: Behandlungstage, an denen die Rehabilitanden sich ganztägig in der ambulanten Reha-Einrichtung aufhalten. Die medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen findet oft berufsbegleitend statt, deshalb entfällt die Angabe von Behandlungstagen.

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

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

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2019 und 2020

und 2020 mindestens einen Tag länger, die Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen jedoch einen halben Tag kürzer als bei Männern (s. Tab. 5). Im Durchschnitt über alle Krankheitsbilder gesehen, ist eine stationäre medizinische Rehabilitation bei Frauen etwas kürzer. Dies ist vor allem auf die lange Dauer von medizinischer Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen zurückzuführen, die von Männern in 2019 mehr als doppelt so häufig und in 2020 drei Mal häufiger in Anspruch genommen wurden (s. o.).

In der ambulanten Rehabilitation wurde der weitaus überwiegende Teil der Leistungen bei Frauen (74 % in 2019; 75 % in 2020) wie bei Männern (67 % in 2019 und 2020) wegen einer Erkrankung der Muskeln, des Skeletts oder des Bindegewebes durchgeführt; die Anteile sind wesentlich höher als in der stationären Rehabilitation. Dagegen wurden in 2019 nur 3 % (Frauen wie Männer) der ambulanten Rehabilitationsleistungen aufgrund von Neubildungen durchgeführt (s. Abb. 4). In 2020 lag der prozentuale Anteil der Neubildungen bei Männern ebenfalls bei 3 % und bei Frauen bei 2 %.

Eine ambulante Rehabilitation hatte im Schnitt 20,3 Behandlungstage

In Tabelle 5 sind auch die durchschnittlichen Behandlungstage für die ganztägig ambulante Rehabilitation der betrachteten Diagnosegruppen enthalten. Für eine ganztägig ambulante orthopädische Rehabilitation wurden bei Frauen wie Männern in 2019 und 2020 durchschnittlich etwa 17 Behandlungstage benötigt. Das entspricht – bei sechs Behandlungstagen pro Woche – knapp drei Wochen und ist damit etwas kürzer als in der stationären Rehabilitation. Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen suchten im Schnitt in 2019 an rund 35 Tagen und in 2020 an 37 Tagen die ambulante Reha-Einrichtung auf. Dabei war die die Behandlungsdauer bei Frauen mit 32,7 Tagen in 2019 und 35,1 Tagen in 2020 deutlich niedriger als bei Männern (37,5 Tage in 2019; 39,7 Tage in 2020).

Jüngste Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in der Suchtbehandlung

Die Diagnosegruppen in der medizinischen Rehabilitation unterschieden sich auch nach dem durchschnittlichen Alter der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden. Die deutlich jüngsten von ihnen fanden sich in der Suchtrehabilitation (medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen; 2019: im Schnitt 43,2 Jahre; 2020: 43,4 Jahre). Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit psychischen Erkrankungen (ohne medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen; 2019: 50,8 Jahre; 2020: 51,0) oder mit Erkrankungen des Verdauungs- und Stoffwechselsystems (2019 und 2020: 50,4 Jahre) waren im Schnitt etwa gleich alt, gefolgt von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit neurologischen Erkrankungen (2019: 51,5 Jahre; 2020: 51,9 Jahre), orthopädischen Erkrankungen (2019: 53,2 Jahre; 2020: 53,5 Jahre) und Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems (2019: 54,9 Jahre; 2020: 55 Jahre). Mit im Mittel 62,5 Jahren (2019; 2020: 62,1 Jahre) waren Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Krebserkrankungen mit Abstand am ältesten. Während insgesamt zahlreiche krankheitsspezifische, personenbezogene und auch gesellschaftliche Faktoren zu den Altersunterschieden zwischen den Diagnosegruppen führen können, trägt hier eine gesetzliche Regelung dazu bei: Nach § 31 SGB VI führt die Rentenversicherung eine

medizinische Rehabilitation bei Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Krebserkrankungen auch dann durch, wenn sie bereits im Rentenalter sind.

### Altersspezifische Inanspruchnahme

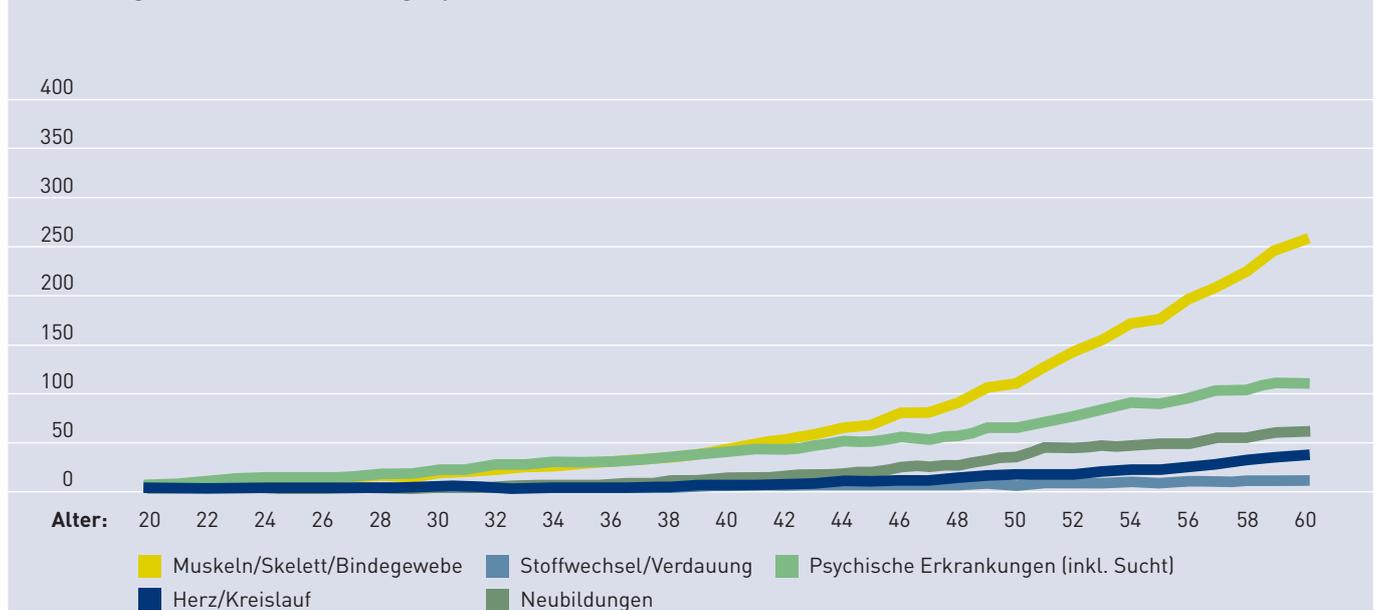
Das Durchschnittsalter von Frauen, die 2019 eine stationäre oder ambulante medizinische Rehabilitation abgeschlossen haben, lag in 2019 und 2020 bei 53,8 Jahren. Männer waren etwa gleich alt (2019: 53,7 Jahre; 2020: 53,8 Jahre). Grundsätzlich nimmt mit dem Alter die Zahl chronisch Kranker zu. Ebenso werden mit höherem Alter mehr medizinische Rehabilitationsleistungen in Anspruch genommen. Die Inanspruchnahme wird pro 10.000 Versicherte dargestellt (Inanspruchnahmerate). Werden die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Versicherten gleichen Alters in Beziehung gesetzt, erhält man die altersspezifische Inanspruchnahmerate (s. Abb. 5 und 6).

Die Ergebnisse zeigten eindeutig: Bei allen betrachteten Diagnosegruppen stieg die Inanspruchnahme mit dem Alter. Besonders ausgeprägt war der Anstieg bei Krankheiten der Muskeln, des Skeletts oder des Bindegewebes etwa ab dem 40. Lebensjahr, bei Frauen noch deutlich stärker als bei Männern. Bei Neubildungen erhöhte sich die Inanspruchnahme ebenfalls mit fortschreitendem Alter. Bei Frauen und Männern war dieser Anstieg etwa um das 50. Lebensjahr erkennbar. Auch bei Krankheiten des Stoffwechsels und

Zahl der chronischen Erkrankten nimmt im Alter zu

**Abb. 5 Medizinische Rehabilitation: Altersspezifische Inanspruchnahmeraten bei Frauen 2020**

Anzahl abgeschlossene Reha-Leistungen pro 10.000 Versicherte



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

Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2020, „Versicherte“ 2019

Versicherte nehmen mit zunehmenden Alter häufiger Reha-Leistungen in Anspruch

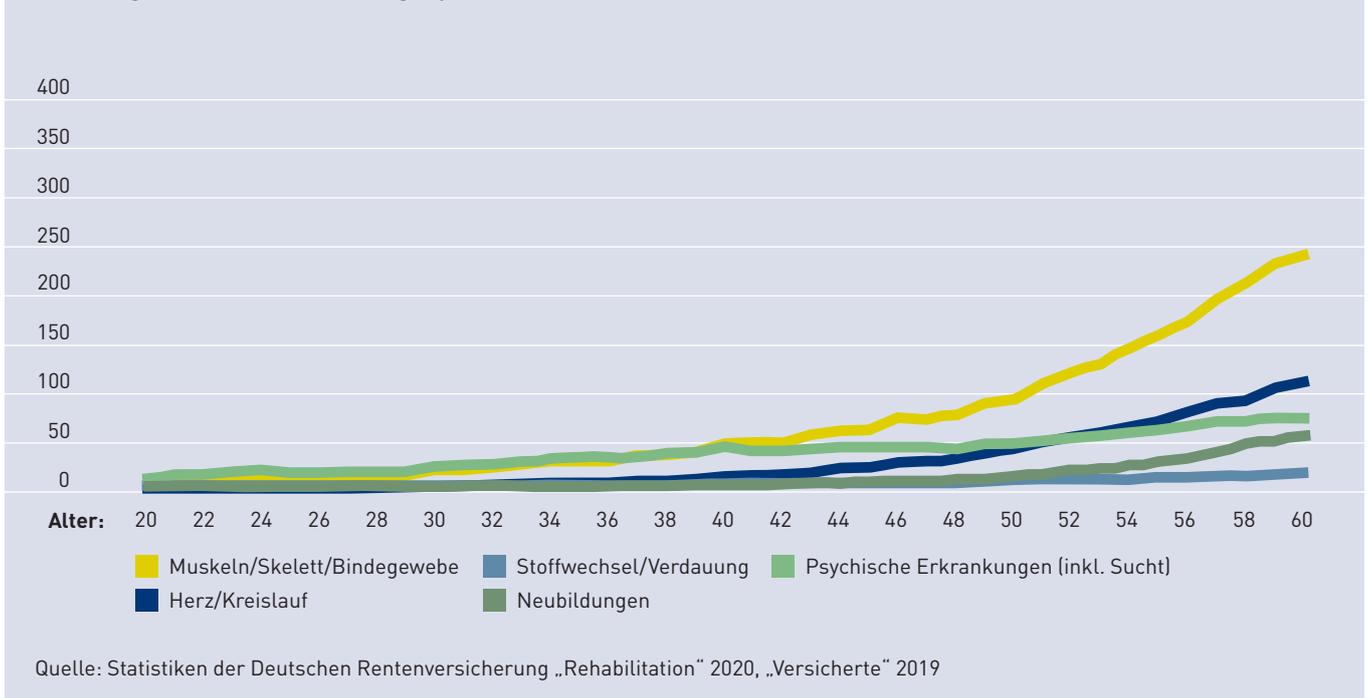
der Verdauungsorgane stieg die Inanspruchnahme bei beiden Geschlechtern mit zunehmendem Alter an, wenn auch moderat.

Während bei Frauen die Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen bei psychischen Erkrankungen (inkl. Abhängigkeitserkrankungen) mit dem Alter stetig anstieg, zeigte sich bei Männern diese Altersdynamik deutlich schwächer. Eine für Frauen und Männer ebenfalls unterschiedliche Entwicklung der altersabhängigen Inanspruchnahme war bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen sichtbar. Hier stiegen die Reha-Leistungen männlicher Versicherter etwa um das 40. Lebensjahr kontinuierlich. Bei Frauen setzte diese Entwicklung knapp 10 Jahre später ein und präsentierte sich weniger stark ausgeprägt.

### Altersstandardisierte Inanspruchnahme

Seien es Krankheitshäufigkeit, Sterblichkeit und 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. Mit der Altersstandardisierung (s. Info-Box) wird entsprechend sowohl der Einfluss der Größe der Population als auch der einer unterschiedlichen Alterszusammensetzung herausgerechnet (d. h. altersstandardisierte Raten berechnet).

**Abb. 6 Medizinische Rehabilitation: Altersspezifische Inanspruchnahmeraten bei Männern 2020**  
Anzahl abgeschlossene Reha-Leistungen pro 10.000 Versicherte



4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
<b>23</b>	<b>Medizinische Rehabilitation</b>
57	Berufliche Rehabilitation
73	Aufwendungen für Rehabilitation
77	Anhang

Tabelle 6 gibt für Frauen und für Männer die altersstandardisierten Inanspruchnahmeraten insgesamt sowie für die wichtigsten fünf Diagnosegruppen zwischen 2006 und 2020 wieder. Zu Beginn dieses Zeitraums in 2006 hatten in Deutschland altersstandardisiert rund 266 von 10.000 versicherten Frauen und etwa 248 von 10.000 versicherten Männern eine medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung in Anspruch genommen. 2019 lagen die Raten etwas niedriger (Frauen: 258; Männer: 239). 2020 reduzierte sich die Rate erneut (Frauen: 206; Männer: 198 von 10.000 Versicherten).

Für Frauen musste damit nach einem jährlich zu beobachtenden Rückgang der Zahlen im Pandemie-Jahr 2020 die niedrigste Inanspruchnahme seit 2006 verzeichnet werden. Nach einem Anstieg der Inanspruchnahmeraten bis 2010 sank die Inanspruchnahme seit 2013 kontinuierlich (zur Änderung der standardisierten Raten im Vergleich zu vorherigen Reha-Berichten durch die Verwendung einer neuen Standardisierungspopulation siehe Info-Box).

#### **Altersstandardisierung**

Die Altersstandardisierung ist ein Rechenverfahren: Es vergleicht zwei oder mehr Untersuchungsgruppen unterschiedlicher Alterszusammensetzung in Bezug auf ein altersabhängiges Merkmal (z. B. das Vorkommen eines Tumors oder die Inanspruchnahme von Reha-Leistungen). Der vorliegende Bericht verwendet die so genannte direkte Standardisierung. Sie gewichtet die altersspezifischen Reha-Raten der beobachteten Population mit der Altersverteilung einer Standardpopulation (hier: Versicherte der Rentenversicherung 2016).

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. Die Altersstandardisierung wird sowohl für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation als auch zur beruflichen Bildung eingesetzt.

Unterschiedliche Altersstrukturen erfordern eine altersstandardisierte Betrachtung.

Wird zum Vergleich die Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation in diesem Zeitraum in absoluten Zahlen (s. Tab. 3 S. 26) betrachtet, dann liegen diese Zahlen – ohne Altersstandardisierung – für 2019 und 2020 deutlich über denen von 2006. Das Sinken der altersstandardisierten Raten bei steigenden absoluten Zahlen ist auf die veränderte Altersstruktur der Versichertenpopulation zurückzuführen. So kamen zum Beispiel die geburtenstarken Jahrgänge aus den 1960er Jahren zunehmend in das Alter, in dem sie vermehrt Rehabilitation benötigten.

Bei den Krankheiten der Verdauungsorgane waren in 2019 und auch in 2020 die altersstandardisierten Inanspruchnahmeraten im beobachteten Zeitraum rückläufig, während bei den Neubildungen ein leichter Anstieg für 2019 zu erkennen ist. Im Corona-Jahr 2020 gingen die Zahlen wieder deutlich zurück.

