

Die medizinische und berufliche Rehabilitation  
der Rentenversicherung im Licht der Statistik

# Inhalt

<b>4</b>	<b>Vorwort</b>
<b>6</b>	<b>Fakten im Überblick</b>
<b>9</b>	<b>Aktuelle Entwicklungen</b>
<b>23</b>	<b>Rehabilitation im Licht der Statistik</b>
<b>23</b>	<b>Medizinische Rehabilitation</b>
<b>55</b>	<b>Berufliche Rehabilitation</b>
<b>71</b>	<b>Aufwendungen für Rehabilitation</b>
<b>77</b>	<b>Im Fokus</b>
<b>77</b>	<b>Reha vor Rente</b>
<b>87</b>	<b>Reha-Qualitätssicherung</b>
<b>96</b>	<b>Anhang</b>

# Inhalt - Ausführliche Gliederung

<b>4</b>	<b>Vorwort</b>
<b>6</b>	<b>Fakten im Überblick</b>
<b>9</b>	<b>Aktuelle Entwicklungen</b>
9	Recht und Politik
10	Reha-Qualitätssicherung
14	Sozialmedizin
19	Reha-Forschung und -Konzepte
<b>23</b>	<b>Rehabilitation im Licht der Statistik</b>
<b>23</b>	<b>Medizinische Rehabilitation: Umfang und Struktur</b>
23	Anträge, Bewilligungen und durchgeführte Leistungen
26	Verschiedene Formen der Rehabilitation
29	Krankheitsspektrum – zeitliche Entwicklung
31	Krankheitsspektrum im Jahr 2012
33	Altersspezifische Inanspruchnahme
34	Altersstandardisierte Inanspruchnahme
<b>39</b>	<b>Medizinische Rehabilitation: Prozess und Ergebnis</b>
39	Aus Sicht der Rehabilitanden – Rehabilitandenzufriedenheit
41	Aus Sicht der Experten – Peer Review
44	Therapeutische Versorgung – KTL-Dokumentation
46	Behandlungserfolg aus Rehabilitandensicht
48	Behandlungserfolg – Sozialmedizinischer Verlauf
<b>51</b>	<b>Medizinische Rehabilitation: Reha-Einrichtungen</b>
51	Bettenzahlen
52	Anzahl stationärer Reha-Einrichtungen
<b>55</b>	<b>Berufliche Rehabilitation: Umfang und Struktur</b>
55	Anträge, Bewilligungen und durchgeführte Leistungen
57	Zeitliche Entwicklung
58	Leistungsspektrum
59	Berufliche Bildung - Krankheitsspektrum
61	Berufliche Bildung - altersspezifische Inanspruchnahme
63	Berufliche Bildung - altersstandardisierte Inanspruchnahme
<b>65</b>	<b>Berufliche Rehabilitation: Prozess und Ergebnis von Bildungsleistungen</b>
65	Teilnehmerbefragung nach beruflichen Bildungsleistungen
68	Abschluss der beruflichen Bildungsleistungen
69	Sozialmedizinischer Status nach beruflichen Bildungsleistungen

**71 Aufwendungen für Rehabilitation**

- 71 Aufwendungen im Jahr 2012
- 73 Entwicklung der Aufwendungen ab 2000
- 73 Vergleich zu weiteren Ausgaben der Rentenversicherung
- 74 Rehabilitation rechnet sich – Amortisationsmodell 2012

**77 Im Fokus**

**77 Medizinische Rehabilitation vor Erwerbsminderungsrente**

- 78 Die rehabilitative Versorgung der Versicherten
- 79 Reha-Anamnese von Erwerbsminderungsrentnerinnen und –rentnern des Bescheidjahres 2010
- 86 Fazit

**87 Weiterentwicklung der Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation**

- 88 Reha-Therapiestandards – Anforderungen an eine gute Rehabilitation
- 90 Befragungen von Patienten nach der Rehabilitation - ein zentraler Bestandteil der Reha-Qualitätssicherung
- 92 BQR – ein Konzept zur Bewertung der Qualität von Reha-Einrichtungen
- 95 Ausblick

**96 Anhang**

**96 Datenquellen**

- 96 Routinedaten der Rentenversicherung
- 97 Daten zur Qualitätssicherung

# Vorwort



Präsident Dr. Herbert Rische



Direktor Dr. Axel Reimann

Mit dem Reha-Bericht 2013 stellen wir Ihnen die wichtigsten aktuellen Daten und Fakten zur Rehabilitation der Rentenversicherung zusammen. Wir wollen das Leistungsgeschehen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation transparent und nachvollziehbar aufzeigen – und damit auch deren Bedeutung für die Versicherten sowie für die Gesellschaft insgesamt.

Der Bedarf an Reha-Leistungen ist nach wie vor hoch. Die Deutsche Rentenversicherung hat ihr Reha-Budget im Jahr 2012 überschritten, um rund 13 Millionen Euro. Das heißt, sie musste, um ihrer Verpflichtung gegenüber den Versicherten gerecht zu werden, aus ihrem Gesamthaushalt mehr Geld für Rehabilitation aufwenden als im Sozialgesetzbuch VI vorgesehen. Ein Blick auf die ersten neun Monate in 2013 zeigt, dass sich die Zahlen zu den Reha-Anträgen und Bewilligungen aktuell etwas verhaltener entwickeln als in den Jahren zuvor. Allerdings ist angesichts des weiterhin hohen Reha-Bedarfs aus Sicht der Rentenversicherung nach wie vor eine Anpassung des Reha-Budgets erforderlich.

Eingangs informiert der Bericht kurz über aktuelle Entwicklungen zur Rehabilitation aus den Bereichen Recht und Politik, Qualitätssicherung, Sozialmedizin und Forschung. Die neuen Medien etwa bieten ein großes Potential, um den Reha-Erfolg längerfristig aufrechtzuerhalten. So werden u. a. neue Konzepte zur Reha-Nachsorge via Internet entwickelt. Zugleich zeigen uns neue Krankheitsbilder wie die Computerspiel- und Internetsucht den Bedarf an weiteren spezialisierten Reha-Angeboten.

Den Schwerpunkt des vorliegenden Berichts bilden wieder umfassende Informationen zur Rehabilitation, sowohl zu Umfang und Struktur der medizinischen und beruflichen Rehabilitation, als auch zu Prozess und Ergebnis der Reha-Leistungen. Grundlage bilden die routinemäßig erhobenen Statistikdaten im Wesentlichen aus dem Jahr 2012 sowie Ergebnisse aus der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung.

Zwei Themen stehen im Reha-Bericht 2013 besonders im Fokus: Medizinische Rehabilitation vor einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit sowie Weiterentwicklungen in der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung.

Mit einer vorzeitigen Berentung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit sind erhebliche Konsequenzen für die Betroffenen wie für die Gesellschaft verbunden: Die Betroffenen leiden unter Einschränkungen ihrer Gesundheit und Lebensqualität. Darüber hinaus geht die Erwerbsminderung häufig mit einer ungünstigeren wirtschaftlichen Situation und geringeren Teilhabechancen einher. Für die Träger der Rentenversicherung und für die Gesellschaft bedeuten Erwerbsminderungsrenten ebenfalls eine hohe finanzielle Belastung. Erwerbsminderung zu vermeiden, ist deshalb das Ziel der Rentenversicherung.

<b>4</b>	<b>Vorwort</b>
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
55	Berufliche Rehabilitation
71	Aufwendungen für Rehabilitation
77	Im Fokus
77	Reha vor Rente
87	Reha-Qualitätssicherung
96	Anhang

Leistungen zur Rehabilitation tragen dazu bei, die Erwerbsfähigkeit der Versicherten zu erhalten oder wiederherzustellen und damit auch den Eintritt in eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zu verhindern oder zumindest zu verzögern. Inwieweit dem Grundsatz „Reha vor Rente“ entsprochen wird, vertieft das erste Fokusthema. Am Beispiel von Versicherten, die 2010 erstmalig eine Erwerbsminderungsrente erhielten, werden u. a. folgende Fragen beantwortet: Wie viele von ihnen erhielten im Vorfeld ihrer Rente eine Rehabilitation? Welche Rolle spielen Alter, Geschlecht und die Art der Erkrankung?

Die Deutschen Rentenversicherung hat 1994 das Reha-Qualitätssicherungsprogramm mit dem Ziel begonnen, die Leistungen der Rehabilitation fortlaufend weiterzuentwickeln. Zahlreiche Instrumente und Verfahren sind seitdem in der Routine der Rehabilitation etabliert worden. Gleichzeitig unterliegen die einzelnen Instrumente und Konzepte der Reha-Qualitätssicherung ständiger Weiter- und Neuentwicklung, um sie dem aktuellen Wissensstand und Bedarf anzupassen. Das zweite Fokusthema stellt einige dieser Weiterentwicklungen vor, u. a. das Konzept zur Bewertung der Qualität von Reha-Einrichtungen (BQR). Dieses Konzept ermöglicht eine anschauliche, vergleichende Darstellung der Qualität von Reha-Einrichtungen „auf einen Blick“. Aktuelle Auswertungen aus der Reha-Qualitätssicherung zeigen den Leserinnen und Lesern, wie die Instrumente und Verfahren angewendet werden – und wie sie über den Vergleich mit anderen Reha-Einrichtungen zur Qualitätsentwicklung beitragen können.

Wir hoffen, auch diesmal mit dem Reha-Bericht Ihnen – unseren Versicherten und Beitragszahlern, der Fachöffentlichkeit, der Politik und allen interessierten Bürgerinnen und Bürgern – einen aufschlussreichen Bericht über Funktion und Bedeutung der Rehabilitation vorzulegen und freuen uns über Ihre Rückmeldungen.



Dr. Herbert Rische  
Präsident der  
Deutschen Rentenversicherung Bund



Dr. Axel Reimann  
Direktor der  
Deutschen Rentenversicherung Bund

# Fakten im Überblick

## Medizinische Rehabilitation

2012 wurden bei der Rentenversicherung mehr als 1,6 Millionen Anträge auf medizinische Rehabilitation gestellt.

Die Rentenversicherung führte 1.004.617 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch.

Davon entfielen 32.103 (3 %) auf die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen.

Die ambulanten Reha-Leistungen machen inzwischen 13 % aller medizinischen Reha-Leistungen aus.

Die Anschlussrehabilitation (AHB) umfasste 2012 mit 323.940 Leistungen gut ein Drittel aller medizinischen Reha-Leistungen.

Zur Reha-Nachsorge führte die Rentenversicherung 169.420 Leistungen durch.

57.993 Rehabilitanden erhielten 2012 durch die Stufenweise Wiedereingliederung Unterstützung bei ihrer Rückkehr in den Beruf.

Die häufigsten Reha-Indikationen waren Erkrankungen von Muskeln, Skelett und Bindegewebe: Auf sie entfielen stationär etwa ein Drittel der Reha-Leistungen bei Frauen und Männern, im ambulanten Bereich 66 % der Reha-Leistungen bei Frauen und 60 % bei Männern.

Mit steigendem Alter wird Rehabilitation häufiger in Anspruch genommen.

Frauen und Männer in der medizinischen Rehabilitation sind durchschnittlich nahezu gleich alt: Frauen 51,8 Jahre, Männer 51,6 Jahre.

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

Die durchschnittliche Dauer einer stationären medizinischen Rehabilitation wegen körperlicher Erkrankungen variiert, je nach Diagnosengruppe, zwischen 23 und 24 Tagen (ohne neurologische Erkrankungen).

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

4	Vorwort
<b>6</b>	<b>Fakten im Überblick</b>
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
55	Berufliche Rehabilitation
71	Aufwendungen für Rehabilitation
77	Im Fokus
77	Reha vor Rente
87	Reha-Qualitätssicherung
96	Anhang

## Berufliche Rehabilitation

2012 gingen bei der Rentenversicherung 403.938 Anträge auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) ein.

126.917 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) wurden 2012 abgeschlossen.

Männer nehmen häufiger LTA in Anspruch als Frauen. Nachdem der Anteil der Frauen in den letzten Jahren stetig zugenommen hat, sinkt er seit 2010 wieder, auch von 2011 auf 2012.

Frauen in der beruflichen Rehabilitation sind durchschnittlich wenig älter als Männer: Frauen 45,6 Jahre, Männer 45,4 Jahre.

Etwa ein Viertel der LTA sind berufliche Bildungsleistungen. Dabei stehen Erkrankungen des Bewegungsapparates und des Bindegewebes als Ursachen an erster Stelle (Frauen 54 %, Männer 62 %).

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

Noch zwei Jahre nach Abschluss einer beruflichen Bildungsleistung nimmt die pflichtversicherte Beschäftigung zu (nach sechs Monaten bei 37 %, nach zwei Jahren bei 50 % der Teilnehmer).

## Aufwendungen für Rehabilitation

2012 wendete die Rentenversicherung rund 5,86 Mrd. € für Rehabilitation auf (brutto), davon rund 4,4 Mrd. € für medizinische Rehabilitation, rund 1,2 Mrd. € für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) und rund 0,3 Mrd. € für Sozialversicherungsbeiträge.

Eine stationäre medizinische Rehabilitation bei körperlichen Erkrankungen kostet im Schnitt 2.621 €.

Die um einiges längeren medizinischen Reha-Leistungen bei psychischen und Abhängigkeitserkrankungen sind mit durchschnittlich 6.055 € deutlich teurer.



## Recht und Politik

### UN-Behindertenrechtskonvention: Aktionsprogramm der Deutschen Rentenversicherung

Das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen der Vereinten Nationen (Behindertenrechtskonvention) ist ein völkerrechtlicher Vertrag, der bereits bestehende Menschenrechte für die Lebenssituation behinderter Menschen konkretisiert. Im Sinne von „Inklusion“ sollen Menschen mit Behinderung im vollen Umfang in die gesellschaftlichen Geschehnisse einbezogen sein und in Selbstbestimmung leben können. In Deutschland ist die Behindertenrechtskonvention seit März 2009 geltendes Recht. Die Bundesregierung stellte im Juni 2011 den Nationen Aktionsplan vor, mit dem sie innerstaatlich die Behindertenrechtskonvention umsetzt.

Vielfalt durch Reha

Die Deutsche Rentenversicherung hat sich entschlossen, unter dem Motto „Vielfalt durch Reha“ ebenfalls ein Aktionsprogramm zur Umsetzung der Behindertenrechtskonvention zu erarbeiten. Mit diesem strategischen Steuerungsinstrument möchte sie für den Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung die Umsetzung der Behindertenrechtskonvention weiter voranbringen.

Bewusstsein schaffen:  
Voraussetzung für Inklusion

Die uneingeschränkte Akzeptanz von Menschen mit Behinderungen und die Achtung ihrer Rechte und Würde sind entscheidend für die Verwirklichung von Inklusion. Nur mit einem solchen Bewusstsein kann gewährleistet werden, dass sich eine inklusive Gesellschaft bildet. Deshalb greift das Aktionsprogramm der Deutschen Rentenversicherung das Handlungsfeld „Bewusstseinsbildung“ auf. Beim Handlungsfeld „Zugänglichkeit“ geht es u. a. um barrierefreie Unterstützungs- und Beratungsangebote sowie den barrierefreien Zugang zu Gebäuden und Informationsmaterial der gesetzlichen Rentenversicherung. Aus der Aufgabenstellung als Rehabilitationsträger bezieht sich das Aktionsprogramm auf die Handlungsfelder „Gesundheit“, „Habilitation und Rehabilitation“ und „Arbeit und Beschäftigung“, also auf die Leistungen zur Teilhabe. Ziel ist z. B., passgenaue Rehabilitationsleistungen oder Präventionsleistungen zu erbringen.

#### Die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen

„Zweck dieses Übereinkommens ist es, den vollen und gleichberechtigten Genuss aller Menschenrechte und Grundfreiheiten durch alle Menschen mit Behinderungen zu fördern, zu schützen und zu gewährleisten und die Achtung der ihnen innewohnenden Würde zu fördern“ (Artikel 1, Satz 1).

Bei der Ausarbeitung des Aktionsprogramms der Deutschen Rentenversicherung wurden Menschen mit Beeinträchtigung über ihre Interessenvertretungen einbezogen und die von ihnen gegebenen Hinweise und Anregungen aufgegriffen. Mit einer Veröffentlichung des Aktionsprogramms der Deutschen Rentenversicherung ist zum Anfang des Jahres 2014 zu rechnen.