Nachdem die Inanspruchnahmeraten bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen seit 2007 relativ stabil blieben, reduzierten sie sich in 2019 und 2020. Die Inanspruchnahmeraten bei den Krankheiten der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes sanken zwischen 2009 und 2015 mit leichten Schwankungen langsam und zeigten sich seit 2016 relativ stabil. Dieser Trend setzte sich auch in 2019 fort. Die Steigerung von 2015 zu 2016 war vorrangig der veränderten Zuordnung der ICD-Einzelcodes seit 2016 geschuldet (s. Info-Box S. 23). Das Pandemie-Jahr 2020 brachte einen Rückgang der Inanspruchnahmeraten bei den Krankheiten der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes mit sich.

Für die psychischen Erkrankungen (inkl. Abhängigkeitserkrankungen) hatten die altersstandardisierten Raten sowohl bei Frauen als auch bei Männern bis 2012 zugenommen. Das beweist, dass die Rehabilitationen wegen psychi-

**Tab. 6 Ambulante und stationäre medizinische Leistungen 2006–2020 nach ausgewählten Diagnosengruppen pro 10.000 Versicherte (altersstandardisiert<sup>1</sup>, Frauen und Männer)**

Jahr	Insgesamt (inkl. sonstige Leistungen)		Skelett/Muskeln/ Bindegewebe		Herz/ Kreislauf		Stoffwechsel/ Verdauung		Neubildungen		Psychische Erkrankungen (inkl. Sucht)	
2006	265,5	248,4	112,0	95,3	15,1	36,5	8,5	10,2	29,3	15,7	48,2	35,8
2007*	287,0	274,4	117,8	104,4	15,2	38,1	9,2	11,0	29,6	16,7	52,7	40,6
2008	304,3	278,1	125,0	108,4	16,0	37,8	9,5	11,1	30,6	16,2	57,2	42,6
2009	310,9	287,0	127,0	112,5	16,5	40,1	9,5	11,6	33,1	16,9	61,0	46,1
2010	312,6	292,7	126,2	110,6	16,2	39,4	8,6	11,1	33,2	18,0	65,2	48,6
2011	306,4	286,3	117,3	103,3	15,9	39,2	8,0	10,2	30,2	19,3	66,8	48,3
2012	310,3	276,5	120,7	102,8	16,7	40,3	8,0	9,9	29,4	15,8	72,1	51,1
2013	294,3	267,6	115,2	100,6	16,4	39,1	7,6	9,8	28,3	15,4	67,5	49,0
2014	280,5	265,3	112,3	100,5	15,4	38,8	7,5	10,1	26,8	15,3	62,8	48,1
2015	278,3	260,9	108,0	96,4	15,0	38,1	7,0	10,1	27,6	16,0	62,4	46,6
2016**/***	265,5	252,8	117,7	106,2	15,4	41,1	6,6	9,7	26,3	15,0	60,7	46,3
2017***	259,8	246,2	117,8	106,4	15,4	39,9	7,0	9,0	26,4	15,2	61,3	46,5
2018	258,7	241,4	116,9	102,9	15,0	39,6	7,1	8,8	26,4	15,1	62,9	46,2
2019	257,8	238,8	115,5	101,2	14,6	38,2	7,1	8,7	26,7	15,4	63,1	46,1
2020	205,6	197,6	90,8	82,1	12,1	33,0	5,2	6,4	20,7	12,4	50,9	39,3

■ Frauen □ Männer

<sup>1</sup> Standardisierungspopulation: Summe Frauen und Männer 2016 bis einschließlich 67 (vor 2016: 65) Jahre

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

\*\* Ab 2016 neue ICD-10 Zuordnung einzelner Diagnosen

\*\*\* 2016 und 2017: korrigierte Zahlen aufgrund einer Übererfassung im Statistikband

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

Quelle: Statistiken „Rehabilitation“ 2006–2020, Statistiken „Versicherte“ 2006–2019

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
<b>23</b>	<b>Medizinische Rehabilitation</b>
57	Berufliche Rehabilitation
73	Aufwendungen für Rehabilitation
77	Anhang

Inanspruchnahmerate bei psychischen Erkrankungen bis 2019 stabil

scher Erkrankungen (inkl. Abhängigkeitserkrankungen) stärker zugenommen haben, als durch die veränderte Versichertenpopulation zu erwarten war. Seitdem haben die altersstandardisierten Raten bei psychischen Erkrankungen bei Frauen und Männern wieder etwas abgenommen, wobei sie in den zurückliegenden Jahren relativ stabil blieben. Pandemie bedingt zeigte sich für 2020 ebenfalls ein rückläufiger Trend.





## Medizinische Rehabilitation: Prozess und Ergebnis

Der folgende Berichtsteil behandelt die Ergebnisse der Instrumente und Verfahren der Reha-Qualitätssicherung (Reha-QS) der Deutschen Rentenversicherung (s. S. 78). Diese beziehen sich auf Reha-Einrichtungen bzw. deren krankheitsspezifische Fachabteilungen, die federführend durch die Deutsche Rentenversicherung belegt werden (s. S. 53).

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

Die Berichterstattung der Reha-Qualitätssicherung zur therapeutischen Versorgung basiert auf der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL). Sie richtet sich an Reha-Fachabteilungen der Deutschen Rentenversicherung, für die mindestens 25 Reha-Entlassungsberichte mit gültigen KTL-Codierungen elektronisch erfasst wurden. Bewertet wird die therapeutische Versorgung anhand der Leistungsdauer, Leistungsmenge und Leistungsverteilung (s. Info-Box).

#### **Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL)**

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

2020 erhielten 1.463 Reha-Fachabteilungen eine Auswertung der KTL-Daten aus ihren Reha-Entlassungsberichten des Jahres 2019. Insgesamt gingen 846.737 Reha-Entlassungsbericht in die Auswertungen ein. Tabelle 7 gibt einen Überblick über die therapeutische Versorgung.

Insgesamt hat im Jahr 2019 jede Rehabilitandin und jeder Rehabilitand während der Rehabilitation im Durchschnitt 31,7 über die KTL erfasste Leistungen pro Woche erhalten, die sich auf 19,1 Stunden Therapiezeit pro Woche verteilen. Zusätzlich gibt die Tabelle an, wie viele Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mindestens eine Leistung aus dem jeweiligen KTL-Kapitel erhalten haben. 100 % der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bekamen mindestens eine Schulung, einen Vortrag oder eine andere Leistung aus dem Kapitel C – Information, Motivation und Schulung. Aus dem Kapitel G –

Eine Rehabilitation beinhaltete  
in 2019 pro Woche 19,1 Stunden  
Therapiezeit

## Die medizinische Rehabilitation hat ein breites Spektrum

Psychotherapie erhielten insgesamt 24 % der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mindestens eine Leistung.

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

In Tabelle 7 wird deutlich, wie breit gefächert (multimodal) die therapeutische Versorgung in der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung ist. Behandlungsschwerpunkte sind Information, Motivation und Schulung wie beispielsweise standardisierte Schulung bei Hypertonie, ärztliche sozialmedizinische Beratung sowie Sport- und Bewegungstherapie wie zum Beispiel Ausdauertraining, Muskelkrafttraining und auch klinische Sozialarbeit und Sozialtherapie sowie psychologische und neuropsychologische Leistungen wie u.a. Entspannungstraining, Hirnleistungstraining, Musik-, Kunst- und Gestaltungstherapie.

**Tab. 7 Anzahl und Anteil der therapeutischen Leistungen nach Inhalt, Anzahl der Leistungen und Dauer für Rehabilitationen der Deutschen Rentenversicherung im Jahr 2019**

Kapitel der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL)	Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit mindestens einer Leistung*		pro Rehabilitandin/Rehabilitand	
	Anzahl	Anteil	Leistungen pro Woche	Dauer (Std.) pro Woche
A - Sport und Bewegungstherapie	835.638	99 %	7,9	4,9
B - Physiotherapie	749.593	89 %	4,9	2,5
C - Information, Motivation, Schulung	844.799	100 %	3,5	2,5
D - Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie	810.361	96 %	1,2	0,6
E - Ergo-, Arbeits- und andere funktionelle Therapie	625.023	74 %	2,3	1,8
F - Klinische Psychologie, Neuropsychologie	758.888	90 %	2,6	2,1
G - Psychotherapie	203.433	24 %	3,7	4,1
H - Reha-Pflege und Pädagogik	740.771	87 %	2,3	0,7
K - Physikalische Therapie	737.553	87 %	5,3	1,9
L - Rekreationstherapie	576.753	68 %	3,2	2,5
M - Ernährungsmedizinische Leistungen	670.312	79 %	1,6	0,9
<b>Insgesamt</b>	<b>846.737</b>	<b>100 %</b>	<b>31,7</b>	<b>19,1</b>

\* Mehrfachnennungen möglich; N = 846.737 stationäre und ambulante Reha-Leistungen

Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2019

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
<b>23</b>	<b>Medizinische Rehabilitation</b>
57	Berufliche Rehabilitation
73	Aufwendungen für Rehabilitation
77	Anhang

## Evidenzbasierte Grundlage für Therapien

### Reha-Therapiestandards – Anforderungen an eine gute Rehabilitation

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

Zusätzlich legen die Reha-Therapiestandards fest, welche und wie viele Leistungen eine Rehabilitandin oder ein Rehabilitand mit einem bestimmten Krankheitsbild der Indikation während der Rehabilitation mindestens erhalten soll. Das sind die Mindestanforderungen. Die ersten Reha-Therapiestandards wurden 2007 eingeführt und sind seither ein fester Bestandteil der Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung. Die Auswertungen zu den Reha-Therapiestandards beruhen auf den dokumentierten Leistungen nach der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL, 2015).

Bislang gibt es Reha-Therapiestandards für folgende Indikationen:

#### Reha-Therapiestandards (Stand 2019)

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

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

Beispielhaft werden im Folgenden aktuelle Ergebnisse zu den Reha-Therapiestandards „Alkoholabhängigkeit“ und „Depressive Störungen“ vorgestellt. In den Abbildungen 7 und 8 werden für die einzelnen evidenzbasierten Therapiemodule jeweils der Prozentanteil der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, für die die Mindestanforderungen laut Reha-Therapiestandards voll erfüllt wurden („IST“), dem geforderten Mindestprozentanteil gegenübergestellt („SOLL“).

Die Auswertung zu den Reha-Therapiestandards „Alkoholabhängigkeit“ bezieht alle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ein, die im Jahr 2019 eine Rehabilitation mit der Erstdiagnose „Alkoholabhängigkeitssyndrom“ und einer

## Reha-Therapiestandards

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

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

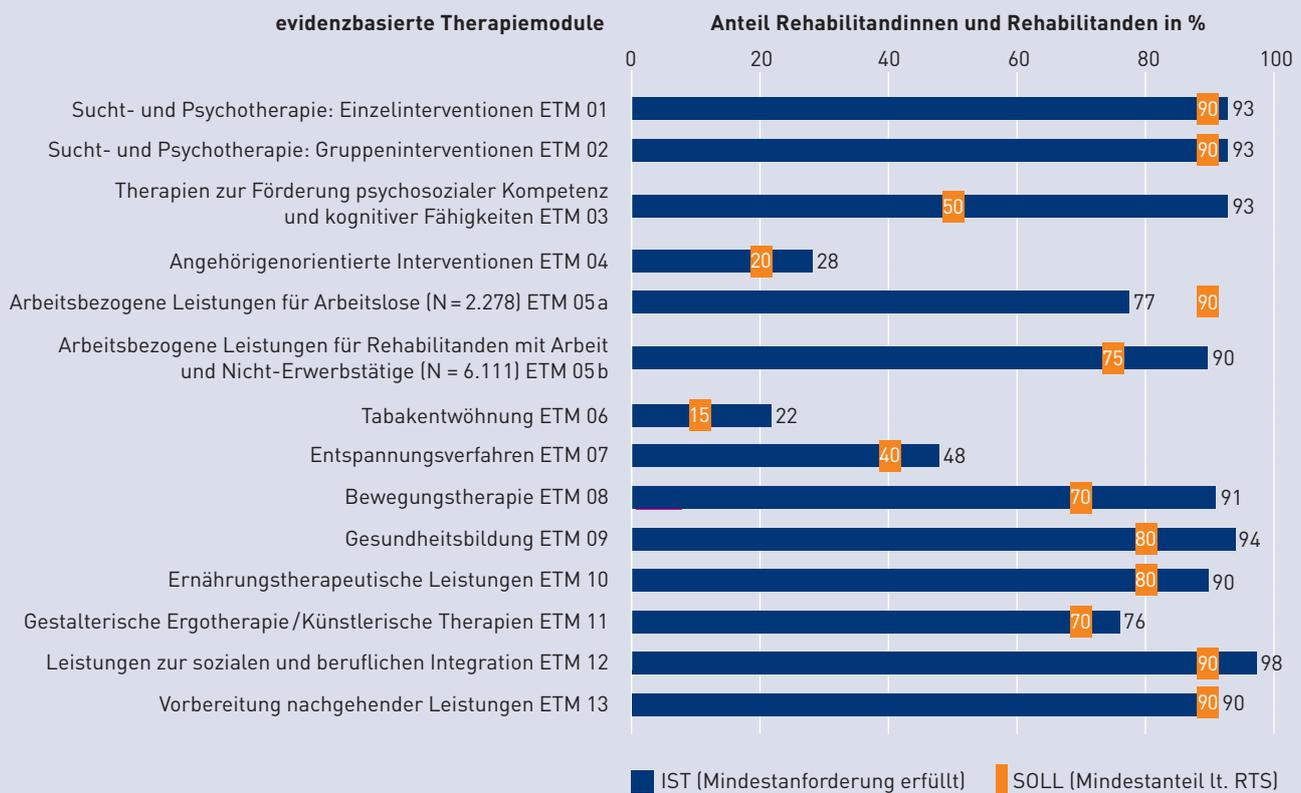
Der „Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitandinnen und Rehabilitanden“ gibt einen Prozentsatz an Rehabilitandinnen und Rehabilitanden an, die diese Mindestanforderungen erfüllen müssen.

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

Behandlungsdauer zwischen 78 und 142 Tagen beendeten. Dabei handelte es sich um insgesamt 8.389 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden aus 84 Fachabteilungen. 2019 wurde ein großer Teil der in den evidenzbasierten Therapiemodulen festgelegten Mindestanforderungen erfüllt. Verbesserungspotential zeigt sich im Therapiemodul „Arbeitsbezogene Leistungen für Arbeitslose“ (ETM 05a). 90 % der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sollen insgesamt mindestens 90 Minuten pro Woche Leistungen aus diesem Modul erhalten. Dies wurde jedoch nur bei 77 % der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erfüllt und weist auf mögliche Optimierungen hin (s. Abb. 7).

Als weiteres Beispiel werden die Ergebnisse der Reha-Therapiestandards „Depressive Störungen“ dargestellt. Insgesamt wurden 76.797 Rehabilitationen aus 188 Fachabteilungen ausgewertet, die im Jahr 2019 eine Rehabilitation mit einer entsprechenden Diagnose beendet haben und deren Behandlungsdauer zwischen 21 und 63 Tagen lag. Die in den evidenzbasierten Therapiemodulen der Reha-Therapiestandards „Depressive Störungen“ festgelegten Mindestanforderungen wurden für fast alle Therapiebereiche erfüllt. Einzig im Bereich

**Abb. 7 Versorgung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden gemäß Reha-Therapiestandards für „Alkoholabhängigkeit“ bei Rehabilitationen der Deutschen Rentenversicherung im Jahr 2019<sup>1</sup>**



<sup>1</sup> Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die im Jahr 2019 eine medizinische Rehabilitation im Geltungsbereich der Reha-Therapiestandards „Alkoholabhängigkeit“ beendet haben, N = 8.389

Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2019

„Gruppenpsychotherapie“ (ETM 02) wurden die Mindestanforderungen laut Reha-Therapiestandards nicht erreicht (s. Abb. 8 S.46).

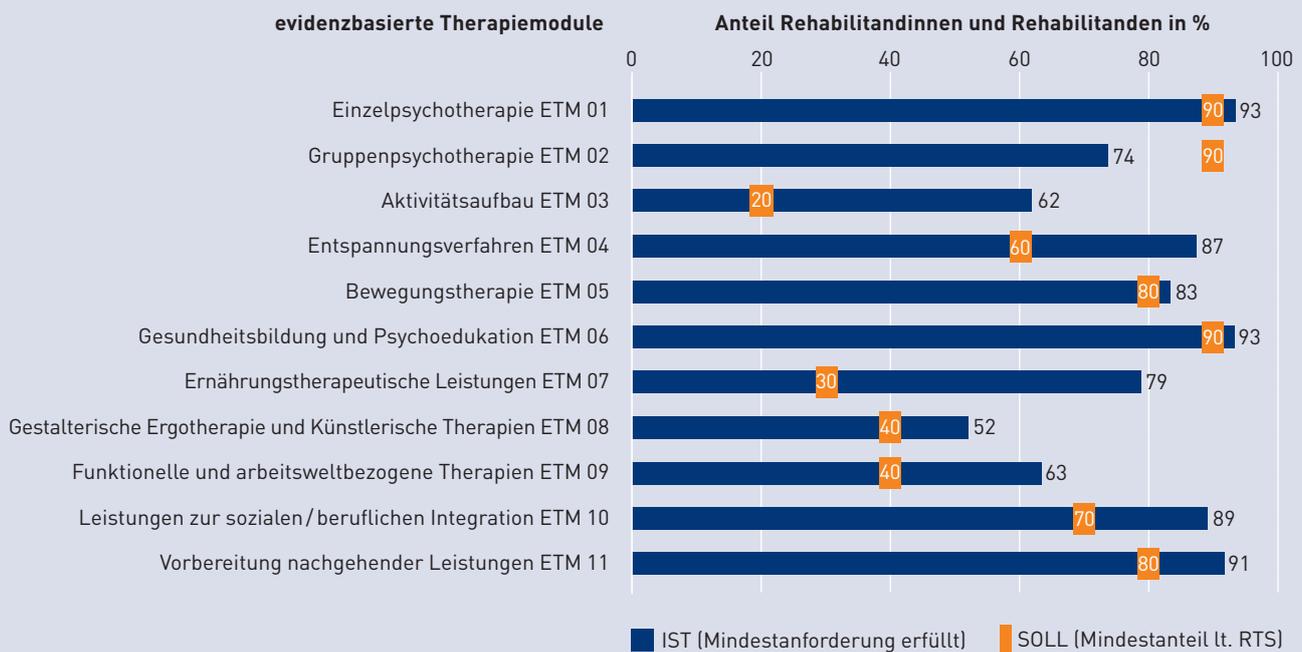
Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass in der medizinischen Rehabilitation insgesamt bereits gute Ergebnisse bei der Erfüllung der Therapievorgaben erzielt werden. Betrachtet man jedoch die einzelnen Reha-Fachabteilungen (hier nicht dargestellt), bestehen nach wie vor große Unterschiede hinsichtlich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

#### Peer Review

Der Reha-Prozess wird im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung unter anderem mit Hilfe des Peer Review der medizinischen Rehabilitation abgebildet. Erfahrene, geschulte Chef- und Oberärztinnen und -ärzte aus Reha-Fachabteilungen – sogenannte Peers – begutachten dafür anonymisierte Reha-Entlassungsberichte und individuelle Therapiepläne ihrer

Verfahren werden regelmäßig wissenschaftlich untersucht und weiterentwickelt

**Abb. 8 Versorgung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden gemäß Reha-Therapiestandards für „Depressive Störungen“ bei Rehabilitationen der Deutschen Rentenversicherung im Jahr 2019<sup>1</sup>**



<sup>1</sup> Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die im Jahr 2019 eine medizinische Rehabilitation im Geltungsbereich der Reha-Therapiestandards „Depressive Störungen“ beendet haben, N = 76.797

Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2019

Fachrichtung. Auf diese Weise erfolgt über die Qualitätssicherung in den begutachteten Fachabteilungen hinaus auch eine intensive Auseinandersetzung der teilnehmenden Peers mit Qualitätsaspekten und damit einhergehend ein Transfer in deren Einrichtungen (s. Info-Box).

### Peer Review

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

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

Ergebnisse werden den Reha-Fachabteilungen zurückgemeldet

der Anamnese (Krankengeschichte) über die Diagnostik bis hin zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung. Die Bereiche werden zusätzlich durch Einzelmerkmale abgebildet. Die Bewertung erfolgt mit einer vierstufigen Mängelskala (keine, leichte, deutliche, gravierende Mängel) und einer 11-stufigen Punkteskala (von 0 Punkten = „sehr schlecht“ bis zu 10 Punkten = „sehr gut“).

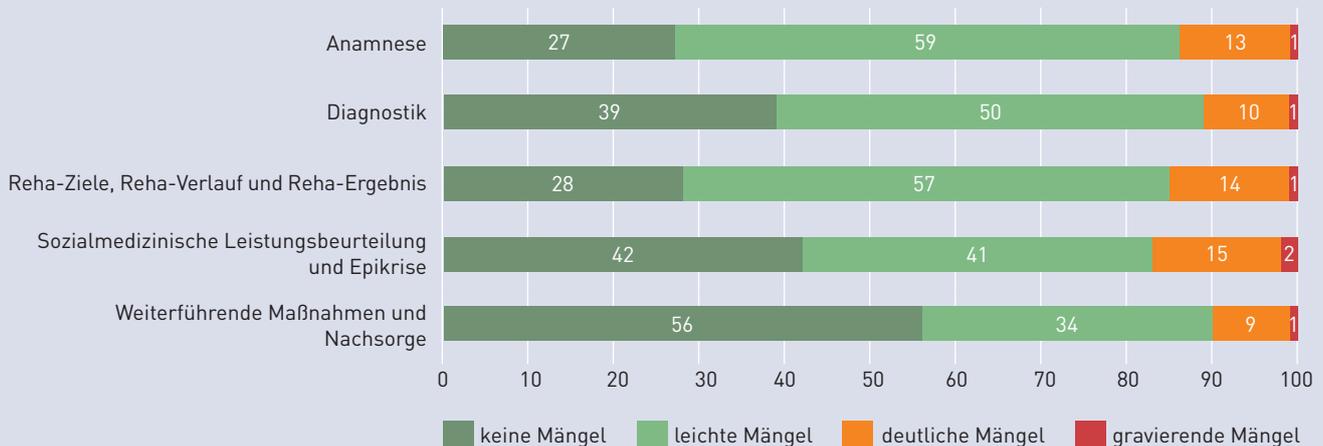
Die Ergebnisse werden den Reha-Fachabteilungen und den zuständigen Rentenversicherungsträgern in Form vergleichender Qualitätssicherungsberichte (QS-Berichte) zurückgemeldet. Dabei werden alle Ergebnisse einer Fachabteilung detailliert dargestellt und den Ergebnissen der anderen Fachabteilungen des Fachgebiets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

Das Peer Review-Verfahren wird bereits seit über 20 Jahren in der Routine eingesetzt. Es wird wie alle Instrumente der Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung regelmäßig weiterentwickelt. Zuletzt fand eine umfassende technische Optimierung statt (s. Aktuelle Entwicklungen S. 12). Sie wurde vorerst in einem 2019 durchgeführten Pilotverfahren in der Indikation Orthopädie getestet und anschließend für alle weiteren Verfahren in die Routine überführt.

### Peer Review Somatik – Orthopädie

Für das „Peer Review Somatik – Orthopädie“ mit dem Bericht der Qualitätssicherung aus dem Jahr 2019 wurden 7.460 Entlassungsberichte und individu-

**Abb. 9 Bewertung der Prozessbereiche im Peer Review der Indikation Orthopädie**



Quelle: QS-Bericht 2019 zum Peer Review (Reha-QS), N = 7.460

elle Therapiepläne aus 539 orthopädischen Fachabteilungen begutachtet. Die Unterlagen bezogen sich auf medizinische Reha-Leistungen, die von Februar bis Juli 2018 beendet wurden (Ziehungszeitraum). 270 Peers wirkten an der Begutachtung mit.

Die Ergebnisse der Begutachtung liefern jeder teilnehmenden Fachabteilung Hinweise zu eventuellen Verbesserungsbedarfen. Daneben geben sie in der Gesamtschau darüber Auskunft, welche Aspekte des Reha-Prozesses in der medizinischen Rehabilitation insgesamt Verbesserungen bedürfen. Abbildung 9 zeigt die Bewertungen durch die Peers in den relevanten Prozessbereichen über alle begutachteten Fälle hinweg.

## Gute Prozessqualität in der orthopädischen Rehabilitation

Die Auswertung weist auf eine insgesamt gute Prozessqualität in der orthopädischen Rehabilitation hin. In allen Prozessbereichen wurden bei mehr als 80 % der ausgewerteten Fälle „keine Mängel“ oder nur „leichte Mängel“ festgestellt. Deutliche und gravierende Mängel wurden entsprechend selten ausgewiesen. Deren größter Anteil zeigte sich im Bereich „Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung und Epikrise“ mit insgesamt 17 % sowie den Bereichen „Reha-Ziele, Reha-Verlauf und Reha-Ergebnis“ mit insgesamt 15 % und „Anamnese“ mit insgesamt 14 %.

Die genannten Prozessbereiche werden im Peer Review weiter in relevante Einzelmerkmale gegliedert. Werden sie beispielsweise für den Bereich „Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung und Epikrise“ betrachtet, zeigt sich, dass die Peers insbesondere mit Blick auf die Prozessmerkmale „Einschätzung der Rehabilitandin/des Rehabilitanden zu ihrem/seinem Leistungsvermögen“ in 14 % der begutachteten Fälle sowie „Zusammenfassende Begründung der Leistungsbeurteilung“ in 16 % der begutachteten Fälle Mängel sehen. Im Prozessbereich „Reha-Ziele, Reha-Verlauf und Reha-Ergebnis“ besteht insbesondere bezüglich der Prozessmerkmale „Kritische Würdigung des Reha-Prozesses und der Reha-Ergebnisse“ durch das Reha-Team in 13 % der begutachteten Fälle und die Reha-Zielvereinbarung mit jeweils 11 % der begutachteten Fälle ein relevantes Verbesserungspotential (ohne Abbildung).

### Peer Review – Psychosomatik und Sucht

Für das „Peer Review – Psychosomatik und Sucht“ mit dem Bericht der Qualitätssicherung aus dem Jahr 2021 (Ziehungszeitraum Februar bis Juli 2019) wurden 4.361 Reha-Entlassungsberichte und individuelle Therapiepläne begutachtet. Es handelte sich um 2.284 Rehabilitationen der Indikation Psychosomatik und 2.077 Rehabilitationen der Indikation Abhängigkeitserkrankungen. Insgesamt sind die Daten von 328 Fachabteilungen in die vergleichende Auswertung eingeflossen: 167 aus der Psychosomatik und 161 aus den Abhängigkeitserkrankungen. 222 Peers waren aktiv als Begutachtende tätig: 110 aus der Psychosomatik, 112 aus den Abhängigkeitserkrankungen.

## 2.284 Rehabilitationen der Indikation Psychosomatik und 2.077 Rehabilitationen der Indikation Abhängigkeitserkrankungen betrachtet

Auch die Auswertung der Mängelbewertungen für die relevanten Prozessbereiche belegt wie in der orthopädischen Rehabilitation eine insgesamt gute Prozess-

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
<b>23</b>	<b>Medizinische Rehabilitation</b>
57	Berufliche Rehabilitation
73	Aufwendungen für Rehabilitation
77	Anhang

qualität in der medizinischen Rehabilitation der Indikationen Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen. Drei Viertel der begutachteten Fälle waren in allen Prozessbereichen ohne Mängel oder wiesen nur „leichte Mängel“ auf (s. Abb. 10 und 11).

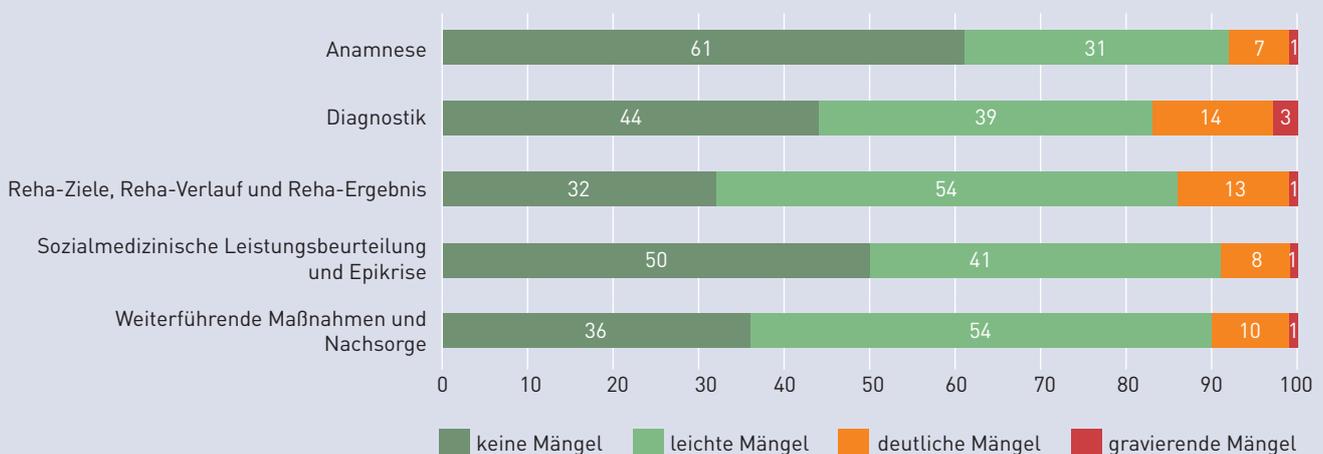
In der Psychosomatik wurden „deutliche Mängel“ und „gravierende Mängel“ am häufigsten in den Prozessbereichen „Diagnostik“ (20 %) und „Reha-Ziele,

**Abb. 10 Bewertung der Prozessbereiche im Peer Review der Indikation Psychosomatik**



Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Ergebnisse des Peer Review-Verfahrens, Bericht 2021, N = 2.284 bewertete Reha-Entlassungsberichte

**Abb. 11 Bewertung der Prozessbereiche im Peer Review der Indikation Abhängigkeitserkrankungen**



Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Ergebnisse des Peer Review-Verfahrens, Bericht 2021, N = 2.077 bewertete Reha-Entlassungsberichte

Reha-Verlauf und Reha-Ergebnis“ (23 %) gesehen. Für die Prozessqualität in der Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen gilt das analog, bei insgesamt aber deutlich niedrigeren Mängelanteilen (17 % und 14 %). Im Vergleich zum vorangegangenen Peer Review-Verfahren Psychosomatik und Sucht wurden deutlich weniger Mängel im Bereich „Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung und Epikrise“ festgestellt. Dieses Ergebnis ist erfreulich, ist hier doch von einer Verbesserung der Prozessqualität auszugehen.

## **Behandlungserfolg – Sozialmedizinischer Verlauf**

Die Erwerbsfähigkeit dauerhaft zu erhalten, ist ein Hauptziel der Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung. Der Erfolg einer Rehabilitation wird nicht nur subjektiv von den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden selbst eingeschätzt. Er lässt sich auch objektiv an der Anzahl derer messen, die nach dem Ende der Rehabilitationsleistung möglichst dauerhaft in das Berufsleben zurückkehren. Man spricht hier auch vom „Return to Work“ (kurz: RTW). Dieser Erwerbsverlauf nach medizinischer Rehabilitation, der sogenannte Sozialmedizinische Verlauf (SMV), wird auf Grundlage der Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung erfasst (s. Info-Box S. 23 und 50)

Routinedaten geben Aufschluss  
über Behandlungserfolg

Abbildung 12 zeigt den Erwerbsverlauf von pflichtversicherten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die ihre Rehabilitation im Jahr 2017 abgeschlos-

### **Sozialmedizinischer Verlauf**

Eine Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung zielt darauf ab, eine vorzeitige Berentung der Versicherten zu vermeiden oder hinauszuschieben – sie will die Erwerbsfähigkeit der Versicherten möglichst auf Dauer erhalten. Als Indikator für die Erwerbsfähigkeit der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden wird der sozialmedizinische Verlauf im Anschluss an eine Rehabilitationsleistung nachgezeichnet.