# Reha-Qualitätssicherung



Die Rentenversicherung erbringt jährlich über eine Million medizinische und berufliche Rehabilitationen. Als einer der größten Reha-Träger in Deutschland trägt sie damit besondere Verantwortung für diesen Versorgungsbereich. Die Deutsche Rentenversicherung sieht sich in der Pflicht, einen qualitätsbezogenen Wettbewerb zwischen den Reha-Einrichtungen zu fördern und damit zur Verbesserung der Qualität beizutragen. Daher hat sie 1994 ein Qualitätssicherungsprogramm für die medizinische Rehabilitation entwickelt und seither zahlreiche Verfahren und Instrumente der Qualitätssicherung Schritt für Schritt in die klinische Routine überführt. Alle eingesetzten Instrumente der Qualitätssicherung werden kontinuierlich an neue Reha-Entwicklungen angepasst und auf weitere Versorgungsbereiche ausgedehnt (siehe auch S. 87 ff). Derzeit nehmen fast 2.000 Reha-Einrichtungen oder Reha-Fachabteilungen, vorwiegend der medizinischen, aber auch der beruflichen Rehabilitation, an der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung teil.

## In der Qualitätssicherung eingesetzte Klassifikationen

Die Reha-Qualitätssicherung stützt sich auf verschiedene Datenquellen. Hierzu gehören auch die von der Rentenversicherung eigens für die Qualitätssicherung entwickelten Klassifikationen: Mit ihnen können die während der medizinischen bzw. der beruflichen Rehabilitation erbrachten Einzelleistungen dokumentiert und bewertet werden.

KTL wird aktualisiert.



In der medizinischen Rehabilitation ist die Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) ein bewährtes Instrument zur Dokumentation (s. S. 44). Die während der Rehabilitation erbrachten therapeutischen Leistungen werden im Reha-Entlassungsbericht, der den Rehabilitationsverlauf eines jeden Rehabilitanden abbildet, aufgeführt. Die KTL muss möglichst vollständig sein und die aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse einbeziehen. Erst dann kann die Qualität der therapeutischen Versorgung in den Einrichtungen angemessen abgebildet werden. Dafür wird die Klassifikation therapeutischer Leistungen immer wieder auf den neuesten Stand gebracht.

Aktuell hat ein Überarbeitungsprojekt mit der Universität Ulm begonnen. Es werden neue therapeutische Entwicklungen und Konzepte in die KTL eingeschlossen. Dazu gehört z. B. die verstärkte Ausrichtung der medizinischen Rehabilitation auf berufliche Problemlagen (medizinisch-berufliche Orientierung, MBOR). Zudem macht die KTL Vorgaben zu den Berufsgruppen, von denen die therapeutischen Angebote durchgeführt werden dürfen. Diese müssen aufgrund der gravierenden Veränderungen bei den Studien- und Berufsabschlüssen (sog. Bologna-Reform) in die KTL aufgenommen werden (z. B. Master-Absolventen der Psychologie). Im Projekt ist darüber hinaus eine umfassende Befragung von Nutzern der Klassifikation, z. B. den Reha-

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
<b>9</b>	<b>Aktuelle Entwicklungen</b>
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
55	Berufliche Rehabilitation
71	Aufwendungen für Rehabilitation
77	Im Fokus
77	Reha vor Rente
87	Reha-Qualitätssicherung
96	Anhang

Einrichtungen, zum Weiterentwicklungsbedarf vorgesehen. Dies alles wird zu einer inhaltlich und redaktionell überarbeiteten Neuauflage der KTL führen.

Leistungsklassifikation für die berufliche Rehabilitation (LBR)

Für die berufliche Rehabilitation stand bislang eine solche Leistungsklassifikation nicht zur Verfügung. Deshalb wurde von 2010 bis 2012 mit der Charité Berlin die Pilotversion der Leistungsklassifikation für die berufliche Rehabilitation (LBR) entwickelt. In Kürze wird die LBR in ausgewählten beruflichen Bildungseinrichtungen erprobt. Dabei können mögliche Probleme und Schwachstellen im praktischen Einsatz ermittelt und behoben werden.

Rentenversicherung und Leistungserbringer arbeiten zusammen.

#### **Reha-Qualitätssicherung in der Zusammenarbeit mit den Verbänden der Reha-Leistungserbringer**

Zu aktuellen Themen der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung finden regelmäßig Treffen mit den Verbänden der Leistungserbringer medizinischer Reha-Leistungen statt. Vertreten sind die Verbände, die auch medizinische Reha-Einrichtungen unter ihren Mitgliedern haben (z. B. der Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK), die Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation (DEGEMED), aber auch indikationsspezifische Verbände wie der Fachverband Sucht e. V. (FVS) sowie die Verbände der ambulanten medizinischen Reha-Einrichtungen. Die Treffen werden von Koordinatoren der Rentenversicherung für die Reha-Qualitätssicherung organisiert und inhaltlich vorbereitet.

Themen aus der Praxis

Die Themen auf diesen Treffen kommen häufig aus der Praxis. Die Reha-Einrichtungen wenden sich mit Fragen, Kritik und Hinweisen zur Reha-Qualitätssicherung nicht nur an die Rentenversicherungsträger, sondern auch an die Verbände der Leistungserbringer. Sinn dieser regelmäßigen Abstimmungsgespräche ist damit auf der einen Seite der partnerschaftliche inhaltliche Informationsaustausch. Über die Entwicklungen innerhalb der Verbände wird genauso berichtet, wie über aktuelle Entwicklungen der Reha-Qualitätssicherung. Auf der anderen Seite werden die Leistungserbringer in wichtige Vorhaben der Rentenversicherung einbezogen: Bei der Entwicklung vorhandener oder neuer QS-Instrumente werden die Hinweise der Verbände der Leistungserbringer so weit wie möglich aufgenommen. Diese Abstimmung im Vorfeld erhöht die Akzeptanz bei den Einrichtungen, den eigentlichen Anwendern.

Ausweitung auf berufliche Rehabilitation

Zu den Vorhaben, die in den letzten Jahren intensiv diskutiert wurden, zählen u. a. die Strukturanforderungen der Deutschen Rentenversicherung an medizinische Reha-Einrichtungen (z. B. räumliche und personelle Vorgaben) und das rentenversicherungswide einheitliche Visitationsverfahren (Begehung der Einrichtung als Qualitätssicherung „vor Ort“). Auch das Konzept der Rentenversicherung zur Bewertung der Qualität von Reha-Einrichtungen (BQR, s. S. 92) wurde mit den Leistungserbringern erörtert. Aufgrund der Ausweitung der Qualitätssicherung auf die berufliche Rehabilitation führen die QS-Koordinatoren seit zwei Jahren entsprechende Treffen mit den Verbänden der Erbringer beruflicher Reha-Leistungen durch.

Reha-Träger erkennen ihre QS-Programme wechselseitig an.

## Reha-Qualitätssicherung in der Zusammenarbeit mit der Gesetzlichen Krankenversicherung

Aktuell konkretisieren die Rentenversicherung und der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) die weitere Zusammenarbeit in der Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation im Rahmen einer Vereinbarung. Deren Ziel ist, dass alle Reha-Einrichtungen an einem Qualitätssicherungsprogramm teilnehmen und dass die Reha-Träger über die Qualitätsergebnisse aller Einrichtungen informiert sind: Auch die Krankenversicherung führt in den überwiegend von ihr belegten Reha-Einrichtungen eine Qualitätssicherung durch. Diese Reha-Einrichtungen werden ebenfalls von Versicherten der Rentenversicherung in Anspruch genommen und umgekehrt. Um den Aufwand für die einzelnen Reha-Einrichtungen zu verringern, müssen sie nicht an den QS-Programmen beider Sozialversicherungsträger teilnehmen, auch wenn sie von beiden belegt werden. Die Reha-Träger erkennen ihre QS-Programme wechselseitig an.

Hierüber sollen alle Reha-Einrichtungen informiert werden, um Unklarheiten bei der Zuordnung einer Reha-Einrichtung zum Reha-Qualitätssicherungsprogramm der DRV oder dem QS-Reha®-Verfahren der GKV zu vermeiden. Im nächsten Schritt sollen die Qualitätsergebnisse der Reha-Einrichtungen dem jeweils anderen Reha-Träger unter Beachtung des Datenschutzes zugänglich gemacht werden: Die Reha-Einrichtungen müssen dafür ausdrücklich ihre Zustimmung geben.



Checkliste und Manual vollständig überarbeitet

## Das Peer Review-Verfahren wird optimiert

Das Peer Review-Verfahren hat die einrichtungsbezogene Beurteilung der Prozessqualität durch erfahrene Fachkollegen – Peers – zum Ziel. Diese Beurteilung erfolgt anhand der Reha-Entlassungsberichte und auf der Grundlage einer standardisierten und manualisierten Checkliste. Dabei werden einerseits Einzelmerkmale wie z. B. die „allgemeine klinische Untersuchung“, andererseits zusammenfassend thematische Bereiche wie z. B. die „Diagnostik“ bewertet (s. S. 42).

Einheitliche Skala, Struktur übersichtlicher

Die Checkliste und das Manual zum Peer Review-Verfahren Somatik sind gerade mit wissenschaftlicher Unterstützung in Zusammenarbeit mit erfahrenen Ärzten der Reha-Praxis und Sozialmediziner vollständig überarbeitet worden. Anlass für dieses Optimierungsprojekt waren u. a. nicht nachvollziehbare Beurteilungsergebnisse: Die zusammenfassende Bewertung der thematischen Bereiche wich z. T. relativ stark von der Bewertung der Einzelmerkmale ab, aus denen die Bereiche gebildet werden. Das ließ sich letztlich auf eine unterschiedliche Skalierung der Mängelkategorien zurückführen. Die Bewertung erfolgt jetzt auf allen Ebenen nach einer einheitlichen vierstufigen Skala (keine, leichte, deutliche und gravierende Mängel). Darüber hinaus wurde die Struktur der Checkliste und des Manuals vereinfacht und damit für die Peers übersichtlicher gestaltet. Sehr ähnliche Merkmale wurden zusammengefasst. Außerdem kann jetzt für jedes Einzelmerkmal entschei-

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
<b>9</b>	<b>Aktuelle Entwicklungen</b>
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
55	Berufliche Rehabilitation
71	Aufwendungen für Rehabilitation
77	Im Fokus
77	Reha vor Rente
87	Reha-Qualitätssicherung
96	Anhang

den werden, ob es für den speziellen Einzelfall, d. h. den Reha-Prozess des jeweiligen Rehabilitanden, bedeutsam ist oder nicht.

In einem Testverfahren mit 126 geschulten orthopädischen Peers in der Orthopädie zeigte sich, dass die Merkmale nachvollziehbar, verständlich, klar und eindeutig formuliert sind. Mit diesem neuen Instrument werden derzeit zwei Gutachterschulungen durchgeführt, um in 2014 ein neues Peer Review-Verfahren der Somatik zu starten.

# Sozialmedizin

## Sozialmedizinische Beurteilung bei Rehabilitation und Erwerbsminderung

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

### **Positionspapier der Deutschen Rentenversicherung zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung**

Psychische Gesundheit ist eine wichtige Voraussetzung für die soziale und berufliche Teilhabe. Zugleich sind psychische und Verhaltensstörungen derzeit der dritthäufigste Grund für eine medizinische Rehabilitation. Bei den Neuzugängen zur Rente wegen Erwerbsminderung stehen sie sogar an erster Stelle. In Anbetracht dieser großen sozialmedizinischen Bedeutung psychischer und Verhaltensstörungen wurde das „Positionspapier der Deutschen Rentenversicherung zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung“ erarbeitet.

Ziel des Positionspapiers ist die bessere Versorgung von Menschen mit psychischen und Verhaltensstörungen. Es zeigt Handlungsfelder der gesetzlichen Rentenversicherung auf, aber auch von anderen Akteuren des Gesundheitswesens, wie zum Beispiel Krankenversicherungen und Betrieben.

Ziel: bessere Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen

Im Kern geht es um drei große Fragestellungen:

- Welche Aufgaben muss die (ambulante und stationäre) Krankenbehandlung bei psychischen Störungen vor und nach der Rehabilitation erfüllen?
- Wie kann und muss die Rentenversicherung das in ihrer Macht stehende leisten, um die Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit psychischen Störungen zu erhalten oder wiederherzustellen?
- Wie kann die Gestaltung der Arbeitswelt in Betrieben und Unternehmen dazu beitragen, dass psychische Störungen nicht entstehen und dass Menschen mit psychischen Störungen dennoch ihren Platz im Berufsleben finden?

Die Erarbeitung des Positionspapiers erfolgte in einem aufwändigen mehrstufigen Erstellungs- und Konsentierungsprozess bis zum Sommer 2013. In diesen Prozess wurden alle Träger der Deutschen Rentenversicherung sowie externe Expertinnen und Experten einbezogen.

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
<b>9</b>	<b>Aktuelle Entwicklungen</b>
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
55	Berufliche Rehabilitation
71	Aufwendungen für Rehabilitation
77	Im Fokus
77	Reha vor Rente
87	Reha-Qualitätssicherung
96	Anhang

Das Positionspapier zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung steht über den Internetauftritt der Deutschen Rentenversicherung zur Verfügung: [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de) → **Fachinfos** → **Sozialmedizin und Forschung** → **Reha-Wissenschaften** → **Reha-Konzepte**

### Erweiterung des rehabilitativen Wissens durch Fortbildung

Die Sozialmedizin ist eine angewandte Gesundheitswissenschaft. Sie unterliegt einem ständigen Wandel, der sowohl von demographischen, ökonomischen und politischen Veränderungen als auch von rasanten Fortschritten in der Medizin bestimmt ist. Für die Sozialmedizin und die Rehabilitation der Rentenversicherung ergeben sich hieraus ständig neue Anforderungen: So müssen einerseits zur Optimierung der Rehabilitation die Konzepte und Grundlagen der therapeutischen Prozesse angepasst werden. Andererseits müssen die Kriterien sozialmedizinischer Beurteilungen, auf deren Grundlage die Entscheidungen über Sozialleistungen getroffen werden, modifiziert werden.



Trägerübergreifende Fachtagungen zu aktuellen Themen

Die regelmäßige Anpassung und Vermittlung dieses Wissens an Ärzte und Therapeuten ist notwendig. Dadurch wird gewährleistet, dass die therapeutischen Prozesse in der Rehabilitation auf dem neuesten medizinischen Erkenntnisstand basieren und dass sozialmedizinische Beurteilungen nach einheitlichen Maßstäben erfolgen. Die im Bereich der Rehabilitation tätigen Ärzte und Therapeuten müssen aus diesem Grund ihr Wissen regelmäßig aktualisieren und sich sozialmedizinisch weiter qualifizieren.

Dazu bietet die Rentenversicherung bundesweit trägerübergreifende Fortbildungsveranstaltungen an. Das Angebot umfasst jährlich etwa neun bis zwölf jeweils zwei- bis viertägige Fortbildungsveranstaltungen mit einer breiten Palette an Themen. Pro Veranstaltung informieren etwa 12 bis 16 Expertinnen und Experten über aktuelle Themen. Die Fachtagungen stoßen innerhalb der Ärzteschaft auf großes Interesse, sind stark nachgefragt und immer ausgebucht. Themen waren in 2012 z. B. die sozialmedizinische Beurteilung des erwerbsbezogenen Leistungsvermögens bei neurologischen Erkrankungen oder bei Erkrankungen der Sinnesorgane.

Eltern und Kinderärzte für Rehabilitation gewinnen

Als besonderes „Highlight“ erwies sich in 2012 neben der Veranstaltung über psychische Störungen die Fachtagung zur Rehabilitation von chronisch kranken Kindern und Jugendlichen: Die Tagung findet alle zwei Jahre statt. Sie gibt die Möglichkeit, sich über aktuelle Entwicklungen in der Kinder- und Jugendmedizin zu informieren. Die Teilnehmenden können sich fachlich austauschen, Probleme aus dem Praxisalltag diskutieren und Lösungen erarbeiten. Im Mittelpunkt stand diesmal die Frage, wie Eltern und zuweisende Kinderärzte erreicht werden können, um ihnen die Möglichkeiten der Rehabilitation für Kinder und Jugendliche aufzuzeigen. Denn obwohl von

einem steigenden Reha-Bedarf bei Kindern und Jugendlichen ausgegangen wird, sinken die Antragszahlen. Auch die Optimierung und Verstetigung des Reha-Erfolges nach Ende der Rehabilitation spielte eine zentrale Rolle in den Diskussionen. Die Veranstaltung thematisierte außerdem den Umgang mit Gewalt unter Kindern und Jugendlichen in Reha-Einrichtungen: Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter müssen geschult werden, um Gewalt rechtzeitig erkennen und Deeskalationsverfahren wirkungsvoll einsetzen zu können. Diskutiert wurde auch, wie Informationen über neue Forschungsergebnisse bei seltenen Erkrankungen Eingang in die Patientenschulungsmodule finden können.