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

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

Grundlage für die Analysen ist die Reha-Statistik-Datenbasis (RSD), die das Rehabilitations- und Berentungsgeschehen im Zeitverlauf wiedergibt (s. Anhang S. 77).

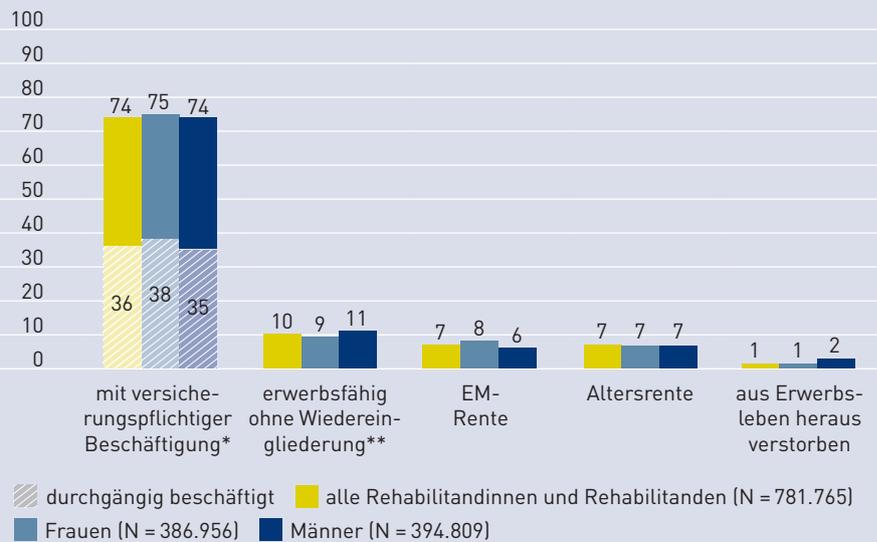
In den zwei Jahren nach der Rehabilitation blieben 84 % der Versicherten weiterhin erwerbsfähig

sen haben. Insgesamt 15 % der Personen scheiden in den zwei Jahren nach ihrer medizinischen Rehabilitation aus dem Erwerbsleben aus: 7 % erhielten eine Erwerbsminderungsrente (EM-Rente), 7 % eine Altersrente und 1 % verstarb aus dem Erwerbsleben heraus. Bei 84 % der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden (Zusammenfassung der Kategorien „mit versicherungspflichtiger Beschäftigung“ und „erwerbsfähig ohne Wiedereingliederung“) wurde das Ziel, die Erwerbsfähigkeit zu erhalten, erreicht: 74 % der Personen waren in dem Zeitraum versicherungspflichtig beschäftigt (mindestens einen Monat). Etwa die Hälfte der versicherungspflichtig Beschäftigten, d. h. insgesamt 36 %, waren sogar über alle 24 Monate hinweg durchgängig beschäftigt. Als erwerbsfähig gelten weitere 10 % der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, auch wenn für sie in den zwei Jahren nach Abschluss der Rehabilitation keine Beitragszahlungen aufgrund einer versicherungspflichtigen Beschäftigung vorlagen („erwerbsfähig ohne Wiedereingliederung“, s. auch Info-Box S. 50). Das Ergebnis verdeutlicht den zumindest mittelfristigen Erfolg der medizinischen Rehabilitation, unter Berücksichtigung, dass vor der Rehabilitation eine erheblich gefährdete oder sogar bereits geminderte Erwerbsfähigkeit vorlag. Geschlechtsspezifische Unterschiede sind kaum erkennbar.

Rund die Hälfte der versicherungspflichtig Beschäftigten waren durchgängig beschäftigt

**Abb. 12 Sozialmedizinischer 2-Jahres-Verlauf nach medizinischer Rehabilitation in 2017 (pflichtversicherte Rehabilitandinnen und Rehabilitanden)**

Anteile Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in %



\* mindestens für einen Monat Beiträge aus versicherungspflichtiger Beschäftigung

\*\* Beiträge z. B. aus Arbeitslosigkeit, langfristiger Arbeitsunfähigkeit oder ohne Beiträge  
Hinweis: In den Daten der Deutschen Rentenversicherung wird das offiziell dritte Geschlecht „divers“ erhoben. Aus methodischen und datenschutzrechtlichen Gründen werden diese geringen Fallzahlen jedoch nicht statistisch ausgewertet, sondern den Frauen zugeordnet.

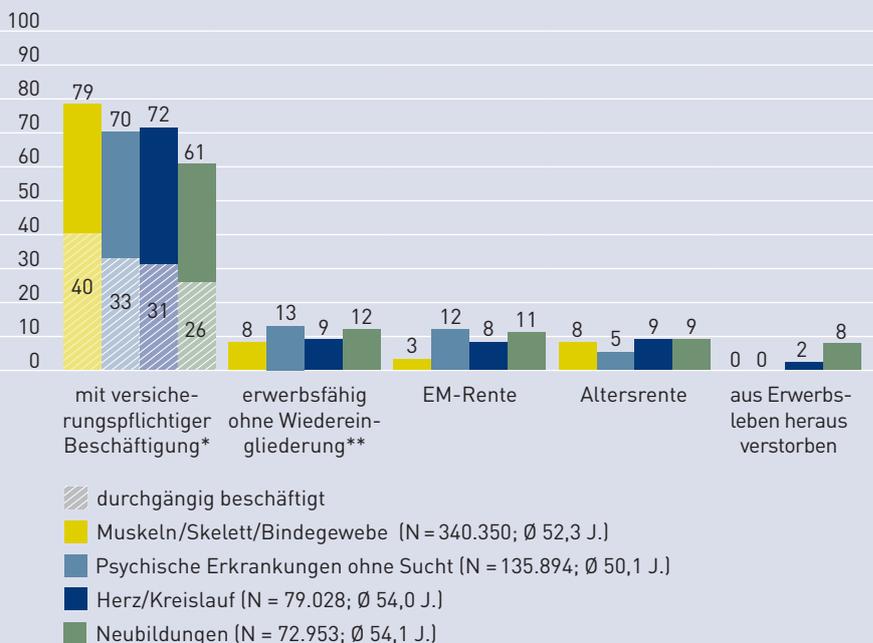
Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2012–2019

Die Erwerbsfähigkeit unterscheidet sich deutlich zwischen den Erkrankungen

Bei der Betrachtung des sozialmedizinischen Verlaufs differenziert nach Diagnosegruppen zeigten sich deutliche Unterschiede in den Erwerbsverläufen (s. Abb. 13). So waren in den zwei Jahren nach einer orthopädischen Rehabilitation (Muskeln/Skelett/Bindegewebe) mit 79 % wesentlich mehr Personen versicherungspflichtig beschäftigt als beispielsweise nach einer onkologischen Rehabilitation (61 %, Neubildungen). Nur ein Viertel der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden einer onkologischen Rehabilitation war durchgängig beschäftigt – ein deutlich geringerer Anteil als bei Rehabilitandinnen und Rehabilitanden anderer Indikationen. Diese Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen werden vor allem durch die krankheitsspezifischen Verläufe verursacht, die insbesondere bei Tumorerkrankungen ungünstiger sind als bei vielen anderen Erkrankungen. Dies spiegelt sich auch in der deutlich höheren Sterblichkeit (8 %) von onkologischen Rehabilitanden wider.

**Abb. 13 Sozialmedizinischer 2-Jahres-Verlauf nach medizinischer Rehabilitation in 2017 für verschiedene Diagnosegruppen (pflichtversicherte Rehabilitandinnen und Rehabilitanden)**

Anteile Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in %



\* mindestens für einen Monat Beiträge aus versicherungspflichtiger Beschäftigung

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

Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2012–2019



# Medizinische Rehabilitation: Reha-Einrichtungen

Medizinische Rehabilitation weitgehend in Vertragseinrichtungen durchgeführt

Mehr als 1.100 stationäre  
Vorsorge- und Rehabilitations-  
einrichtungen in Deutschland

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

Einen ersten Eindruck über die Größenordnung der Reha-Einrichtungen geben Zahlen des Statistischen Bundesamtes. 2019 gab es demnach in Deutschland 1.112 stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Eine weitere Unterteilung in Vorsorge-Einrichtungen, die überwiegend präventive Angebote vorhalten und nicht von der Rentenversicherung belegt werden, und Rehabilitationseinrichtungen vollzieht das Statistische Bundesamt jedoch nicht.

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

## Bettenzahlen

Ausgehend von den Reha-Leistungen der Rentenversicherung lässt sich der Bedarf an Betten für die stationäre Rehabilitation pro Jahr ermitteln. Der Bettenbedarf ergibt sich aus der Anzahl abgeschlossener Reha-Leistungen in einem Jahr, multipliziert mit den durchschnittlichen Berechnungstagen (Behandlungsdauer) des gleichen Jahres und geteilt durch die Anzahl der Kalendertage im Berechnungszeitraum. Für das Jahr 2019 wurde demnach rechnerisch ein Bedarf an rund 66.400 Betten ermittelt, für 2020 lag er bei rund 54.000 Betten.

Bedarf an Betten überwiegend durch Vertragseinrichtungen abgedeckt

Dieser Bedarf wurde 2019 mit rund 52.000 Betten und 2020 mit rund 46.000 Betten überwiegend in Vertragseinrichtungen abgedeckt. Etwa 22 % der durch die Rentenversicherung belegten Betten standen 2019 in rentenversicherungseigenen Reha-Einrichtungen zur Verfügung; 2020 waren es rund 16 %. Der Rückgang von rund 39 % ist hier wie auch bei anderen Kennzahlen auf die Corona-Pandemie zurückzuführen.

Die Belegung von Reha-Einrichtungen mit Versicherten der Rentenversicherung verteilte sich regional sehr unterschiedlich: In den Bundesländern Bayern und Baden-Württemberg wurden in 2019 mit Abstand die meisten stationären

Reha-Leistungen durchgeführt, gefolgt von Hessen und Nordrhein-Westfalen. Auch in 2020 führten diese vier Länder die Statistik an. In den Stadtstaaten ist die wohnortnahe ambulante Rehabilitation trotz Corona-Pandemie weitgehend auf gleichem Niveau geblieben.

### Anzahl stationärer Reha-Einrichtungen

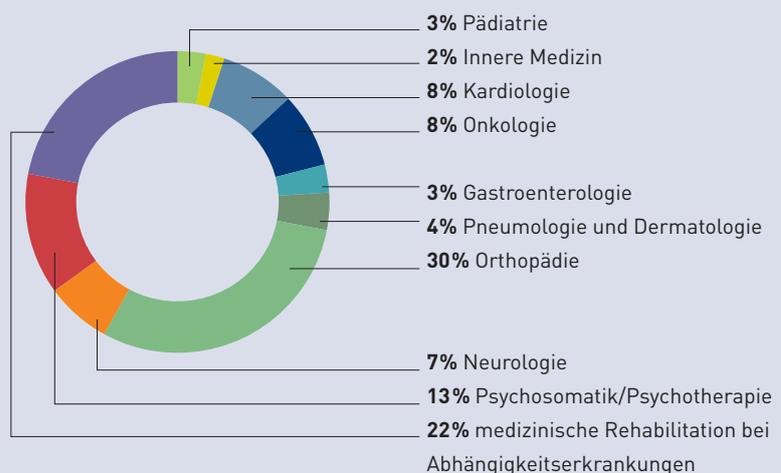
Medizinische Reha-Einrichtungen haben häufig nicht nur einen Behandlungsschwerpunkt wie z. B. Kardiologie, sondern verfügen oft über verschiedene Fachabteilungen wie z. B. Kardiologie und Orthopädie. Alle stationären medizinischen Reha-Einrichtungen, die von der Rentenversicherung federführend belegt werden, einschließlich Kinderrehabilitation, nehmen mit ihren insgesamt 1.474 Fachabteilungen an der Reha-Qualitätssicherung durch die Rentenversicherung teil. Im Vergleich zu 2019 ist die Anzahl der Fachabteilungen um 190 gewachsen. Darüber hinaus wurden die ambulanten Reha-Zentren in das Qualitätssicherungsprogramm integriert.

1.474 stationäre Fachabteilungen nehmen an Reha-Qualitätssicherung teil

In Abb. 14 wird der prozentuale Anteil der verschiedenen stationären Fachabteilungen dargestellt. Orthopädische sowie Fachabteilungen für medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen stellen dabei die größten Anteile. Bei der Interpretation der Anteile müssen die Bettenanzahl der Einrichtung und die Behandlungsdauer in den jeweiligen Indikationen

Stationäre Fachabteilungen	Anzahl
Gastroenterologie	40
Innere Medizin	35
Kardiologie	115
Neurologie	106
Onkologie	111
Orthopädie	447
Pädiatrie	49
Pneumologie/Dermatologie	59
Psychosomatik/Psychotherapie	186
Abhängigkeitserkrankungen	326
<b>Summe Fachabteilungen</b>	<b>1.474</b>

Abb. 14 Fachabteilungen in stationären Reha-Einrichtungen (N = 1.474)



Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Einrichtungsdatenbank (QS-REDA) 2020

berücksichtigt werden: Auch bei einer vergleichbaren Anzahl Fachabteilungen können die erbrachten Reha-Leistungen zwischen den Indikationen deutlich variieren. So haben z. B. spezielle Fachabteilungen für medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen im Durchschnitt wesentlich weniger Betten als orthopädische Fachabteilungen; Leistungen der somati-

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
<b>23</b>	<b>Medizinische Rehabilitation</b>
57	Berufliche Rehabilitation
73	Aufwendungen für Rehabilitation
77	Anhang

schen Rehabilitation dauern in der Regel nur drei bis vier Wochen, Leistungen der psychosomatischen Rehabilitation dagegen zwischen fünf und sechs Wochen, medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen wiederum kann mehrere Monate dauern (s. Tab. 5 S. 33). Im Vergleich ist der Anteil gastroenterologischer, pneumologischer und dermatologischer Fachabteilungen bzw. der Inneren Medizin (2 % – 4 %) geringer. Die Fachabteilungen, die Kinder- und Jugendrehabilitationen (Pädiatrie) durchführen, machen ebenfalls nur einen Anteil von 3 % aus (s. Abb. 14).





## 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 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) der Rentenversicherung ist breit gefächert (s. Info-Box). Auch für die berufliche Rehabilitation stellt die Routinestatistik der Rentenversicherung (s. Info-Box S. 23 und S. 78) 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, wiederherzustellen und ihnen eine berufliche Wiedereingliederung auf Dauer zu ermöglichen. Die Erhaltung eines bestehenden Arbeitsplatzes hat dabei Vorrang.

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

### Anträge, Bewilligungen und durchgeführte Leistungen

Wie bei der medizinischen ist auch bei der beruflichen Rehabilitation (d. h. bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, kurz: LTA) zunächst die Initiative der Versicherten gefragt. Im Jahr 2019 reichten die Versicherten 404.588 Anträge auf LTA bei der Rentenversicherung ein (wobei Versicherte auch mehrere Leistungen gleichzeitig beantragen können). 66 % der erledigten Anträge wurden bewilligt, 25 % abgelehnt und 9 % anderweitig erledigt, z. B. an den letztlich zuständigen Rehabilitationsträger weitergeleitet. Die Ablehnungen erfolgten zu 73 % aus medizinischen Gründen. In den restlichen Fällen waren zumeist versicherungsrechtliche Voraussetzungen nicht erfüllt. 2,2 % der bewilligten Leistungen traten die Versicherten nicht an, häufig wegen familiärer Probleme oder einer Verschlechterung ihres Gesundheitszustands. Im Corona-Jahr 2020 ging die Zahl der Anträge zu LTA um knapp 10 % zurück auf

404.588 Anträge auf LTA gingen im Jahr 2019 bei der Rentenversicherung ein

365.525. Während der Anteil der Bewilligungen bei 67 % lag, wurden 23,5 % abgelehnt und 9,5 % erledigt. Die Ablehnung erfolgte in 2020 in 69,7 % der Fälle aus medizinischen Gründen. In 2020 traten 2,2 % der Versicherten ihre bewilligte Leistung nicht an.

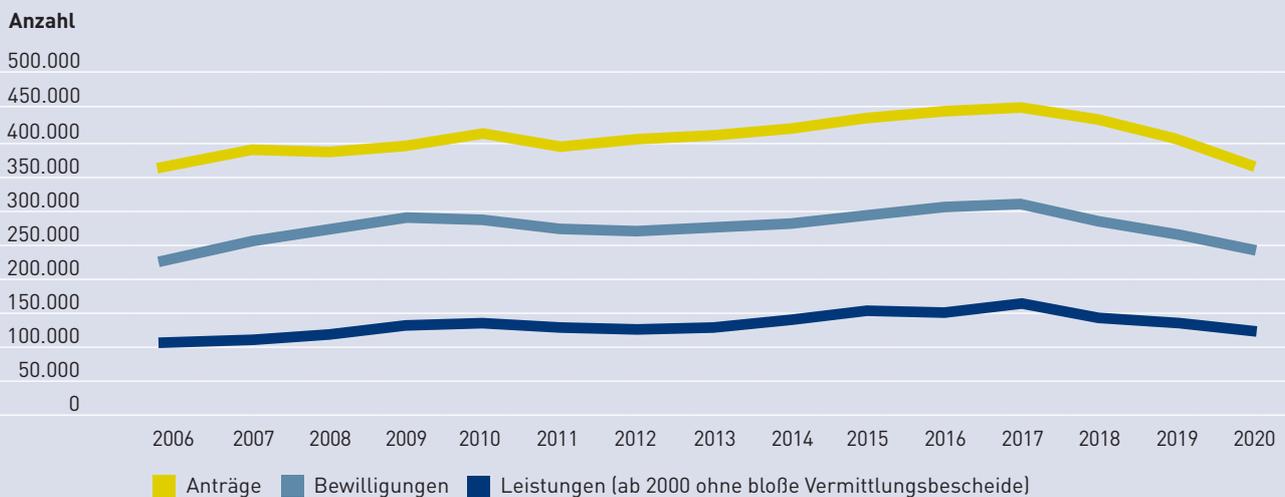
Unschärfen ergeben sich bei statistischen Betrachtungen eines Kalenderjahres durch wechselnde Bezugsgrößen: Beispielsweise werden Anträge eines Jahres nicht immer im gleichen Jahr erledigt. Manchmal vergeht nach einer Beantragung eine gewisse Zeit, bis eine Leistung abgeschlossen wird, beispielsweise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

**Tab. 8 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben: Anzahl der Anträge, Bewilligungen und abgeschlossenen Leistungen 2018/2019 und 2019/2020**

	Anträge	Bewilligungen	Leistungen
2018	434.534	283.728	142.917
2019	404.588	265.497	135.295
<b>Veränderungsrate 2018–2019</b>	-6,9%	-6,4%	-5,3%
2019	404.588	265.497	135.295
2020	365.525	248.772	125.187
<b>Veränderungsrate 2019–2020</b>	-9,7%	-6,3%	-7,5%

Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2020 und 2021

**Abb. 15 Teilhabe am Arbeitsleben: Anträge, Bewilligungen und abgeschlossene Leistungen 2006–2020**



Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2021

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
<b>57</b>	<b>Berufliche Rehabilitation</b>
73	Aufwendungen für Rehabilitation
77	Anhang

Die Zahl der Anträge, Bewilligungen und abgeschlossenen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unterliegt wie bei medizinischen Leistungen (s. Abb. 1 S. 24) zeitlichen Schwankungen, wenn auch nicht so ausgeprägt (s. Abb. 15). Von 2006 bis 2017 stieg die Zahl der Anträge jährlich an. Seit 2018 kann ein schrittweiser Rückgang beobachtet werden: Anträge und stärker noch Bewilligungen, aber auch abgeschlossene Leistungen reduzierten sich deutlicher. Von 2018 auf 2019 sanken die Antragszahlen um 6,9 % und zum Folgejahr 2020 um 9,7 %. Ebenso gingen die Bewilligungen (-6,4 % in 2019 und -6,3 % in 2020) und die durchgeführten Leistungen (-5,3 % in 2019 und -7,5 % in 2020) erheblich zurück (s. Tab. 8). Dies kann in hohem Maße auf einen Rückgang bei den Leistungen zur Erhaltung und Erlangung eines Arbeitsplatzes zurückgeführt werden.

In 2019 gingen jedoch rund 405.000 Anträge für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ein. Im Corona-Jahr 2020 erreichte die Zahl der Anträge 365.500. Die Höhe der Bewilligungen passte sich entsprechend an. Nach einem Aufwärtstrend bis zum Jahr 2017 nahmen sie in den vergangenen Jahren ebenfalls ab. 2019 wurden rund 265.000 Anträge genehmigt, 2020 waren es noch knapp 249.000. Die Zahl der abgeschlossenen Leistungen stieg seit 2006 mit dem Zuwachs der Antragszahlen und der Bewilligungen ebenfalls an und erreichte 2017 mit rund 166.000 den Höhepunkt. Seitdem gingen die Zahlen hier allerdings auch zurück: ca. 135.000 Leistungen in 2019 und rund 10.000 Leistungen weniger wurden im Corona-Jahr 2020 beendet.

### Zeitliche Entwicklung

Tabelle 9 (s. S. 60) unterlegt die zeitliche Entwicklung der abgeschlossenen LTA mit Zahlen. In dem hier dargestellten Zeitraum von 2006 bis 2020 wurden im Jahr 2019 mit 135.295 weniger LTA abgeschlossen als vergleichsweise in 2018, die Zahlen gingen auf das Niveau von 2010 zurück. Im Corona-Jahr 2020 wurden 125.187 Leistungen beendet. Zwischen 2006 und 2010 nahmen die abgeschlossenen LTA deutlich zu. Der Rückgang in 2011 und 2012 konnte zu einem großen Anteil auf die in diesen Jahren rückläufige Entwicklung der LTA bei Frauen zurückgeführt werden. Von 2013 bis 2017 stiegen die abgeschlossenen Leistungen wieder an. Dies zeigte sich sowohl bei Männern als auch bei Frauen.

Zwar war die Anzahl abgeschlossener Leistungen bei Frauen in 2019 etwa 1,3-fach so hoch wie in 2006, dennoch absolvierten sie in 2019 und auch in 2020 immer noch deutlich weniger LTA als Männer: Nur etwa ein Drittel der LTA wurde in 2019 und 2020 von Frauen in Anspruch genommen. Während sich das Verhältnis von Frauen und Männern zwischen 2006 (33 %) und 2017 (37 %) zugunsten der Frauen verschoben hatte (mit einem bisherigen Spitzenanteil von 38 % in 2010), entwickelte sich der relative Wert der abgeschlossenen Leistungen seit 2018 rückläufig und pendelte sich bei rund 32 % in 2020 ein. Demnach blieb die Inanspruchnahme in der beruflichen Rehabilitation noch immer zu Gunsten der Männer verschoben.

Nur etwa ein Drittel der LTA wurde in 2019 und 2020 von Frauen in Anspruch genommen

Männer nahmen LTA häufiger in Anspruch als Frauen

**Tab. 9 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 2006–2020**

Jahr	Insgesamt	Männer	Frauen
2006	104.159	70.193	33.966
2007	110.809	72.909	37.900
2008	121.069	77.912	43.157
2009	132.259	82.571	49.688
2010	135.211	83.608	51.603
2011	130.888	81.933	48.955
2012	126.917	82.150	44.767
2013	128.518	83.043	45.475
2014	142.323	91.494	50.829
2015	152.938	98.049	54.889
2016	151.287	98.054	53.233
2017	165.980	104.410	61.570
2018	142.917	95.966	46.951
2019	135.295	91.382	43.913
2020	125.187	84.928	40.259

Hinweis: In den Daten der Deutschen Rentenversicherung wird das offiziell dritte Geschlecht „divers“ erhoben. Aus methodischen und datenschutzrechtlichen Gründen werden diese geringen Fallzahlen jedoch nicht statistisch ausgewertet, sondern den Frauen zugeordnet.  
Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2006–2020

## 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. 16).

Die Verteilung der verschiedenen LTA fiel bei Frauen und Männern in 2019 und 2020 leicht unterschiedlich aus: Leistungen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes – hierzu gehören beispielsweise Hilfen zur Berufsausübung wie technische Arbeitshilfen, Kraftfahrzeughilfen (z. B. behindertengerechte Zusatzausstattung des Kfz) und Mobilitätshilfen (z. B. Umzugskostenbeihilfe bei einer auswärtigen Arbeitsaufnahme) – stellten bei Frauen mit 34 % in beiden Berichtsjahren und Männern mit 54 % in 2019 und 56 % in 2020 den größten Leistungsbereich dar. Gegenüber 2018 verringerte sich diese Leistungsart bei Frauen um rund 10 Prozentpunkte, während der Anteil bei Männern annähernd gleich blieb.

Berufliche Bildung hat größere Bedeutung für Frauen als für Männer

Einen weiteren großen Block bildeten Leistungen zur beruflichen Bildung, die für Frauen (26 % in 2019; 27 % in 2020) mittlerweile eine größere Bedeutung haben als für Männer (17 % in 2019 und 2020). Hierbei standen vor allem Weiterbildungen (Umschulung, Fortbildung) und berufliche Anpassung im

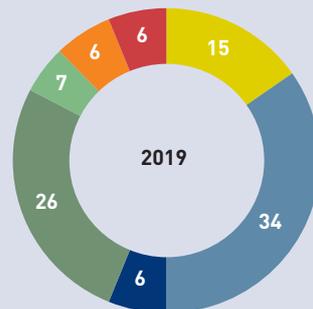
4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
<b>57</b>	<b>Berufliche Rehabilitation</b>
73	Aufwendungen für Rehabilitation
77	Anhang

Vordergrund. Im Jahresvergleich der Anzahl der beruflichen Bildungsleistungen zeigte sich jedoch, dass Frauen sowohl in 2019 als auch in 2020 tendenziell weniger Bildungsleistungen in Anspruch nahmen als noch in 2018. Der gestiegene Anteil der Bildungsleistungen war der stark gesunkenen Gesamtzahl der LTA bei Frauen geschuldet, was vorrangig durch den Rückgang der Leistungen zur Erhaltung und Erlangung eines Arbeitsplatzes hervorgerufen wurde.

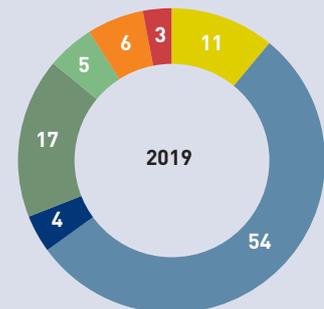
Schwerpunkt der LTA bei Erhaltung oder Erlangung des Arbeitsplatzes

**Abb. 16 Spektrum der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei Frauen und Männern 2019 und 2020 – abgeschlossene Leistungen**

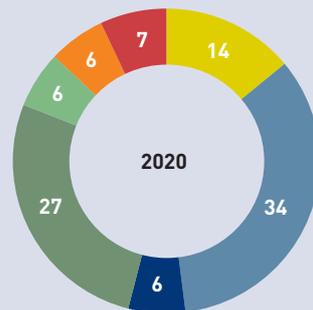
Frauen: 43.913 Leistungen



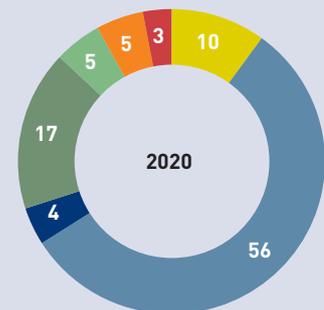
Männer: 91.382 Leistungen



Frauen: 40.259 Leistungen



Männer: 84.928 Leistungen



- |   |   |
|---|---|
| <span style="color: yellow;">■</span> Eignungsabklärung/Arbeitserprobung                                | <span style="color: lightgreen;">■</span> Werkstatt für behinderte Menschen |
| <span style="color: steelblue;">■</span> Erhaltung/Erlangung eines Arbeitsplatzes (einschl. Kfz-Hilfen) | <span style="color: orange;">■</span> Leistungen an Arbeitgebende           |
| <span style="color: darkblue;">■</span> Berufsvorbereitung  | <span style="color: red;">■</span> Sonstige Leistungen                      |
| <span style="color: darkgreen;">■</span> Berufliche Bildung   |   |

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

Für Frauen und Männer ungefähr gleich bedeutsam sind die Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen (Frauen: 7 % in 2019 und 6 % in 2020, Männer: 5 % in beiden Berichtsjahren), zur Berufsvorbereitung (6 % in 2019 und 2020 bzw. 4 % in beiden Jahren), zur Eignungsabklärung und Arbeits-erprobung (15 % in 2019 und 14 % in 2020 bzw. 11 % in 2019 und 10 % in 2020) sowie Leistungen an Arbeitgeber (6 % in beiden Jahren bzw. bei Männern: 6 % in 2019 und 5 % in 2020). Bei den Leistungen an Arbeitgeber sind zwar die Betriebe und Unternehmen die Begünstigten, beantragt werden sie jedoch von den Versicherten. Diese Leistungen unterstützen Arbeitgeber darin, behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen wieder ins Arbeitsleben einzugliedern.

## **Berufliche Bildung – 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 S. 62).

### **Berufliche Bildung**

Durchgeführt werden die beruflichen Bildungsleistungen von Berufsförderungswerken, privaten Bildungsträgern, staatlichen Fachschulen und Betrieben. Die beruflichen Bildungsleistungen der Rentenversicherung lassen sich im Wesentlichen in drei Leistungsarten unterteilen:

### **Berufliche Weiterbildung**

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

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

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

### **Qualifizierungsleistungen**

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

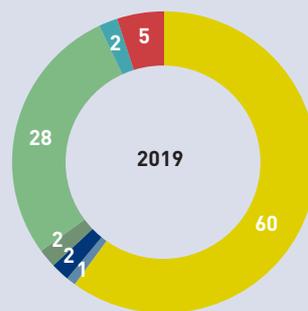
4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
<b>57</b>	<b>Berufliche Rehabilitation</b>
73	Aufwendungen für Rehabilitation
77	Anhang

Vor allem zwei Diagnosegruppen führten zu beruflichen Bildungsleistungen (s. Abb. 17). 60 % (2019 und 2020) der beruflichen Bildungsleistungen für Frauen und sogar 64 % in 2019 und 66 % in 2020 der für Männer gingen auf Krankheiten der Muskeln, des Skeletts oder des Bindegewebes zurück. Ebenfalls von erheblicher Bedeutung waren die psychischen Erkrankungen, insbesondere bei Frauen. Knapp ein Drittel (28 %) ihrer Bildungsleistungen

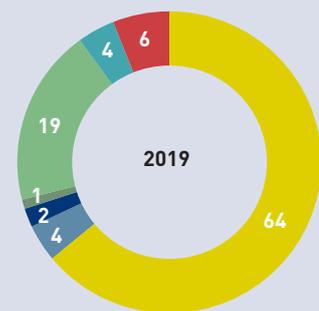
Berufliche Bildungsleistungen erfolgen vor allem wegen orthopädischer und psychischer Erkrankungen

**Abb. 17 Krankheitsspektrum bei Bildungsleistungen von Frauen und Männern 2019<sup>1</sup> und 2020<sup>1</sup> – abgeschlossene Leistungen<sup>2</sup>**

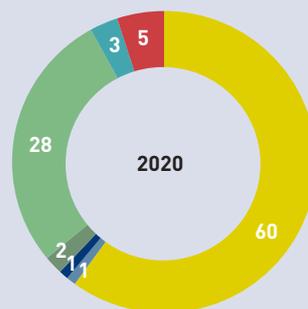
Frauen: 11.361 Leistungen



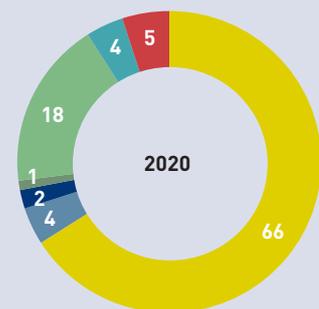
Männer: 15.525 Leistungen



Frauen: 10.740 Leistungen



Männer: 13.970 Leistungen



- Muskeln/Skelett/Bindegewebe
- Herz/Kreislauf\*
- Stoffwechsel/Verdauung
- Neubildungen\*

- Psychische Erkrankungen (inkl. Sucht)
- Neurologie
- Sonstige Leistungen

<sup>1</sup> ab 2016 neue ICD-10-Zuordnung einzelner Diagnosen

<sup>2</sup> ohne Fälle, bei denen die 1. Diagnose noch nicht erfasst ist

\* ohne neurologische Krankheitsbilder

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

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2019 und 2020

erfolgte in beiden Berichtsjahren aufgrund psychischer Erkrankungen, bei Männern waren dies mit 19 % in 2019 und 18 % in 2020 deutlich weniger. Die leichte Steigerung bei den Krankheiten der Muskeln, des Skeletts oder des Bindegewebes im Vergleich zu den zurückliegenden Jahren basierte auf der besseren Zuordnung der Einzeldiagnosen zu den Diagnosegruppen seit 2016 (s. auch Info-Box S. 23). Neurologische Erkrankungen spielten eine deutlich geringere Rolle: Wegen einer solchen Erkrankung wurden 2 % der Leistungen bei Frauen in 2019 und 3 % in 2020 und 4 % der Leistungen bei Männern in beiden Berichtsjahren durchgeführt. Dies traf auch auf die Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems zu (Frauen 1 %, Männer 4 % jeweils in beiden Berichtsjahren).