Informationen zu den sozialmedizinischen Fortbildungsveranstaltungen stehen über den Internetauftritt der Deutschen Rentenversicherung zur Verfügung: [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de) → **Fachinfos** → **Sozialmedizin und Forschung** → **Sozialmedizin** → **Fort- und Weiterbildung** → **Fortbildung für Ärzte**



Forschungsprojekt zu Computerspiel- und Internetsucht

### Computerspiel- und Internetsucht

Die Deutsche Rentenversicherung Bund befasst sich seit 2006 kontinuierlich mit der Computerspiel- und Internetsucht, seitdem damals erste Anträge auf medizinische Rehabilitation gestellt wurden. Der Name der Erkrankung und die genaue Einordnung in eine diagnostische Klassifikation sind unter den Fachleuten umstritten. Das Krankheitsbild taucht in der gegenwärtig gültigen internationalen Klassifikation der Erkrankungen der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10) nicht auf. Die Rentenversicherung hat deshalb beschlossen, diesen Symptomkomplex vorläufig als „Verhaltensstörung durch intensiven Gebrauch von Computer und Internet“ zu bezeichnen und als Persönlichkeits- und Verhaltensstörung oder als Impulskontrollstörung einzuordnen.

Von Anfang 2010 bis Ende 2011 hat die Deutsche Rentenversicherung Bund an zwei stationären Rehabilitationseinrichtungen ein umfangreiches Forschungsprojekt finanziert. Dabei wurde untersucht, inwieweit Patienten mit Computerspiel- und Internetsucht sich von Patienten mit Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, von Patienten mit pathologischem Glücksspiel und von Patienten mit anderen psychischen Störungen unterscheiden. Es konnten 400 Rehabilitanden einbezogen werden.

Fragebögen helfen, die Krankheit zu erkennen.

Als Ergebnis des Forschungsprojekts zeigte sich ein eigenständiges Krankheitsbild mit ausgeprägten psychischen Begleiterkrankungen, insbesondere Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen. Die Betroffenen sind vorwiegend männlich, relativ jung, haben eher gute Schulabschlüsse und sind dennoch beruflich schlecht integriert. Das Forschungsprojekt konnte das Wissen über das neue Krankheitsbild substanziell verbessern und konkrete Ausgestaltungsmöglichkeiten für Rehabilitationsangebote aufzeigen. Zusätzlich wurden Fragebögen getestet, die das Störungsbild erfassen und die künftig zum Erkennen dieser Störung eingesetzt werden können.

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
<b>9</b>	<b>Aktuelle Entwicklungen</b>
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
55	Berufliche Rehabilitation
71	Aufwendungen für Rehabilitation
77	Im Fokus
77	Reha vor Rente
87	Reha-Qualitätssicherung
96	Anhang

## Spezialisierte Reha-Einrichtungen

In der Folge führt die Deutsche Rentenversicherung Rehabilitationen für Menschen mit „Verhaltensstörungen durch intensiven Gebrauch von Computer und Internet“ in spezialisierten Rehabilitationseinrichtungen durch. Diese Einrichtungen müssen Erfahrung im Umgang mit Abhängigkeitserkrankungen, pathologischem Glücksspiel und psychosomatischen Krankheitsbildern haben. Die Zuweisung erfolgt an Einrichtungen, die eine ausreichende Anzahl entsprechender Rehabilitanden behandeln und speziell auf sie ausgerichtete Gruppenangebote vorhalten. Die Behandlungsdauer beträgt 8-12 Wochen. Im Anschluss an die stationäre Rehabilitation ist eine Nachsorge in entsprechend qualifizierten Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe möglich und in der Regel auch sinnvoll und notwendig.



Die „Schaufenster-Krankheit“:  
eine nicht seltene arterielle  
Gefäßkrankung

## Sozialmedizinische Beurteilung von Menschen mit arteriellen Gefäßkrankheiten – Neue Leitlinie für die sozialmedizinische Begutachtung

Die Arteriosklerose (Gefäßverkalkung) ist Ursache für viele bedeutende Zivilisationskrankheiten. Auf dem Boden der Arteriosklerose können sich tödlich verlaufende Krankheitsbilder entwickeln wie beispielsweise ein Herzinfarkt oder ein Schlaganfall. Eine weitere arteriosklerotisch-bedingte Krankheit ist die periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK). Die PAVK bezeichnet eine chronisch verlaufende Durchblutungsstörung der Extremitäten (meist der Beine, seltener der Arme). Sie wird, sofern sie an den Beinen auftritt, auch „Schaufensterkrankheit“ genannt. Der Begriff ist entstanden, da viele Patienten diese schmerzhafteste Verschlusskrankheit verbergen, indem sie so tun, als würden sie sich für die Auslagen in den Schaufenstern interessieren. Dabei legen sie nur eine Pause ein, bis die Schmerzen in den Beinen wieder nachlassen. Zwar führt die PAVK nicht direkt zum Tode, sie kann jedoch häufig zur Einschränkung der Mobilität und zur bleibenden Behinderung (z. B. nach Amputation) führen. Die Erkrankung ist in ihren Frühstadien gut behandel- und rehabilitierbar.

Aufgrund der Bedeutung dieser Erkrankung in Deutschland wurde jetzt eine Leitlinie zur sozialmedizinischen Beurteilung von Menschen mit arteriellen Gefäßkrankheiten erarbeitet. Neben der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit befasst sich die Leitlinie auch mit anderen Gefäßkrankheiten. Dazu gehören beispielsweise Aneurysmen der Aorta (eine Erweiterung der Hauptschlagader), die Arteriosklerose der hirnversorgenden Arterien sowie das Raynaud-Syndrom (Minderdurchblutung an den Fingern oder Zehen) und die Thrombangiitis obliterans (eine verschließende Gefäßentzündung, die fast ausschließlich Raucher befällt). In der sozialmedizinischen Beurteilung dieser Krankheiten müssen die Auswirkungen auf das Leistungsvermögen im Erwerbsleben und die Kompensationsfähigkeiten der betroffenen Versicherten besonders berücksichtigt werden. Auch sind positiv oder negativ wirkende Kontextfaktoren (d. h. Umgebungsbedingungen wie zum Beispiel klimatische [Arbeits-]Bedingungen) zu beachten.

Die Leitlinie zur sozialmedizinischen Begutachtung fasst die Kenntnisse und Erfahrungen der Rentenversicherung zusammen und ergänzt diese durch



externes Expertenwissen. Sie ist damit eine expertenfundierte Hilfestellung im Begutachtungsprozess. Die Leitlinie befasst sich einerseits mit der sozialmedizinischen Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben und andererseits mit dem Zugang zur Rehabilitation der Rentenversicherung.

Leitlinien zur sozialmedizinischen Begutachtung sind zu vielen weiteren Krankheitsbildern erarbeitet und publiziert worden. Alle Leitlinien zur sozialmedizinischen Begutachtung stehen über den Internetauftritt der Deutschen Rentenversicherung zur Verfügung: [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de) → **Fachinfos** → **Sozialmedizin und Forschung** → **Sozialmedizin** → **Begutachtung** → **Leitlinien**

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
<b>9</b>	<b>Aktuelle Entwicklungen</b>
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
55	Berufliche Rehabilitation
71	Aufwendungen für Rehabilitation
77	Im Fokus
77	Reha vor Rente
87	Reha-Qualitätssicherung
96	Anhang

# Reha-Forschung und -Konzepte

## Forschungsschwerpunkte der Deutschen Rentenversicherung

In den letzten Jahren hat die Deutsche Rentenversicherung Bund im Bereich der Rehabilitation zwei Forschungsschwerpunkte ins Leben gerufen, um konkrete Impulse aus der Forschung für die Praxis der Rehabilitation zu verstärken. Unter den Titeln „Nachhaltigkeit der medizinischen Rehabilitation durch Vernetzung“ und „Wege in die medizinische Rehabilitation“ wurden forschende Institutionen gezielt dazu angeregt, Projekte zu beantragen.

### Nachhaltigkeit durch Vernetzung

Im Forschungsschwerpunkt „Nachhaltigkeit durch Vernetzung“ werden seit 2010 fünf Projekte gefördert, die Strategien zur langfristigen Aufrechterhaltung von Reha-Erfolgen erforschen. Die Akteure sollen vernetzt, das Lebens- und Arbeitsumfeld der Rehabilitanden soll mit einbezogen werden. Das bedeutet z. B., dass Reha-Einrichtungen zukünftig Informationen über wohnortnahe Ansprechpartner und Nachsorgeangebote für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bereit halten oder auch Kontakte zu diesen Anbietern herstellen. Dabei eröffnen die modernen Informationstechnologien vielseitige neue Möglichkeiten – vier der fünf Forschungsprojekte nutzen das Medium Internet. In einem Projekt werden internetbasierte berufsbezogene Schulungsmodule entwickelt und evaluiert, um die berufliche Reintegration zu fördern. Ein anderes Forschungsprojekt entwickelt einen Internetauftritt mit Erfahrungsberichten. Die Nutzung dieses Angebots soll die Bereitschaft der Rehabilitanden fördern, den eigenen Lebensstil während und nach der Rehabilitation zu ändern. Zwei Studien beschäftigen sich mit Reha-Nachsorge. Neben E-Mail gestützter Reha-Nachsorge geht es um ein Internetportal mit Informationen über Nachsorgeangebote für Professionelle und Betroffene. Ein fünftes Projekt untersucht verschiedene Wege, um die Bewegungsaktivität von Rehabilitandinnen mit Brustkrebs zu steigern. Dafür sollen Aktivitäten nach einer Rehabilitation, wie z. B. Reha-Sport, frühzeitig gebahnt und vernetzt werden. Die Forschungsvorhaben werden im Laufe des Jahres 2014 abgeschlossen.



Reha-Erfolge langfristig aufrechterhalten

Vernetzung durch neue Medien

### Wege in die medizinische Rehabilitation

Der Forschungsschwerpunkt „Wege in die medizinische Rehabilitation“ untersucht Themenfelder, die sich mit Reha-Bedarf und Zugang zur Rehabilitation beschäftigen. Ab Sommer 2013 werden in diesem Forschungsschwerpunkt sieben Projekte gefördert.

Zwei der Vorhaben entwickeln Web-Portale, die über die medizinische bzw. speziell die psychosomatische Rehabilitation informieren und darauf vorbereiten. Für Menschen mit Migrationshintergrund werden in einer Studie spezielle Informationsangebote zur Rehabilitation der Rentenversicherung erarbeitet. Dies soll den Betroffenen den Zugang zur Rehabilitation erleichtern.

Gute Vorbereitung auf die Rehabilitation

Fortbildung für Hausärzte

In einem weiteren Projekt wird ein Fortbildungskonzept zu Themen der Rehabilitation für niedergelassene Allgemeinärzte/Hausärzte entwickelt. Das Konzept soll in bereits bestehenden hausärztlichen Arbeitskreisen (Qualitätszirkeln) in Sachsen-Anhalt eingeführt und evaluiert werden. Drei Studien beschäftigen sich mit dem Bereich der so genannten Anschlussrehabilitation (AHB) aus verschiedenen Perspektiven. Der Zugang zu dieser Reha-Form wird während des Aufenthalts im Akutkrankenhaus, z. B. nach einem Herzinfarkt, in die Wege geleitet. Eine gemeinsame Analyse von Daten der Deutschen Rentenversicherung und der AOK in Baden-Württemberg soll zum Beispiel beleuchten, wie sich Zugang und Inanspruchnahme von Anschlussrehabilitationen bei orthopädischen Erkrankungen verändert haben. Erste Ergebnisse aus diesem Forschungsschwerpunkt werden 2014 erwartet, die Mehrzahl der Projekte wird voraussichtlich 2016 abschließen.

Vom Akutkrankenhaus in die Reha:  
Anschlussrehabilitation (AHB)

Die Forschungsschwerpunkte untersuchen aus unterschiedlicher Perspektive und mit unterschiedlichen Methoden zwei zentrale Themenkomplexe der medizinischen Rehabilitation. Die Vorhaben gehen indikationsspezifisch, aber auch indikationsübergreifend vor und lassen insgesamt wertvolle Erkenntnisse in diesen Themenfeldern und zugleich einen hohen praktischen Nutzen erwarten.

Informationen zu den beiden Forschungsschwerpunkten der Deutschen Rentenversicherung Bund stehen über den Internetauftritt der Deutschen Rentenversicherung zur Verfügung: [www.reha-wissenschaften-drv.de](http://www.reha-wissenschaften-drv.de)  
→ **Förderschwerpunkte**

Gesundheitliches Risiko durch  
belastende Arbeitsbedingungen

## **Förderung der Prävention**

Eine steigende Lebenserwartung, die Zunahme chronischer Krankheiten sowie die Verlängerung der Lebensarbeitszeit der Beschäftigten sind Entwicklungen, denen sich auch die Rentenversicherung stellen muss. Die gesetzliche Rentenversicherung bietet daher Versicherten mit einem höheren gesundheitlichen Risiko, verursacht durch belastende Arbeitsumstände und ggf. hinzukommende Belastungen aus ihrem sozialen Umfeld, Präventionsleistungen zur Förderung ihrer Gesundheitskompetenz und Beschäftigungsfähigkeit an.

Prävention fördert die  
Beschäftigungsfähigkeit.

Geeignete Interventionen können bereits im Vor- oder Frühstadium bei vielen verhaltens- und lebensstilbedingten Gesundheitsstörungen die Gesunderhaltung fördern und die Auswirkungen auf die Beschäftigungsfähigkeit begrenzen. Dies macht sich die Rentenversicherung durch die Entwicklung eines Angebots präventiver Leistungen für ihre Versicherten zunutze.

Rahmenkonzept zur Prävention  
überarbeitet

Am 25. September 2012 hat die Deutsche Rentenversicherung eine neue Fassung des Rahmenkonzepts zur Umsetzung der medizinischen Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI beschlossen. Das Rahmenkonzept ist die gemeinsame Grundlage für die

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
<b>9</b>	<b>Aktuelle Entwicklungen</b>
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
55	Berufliche Rehabilitation
71	Aufwendungen für Rehabilitation
77	Im Fokus
77	Reha vor Rente
87	Reha-Qualitätssicherung
96	Anhang

Präventionsleistungen der Rentenversicherungsträger. Es beschreibt die persönlichen Voraussetzungen sowie Ausschlussgründe für die Erbringung der Leistung. Außerdem werden die Ziele, Inhalte und der Ablauf der Leistung sowie Mindestanforderungen an die Leistungsanbieter dargestellt.

Gesunder Lebensstil

Präventionsleistungen der Rentenversicherung sind modular: Zuerst wird eine mehrtägige Initialphase in einer stationären oder ambulanten Reha-Einrichtung durchgeführt. Dann erfolgt unter Nutzung der Ressourcen der Reha-Einrichtung eine berufs- und alltagsbegleitende Trainingsphase über mehrere Wochen. In der sich anschließenden Eigenaktivitätsphase sollen die Teilnehmenden das Gelernte eigenverantwortlich in den Alltag übernehmen. Die Versicherten erlernen in diesem Zeitraum einen gesundheitsbewussten Lebensstil und werden dazu motiviert, für ihre Gesundheit und Leistungsfähigkeit selbst verstärkt die Verantwortung zu übernehmen. Die Information über Präventionsleistungen kann über den Arbeitgeber erfolgen.

Das Gelernte in den Alltag übernehmen

Parallel zum Rahmenkonzept haben die Träger gemeinsame Antrags- und Entlassungsformulare verabschiedet, um die Leistungserbringung weiter zu vereinheitlichen. Die neue Leistung soll perspektivisch sobald wie möglich allen Versicherten bundesweit zugänglich gemacht werden. Deshalb schaffen die Rentenversicherungsträger in den Regionen derzeit geeignete Strukturen. Sie gewinnen Arbeitgeber als Kooperationspartner, um Bekanntheitsgrad und Nutzung des Angebots zu erhöhen.