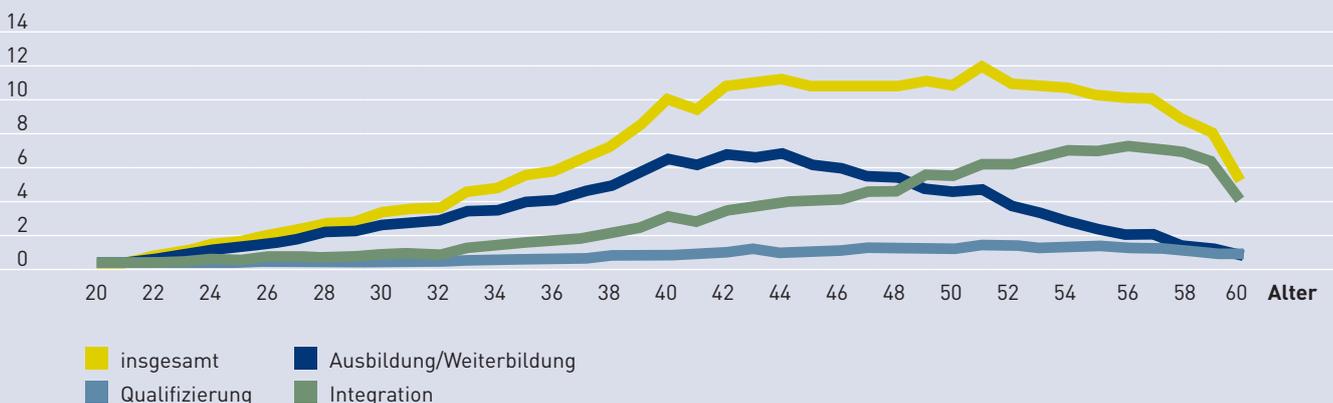
## Berufliche Bildung – altersspezifische Inanspruchnahme

Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die Bildungsleistungen in Anspruch nahmen, waren mit Blick auf die zurückliegenden Jahre im Durchschnitt wesentlich jünger als Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in der medizinischen Rehabilitation (s. S. 35 und 36). Das Durchschnittsalter von Frauen, die in 2019 eine berufliche Bildungsleistung abgeschlossen hatten, lag bei 47 Jahren (2020: 47,2 Jahre). Männer waren mit im Durchschnitt 46,4 Jahren in 2019 und 46,6 Jahren in 2020 etwa gleich alt. Werden alle LTA betrachtet, lag der Altersdurchschnitt höher als in der Teilgruppe der beruflichen Bildungsleistungen (Frauen: 47,8 Jahre in 2019 und 48 Jahre in 2020; Männer 48,8 Jahre in 2019 und 49,1 Jahre in 2020).

Auch die Inanspruchnahme beruflicher Bildungsleistungen hängt, wie die Inanspruchnahme medizinischer Reha-Leistungen, mit dem Alter zusammen. Dargestellt wird die Inanspruchnahmerate, d. h. als Leistungen pro 10.000 Versicherte.

**Abb. 18 Berufliche Bildungsleistungen: Altersspezifische Inanspruchnahmeraten 2020**

Anzahl abgeschlossene berufliche Bildungsleistungen pro 10.000 Versicherte



Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2020, „Versicherte“ 2019

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
<b>57</b>	<b>Berufliche Rehabilitation</b>
73	Aufwendungen für Rehabilitation
77	Anhang

Weiterbildungen werden am häufigsten im Alter von 40 bis 44 Jahren durchgeführt

Werden die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zu Versicherten gleichen Alters in Beziehung gesetzt, erhält man die altersspezifische Inanspruchnahme. Je nach Leistungsart ergibt sich ein unterschiedlicher altersspezifischer Verlauf bei der Inanspruchnahme beruflicher Bildungsleistungen (s. Abb. 18). Aus- und Weiterbildungen stiegen im Jahr 2019 und 2020 bis zum Alter von 40 Jahren relativ stetig an (7,3 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden auf 10.000 Versicherte in 2019; 2020: 6,4). In 2019 lag ein zweiter Spitzenwert bei 43 Jahren mit einer Rate von 7,3 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden auf 10.000 Versicherte. In 2020 erreichte die Rate mit 6,7 im Alter von 42 und 44 Jahren ihren höchsten Punkt. Anschließend sank in beiden Berichtsjahren die altersspezifische Inanspruchnahme deutlich (s. Abb. 18). Aus- und Weiterbildungen wurden damit am häufigsten bei Versicherten zwischen 40 und 44 Jahren durchgeführt. Diese relativ kostenintensiven Leistungen – vor

**Tab. 10 Leistungen zur beruflichen Bildung 2006–2020 nach Art der Bildungsleistung (altersstandardisiert – Leistungen pro 10.000 Versicherte<sup>1</sup>)**

Jahr	Insgesamt		Qualifizierungsmaßnahmen		Ausbildung/Weiterbildung		Integrationsleistungen	
2006	6,0	10,9	0,6	1,2	3,2	6,0	2,2	3,7
2007	5,8	10,3	0,5	1,0	2,8	5,3	2,5	4,0
2008	6,3	10,2	0,7	1,1	2,9	5,0	2,8	4,1
2009	6,9	10,8	0,8	1,1	3,1	5,3	3,0	4,4
2010	7,5	11,4	0,8	1,2	3,6	5,7	3,1	4,4
2011	7,3	10,6	0,8	1,1	3,7	5,7	2,9	3,7
2012	7,1	10,1	0,7	1,1	3,6	5,4	2,8	3,6
2013	6,6	9,5	0,7	1,0	3,1	5,0	2,8	3,6
2014	6,8	10,0	0,6	1,0	3,2	5,1	3,0	3,9
2015	7,2	10,1	0,8	1,1	3,4	5,2	3,1	3,9
2016	7,5	9,5	0,8	1,0	3,6	4,8	3,2	3,7
2017	7,5	9,5	0,7	1,0	3,6	4,8	3,2	3,7
2018	6,8	8,7	0,6	0,9	2,9	4,0	3,3	3,9
2019	6,6	8,2	0,6	0,8	2,8	3,8	3,2	3,6
2020	6,1	7,3	0,5	0,7	2,7	3,4	3,0	3,2

■ Frauen □ Männer

<sup>1</sup> Aktiv Versicherte am 31.12. des Berichtsvorjahres, ohne geringfügig Beschäftigte ohne Verzicht auf die Versicherungsfreiheit; Standardisierungspopulation: Summe Männer und Frauen 2016.

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

Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2006–2020, „Versicherte“ 2006–2019

Integrationsleistungen  
hatten ihr Maximum in 2019  
bei 55 Jahren

allem Umschulungen mit einer Dauer von etwa zwei Jahren, die eine recht anspruchsvolle Qualifizierung darstellen – kamen also überwiegend jüngeren Versicherten zugute.

Ähnlich wie bei den Weiterbildungen, nur zeitlich etwas versetzt, stieg auch bei den Integrationsleistungen die Inanspruchnahme mit dem Alter bis zum Maximum bei 55 Jahren (knapp 8 auf 10.000 Versicherte gleichen Alters) in 2019 und 56 Jahren (rund 7 auf 10.000 Versicherte gleichen Alters) in 2020. In höherem Alter ging die Inanspruchnahme dann wieder zurück.

Bei den Qualifizierungsleistungen gab es ebenfalls einen – wenngleich moderaten – Anstieg der Inanspruchnahme mit zunehmendem Alter bis etwa 53 Jahre (1,6 auf 10.000 Versicherte gleichen Alters) in 2019 und 51 Jahre (1,3 auf 10.000 Versicherte gleichen Alters) in 2020. In den zurückliegenden Jahren verschob sich die Inanspruchnahme der Bildungsleistungen insgesamt wie auch bei den unterschiedlichen Leistungsarten zunehmend auf die höheren Altersstufen.

## **Berufliche Bildung – altersstandardisierte Inanspruchnahme**

Wie im vorhergehenden Abschnitt dargestellt, zeigte sich ein 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. 37). Die altersstandardisierten Inanspruchnahmeraten für die Jahre 2006 bis 2020 sind getrennt für Frauen und Männer in Tabelle 10 wiedergegeben (s. S. 65). Die altersstandardisierte Inanspruchnahme ging sowohl bei Qualifizierungsleistungen als auch bei Weiterbildungen seit 2017 schrittweise zurück, und zwar für Frauen und Männer. Ausschließlich die Inanspruchnahme von Integrationsleistungen hatte von 2017 auf 2018 etwas zugenommen, entwickelte sich jedoch in 2020 wieder leicht rückläufig. Die Inanspruchnahme der Bildungsleistungen insgesamt schwankte im betrachteten Zeitraum bei Frauen zwischen 5,8 (in 2007) und 7,5 (in 2010, 2016 und 2017) Leistungen, bei Männern zwischen 8,7 (in 2018) und 11,4 (in 2010) Leistungen pro 10.000 Versicherte. Die Inanspruchnahme lag bei Frauen in 2019 mit 6,6 und in 2020 mit 6,1 pro 10.000 Versicherte zwar etwas über der Rate vom Jahr 2006 (6,0), jedoch niedriger als in den vergangenen Jahren. Bei Männern rangierte sie mit 8,2 pro 10.000 Versicherte in 2019 und nur 7,3 im Jahr 2020 auf dem tiefsten Stand seit 2006 (10,9) (zur Änderung der standardisierten Raten im Vergleich zu vorherigen Reha-Berichten durch die Verwendung einer neuen Standardisierungspopulation s. Info-Box S. 37). Die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Inanspruchnahme glichen sich gegenüber 2006 relativ kontinuierlich an, wobei dies eher der sinkenden Inanspruchnahme bei Männern und weniger der bis 2017 steigenden Inanspruchnahme bei Frauen geschuldet ist.



# Berufliche Rehabilitation: Prozess und Ergebnis von Bildungsleistungen

Die Deutsche Rentenversicherung hat zur Sicherung der Qualität der beruflichen Rehabilitation (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) ein umfassendes Qualitätssicherungskonzept entwickelt (s. S. 78). Der folgende Berichtsteil behandelt die Ergebnisse der eingesetzten Instrumente und Verfahren.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) sind Angebote der beruflichen Rehabilitation und sollen die dauerhafte Wiedereingliederung von Versicherten mit chronischen Krankheiten oder Behinderungen in das Erwerbsleben ermöglichen (s. Info-Box S. 57). Dazu gehören berufliche Bildungsleistungen, die u. a. in einer Umschulung bestehen können.

## Teilnehmerbefragung nach beruflichen Bildungsleistungen

Der Bewertung der Qualität der beruflichen Bildungsleistung durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer kommt besondere Bedeutung zu.

Teilnehmerinnen und Teilnehmer bewerten ihre Bildungsleistungen

### Teilnehmerbefragung

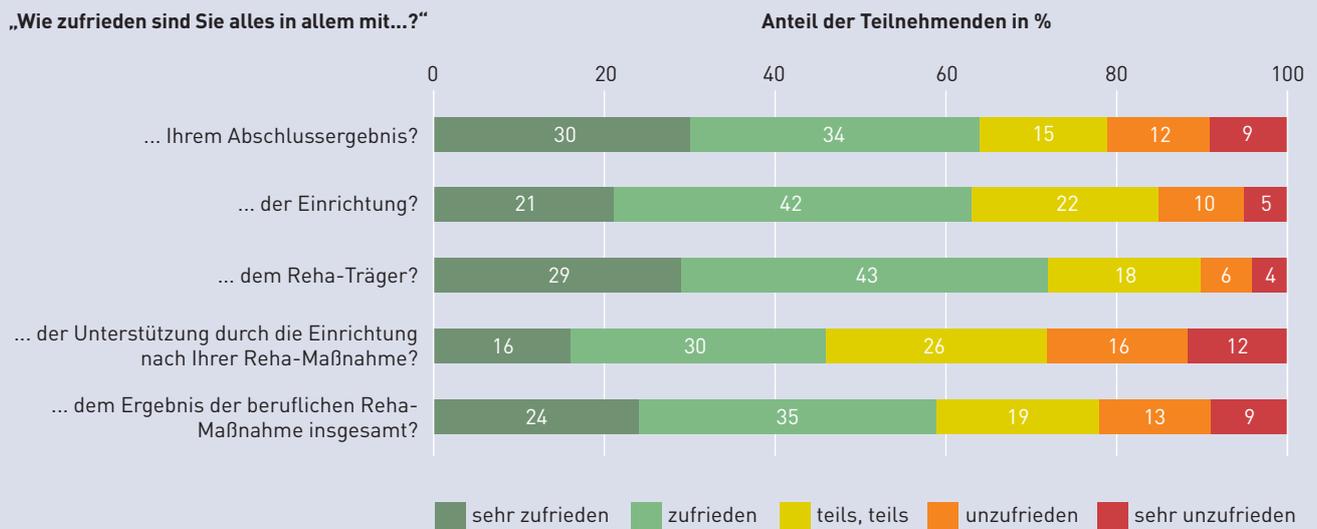
Seit 2006 erhalten alle Teilnehmenden ein halbes Jahr nach Ende der Rehabilitation einen Fragebogen zu ihrer beruflichen Bildungsleistung. Die freiwillige postalische Befragung bezieht sich auf den Verlauf der Bildungsleistung und erfragt beispielsweise die individuelle Förderung während der Maßnahme. Ebenso bewerten die Teilnehmenden das Ergebnis der beruflichen Bildungsleistung, dazu gehören u.a. ein erfolgreicher Abschluss und die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben nach Ende der Rehabilitation. Die Bewertung erfolgt auf einer Skala von 1 für „sehr zufrieden“ bis 5 für „sehr unzufrieden“. Jede Bildungseinrichtung, aus der mindestens zwölf Absolvierende einer beruflichen Rehabilitation den Fragebogen ausgefüllt haben, erhält einen vergleichenden Bericht zur Qualitätssicherung. Darin werden die Ergebnisse der jeweiligen Einrichtung abgebildet und denen anderer Bildungseinrichtungen gegenübergestellt.