Das Rahmenkonzept zur Umsetzung der medizinischen Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung nach §31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI steht als Download zur Verfügung unter: [www.reha-wissenschaften-drv.de](http://www.reha-wissenschaften-drv.de)  
 → Reha-Konzepte → Konzepte → Rahmenkonzepte



#### **Neufassung der Gemeinsamen Richtlinien für Kinderheilbehandlungen**

Die Träger der Rentenversicherung können gemäß § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB VI für Kinder von Versicherten, von Beziehern einer Rente wegen Alters oder wegen verminderter Erwerbsfähigkeit sowie für Bezieher einer Waisenrente stationäre Heilbehandlungen (Kinderrehabilitationen) erbringen. Bedingung dafür ist, dass hierdurch voraussichtlich eine erhebliche Gefährdung der Gesundheit beseitigt oder eine beeinträchtigte Gesundheit wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann. Wichtige Indikationen sind z. B. Asthma, Neurodermitis oder psychische Störungen. Nach § 31 Abs. 2 Satz 2 SGB VI werden diese Leistungen auf Grund von Richtlinien der Deutschen Rentenversicherung Bund erbracht, die im Benehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) erlassen werden.

Kinderrehabilitationen wurden bislang auf der Basis von Richtlinien erbracht, die zuletzt zum 1. April 1998 aktualisiert wurden. Da diese Richtlinien nicht mehr den heutigen Erfordernissen entsprechen, wurden sie von der Deutschen Rentenversicherung Bund überarbeitet. Hierbei wurde insbesondere

Kinder- und Jugendlichen-  
rehabilitation auch bei starkem  
Übergewicht (Adipositas)

die veränderte gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen berücksichtigt und der Katalog der Krankheiten um Adipositas (Body-Mass-Index oberhalb der 97. Perzentile), d. h. starkes Übergewicht, erweitert. Neben redaktionellen Änderungen wurden außerdem Gesetzesänderungen aufgenommen und die ergänzenden Leistungen zur Kinderrehabilitation konkretisiert. Darüber hinaus wurde der Umfang der Leistung um den Überbrückungsunterricht für schulpflichtige Kinder und Jugendliche ergänzt.

Die Gemeinsamen Richtlinien der Träger der Rentenversicherung nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB VI für Kinderheilbehandlungen (Kinderrehabilitationsrichtlinien; Kinderreha-Richtlinien) vom 5. September 1991 in der Fassung vom 17. Dezember 2012 sind am 1. Juli 2013 in Kraft getreten.

Die Richtlinien zur Kinderrehabilitation stehen in Kürze über den Internetauftritt der Deutschen Rentenversicherung zur Verfügung: [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.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 Rehabilitanden? Auf diese und andere Fragen kann die Routinestatistik der Rentenversicherung Antwort geben (s. auch Anhang S. 96).

### Routinedaten der Rentenversicherung

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

### Anträge, Bewilligungen und durchgeführte Leistungen

Wer eine medizinische Rehabilitation (s. Info-Box S. 25) in Anspruch nehmen möchte, muss zunächst selbst die Initiative ergreifen und einen Antrag stellen. Dies geschieht z. B. auf Rat des Hausarztes und mit dessen Unterstützung. Die Rentenversicherung prüft, ob sie zuständig ist, ob die medizinische Notwendigkeit besteht und ob der Antragsteller bzw. die Antragstellerin die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt. Ist die medizinische Rehabilitation bewilligt, kann sie ambulant oder stationär durchgeführt werden. Doch nicht jede bewilligte Maßnahme wird auch in Anspruch genommen, beispielsweise weil sich die gesundheitliche Situation des Versicherten in der Zwischenzeit verschlechtert hat oder weil berufliche oder familiäre Gründe dagegen sprechen. Dies ist in 4 % aller bewilligten Anträge der Fall.

Mehr als 1,6 Mio. Anträge auf medizinische Rehabilitation

2012 gingen bei der Rentenversicherung mehr als 1,6 Mio. Anträge auf medizinische Rehabilitation ein. Rund 65 % der erledigten Anträge wurden bewilligt, etwa 19 % abgelehnt – meist aus medizinischen (92 %), selten aus dann meist versicherungsrechtlichen (8 %) Gründen. Die restlichen 16 % der Anträge wurden zum jeweils zuständigen Rehabilitationsträger weitergeleitet.

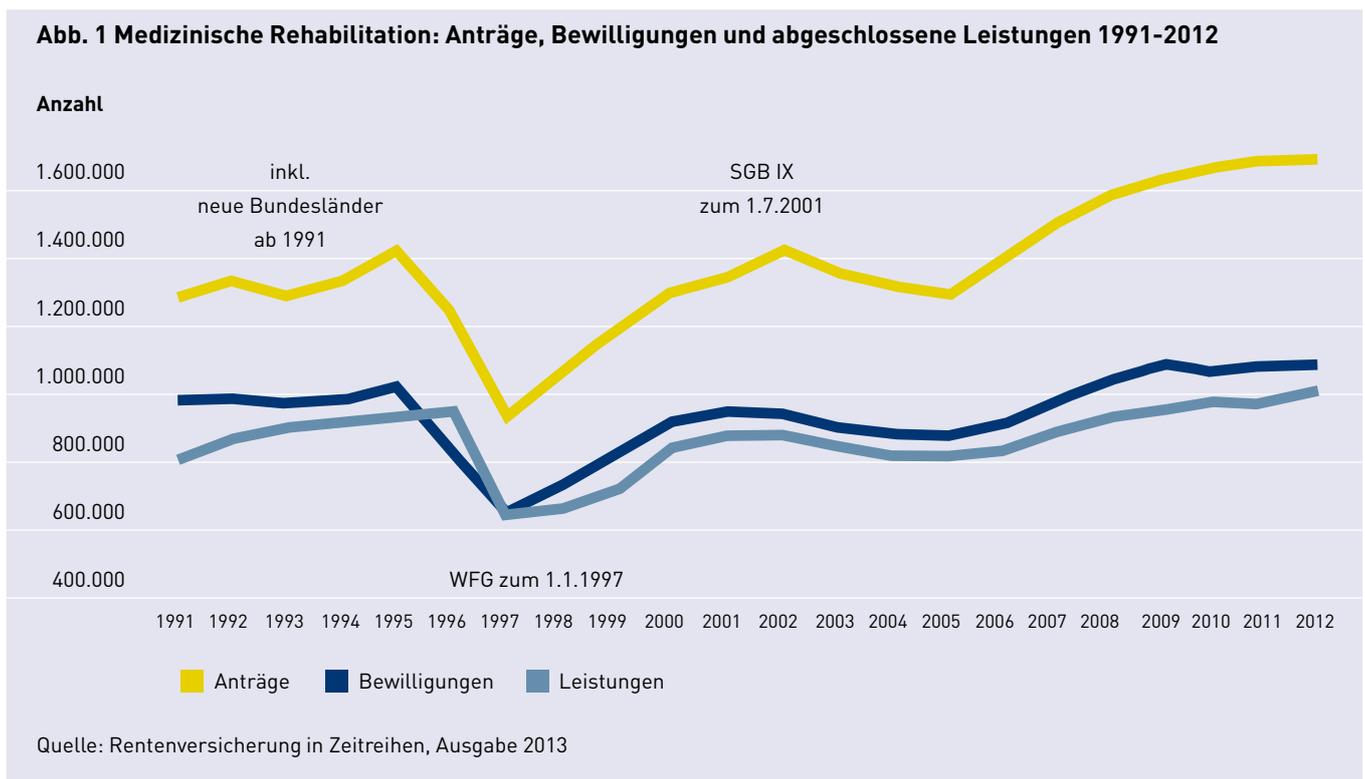
Abbildung 1 zeigt die Entwicklung von Anträgen, Bewilligungen und durchgeführten medizinischen Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung. Gewählt wurde der Zeitraum ab 1991, da seit diesem Jahr die Versicherten der neuen Bundesländer mit ausgewiesen werden. Die Anträge sind zwischen 1991 und 2012 von ca. 1.282.000 auf rund 1.693.000, die Bewilligungen von rund 995.000 auf rund 1.098.000 und die durchgeführten Leistungen von 803.000 auf rund 1.005.000 gestiegen.

2012 erhielten Versicherte rund 1.004.000 medizinische Reha-Leistungen.

Allerdings fällt auf, dass beispielsweise 1995 fast ebenso viele Bewilligungen wie 2012 erfolgten – bei deutlich mehr Anträgen in 2012. Dies ist nicht auf ein verändertes Bewilligungsverhalten zurückzuführen, sondern auf neue Verfahren in der Bearbeitung eingehender Reha-Anträge seit Einführung des Sozialgesetzbuches (SGB) IX in 2001. In der Folge werden manche Anträge mehrfach erfasst, nämlich nicht nur durch die (letztlich) zuständigen Reha-Träger, sondern auch durch die Reha-Träger, bei welchen die Anträge zuerst eingegangen sind.

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

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



4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
<b>23</b>	<b>Medizinische Rehabilitation</b>
55	Berufliche Rehabilitation
71	Aufwendungen für Rehabilitation
77	Im Fokus
77	Reha vor Rente
87	Reha-Qualitätssicherung
96	Anhang

### **Medizinische Rehabilitation**

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

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

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

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

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

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

Ergänzende Leistungen ergänzen Leistungen zur medizinischen und auch beruflichen Rehabilitation 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 Diagnostik und Beratung
- Entspannungsverfahren
- Ergotherapie
- Physikalische Therapie
- Ernährungsberatung mit/ohne Lehrküche
- Soziale, sozialrechtliche und berufliche Beratung

Anträge gingen im Zuge des WFG zwischen 1995 und 1997 um 34 % zurück.

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

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

Die medizinischen Reha-Leistungen stiegen von 2011 auf 2012 um 4 %.

Tabelle 1 wirft noch einmal einen Blick auf die Steigerungsraten von 2011 auf 2012: Die Anträge sind um 0,1 %, die durchgeführten Reha-Leistungen um 4 % gestiegen und die Bewilligungen um 0,9 %. Damit setzt sich der kontinuierliche Anstieg der letzten Jahre fort – bis auf einen leichten Rückgang der Bewilligungen von 2009 auf 2010. Ein Blick auf die ersten neun Monate in 2013 zeigt, dass sich die Anträge und Bewilligungen aktuell etwas verhaltener entwickeln als in den Jahren zuvor.

**Tab. 1 Medizinische Rehabilitation: Anzahl der Anträge, Bewilligungen und abgeschlossenen Leistungen 2011 und 2012**

	Anträge	Bewilligungen	Leistungen
2011	1.690.818	1.087.785	966.323
2012	1.692.801	1.097.538	1.004.617
Steigerungsrate 2011–2012	+ 0,1 %	+ 0,9 %	+ 4,0 %

Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2013

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

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
<b>23</b>	<b>Medizinische Rehabilitation</b>
55	Berufliche Rehabilitation
71	Aufwendungen für Rehabilitation
77	Im Fokus
77	Reha vor Rente
87	Reha-Qualitätssicherung
96	Anhang

13 % aller medizinischen Reha-Leistungen 2012 wurden ambulant durchgeführt.

Auch die ganztägig ambulante Rehabilitation ist an dieser Stelle zu nennen. Diese Form der medizinischen Rehabilitation, bei der die Rehabilitanden nur tagsüber in die Rehabilitationseinrichtung kommen, wird seit 1997 für ausgewählte Indikationen angeboten. Voraussetzung war, dass die ambulante Rehabilitation in dafür geeigneten Fällen ebenso gute Behandlungserfolge vorweisen kann wie die stationäre Rehabilitation. Dies wurde in mehreren wissenschaftlichen Studien belegt. Der überwiegende Teil medizinischer Rehabilitation erfolgt nach wie vor stationär. Allerdings sank der Anteil stationärer Leistungen für Erwachsene von 2000 bis 2012 von 93 % auf 84 %. Die ambulanten Leistungen für Erwachsene haben sich dagegen 2012 mehr als verfünffacht von rund 25.000 im Jahr 2000 auf knapp 128.000 Leistungen. Sie machen derzeit ca. 13 % aller medizinischen Rehabilitationsleistungen aus (s. Tab. 2).

Die Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen wird nur stationär durchgeführt. Ihr prozentualer Anteil an den Reha-Leistungen der Rentenversicherung insgesamt liegt in den letzten drei Jahren konstant bei 3 % (s. Tab. 2). Rehabilitationsleistungen bei Neubildungen (in ca. 95 % der Fälle bei bösartigen Neubildungen) haben dagegen etwas abgenommen.

**Tab. 2 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 2000–2012: stationär und ambulant für Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche**

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

\* stationäre und ambulante Reha-Anteile in Kombination erbracht; nur in Ingesamt-Spalte enthalten; Summe der Leistungen insgesamt übersteigt somit Summe der rechtsstehenden Spalten

\*\* ambulante Leistungen erst ab 1997 statistisch auswertbar

\*\*\* ohne Auftragsheilverfahren für die Krankenversicherung (§ 40 Abs. 2 SGB V)

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

Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2000–2012

2012 waren ein Drittel aller Reha-Leistungen Anschlussrehabilitationen (AHB).

Derzeit ist jede sechste medizinische Rehabilitation für Erwachsene eine onkologische Reha-Leistung (16 % bzw. rund 160.000 Leistungen in 2012). Noch deutlich stärker als der Anstieg aller Reha-Leistungen ist der Zuwachs bei der Anschlussrehabilitation (AHB). Mit rund 329.000 Leistungen stellt die AHB im Jahr 2012 einen Anteil von 34 % – verglichen mit 2000 eine Erhöhung des Anteils um mehr als 50 %. Bei den Entwöhnungsbehandlungen zeigt sich ein Anstieg von etwa 46.500 Leistungen im Jahr 2000 auf rund 54.000 in 2012. Damit liegt der Anteil der Entwöhnungsbehandlungen an den medizinischen Reha-Leistungen für Erwachsene insgesamt relativ konstant bei 6 % (s. Tab. 3).

Mit einer medizinischen Rehabilitation, die in der Regel etwa drei Wochen dauert, können manche Reha-Ziele (z. B. Muskelaufbau) nicht vollständig erreicht und notwendige Änderungen des Lebensstils (z. B. mehr Bewegung) bei den Rehabilitanden nur angestoßen werden. Um die Reha-Erfolge langfristig zu sichern, können so genannte Nachsorgeleistungen in Anspruch genommen werden. Ein bekanntes Beispiel sind die „Herzgruppen“. Aber nicht nur bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist Reha-Nachsorge sinnvoll, sondern auch bei anderen körperlichen und psychischen Erkrankungen: beispielsweise die Intensivierte Reha-Nachsorge (IRENA) für verschiedene Indikationen

**Tab. 3 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 2000–2012: besondere Leistungsformen für Erwachsene**

Jahr	Insgesamt (inkl. Mischfälle*)	Anschluss- rehabilitation (AHB)		Neubildungen** (amb./stat./§§ 15+31)		Entwöhnungen** (inkl. ambulant)	
2000	805.970	177.681	22 %	110.692	14 %	46.508	6 %
2001	858.936	196.812	23 %	122.107	14 %	48.937	6 %
2002	857.665	205.171	24 %	129.757	15 %	51.785	6 %
2003	807.772	208.929	26 %	133.240	16 %	51.123	6 %
2004	765.883	217.165	28 %	139.645	18 %	52.536	7 %
2005	767.305	227.347	30 %	147.913	19 %	50.835	7 %
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 %

\* stationäre und ambulante Reha-Anteile in Kombination erbracht

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

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

Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2000–2012

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
<b>23</b>	<b>Medizinische Rehabilitation</b>
55	Berufliche Rehabilitation
71	Aufwendungen für Rehabilitation
77	Im Fokus
77	Reha vor Rente
87	Reha-Qualitätssicherung
96	Anhang

Nachsorge und Stufenweise Wiedereingliederung fördern die Rückkehr an den Arbeitsplatz.

und das Curriculum Hannover für die Psychosomatik/Psychotherapie. Die Nachsorgeleistungen der Rentenversicherung haben in den letzten Jahren deutlich und kontinuierlich zugenommen. Waren es 2010 noch 148.874 Nachsorgeleistungen, stieg die Zahl in 2011 um 3 % auf 152.688. Im Jahr 2012 führte die Rentenversicherung nunmehr 169.420 Nachsorgeleistungen durch (Steigerungsrate 11 %).

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 von sechs Wochen bis zu sechs Monaten dauern. Im Jahr 2012 unterstützte die Rentenversicherung auf diese Weise in 57.993 Fällen den (Wieder-)Einstieg in die berufliche Tätigkeit. Dies stellt eine Steigerung um 56 % von 2010 auf 2012 dar (2010: 37.243 Fälle).

Die Rentenversicherung erbringt auch Präventionsleistungen.

Eine weitere Leistung im Angebotsspektrum der Rentenversicherung sind die so genannten medizinischen Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit, die sich an Versicherte in besonders gesundheitsgefährdenden Berufen wenden (§ 31 Abs.1 Nr. 2 SGB VI). Eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit ist bei diesen Leistungen keine notwendige Voraussetzung. Bisher werden diese Präventionsleistungen nur in geringem Maße durchgeführt – im Jahr 2012 waren es insgesamt 653. Durch eine von der Rentenversicherung angeregte und am 1. Januar 2009 in Kraft getretene Gesetzesänderung kann die Rentenversicherung nun solche Präventionsleistungen nicht nur stationär, sondern auch ambulant erbringen. Prävention kann so flexibler umgesetzt werden.

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

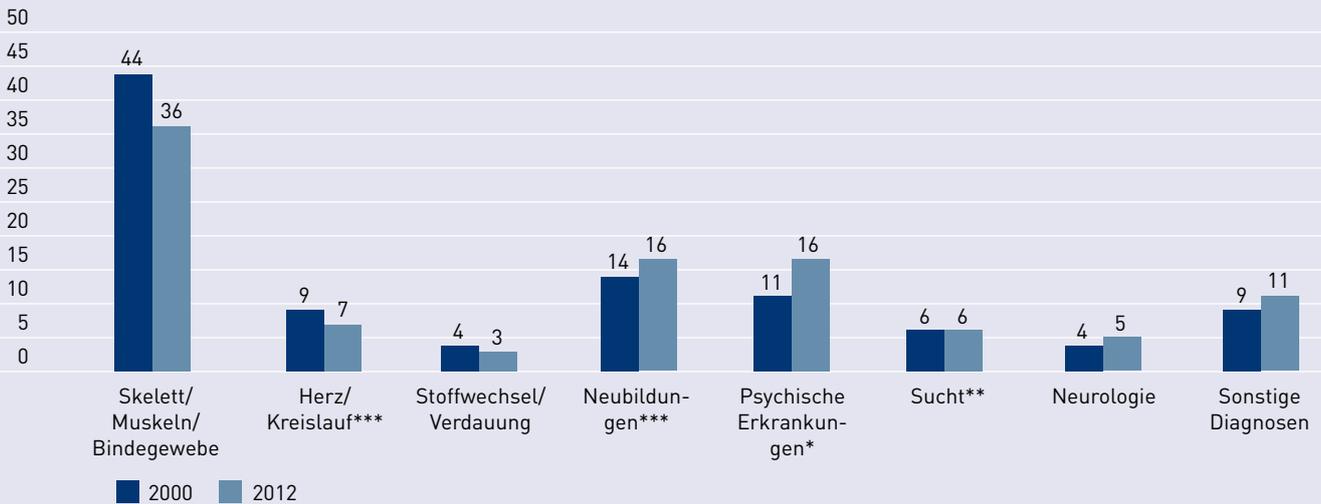
Fasst man stationäre und ambulante Leistungen zusammen, haben sich die medizinischen Reha-Leistungen der einzelnen Diagnosengruppen in den letzten Jahren unterschiedlich entwickelt (s. Abb. 2). Dies zeigt die Gegenüberstellung der Reha-Leistungen aus 2012 und aus 2000.

Rehabilitation bei Krebserkrankungen und psychischen Störungen nimmt zu.

Der Anteil an Leistungen bei Muskel-, Skelett- und Bindegewbserkrankungen, nach wie vor die größte Diagnosengruppe, betrug 2000 noch 44 %, in 2012 nur noch 36 %. Ebenfalls rückläufig sind die Anteile von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krankheiten des Stoffwechsels oder der Verdauungsorgane. Auf die anderen großen Diagnosengruppen wie Neubildungen und psychische Erkrankungen entfallen heute mehr Leistungen. Diese zeitlichen Entwicklungen in den einzelnen Diagnosengruppen gehen bei Frauen und Männern in die gleiche Richtung.

**Abb. 2 Krankheitsspektrum in der medizinischen Rehabilitation Erwachsener<sup>1</sup> (ambulant und stationär): 2000 und 2012**

**Anteile Reha-Leistungen in %**



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

\* ohne Sucht

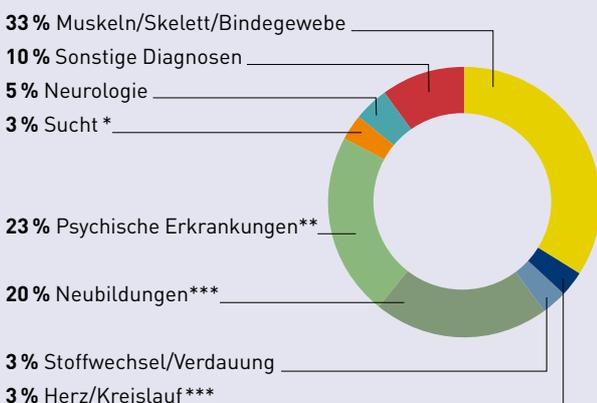
\*\* hier Entwöhnungsbehandlung als eigene Maßnahmeart und als einzige der hier genannten Diagnosengruppen nicht über ICD-Diagnosen definiert

\*\*\* ohne neurologische Krankheitsbilder

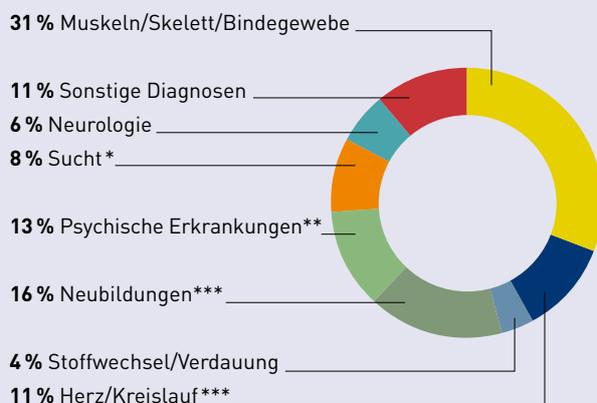
Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2000 und 2012

**Abb. 3 Stationäre medizinische Rehabilitation 2012: Krankheitsspektrum<sup>1</sup>**

**Frauen**



**Männer**



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

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

\*\* ohne Sucht

\*\*\* ohne neurologische Krankheitsbilder

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2012

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
<b>23</b>	<b>Medizinische Rehabilitation</b>
55	Berufliche Rehabilitation
71	Aufwendungen für Rehabilitation
77	Im Fokus
77	Reha vor Rente
87	Reha-Qualitätssicherung
96	Anhang

### Krankheitsspektrum im Jahr 2012

Vergleicht man die aktuelle Verteilung der Diagnosen in der medizinischen Rehabilitation in 2012 getrennt nach stationärer und ambulanter Reha-Form, stellt sich das Krankheitsspektrum unterschiedlich dar. Die Abbildungen 3 und 4 geben darüber hinaus auch Unterschiede im Krankheitsspektrum von Frauen und Männern wieder. Die dazugehörigen Zahlen und die je nach Diagnosengruppe unterschiedliche durchschnittliche Rehabilitationsdauer sind in Tabelle 4 (s. S. 32) enthalten.

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

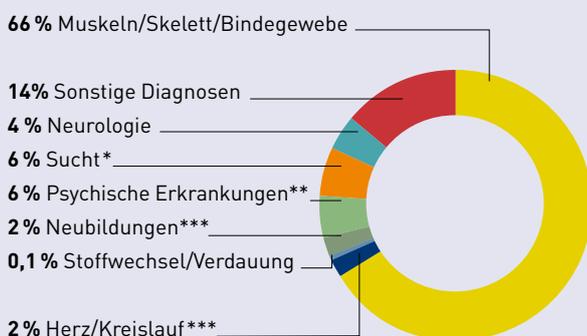
Eine stationäre medizinische Rehabilitation erhalten Frauen wie Männer zu etwa einem Drittel wegen Krankheiten der Muskeln, des Skeletts oder des Bindegewebes. Rang 2 belegt bei Frauen die medizinische Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen (23 %), dicht gefolgt von Rehabilitation bei Neubildungen (20 %). Bei Männern ist der Anteil psychischer Erkrankungen mit 13 % nach wie vor deutlich geringer als bei Frauen. Dennoch liegt die medizinische Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen bei Männern nach der Rehabilitation bei Neubildungen (16 %) inzwischen an dritter Stelle. Entwöhnungsbehandlungen (Sucht) sind bei Männern fast dreimal so häufig wie bei Frauen (s. Abb. 3).

Eine stationäre Rehabilitation dauerte im Schnitt 29 Tage.

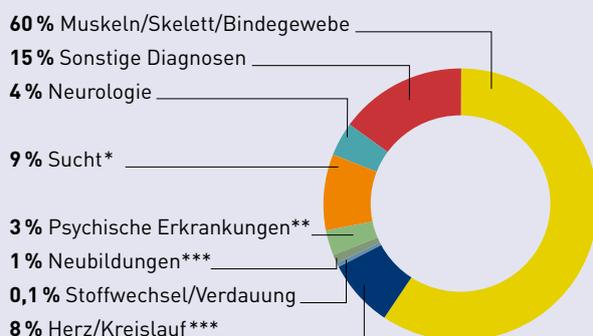
Im Durchschnitt befinden sich Rehabilitanden 29 Tage in ihrer stationären medizinischen Rehabilitation. Nimmt man Reha-Leistungen wegen psychischer Erkrankungen, Suchterkrankungen und auch neurologischer Erkran-

**Abb. 4 Ambulante medizinische Rehabilitation 2012: Krankheitsspektrum<sup>1</sup>**

#### Frauen



#### Männer



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

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

\*\* ohne Sucht

\*\*\* ohne neurologische Krankheitsbilder

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2012

kungen, die einer längeren Therapie bedürfen, davon aus, dauert die stationäre Rehabilitation in den einzelnen Diagnosengruppen zwischen 23 und 24 Tagen (s. Tab. 4).

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

Eine ganztägig ambulante Rehabilitation dauerte im Schnitt 21 Behandlungstage.

In der ambulanten Rehabilitation wird der weitaus überwiegende Teil der ambulanten Leistungen bei Frauen (66 %) wie bei Männern (60 %) wegen einer Erkrankung der Muskeln, des Skeletts oder des Bindegewebes durchgeführt; die Anteile sind wesentlich höher als in der stationären Rehabilitation.

**Tab. 4 Ambulante und stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 2012: Krankheitsspektrum und Behandlungsdauer**

	Insgesamt (inkl. sonst. Leistungen)	Skelett/ Muskeln Binde- gewebe	Herz/ Kreislauf	Stoff- wechsel/ Verdauung	Neu- bildun- gen	Psychische Erkran- kungen*	Sucht**	Neurologie	Sonstige Diagno- sen	Fehlende Diagno- sen****
<b>Ambulant</b>										
Frauen	52.611	33.451	1.162	57	774	2.783	2.847	1.929	7.224	2.384
Behandlungs- tage***	21	17	22	17	18	32	–	22	–	–
Männer	75.031	42.429	5.785	92	1.064	1.896	6.695	3.008	10.986	3.076
Behandlungs- tage***	21	17	22	16	18	39	–	22	–	–
<b>Stationär</b>										
Frauen	424.484	136.084	13.958	11.238	82.611	92.963	10.305	19.003	41.697	16.625
Pflegetage***	28	23	24	24	23	37	88	30	x	x
Männer	418.835	127.788	44.673	16.393	65.056	51.962	34.295	24.042	43.548	11.078
Pflegetage***	31	23	24	24	23	38	88	30	–	–

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

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

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

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

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2012

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
<b>23</b>	<b>Medizinische Rehabilitation</b>
55	Berufliche Rehabilitation
71	Aufwendungen für Rehabilitation
77	Im Fokus
77	Reha vor Rente
87	Reha-Qualitätssicherung
96	Anhang

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

In Tabelle 4 sind auch die durchschnittlichen Behandlungstage für die ganztägig ambulante Rehabilitation der betrachteten Diagnosengruppen enthalten. Für eine ganztägig ambulante orthopädische Rehabilitation – also bei Erkrankungen der Muskeln, des Skeletts oder des Bindegewebes – werden durchschnittlich 17 Behandlungstage benötigt. Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen suchen im Schnitt an rund 35 Tagen die ambulante Reha-Einrichtung auf. Anders als in der stationären Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen ist im ambulanten Bereich die Behandlungsdauer bei Frauen (32 Tage) niedriger als bei Männern (39 Tage).

Das Durchschnittsalter in der orthopädischen Rehabilitation lag 2012 bei 51,0 Jahren, in der Suchtrehabilitation bei 41,2 Jahren.

Die Diagnosengruppen in der medizinischen Rehabilitation unterscheiden sich auch nach dem durchschnittlichen Alter der Rehabilitanden. Die deutlich jüngsten Rehabilitanden finden sich mit im Schnitt 41,2 Jahren in der Suchtrehabilitation (Entwöhnungsbehandlung). Rehabilitanden mit psychischen Erkrankungen (ohne Entwöhnungsbehandlungen; 48,1 Jahre) oder mit Erkrankungen des Verdauungs- und Stoffwechselsystems (48,7 Jahre) sind im Schnitt etwa gleich alt, gefolgt von Rehabilitanden mit neurologischen Erkrankungen (49,5 Jahre), orthopädischen Erkrankungen (51,0 Jahre) und Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems (53,1 Jahre). Mit im Mittel 62 Jahren sind Rehabilitanden mit Krebserkrankungen mit Abstand am ältesten. Während insgesamt zahlreiche krankheitsspezifische, personenbezogene und auch gesellschaftliche Faktoren zu den Altersunterschieden zwischen den Diagnosengruppen führen können, trägt hier eine gesetzliche Regelung dazu bei: Nach § 31 SGB VI führt die Rentenversicherung eine medizinische Rehabilitation bei Rehabilitanden mit Krebserkrankungen auch dann durch, wenn diese bereits im Rentenalter sind.

#### **Altersspezifische Inanspruchnahme**

Das Durchschnittsalter von Frauen, die 2012 eine medizinische Rehabilitation abgeschlossen haben, lag bei 51,8 Jahren. Männer waren mit 51,6 Jahren etwa gleich alt. 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 1.000 Versicherte dargestellt (Inanspruchnahmerate). Werden die Rehabilitanden zu Versicherten gleichen Alters in Beziehung gesetzt, erhält man die altersspezifische Inanspruchnahmerate.