Mehrheit ist mit Bildungsleistungen zufrieden und sehr zufrieden

In die Auswertung der Teilnehmerbefragung gehen die Angaben von 10.302 Versicherten ein, die im Jahr 2018 eine berufliche Bildungsleistung abgeschlossen und den Fragebogen beantwortet haben. Den Auswertungen zufolge, ist 2018 der überwiegende Teil der Befragten (72 %) mit dem Reha-Träger zufrieden oder sehr zufrieden (s. Abb. 19). Ebenfalls gut bewertet werden das Abschlussergebnis der Rehabilitation (64 %) und die Bildungseinrichtung (63 %). Mehr als die Hälfte der Teilnehmerinnen und Teilnehmer (59 %) sind mit dem Ergebnis der beruflichen Reha-Maßnahme insgesamt sehr zufrieden bzw. zufrieden (24 % und 35 %).

# Berufliche Rehabilitation: Prozess und Ergebnis von Bildungsleistungen

**Abb.19 Allgemeine Zufriedenheit der Teilnehmenden<sup>1</sup> mit der beruflichen Bildungsleistung**



<sup>1</sup> alle Teilnehmenden der Teilnehmerbefragung, die eine berufliche Bildungsleistung im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung (N = 9.736) oder der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (N = 566) im Jahr 2018 abgeschlossen haben, gesamt (N = 10.302)  
 Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Teilnehmerbefragung, Abschlusszeitraum 2018

Der Fragebogen thematisiert auch die Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt nach der Rehabilitation (s. Tab. 11). Etwa zwei Drittel (66 %) der Befragten geben zum Zeitpunkt der Befragung an, nach Ende der Bildungsleistung eine Beschäftigung aufgenommen zu haben.

**Tab. 11 Eingliederung der Teilnehmenden in den Arbeitsmarkt**

	% der jeweils Antwortenden
Zum Zeitpunkt der Befragung berufstätig oder schon einmal nach Abschluss der Bildungsleistung berufstätig	66 %
Von diesen geben an:	
... ein unbefristetes Arbeitsverhältnis	54 %
Die berufliche Reha-Maßnahme war ...	
... eine notwendige Voraussetzung	41 %
... eine wichtige Hilfe	35 %
... von geringer Bedeutung	7 %
... ohne Bedeutung	8 %
... keine Einschätzung möglich	8 %

Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Teilnehmerbefragung, Abschlusszeitraum 2018 (N=10.302)

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
<b>57</b>	<b>Berufliche Rehabilitation</b>
73	Aufwendungen für Rehabilitation
77	Anhang

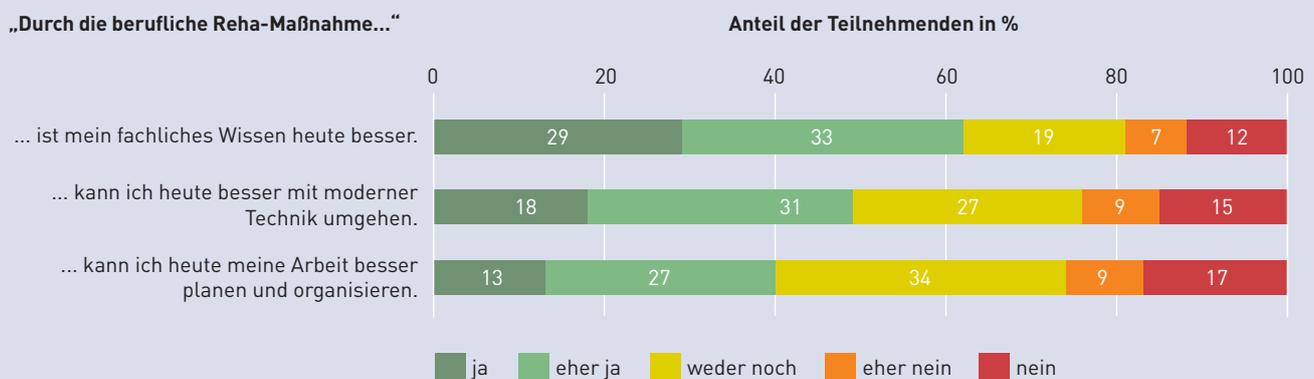
Bei etwa der Hälfte der aufgenommenen Beschäftigungen handelt es sich um ein unbefristetes Arbeitsverhältnis (54 %). Ungefähr drei Viertel der Berufstätigen bewerten die Bildungsleistung als notwendige Voraussetzung (41 %) bzw. als wichtige Hilfe zur Erlangung des Arbeitsplatzes (35 %).

Wenn zum Befragungszeitpunkt noch keine Wiedereingliederung erfolgt war, werden als wesentliche Gründe ein verschlechterter Gesundheitszustand (53 %), eine schlechtere regionale Arbeitsmarktlage (38 %) sowie mangelnde Unterstützung bei der Stellensuche angegeben (31 %, ohne Abbildung).

Auf die Frage zu den Ergebnissen der beruflichen Reha-Maßnahme antworteten (s. Abb. 20) 62 % der Befragten, dass sich ihr fachliches Wissen gebessert habe (Antwortmöglichkeit „ja“ oder „eher ja“). Einen besseren Umgang mit moderner Technik durch die absolvierte Bildungsleistung erlernten 49 % der Teilnehmenden; 40 % gaben an, ihre Arbeit nun besser planen und organisieren zu können.

Fachliches Wissen verbessert  
durch berufliche Reha-Maßnahme

**Abb.20 Einschätzung der Ergebnisse der beruflichen Bildungsleistung durch die Teilnehmenden**



<sup>1</sup> alle Teilnehmenden der Teilnehmerbefragung, die eine berufliche Bildungsleistung im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung (N = 9.736) oder der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (N = 566) im Jahr 2018 abgeschlossen haben, gesamt (N = 10.302)  
Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Teilnehmerbefragung, Abschlusszeitraum 2018

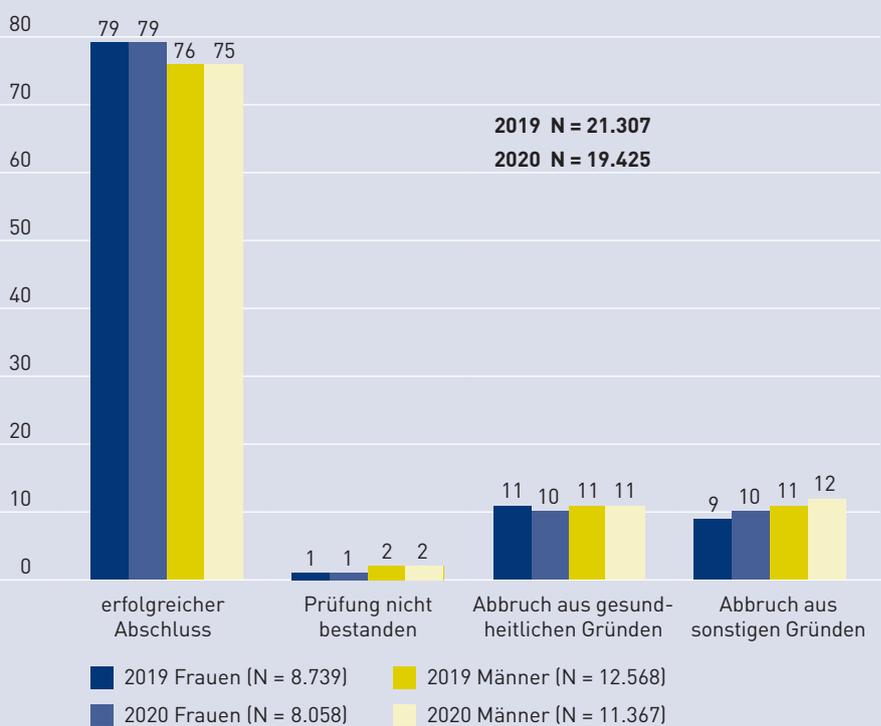
### Abschluss der beruflichen Bildungsleistungen

Berufliche Bildungsleistungen haben die Herstellung der Teilhabe am Erwerbsleben zum Ziel. Eine wichtige Voraussetzung dafür ist der erfolgreiche Abschluss der Rehabilitationsleistung. Über die Einschätzung der Teilnehmenden hinaus, lässt sich das Ergebnis der absolvierten Bildungsleistung mit Routinedaten der Rentenversicherung abbilden. Mehr als drei Viertel der Teilnehmerinnen und Teilnehmer schlossen ihre berufliche Bildungsleistung danach im Jahr 2020 erfolgreich ab, rund 21 % davon mit einem staatlich anerkannten Abschluss. Etwa jede/r Fünfte bricht die Bildungsleistung ab. Ein Abbruch passiert etwa zur Hälfte aus gesundheitlichen Gründen (s. Abb. 21).

# Berufliche Rehabilitation: Prozess und Ergebnis von Bildungsleistungen

**Abb. 21 Abschluss<sup>1</sup> der beruflichen Bildungsleistung 2019 und 2020 nach Geschlecht**

Anteile Teilnehmende in %



<sup>1</sup> soweit Informationen über Abschluss vorhanden

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

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2019 und 2020

## Status nach beruflichen Bildungsleistungen

Der Erfolg der beruflichen Bildungsleistungen bemisst sich aus Sicht der Rentenversicherung wesentlich an dem Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, der anschließend (dauerhaft) sozialversicherungspflichtig erwerbstätig ist. Die Routinedaten der Rentenversicherung ermöglichen dazu eine objektive Betrachtung im Zeitverlauf. Nachfolgend wird ein Zeitfenster von zwei Jahren nach Abschluss der 2017 beendeten Bildungsleistungen ausgewertet (s. Abb. 22).

Wie die Abbildung 22 zeigt, nimmt die berufliche Wiedereingliederung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die 2017 ihre Bildungsleistung abgeschlossen haben, im Verlauf der folgenden zwei Jahre kontinuierlich zu: Sind sechs Monate nach Ende der Bildungsleistung 52 % der Teilnehmenden sozialver-

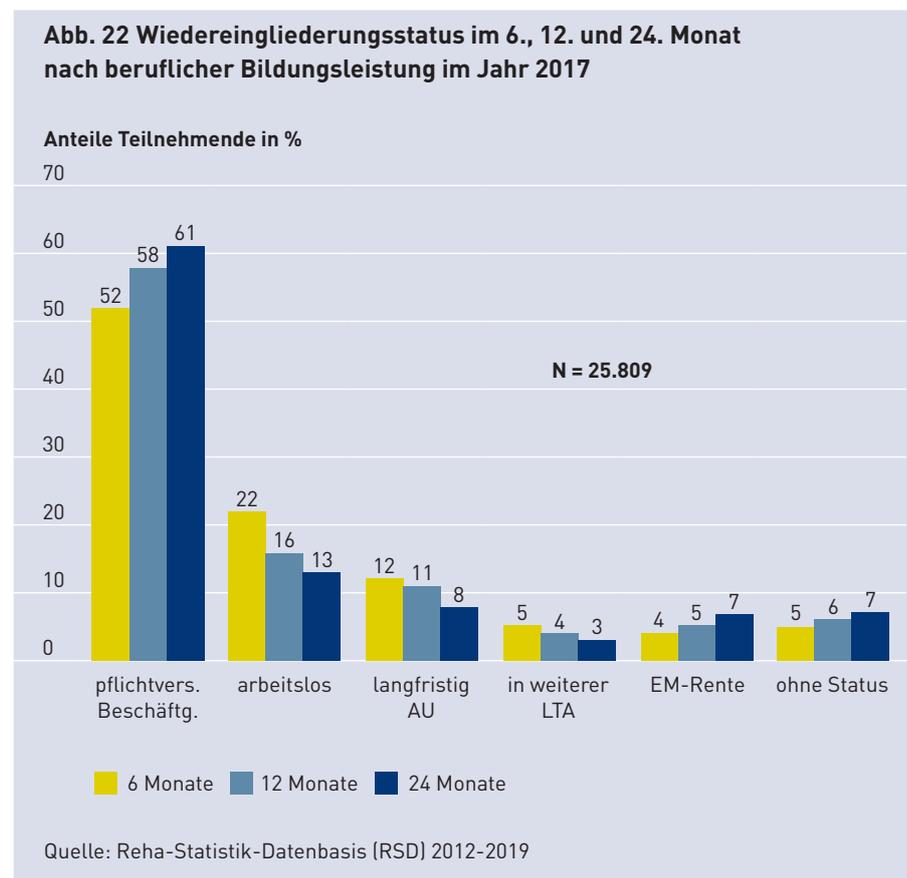
sicherungspflichtig beschäftigt, liegt dieser Anteil nach zwei Jahren bei 61 %. Im selben Zeitraum sinkt der Anteil der Arbeitslosen von anfänglich 22 % auf 13 %. Der Anteil der langfristig arbeitsunfähigen Personen („langfristig AU“) nimmt im Nachbetrachtungszeitraum von 12 % nach 6 Monaten auf 8 % nach 2 Jahren ab. Parallel dazu steigt der Anteil derjenigen, die eine Erwerbsminderungsrente (EM-Rente) erhalten von 4 % nach 6 Monaten auf 7 % nach 2 Jahren.

Etwa 5 % der Personen nehmen 6 Monate nach Abschluss der Leistung an einer weiteren LTA-Maßnahme teil. Der Anteil sinkt nach zwei Jahren auf 3 %. Für 5 bis 7 % der Versicherten liegen keine Angaben zum Status vor, zum Beispiel weil sie als Selbständige keine Beiträge an die Rentenversicherung zahlen.

Frauen und Männer unterscheiden sich kaum hinsichtlich ihrer Wiedereingliederung: Im 24. Monat nach der Bildungsleistung sind Männer und Frauen annähernd gleich häufig pflichtversichert beschäftigt (Männer 61 %, Frauen 62 %). Unterschiede finden sich bei der Nicht-Beschäftigung: Männer sind etwas häufiger arbeitslos (Männer 15 %, Frauen 11 %). Der Anteil an EM-Renten ist bei Frauen hingegen mit 9 % höher als bei Männern mit 7 % (nicht in der Abbildung).

Die Wiedereingliederungsquote von Frauen und Männern ist annähernd gleich

**Abb. 22 Wiedereingliederungsstatus im 6., 12. und 24. Monat nach beruflicher Bildungsleistung im Jahr 2017**



## Berufliche Rehabilitation: Prozess und Ergebnis von Bildungsleistungen

Für die Interpretation der Ergebnisse ist wichtig zu wissen, dass der Wiedereingliederungsstatus nur bedingt die Qualität einer Einrichtung abbildet. Eine Wiedereingliederung hängt auch von Faktoren ab, auf die die Einrichtung keinen Einfluss hat, wie z. B. von der regionalen Arbeitsmarktlage, dem Alter und dem Gesundheitsstatus der Teilnehmerinnen und Teilnehmer.



## Aufwendungen für Rehabilitation

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

2019 gab die Rentenversicherung rd. 6,91 Mrd. € für Rehabilitation aus

### Aufwendungen im Jahr 2019 und 2020

2019 gab die Deutsche Rentenversicherung insgesamt ca. 6,91 Mrd. € für Rehabilitation aus, in 2020 waren es 7,03 Mrd. € (Bruttoaufwendungen, s. Tab.12). In den Wert aus dem Pandemie-Jahr 2020 sind Zuschüsse in Höhe von knapp 500 Millionen € eingerechnet, die im Rahmen des Sozialdienstleister-Einsatzgesetzes (SodEG) an Einrichtungen gezahlt wurden, mit denen die Deutsche Rentenversicherung in einem Vertragsverhältnis steht (s. S. 10). Die Zuschüsse sind jedoch zu erstatten, sollten die Dienstleistenden andere, vorrangige Leistungen erhalten haben. Das Erstattungsverfahren wird mit zeitlichem Versatz durchgeführt, für die in 2020 gezahlten Zuschüsse war das frühestens ab der zweiten Jahreshälfte 2021 möglich.