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

Die Ergebnisse sind eindeutig: Bei allen betrachteten Diagnosengruppen steigt 2012 die Inanspruchnahme mit dem Alter. Besonders ausgeprägt ist der Anstieg bei Krankheiten der Muskeln, des Skeletts oder des Bindegewebes etwa ab dem 40. Lebensjahr bei Männern und Frauen. Bei Neubildungen steigt die Inanspruchnahme ebenfalls mit dem Alter an, besonders deutlich etwa ab dem 57. Lebensjahr. Diese Dynamik zeigt sich gleichermaßen bei Frauen und Männern. Auch bei Krankheiten des Stoffwechsels und der

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

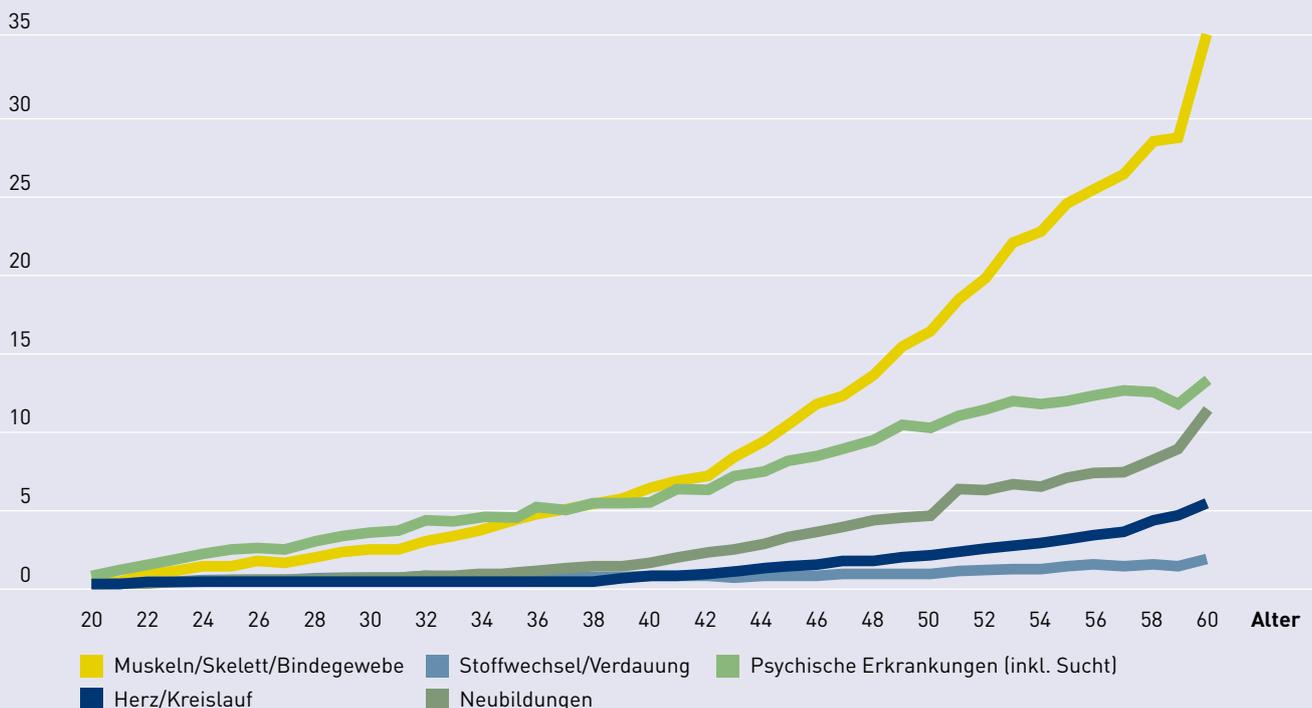
### Alterstandardisierte Inanspruchnahme

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

Unterschiedliche Altersstrukturen erfordern eine altersstandardisierte Betrachtung.

**Abb. 5 Medizinische Rehabilitation: Altersspezifische Inanspruchnahmeraten bei Frauen 2012**

Anzahl Reha-Leistungen pro 1.000 Versicherte



Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2012, „Versicherte“ 2011

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
<b>23</b>	<b>Medizinische Rehabilitation</b>
55	Berufliche Rehabilitation
71	Aufwendungen für Rehabilitation
77	Im Fokus
77	Reha vor Rente
87	Reha-Qualitätssicherung
96	Anhang

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

#### Altersstandardisierung

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

**Abb. 6 Medizinische Rehabilitation: Altersspezifische Inanspruchnahmeraten bei Männern 2012**

Anzahl abgeschlossene Reha-Leistungen pro 1.000 Versicherte

35

30

25

20

15

10

5

0

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

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

Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2012, „Versicherte“ 2011

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

Tabelle 5 gibt für Frauen und für Männer die altersstandardisierten Inanspruchnahmeraten insgesamt sowie für die wichtigsten fünf Diagnosengruppen zwischen 2000 und 2012 wieder.

Zu Beginn dieses Zeitraums haben in Deutschland altersstandardisiert rund 26 von 1.000 versicherten Frauen und 23 von 1.000 versicherten Männern eine medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung in Anspruch genommen. 2012 liegen die Raten etwas niedriger (Frauen knapp 25 und Männer etwa 22 von 1.000 Versicherten). Die niedrigste Inanspruchnahme war 2006 zu verzeichnen.

Betrachtet man zum Vergleich die Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation in diesem Zeitraum in absoluten Zahlen (vgl. Tab. 2, S. 27), dann liegen diese Zahlen – ohne Altersstandardisierung – für 2012 über denen von 2000. Diese deutliche Aufwärtsbewegung kann also zum Teil auf die veränderte Altersstruktur der Versichertenpopulation zurückgeführt werden. So kommen zum Beispiel die geburtenstarken Jahrgänge aus den 1960er Jahren zunehmend in das Alter, in dem sie vermehrt Rehabilitation benötigen.

**Tab. 5 Ambulante und stationäre medizinische Leistungen 2000–2012 nach ausgewählten Diagnosengruppen pro 1.000 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)	
2000	25,7	23,1	11,2	10,0	1,5	3,4	1,0	1,1	3,6	1,7	4,5	3,4
2001	27,0	24,1	11,9	10,6	1,6	3,5	1,0	1,1	3,7	1,8	5,1	3,6
2002	26,5	24,2	11,4	10,4	1,4	3,5	1,0	1,1	3,8	1,8	5,3	3,8
2003	24,1	22,0	10,3	9,2	1,3	3,2	0,9	1,0	3,5	1,8	4,7	3,5
2004	22,6	20,5	9,1	8,2	1,2	2,9	0,8	0,9	3,5	1,8	4,5	3,5
2005	22,6	20,1	9,0	7,8	1,2	2,7	0,8	0,8	3,5	1,7	4,6	3,5
2006	21,9	19,7	8,8	7,6	1,1	2,7	0,7	0,8	3,1	1,6	4,3	3,4
2007*	23,3	21,6	9,3	8,3	1,1	2,8	0,8	0,9	3,1	1,6	4,7	3,9
2008	24,4	22,1	9,8	8,5	1,2	2,8	0,8	0,9	3,1	1,6	5,1	4,0
2009	24,9	22,8	9,8	8,8	1,2	2,9	0,8	0,9	3,2	1,6	5,4	4,3
2010	24,9	22,7	9,7	8,6	1,2	2,8	0,7	0,9	3,2	1,6	5,7	4,5
2011	23,6	21,4	8,9	7,9	1,1	2,7	0,7	0,8	2,8	1,5	5,8	4,5
2012	24,5	21,8	9,2	7,9	1,2	2,9	0,7	0,8	2,8	1,5	6,2	4,7

■ Frauen □ Männer

<sup>1</sup> Standardisierungspopulation: Summe Frauen und Männer 1992 bis einschl. 64 Jahre

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

Quelle: Statistiken „Rehabilitation“ 2000–2012, Statistiken „Versicherte“ 1999–2011

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
<b>23</b>	<b>Medizinische Rehabilitation</b>
55	Berufliche Rehabilitation
71	Aufwendungen für Rehabilitation
77	Im Fokus
77	Reha vor Rente
87	Reha-Qualitätssicherung
96	Anhang

Die Inanspruchnahme von Reha-Leistungen bei psychischen Erkrankungen nimmt bei Frauen und Männern zu.

Bei den Krankheiten der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes, den Krankheiten des Stoffwechsels und der Verdauungsorgane sowie den Neubildungen sind die altersstandardisierten Inanspruchnahmeraten im beobachteten Zeitraum rückläufig, wenn auch mit kleinen Schwankungen. Für die Herz-Kreislauf-Erkrankungen gilt dies bis 2006, danach bleiben die Inanspruchnahmeraten relativ stabil. Für die psychischen Erkrankungen (inkl. Abhängigkeitserkrankungen) nehmen die altersstandardisierten Raten sowohl bei Frauen als auch bei Männern insbesondere seit 2007 zu. Dies zeigt, dass die Rehabilitationen wegen psychischen Erkrankungen (inkl. Abhängigkeitserkrankungen) stärker zugenommen haben als durch die veränderte Versichertenpopulation zu erwarten war.





## Medizinische Rehabilitation: Prozess und Ergebnis

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

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

Die Zufriedenheit der Rehabilitanden wird mit einem Fragebogen erfasst (s. Info-Box unten). Neben der Gesamtzufriedenheit mit dem Aufenthalt in der Reha-Einrichtung wird nach einzelnen Aspekten gefragt, beispielsweise nach der Betreuung durch das Reha-Team, den Behandlungen und Schulungen sowie dem Therapieablauf und der Vorbereitung auf die Zeit nach der Rehabilitation.

#### **Rehabilitandenbefragung**

Bei der Qualitätsbewertung des Reha-Prozesses ist es der Rentenversicherung ein zentrales Anliegen, auch die Rehabilitanden einzubinden. Seit 1997 können sie sich durch Ausfüllen eines Fragebogens an der Qualitätssicherung beteiligen. Diese Rehabilitandenbefragung erfasst unter anderem die Zufriedenheit mit der medizinischen Rehabilitation sowie den wahrgenommenen Behandlungserfolg. Die Befragung erfolgt kontinuierlich: Monatlich werden jeweils rund 20 Patientinnen und Patienten pro Reha-Einrichtung zufällig ausgewählt, acht bis zwölf Wochen nach ihrer Rehabilitation angeschrieben und zu ihrer Einschätzung der Rehabilitation befragt. Jährlich werden etwa 120.000 Fragebögen verschickt. Für körperliche und psychische Erkrankungen (inkl. Abhängigkeitserkrankungen) sowie für die stationäre und die ambulante Rehabilitation gibt es jeweils unterschiedliche Fragebögen.

Wie zufrieden sind Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die psychisch erkrankt sind, mit ihrer stationären medizinischen Rehabilitation? Abbildung 7 gibt einen Überblick.

Die Rehabilitanden bewerten ihre Rehabilitation auf einer Skala von „1“ für sehr gut bis „5“ für schlecht. Das durchschnittliche Gesamturteil zur psychosomatischen Rehabilitation (ohne Abhängigkeitserkrankungen) lautet „gut“ (Note 2,3). Zu der hohen Zufriedenheit scheint vor allem das Reha-Team beizutragen (ärztliche, psychotherapeutische und pflegerische Betreuung). Am zufriedensten sind Rehabilitanden mit der Betreuung durch die Pflegekräfte, sie vergeben im Durchschnitt die Note 1,6.

Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen erhält die Gesamtnote 2,3.

Bei der Zufriedenheit mit der Rehabilitation gibt es kaum Geschlechtsunterschiede.

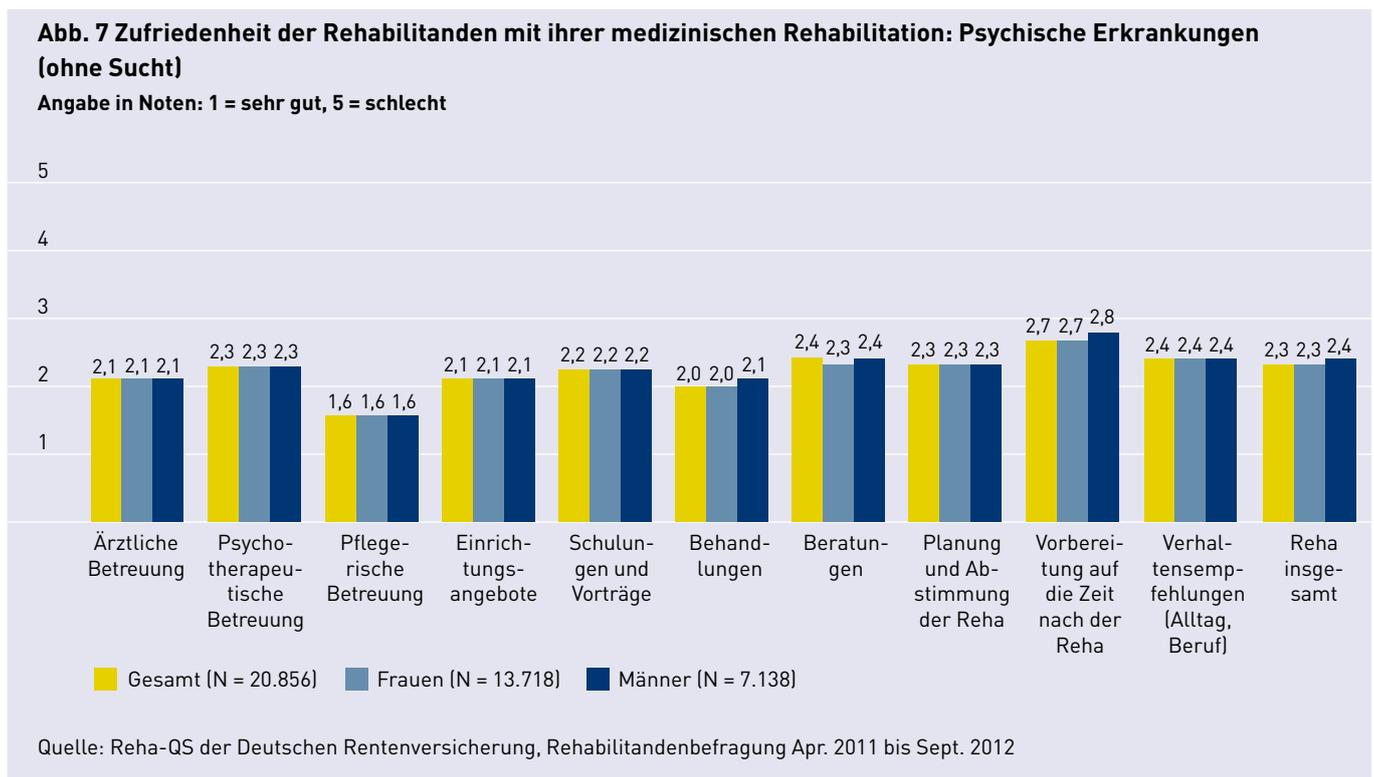
Weiterhin schätzen sie die gesundheitsbezogenen Angebote: Behandlungen, wie z. B. die Entspannungstherapie, erhalten die Note 2,0, Schulungen, z. B. zu den Themen Stress und Stressabbau, die Note 2,2. Die Auswertung zeigt aber auch, dass sowohl die Unterstützung für die Zeit nach der Rehabilitation (Note 2,7) als auch die Nützlichkeit von Verhaltensempfehlungen für Alltag und Beruf (Note 2,4) noch verbessert werden können. Das Geschlecht beeinflusst das Ausmaß der Zufriedenheit kaum. Frauen beurteilen die in der Rehabilitation erhaltenen Behandlungen, Beratungen, die Vorbereitung auf die Zeit nach der Rehabilitation sowie die Reha-Maßnahme insgesamt etwas besser als Männer.

Fällt die Zufriedenheit von Rehabilitanden mit ihrer Rehabilitation anders aus, je nachdem, ob sie eine ambulante oder eine stationäre Rehabilitation durchgeführt haben?

Gesamturteil bei ambulanter wie stationärer orthopädischer Rehabilitation: „gut“.

Abbildung 8 fasst die Zufriedenheit der Rehabilitanden zusammen, die eine stationäre oder eine ambulante Rehabilitation wegen einer Erkrankung der Muskeln, des Skeletts oder des Bindegewebes durchgeführt haben. Diese orthopädischen Erkrankungen sind der mit Abstand häufigste Grund für eine ambulante Rehabilitation (s. Abb. 4, S. 31).

Das durchschnittliche Gesamturteil lautet sowohl für die stationäre als auch für die ambulante orthopädische Rehabilitation „gut“ (2,1 bzw. 2,0). Auch



4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
<b>23</b>	<b>Medizinische Rehabilitation</b>
55	Berufliche Rehabilitation
71	Aufwendungen für Rehabilitation
77	Im Fokus
77	Reha vor Rente
87	Reha-Qualitätssicherung
96	Anhang

Rehabilitanden bewerten die Abstimmung über Reha-Plan und -Ziele nach ambulanter Rehabilitation besser als nach stationärer.

wenn die hohen Zufriedenheitsraten überwiegen, sind die Ergebnisse ausreichend differenziert, um z. B. gute, durchschnittliche und weniger gute Reha-Einrichtungen zu unterscheiden.

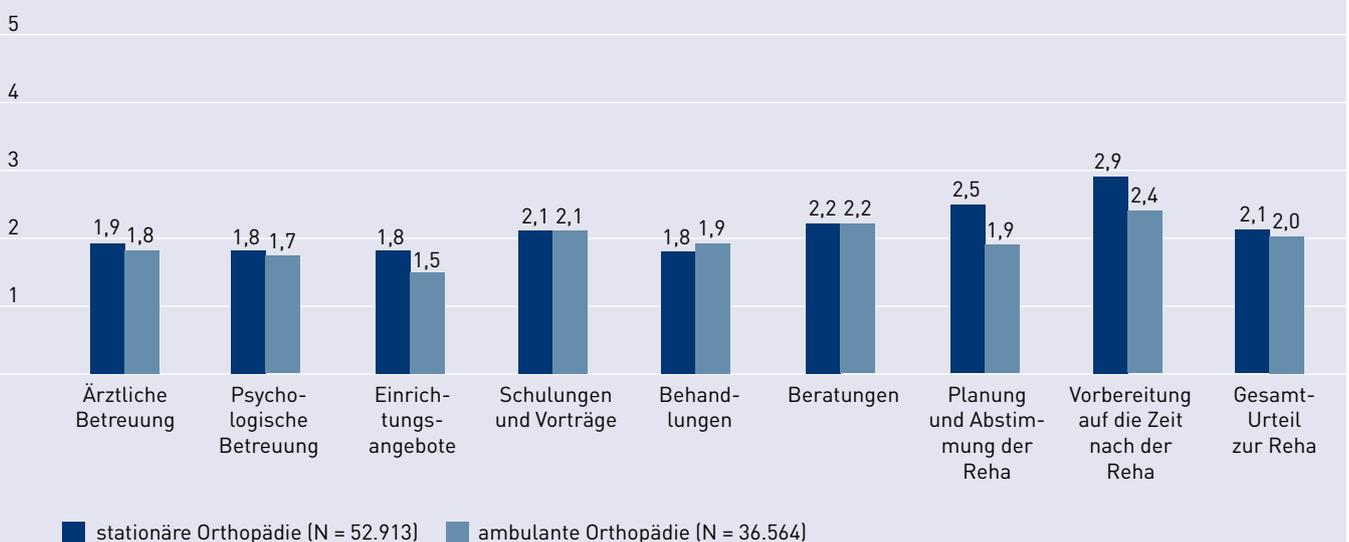
Betrachtet man die einzelnen Bereiche, äußern sich die Rehabilitanden der ambulanten orthopädischen Rehabilitation häufig zufriedener als die Rehabilitanden der stationären Rehabilitation. Besonders den Bereich „Planung und Abstimmung der Reha“ beurteilen sie nach ambulanter Rehabilitation positiver (Note 1,9) als nach stationärer (Note 2,5). Ursache für die besseren Ergebnisse der ambulanten Rehabilitation könnte sein, dass Rehabilitanden, die eine ambulante Rehabilitation durchführen, häufig weniger schwer erkrankt und jünger sind als in der stationären Rehabilitation. Auch bieten die ambulanten Reha-Einrichtungen durch ihre Übersichtlichkeit mit kurzen Organisations- und Kommunikationswegen Vorteile für die Abläufe in der Rehabilitation.

#### Aus Sicht der Experten – Peer Review

Der Reha-Prozess wird nicht nur über die Befragung von Rehabilitanden, sondern auch durch ausgewiesene ärztliche Experten bewertet. Die Ergebnisse dieses seit über zehn Jahren rentenversicherungswweit durchgeführten so genannten Peer Review-Verfahrens (s. Info-Box S. 42, aktuelle Überarbeitung s. S. 12) zeigen heute verglichen zu der Anfangsphase eindeutige Verbesserungen der Prozessqualität in den Reha-Einrichtungen. Der Anteil deutlicher

**Abb. 8 Zufriedenheit der Rehabilitanden mit ihrer Rehabilitation: Stationäre oder ambulante Rehabilitation wegen einer orthopädischen Erkrankung**

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



Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Rehabilitandenbefragung stationär: Apr. 2010 bis Sept. 2011, ambulant: Apr. 2010 bis März 2011

Im Peer Review erfasste Mängel gehen langsam zurück.

und gravierender Mängel ging in allen Bereichen zurück, sowohl bei den somatischen Indikationen als auch bei den psychosomatischen Indikationen und Suchterkrankungen (bei deutlichen Mängeln wird ein geringer Anteil der unabdingbaren Anforderungen nicht erfüllt, bei gravierenden Mängeln ein erheblicher Anteil). Die jüngsten Peer Review-Verfahren für somatische Indikationen (2010) und für psychosomatische und Suchterkrankungen (2011) bestätigen einen hohen Qualitätsstandard.

## Peer Review

Geschulte Leitende Ärztinnen und Ärzte aus Reha-Einrichtungen (Peers) beurteilen anhand anonymisierter Reha-Entlassungsberichte und Therapiepläne anderer Reha-Einrichtungen die Abläufe der Rehabilitation. Den Peers steht hierfür eine standardisierte Checkliste zur Verfügung. Stationäre und ambulante Rehabilitationen sind in das Verfahren gleichermaßen einbezogen und werden nach gleichen Maßstäben bewertet. Die Beurteilung bezieht sich auf alle Bereiche der Rehabilitation: Erhebung der Krankengeschichte (Vorgeschichte), Diagnostik, Therapieziele und klinischer Verlauf, sozialmedizinische Beurteilung sowie weiterführende Maßnahmen und Nachsorge. Abschließend erfolgt eine Bewertung der Qualität des gesamten Reha-Prozesses. Alle wichtigen Einzelmerkmale dieser Bereiche sind in einem Manual abgebildet und werden den Peers zuvor in der mehrtägigen Schulung vermittelt. Die zusammengefassten Einschätzungen der Peers zu den verschiedenen Bereichen werden den Reha-Einrichtungen in einem Bericht zurückgemeldet.

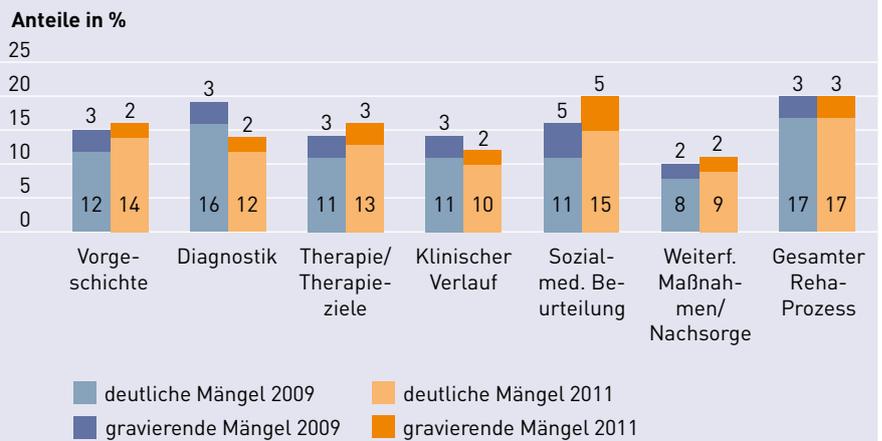
Peer Review im Zeitvergleich.

Abbildung 9 zeigt eine Auswertung von Entlassungsberichten aus stationären Einrichtungen für die Rehabilitation bei psychischen und Suchterkrankungen der Jahre 2009 und 2011 im Zeitvergleich. Die Anteile deutlicher und gravierender Mängel bei der Beurteilung der Bereiche werden als Mittelwert über alle beteiligten Reha-Einrichtungen dargestellt. Nachdem in den letzten Jahren deutliche und gravierende Mängel kontinuierlich zurückgingen, zeigt sich bei gleichbleibend hohem Qualitätsniveau jetzt ein etwas verändertes Bild: In den Bereichen Vorgeschichte, Therapieziele, sozialmedizinische Beurteilung und weiterführende Maßnahmen steigen die Mängel leicht an, in den Bereichen Diagnostik und klinischer Verlauf nehmen sie ab. Betrachtet man nur die gravierenden Mängel, so bleibt der ohnehin sehr niedrige Anteil in allen Bereichen bestehen bzw. verringert sich weiter.

In den somatischen Indikationen hat sich die ambulante Rehabilitation (s. S. 27) zu einer gegenüber der stationären Behandlung qualitativ gleichwertigen Rehabilitationsform entwickelt, wie sich am Beispiel der Kardiologie zeigt (Abb. 10). Die Auswertung des Peer Review-Verfahrens 2010 erfolgte nach einem neuen einheitlichen Bewertungssystem (siehe auch S. 92): Die Qualität von Reha-Einrichtungen wird auf der Basis von Qualitätspunkten dargestellt, die aus den Peer Review-Ergebnissen berechnet werden (100 Qualitätspunkte sind die höchstens zu erreichende Punktzahl).

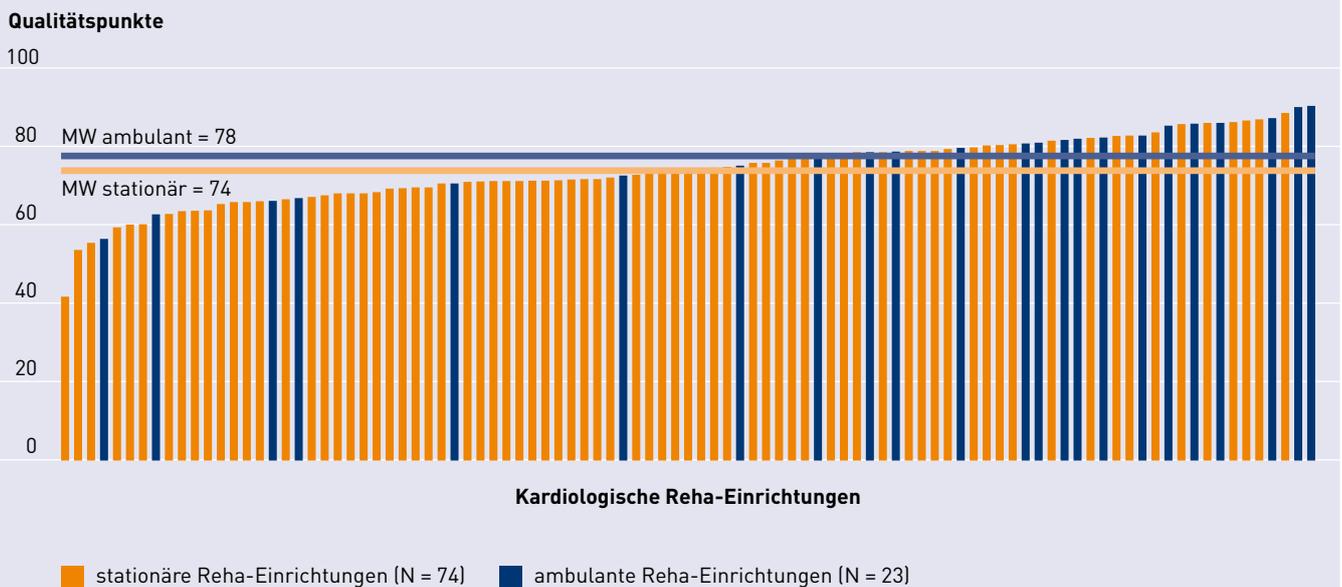
4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
<b>23</b>	<b>Medizinische Rehabilitation</b>
55	Berufliche Rehabilitation
71	Aufwendungen für Rehabilitation
77	Im Fokus
77	Reha vor Rente
87	Reha-Qualitätssicherung
96	Anhang

**Abb. 9 Deutliche und gravierende Mängel in der Rehabilitation psychischer Erkrankungen inkl. Sucht im Peer Review**



Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Ergebnisse der Peer Review-Verfahren für 2009 und 2011; N = 274 Einrichtungen

**Abb. 10 Qualität in der kardiologischen Rehabilitation: stationäre und ambulante Reha-Einrichtungen im Peer Review 2010**



MW = Mittelwert

Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Ergebnisse des Peer Review-Verfahrens 2010

Mit den Qualitätspunkten wird die Bewertung der Bereiche und des gesamten Reha-Prozesses zusammengefasst. Bei einem insgesamt hohen Qualitätsniveau erreichen ambulante Einrichtungen im Mittel eine etwas höhere Punktzahl als stationäre Reha-Einrichtungen (78 vs. 74 Qualitätspunkte, siehe Abb. 10). Darüber hinaus zeigen sich deutliche Qualitätsunterschiede zwischen den Einrichtungen: So liegt die Spannweite z. B. bei den ambulanten Einrichtungen zwischen 56 und 90 Qualitätspunkten. Ähnliche Einrichtungsunterschiede finden sich auch bei anderen somatischen Indikationen.

Peer Review zeigt Verbesserungsmöglichkeiten im Rehabilitationsprozess.

Beurteilt man die Reha-Entlassungsberichte nach den dokumentierten Einzelmerkmalen der Bereiche, lassen sich die Abläufe in der Rehabilitation sehr detailliert auswerten und konkrete Schwachstellen aufzeigen. Zum Beispiel sind die Übereinstimmung zwischen Patienten und Ärztin/Arzt (Bereich Diagnostik), die Selbsteinschätzung der Patienten zur Teilhabe am Arbeitsleben (Bereich Sozialmedizinische Beurteilung) sowie deren Krankheitsverständnis und Krankheitsverarbeitung (Bereich Vorgeschichte) in den Entlassungsberichten nicht immer verständlich und nachvollziehbar dargestellt. Dies trifft sowohl auf ambulante als auch auf stationäre Einrichtungen zu.

Bei diesen und weiteren Einzelmerkmalen deckt das Peer-Review-Verfahren sowohl in der somatischen als auch in der psychosomatischen Rehabilitation konkrete Verbesserungspotenziale auf. Dies gilt insbesondere für Merkmale, die die aktive Beteiligung der Patienten am Reha-Geschehen betreffen, sowie für Merkmale, bei denen die Kommunikation zwischen Ärzten und Rehabilitanden über die Reha-Ziele im Vordergrund steht.

## Therapeutische Versorgung – KTL-Dokumentation

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

Die Klassifikation Therapeutischer Leistungen (KTL) zeigt das breite Leistungsspektrum der medizinischen Rehabilitation.

### Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL)

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

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
<b>23</b>	<b>Medizinische Rehabilitation</b>
55	Berufliche Rehabilitation
71	Aufwendungen für Rehabilitation
77	Im Fokus
77	Reha vor Rente
87	Reha-Qualitätssicherung
96	Anhang

Anfang 2013 erhielten 1.038 Reha-Einrichtungen eine solche Auswertung mit Daten aus Reha-Entlassungsberichten des Jahres 2011. Tabelle 6 gibt einen Überblick über die therapeutischen Leistungen, gegliedert nach den Kapiteln der KTL. Sie zeigt die Anzahl der Rehabilitanden, welche 2011 mindestens eine Leistung aus dem jeweiligen KTL-Kapitel erhalten haben.

Zwei Beispiele: 99 % aller Rehabilitanden bekamen mindestens eine Schulung, einen Vortrag oder eine andere Leistung aus dem Kapitel C – Information, Motivation und Schulung. Aus dem Kapitel G – Psychotherapie erhielten nur 24 % der Rehabilitanden insgesamt mindestens eine Leistung. Der geringe Anteil ist darauf zurückzuführen, dass psychotherapeutische Leistungen in der Hauptsache in der psychosomatischen Rehabilitation und bei Entwöhnungsbehandlungen durchgeführt werden, einem im Vergleich zur somatischen Rehabilitation wesentlich kleineren Indikationsbereich. Zusätzlich gibt die Tabelle an, wie oft die Leistungen bei Rehabilitanden, die jeweils mindestens eine Leistung des jeweiligen KTL-Kapitels erhielten, pro Woche stattfanden und wie viele Stunden sie pro Woche gedauert haben. Betrachtet man alle Rehabilitanden, hat im Jahr 2011 jeder Rehabilitand während seiner Rehabilitation im Durchschnitt 32,3 über die KTL erfasste Leistungen pro Woche erhalten, die sich auf 17,8 Stunden Therapiezeit verteilen.

Rehabilitanden erhielten 2011 rund 32 KTL-Leistungen pro Woche.