Da diesen Ausgaben Einnahmen, z. B. aus Zuzahlungen der Versicherten gegenüberstehen, fielen in 2019 Nettoaufwendungen in Höhe von rund 6,74 Mrd. € (s. Tab. 13 S. 76) an. Das entspricht einer Steigerungsrate von 2,1 % von 2018 auf 2019. Damit blieb die Rentenversicherung in 2019 im Rahmen des Budgets, das ihr für Reha-Leistungen gesetzlich vorgegeben ist und auf 7,127 Mrd. € festgesetzt worden war. Im Jahr 2020 betrugen die Aufwendungen 6,89 Mrd. € (s. Tab. 13 S. 76). Die Steigerung von 2019 auf 2020 lag bei 2,0 %. 2020 hatte das Budget für Reha-Leistungen eine Höhe von 7,297 Mrd. €.

Aufwendungen entstehen für Reha-Leistungen, aber auch für Übergangsgeld

Die Aufwendungen für Rehabilitation enthalten neben den Kosten, die in den Reha-Einrichtungen anfallen, auch Entgeltersatzleistungen, zu denen Übergangsgelder und Sozialversicherungsbeiträge für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zählen (s. Tab. 12). Von den Gesamtaufwendungen für Rehabilitation in 2019 entfielen rd. 1,17 Mrd. € brutto (17 %) auf Übergangsgelder. 2020 lag die Summe der Übergangsgelder bei 1,09 Mrd. Sie fallen zum Beispiel an, wenn Rehabilitandinnen und Rehabilitanden aufgrund länger dauernder Leistungen, dem Bezug von Krankengeld oder bei Arbeitslosigkeit keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber (mehr) haben. Umgekehrt leisteten die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in der medizinischen Rehabilitation 2019 insgesamt 69,5 Mio. € Zuzahlungen, das waren im Durchschnitt 66 € pro Reha-Leistung. Für 2020 betrug die Höhe der Zuzahlungen 51,9 Mio. € , das waren durchschnittlich 60 € pro Reha-Leistung.

### Entwicklung der Aufwendungen ab 2006

Tabelle 12 (s. S. 74) gewährt einen differenzierten Einblick zu den Kosten nach Leistungsgruppen ab 2006. Abbildung 23 gibt die Entwicklung der Aufwendungen ab 2006 wieder.

# Aufwendungen für Rehabilitation

Ausgaben stiegen in 2019  
erneut deutlich an

Die Aufwendungen für Rehabilitation insgesamt (brutto, inkl. Sozialversicherungsbeiträgen) nahmen seit 2006 insgesamt kontinuierlich zu. In 2019 stiegen sie im Vergleich zu den beiden Vorjahren erneut deutlich an und fielen damit um rund 46 % höher aus als im Jahr 2006 (s. Tab. 12). Die Aufwendungen der beiden Jahre 2006 und 2019 sind aufgrund der zu berücksichtigenden Preissteigerungen jedoch nicht direkt vergleichbar. Wie eingangs berichtet schlagen im Jahr 2020 die Leistungen zum Sozialdienstleister-Einsatzgesetz mit 500 Mio. € zu Buche, was die Steigerung erklärt.

Im Zeitraum 2006 bis 2019 entwickelten sich die Aufwendungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und für medizinische Rehabilitationsleistungen wechselhaft (s. Abb. 23). Seit 2006 stiegen die Ausgaben für medizinische Rehabilitation an, seit 2013 sogar deutlich. Die Ausgaben für LTA nahmen zwischen 2008 und 2016 mit leichten Schwankungen wieder zu. Seit 2017 gingen die Aufwendungen für LTA wieder leicht zurück. Mit der Corona-Pandemie setzte sich dieser Trend in 2020 fort.

**Tab. 12 Aufwendungen<sup>1</sup> für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben 2006–2020 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
2006	4.726,1	2.965,3	389,2	689,3	412,9	269,4
2007	4.860,3	3.130,1	408,8	682,6	381,6	257,2
2008	5.115,9	3.319,3	427,1	724,1	382,8	262,6
2009	5.434,3	3.470,4	462,0	769,5	424,7	307,7
2010	5.559,3	3.510,0	504,1	811,0	450,7	283,6
2011	5.657,8	3.596,6	525,7	804,3	423,9	307,3
2012	5.861,5	3.741,8	620,5	759,6	411,9	327,4
2013	5.841,0	3.722,2	589,7	766,6	427,5	334,5
2014	6.030,8	3.815,4	618,8	800,9	445,1	350,0
2015	6.208,3	3.909,4	635,5	838,0	457,7	366,9
2016	6.364,0	4.014,1	651,9	865,1	465,7	366,5
2017	6.550,3	4.152,2	667,3	874,4	464,3	391,8
2018	6.756,6	4.339,2	699,0	878,3	449,7	390,1
2019	6.907,0	4.491,6	731,6	848,6	440,6	394,1
2020**	7.031,5	4.255,1	665,1	809,1	427,9	377,1

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

\* Ab 2011 ist das „Persönliche Budget“ in der Spaltenspalte enthalten (2020: 0,5 Mio. €).

\*\* 2020 einschließlich 497 Mio. € Zuschüsse nach Sozialschutz-Paket (SodEG)

Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2021

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
57	Berufliche Rehabilitation
<b>73</b>	<b>Aufwendungen für Rehabilitation</b>
77	Anhang

Die Reha-Inanspruchnahme ist auch von der wirtschaftlichen Situation abhängig.

Gegenüber 2006 hatten sich die Aufwendungen für medizinische und sonstige Reha-Leistungen inkl. Übergangsgeld in 2019 um etwa 56 % und die für LTA inkl. Übergangsgeld um 17 % erhöht (s. Tab. 12). 2020 war hier pandemiebedingt ein leichter Rückgang zum Vorjahr zu verzeichnen. Im Vergleich zu 2006 erhöhten sich in 2020 die Aufwendungen für medizinische und sonstige Reha-Leistungen inkl. Übergangsgeld um etwa 47 % und die für LTA inkl. Übergangsgeld um 12 %.

Neben der demographischen Entwicklung beeinflusst auch die jeweilige wirtschaftliche Lage in Deutschland die Inanspruchnahme und damit die Kosten für Reha-Leistungen. Bei geringer Arbeitslosigkeit nehmen die Versicherten häufiger eine solche Leistung in Anspruch, da sie damit aus eigener Sicht ihren Arbeitsplatz nicht gefährden. Gerade bei den LTA hat zudem der Mix aus langen teuren (z. B. Bildungs-) Leistungen und günstigeren Leistungen beispielsweise zur Erhaltung und Erlangung eines Arbeitsplatzes einen erheblichen Einfluss auf die Gesamtkosten. Zwar gibt es auch bei der medizinischen Rehabilitation Leistungen wie z. B. Suchtbehandlungen, die wegen ihrer langen Behandlungsdauer relativ teuer sind, sie beeinflussen allerdings aufgrund ihrer geringen Anzahl die Gesamtkosten nur wenig.

Insgesamt hat sich im betrachteten Zeitraum das Verhältnis zwischen den Aufwendungen für medizinische Rehabilitation und berufliche Rehabilitation zu-

**Abb. 23 Aufwendungen<sup>1</sup> für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben 2006-2020**

in Mio. €



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

Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2021

## Aufwendungen für Rehabilitation

gunsten ersterer verändert: Wurde das Verhältnis im Jahr 2006 noch mit 3 zu 1 berechnet, lag es in 2019 und auch im Pandemie-Jahr 2020 bei etwa 4 zu 1.

### Vergleich zu weiteren Ausgaben der Rentenversicherung

Mit den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben verfolgt die Rentenversicherung das gesetzlich vorgegebene Ziel, die Erwerbsfähigkeit ihrer Versicherten zu erhalten und eine drohende Berentung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit abzuwenden oder zumindest aufzuschieben. In Tabelle 13 werden die Aufwendungen für Rehabilitation den Aufwendungen der Rentenversicherung insgesamt sowie für verschiedene Rentenarten gegenüber gestellt.

Ausgaben für Rehabilitation entsprachen 2019 nur 2,1 % und 2020 nur 2,0 % der Gesamtausgaben der Rentenversicherung

Trotz ihrer großen Bedeutung beanspruchten die Leistungen zur Teilhabe, d. h. vor allem Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben, im Jahr 2019 mit 2,1 % und in 2020 mit 2,0 % nur einen geringen Anteil aller Aufwendungen der Rentenversicherung. Die Nettoaufwendungen für Rehabilitation standen zu denjenigen für Erwerbsminderungsrenten (6,0 % in 2019; 6,1 % in 2020) etwa im Verhältnis von 1 zu 2,9 für 2019; 2020 lag das Verhältnis bei 1 zu 3.

**Tab. 13 Ausgaben der gesetzlichen Rentenversicherung 2019 und 2020 nach Ausgabearten in Mio. €**

Ingesamt	Rehabilitation*	Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit	Altersrenten	Hinterbliebenenrenten	sonst. Ausgaben (v. a. KVdR**)	Verwaltungs- und Verfahrenskosten
<b>2019</b>						
324.816	6.742	19.643	227.045	44.671	22.638	4.077
100,0 %	2,1 %	6,0 %	69,9 %	13,8 %	7,0 %	1,3 %
<b>2020</b>						
338.300	6.883	20.560	237.483	45.633	23.558	4.183
100,0%	2,0%	6,1%	70,2%	13,5%	7,0%	1,2%

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

\*\* KVdR = Krankenversicherung der Rentner

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung – Rechnungsergebnisse 2019 und 2020

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
57	Berufliche Rehabilitation
<b>73</b>	<b>Aufwendungen für Rehabilitation</b>
77	Anhang

## Datenquellen

Grundlage des Reha-Berichts 2021 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 2021 wurden die folgenden jährlichen Statistiken über Routinedaten der Rentenversicherung herangezogen sowie Sonderauswertungen durchgeführt:

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

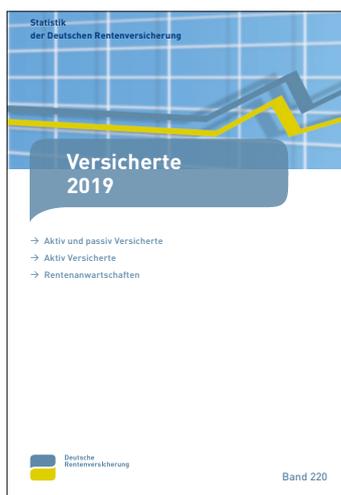
### Rehabilitation

Statistik der Deutschen Rentenversicherung  
Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund  
Ausgaben für die Jahre 2006 bis 2020

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

### Versicherte

(ehemals „Aktiv Versicherte“)  
Statistik der Deutschen Rentenversicherung  
Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund  
Ausgaben für die Jahre 2006 bis 2019





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

## Rentenversicherung in Zeitreihen

Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund

Ausgabe 2020

DRV-Schriften, Band 22

Statistikpublikationen der Deutschen Rentenversicherung können auf der Internetseite heruntergeladen werden: [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de) → **Experten** → **Zahlen und Fakten** → **Statistiken und Berichte** oder [www.statistik-rente.de](http://www.statistik-rente.de)

## Daten zur Qualitätssicherung

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

Im Reha-Bericht 2021 liefern die Daten der Reha-Qualitätssicherung Informationen zur Durchführung und zum Erfolg medizinischer und beruflicher Rehabilitation.

## Qualitätssicherung für Leistungen der medizinischen Rehabilitation

- **Strukturerhebung:** bildet die personellen, technischen, räumlichen, diagnostischen und therapeutischen Ressourcen in den Reha-Einrichtungen ab und vergleicht sie mit den rentenversicherungsweiten Strukturanforderungen
- **Peer Review-Verfahren:** erfasst die Qualität des Reha-Prozesses über eine Bewertung der Entlassungsberichte und Therapiepläne aus Reha-Einrichtungen durch geschulte ärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (Peers), [s. S. 46ff.]
- **Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL):** individuell erbrachte therapeutische Leistungen werden mit der KTL während einer Rehabilitation dokumentiert (s. S. 41 ff.)
- **Reha-Therapiestandards (RTS):** formulieren wissenschaftlich fundierte Anforderungen für die therapeutische Ausgestaltung der Rehabilitation (s. S. 43 ff.)

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
57	Berufliche Rehabilitation
73	Aufwendungen für Rehabilitation
77	<b>Anhang</b>

- **Rehabilitandenbefragung:** regelmäßig werden Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zur Zufriedenheit mit ihrer Rehabilitation sowie zu deren Erfolg befragt. Im Reha-Bericht 2019 wurden die bisher aktuellsten Zahlen dargestellt.
- **Sozialmedizinischer Verlauf (SMV):** bildet anhand von Routinedaten den Erwerbsverlauf nach medizinischer Rehabilitation ab, der Auskunft über deren Erfolg gibt (s. S. 50 ff.)
- **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. 67 ff.)
- **Ergebnis der beruflichen Bildungsleistung:** ausgewertet werden Routinedaten zum Abschluss der Rehabilitation (s. S. 69 ff.)
- **Sozialmedizinischer Status (SMS):** bildet anhand von Routinedaten den Erwerbsstatus in unterschiedlichen Monaten nach beruflicher Bildungsleistung ab, der Auskunft über deren Erfolg gibt (s. S. 70 f.)

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

# Impressum

## Herausgeber

Deutsche Rentenversicherung Bund  
Geschäftsbereich Prävention, Rehabilitation und Sozialmedizin  
Dezernat Reha-Wissenschaften  
Ruhrstr, 2, D-10709 Berlin  
Postanschrift: 10704 Berlin  
Telefon: 030 865-39336  
Telefax: 030 865-28879  
Internet: [www.reha-wissenschaften-drv.de](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

Ariane Funke, Sabine Erbstößer, Dr. Marco Streibelt,  
[reha-wissenschaften@drv-bund.de](mailto:reha-wissenschaften@drv-bund.de)  
Dezernat Reha-Wissenschaften  
Dr. Astrid Steinbrecher, [reha-qs-daten@drv-bund.de](mailto:reha-qs-daten@drv-bund.de)  
Dezernat Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik

## Statistische Daten

Thomas Bütetisch, [statistik-blnd@drv-bund.de](mailto:statistik-blnd@drv-bund.de)  
Bereich Statistische Analysen  
Pia Zollmann, [reha-wissenschaften@drv-bund.de](mailto:reha-wissenschaften@drv-bund.de)  
Dezernat Reha-Wissenschaften  
Niels Baumann, Robert Kittel, Angela Kranzmann, [reha-qs-daten@drv-bund.de](mailto:reha-qs-daten@drv-bund.de)  
Dezernat Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik

## Mitwirkende

Wir danken folgenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für ihre Mitwirkung:  
Oliver Assmus, Dr. Larissa Beck, Dr. Dörte Bernhard, Dr. Silke Brüggemann,  
Dr. Johannes Falk, Katharina Fecher, Dr. Maren Gehring, Agnes Gregorkiewicz,  
Hanna Grüßing, Dr. Hans-Günter Haaf, Jana Honczek, Dr. Eve Luise Kayser,  
Stefan Keil, Karin Klopsch, Kristina Kulisch, Dr. Stefanie Martin,  
Dr. Anne-Katrin Mayer, Anke Mitschele, Nina-Tamara Moser, Katrin Parthier,  
Reto Schneider, Daniela Sewöster, Nadine Schmidt, Dr. Markus Thiede,  
Dr. Tanja Trefzer, Andrea Verbarq, Eva Volke, Pia Zollmann

## Fotos

Deutsche Rentenversicherung Bund; Adobe Stock (S. 10, 20, 41, 73),  
iStock (S. 12), Fotolia/Photographee.eu (S. 19)

## Satz und Layout

de-sign-network, Zossen & Dallgow-Döberitz

## Druck

H. Heenemann GmbH & Co. KG, Berlin

## Auflage

3.000  
Berlin, November 2021  
ISSN 2193-5718 (Reha-Bericht)  
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der  
Deutschen Nationalbibliographie.

Der Abdruck ist auszugsweise mit Quellenangabe gestattet.