In Tabelle 6 wird außerdem deutlich, wie breit gefächert (multimodal) die therapeutische Versorgung in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung ist. Behandlungsschwerpunkte sind zum einen Information,

**Tab. 6 Therapeutische Versorgung in den durch die Rentenversicherung belegten Reha-Einrichtungen 2011**

Kapitel der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL)	Rehabilitanden mit mindestens einer Leistung*		pro Rehabilitand	
	Anzahl	Anteil	Leistungen pro Woche	Dauer (Std.) pro Woche
A - Sport und Bewegungstherapie	689.333	96 %	7,2	4,4
B - Physiotherapie	631.501	86 %	5,1	2,6
C - Information, Motivation, Schulung	726.532	99 %	5,3	3,1
D - Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie	527.217	72 %	1,0	0,5
E - Ergotherapie, Arbeitstherapie und andere funktionelle Therapien	399.404	55 %	2,1	1,8
F - Klinische Psychologie, Neuropsychologie	583.203	80 %	2,4	2,0
G - Psychotherapie	176.111	24 %	3,5	3,9
H - Reha-Pflege	401.623	55 %	2,9	0,7
K - Physikalische Therapie	650.186	89 %	6,3	2,2
L - Rekreationstherapie	336.679	46 %	3,2	2,5
M - Ernährung	238.640	33 %	7,4	2,7

\* Mehrfachnennungen möglich; N = 730.967 stationäre und ambulante Reha-Leistungen  
Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2004–2011

Motivation und Schulung (z. B. Patientenschulungen bei Asthma bronchiale, allgemeine Gesundheitsbildung), aber auch Sport- und Bewegungstherapie (z. B. Muskelaufbau an Medizinischen Trainingsgeräten) sowie physikalische Behandlungen (z. B. Inhalationen, Wärme- und Kälteanwendungen).

## **Behandlungserfolg aus Rehabilitandensicht**

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

Rehabilitandinnen und Rehabilitanden werden nicht nur nach der Zufriedenheit mit ihrer Rehabilitation gefragt (s. S. 39), sondern auch nach dem Erfolg der durchgeführten Rehabilitation. Die befragten Rehabilitanden beurteilen Gesundheitszustand und Leistungsfähigkeit, indem sie sich an den Zustand vor der Rehabilitation erinnern: „Wenn Sie jetzt noch einmal an Ihre Zeit vor der Rehabilitation denken, haben sich Ihre Beschwerden durch die Rehabilitation verbessert?“

Drei von vier Rehabilitanden werten ihre Rehabilitation als Erfolg.

Abbildung 11 zeigt, welche Bereiche sich aus Sicht der Rehabilitanden durch die psychosomatische Rehabilitation (ohne Abhängigkeitserkrankungen) verbessert haben: Drei Viertel der Rehabilitanden (75 %) berichten von einer Besserung ihrer psychosomatischen Beschwerden, wie zum Beispiel Erschöpfung, Niedergeschlagenheit, Nervosität oder innere Unruhe. Zwei Drittel der Rehabilitanden (67 %) sehen sich durch die Rehabilitation dazu motiviert, auch nach Abschluss der Rehabilitation für ihre Gesundheit aktiv zu werden und zum Beispiel Kontakt zu einer Beratungsstelle aufzunehmen, sich einer Selbsthilfegruppe anzuschließen oder eine ambulante Psychotherapie bei einem niedergelassenen Therapeuten zu beginnen. Knapp zwei Drittel der Rehabilitanden (64 %) geben eine Besserung ihres allgemeinen Gesundheitszustands an, erleben sich als leistungsfähiger in Beruf und Alltag (63 %) und sehen in der Rehabilitation einen Erfolg (62 %). Im Geschlechtervergleich bewerten Frauen die Rehabilitation tendenziell positiver: Über alle erfragten Aspekte gemittelt, berichten rund 3 % mehr Frauen als Männer über einen Behandlungserfolg durch die durchgeführte Rehabilitation.

Frauen bewerten ihre Rehabilitation etwas positiver als Männer.

Abbildung 12 fasst die Ergebnisse zum subjektiven Rehabilitationserfolg für die Rehabilitanden mit orthopädischen Erkrankungen zusammen, im Vergleich zwischen stationärer und ambulanter Rehabilitation.

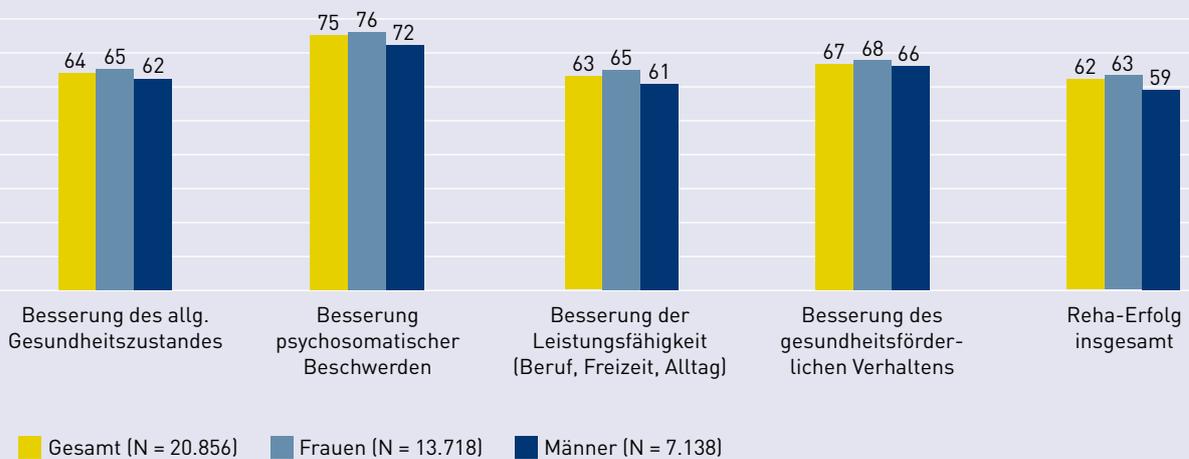
Je 70 % der ambulanten und der stationären orthopädischen Rehabilitanden sehen die durchgeführte Reha-Leistung als insgesamt erfolgreich an. Ähnlich wie bei der Messung der Zufriedenheit der Rehabilitanden mit der orthopädischen Rehabilitation – dort werden sechs von neun Aspekten nach ambulanter Rehabilitation besser bewertet – werden auch bei dem patientenseitig wahrgenommenen Reha-Erfolg vier von sechs Aspekten nach

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
<b>23</b>	<b>Medizinische Rehabilitation</b>
55	Berufliche Rehabilitation
71	Aufwendungen für Rehabilitation
77	Im Fokus
77	Reha vor Rente
87	Reha-Qualitätssicherung
96	Anhang

**Abb. 11 Behandlungserfolg aus Sicht der Rehabilitanden: Ergebnisse für psychische Erkrankungen (ohne Sucht)**

Anteile Rehabilitanden in %

100  
90  
80  
70  
60  
50  
40  
30  
20  
10  
0

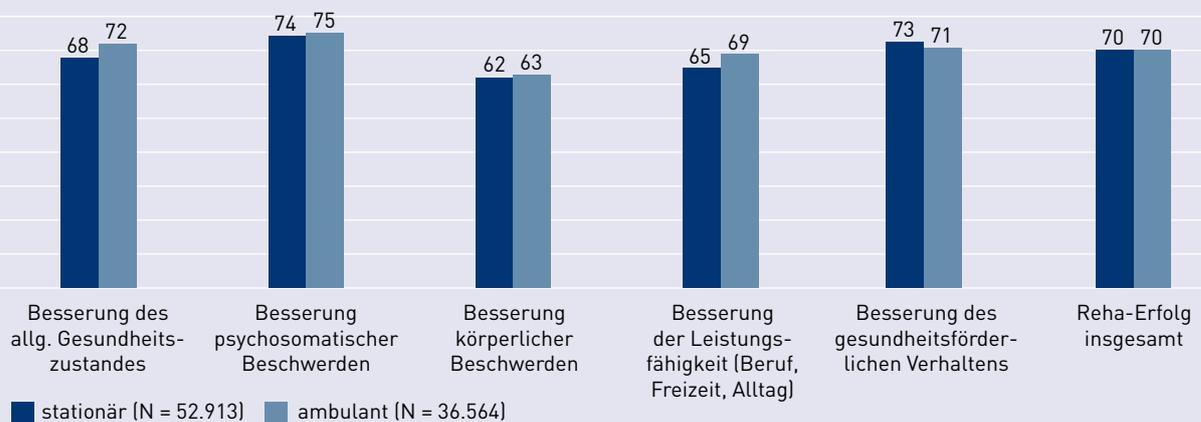


Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Rehabilitandenbefragung Apr. 2011 bis Sept. 2012

**Abb. 12 Behandlungserfolg aus Sicht der Rehabilitanden: Stationäre oder ambulante Reha wegen einer orthopädischen Erkrankung**

Anteile Rehabilitanden in %

100  
90  
80  
70  
60  
50  
40  
30  
20  
10  
0



Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Rehabilitandenbefragung stationär: Apr. 2010 bis Sept. 2011, ambulant: Apr. 2010 bis März 2011

ambulanter Rehabilitation besser bewertet. Dazu gehören die Besserung des allgemeinen Gesundheitszustands, der psychosomatischen Befindlichkeit, der körperlichen Beschwerden und der Leistungsfähigkeit. Allerdings berichten stationäre Rehabilitanden häufiger als ambulante Rehabilitanden von gesundheitsförderlichen Verhaltensumstellungen als Folge der Rehabilitation.

## Behandlungserfolg – Sozialmedizinischer Verlauf

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

Routinedaten zum Erfolg der Rehabilitation

### Sozialmedizinischer Verlauf

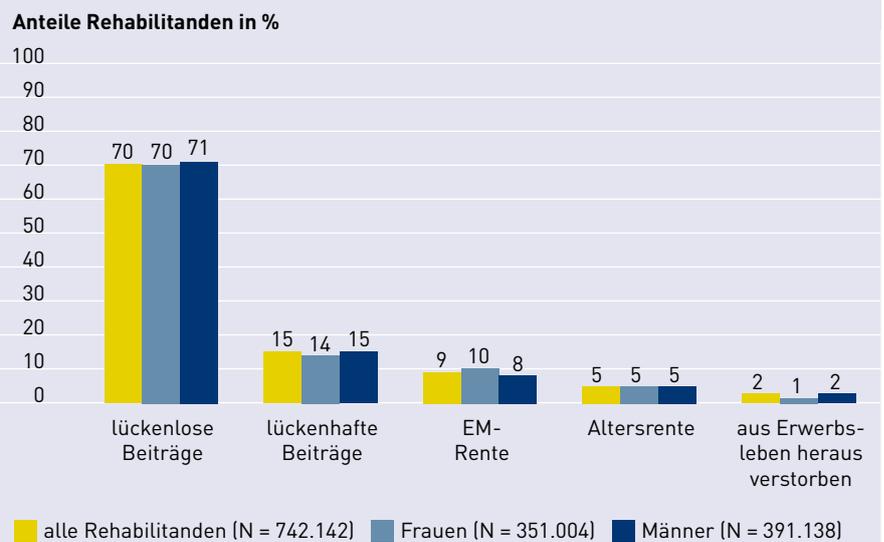
Rehabilitation der Rentenversicherung zielt darauf ab, eine vorzeitige Berentung der Versicherten zu vermeiden oder hinauszuschieben – sie will die Erwerbsfähigkeit der Versicherten möglichst auf Dauer erhalten. Als Indikator für die Erwerbsfähigkeit der Rehabilitanden wird der „Sozialmedizinische Verlauf“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

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

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
<b>23</b>	<b>Medizinische Rehabilitation</b>
55	Berufliche Rehabilitation
71	Aufwendungen für Rehabilitation
77	Im Fokus
77	Reha vor Rente
87	Reha-Qualitätssicherung
96	Anhang

In den zwei Jahren nach Rehabilitation sind 85 % der Rehabilitanden erwerbsfähig.

**Abb. 13 Sozialmedizinischer 2-Jahres-Verlauf nach medizinischer Rehabilitation in 2009 (pflichtversicherte Rehabilitanden)**



Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2004–2011

Die Erwerbsfähigkeit nach Rehabilitation unterscheidet sich erheblich zwischen den Diagnosengruppen.

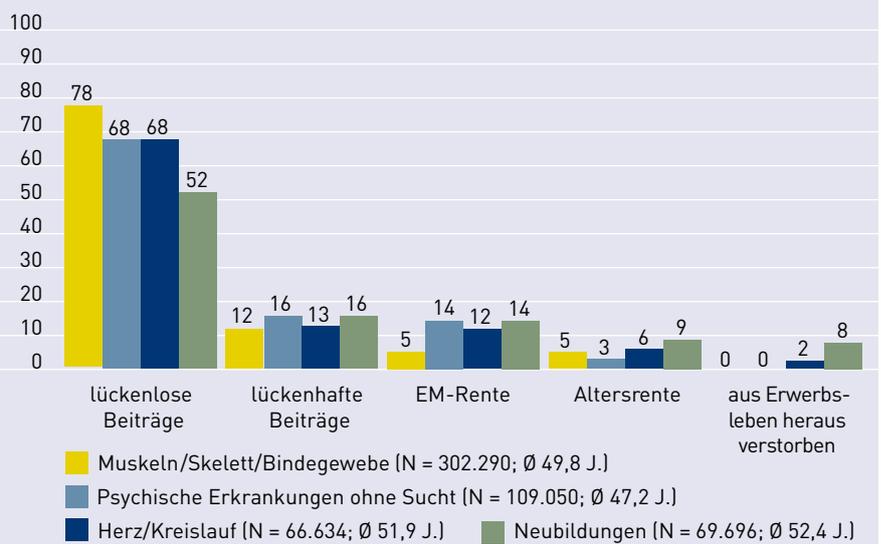
Abbildung 13 zeigt den Erwerbsverlauf von pflichtversicherten Rehabilitanden des Jahres 2009 für die nachfolgenden zwei Jahre. Nur 16 % der Personen scheidern nach einer medizinischen Rehabilitation aus dem Erwerbsleben aus: 9 % erhalten eine Erwerbsminderungsrente (EM-Rente), 5 % eine Altersrente und 2 % versterben aus dem Erwerbsleben heraus. Bei dem weitaus größten Anteil der Rehabilitanden wird das Ziel einer dauerhaften Erwerbsfähigkeit erreicht. Innerhalb der ersten 24 Monate nach der medizinischen Rehabilitation sind immerhin 85 % der Personen weiterhin erwerbsfähig und zahlen entweder lückenlos (70 %) oder mit Unterbrechungen (15 %) ihre Beiträge. Das Ergebnis zeigt den Erfolg der medizinischen Rehabilitation, wenn man bedenkt, dass vor der Rehabilitation eine erheblich gefährdete oder sogar bereits geminderte Erwerbsfähigkeit vorlag. Geschlechtsspezifische Unterschiede sind kaum erkennbar. Große Unterschiede zeigen sich dagegen zwischen den Diagnosengruppen (s. Abb. 14, S. 50).

So bleiben nach einer orthopädischen Rehabilitation mit 90 % wesentlich mehr Personen erwerbsfähig als beispielsweise nach einer onkologischen Rehabilitation (68 % bei Zusammenfassung der Kategorien lückenlose und lückenhafte Beiträge). Das Durchschnittsalter der Rehabilitanden mit Neubildungen unterscheidet sich mit rund 52 Jahren nicht sehr von dem anderer Diagnosengruppen, da in die Betrachtung des Erwerbsverlaufs nur pflichtversicherte Rehabilitanden im erwerbsfähigen Alter eingehen. Diejenigen Rehabilitanden, die nach § 31 SGB VI ihre onkologische Rehabilitation erhalten und im Rentenalter sein können, werden hier nicht erfasst.

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

**Abb. 14 Sozialmedizinischer 2-Jahres-Verlauf nach medizinischer Rehabilitation in 2009 für verschiedene Diagnosengruppen (pflichtversicherte Rehabilitanden)**

Anteile Rehabilitanden in %



Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2004–2011



## Medizinische Rehabilitation: Reha-Einrichtungen

Die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung findet überwiegend in Vertragseinrichtungen statt.

In Deutschland gab es 2012 1.212 stationäre Vorsorge- und Reha-Einrichtungen.

2010 hat die Rentenversicherung rund 67.900 Betten in Reha-Einrichtungen genutzt.

Die Rentenversicherung arbeitet bei der medizinischen Rehabilitation ihrer Versicherten mit einer Vielzahl von stationären und ambulanten medizinischen Reha-Einrichtungen zusammen. Neben den rentenversicherungseigenen Reha-Einrichtungen (2012: 78 sowie 4 speziell für Kinderrehabilitation) sind dies überwiegend Vertragseinrichtungen. Hier handelt es sich um Einrichtungen, die zwar von anderen – größtenteils privaten – Trägern betrieben werden, mit denen die Rentenversicherung aber je nach Bedarf auch längerfristige Verträge abschließt. Die Reha-Einrichtungen sind – zum Teil historisch bedingt – regional nicht gleichmäßig verteilt. Sie haben verschiedene medizinische Schwerpunkte (z. B. Orthopädie, Kardiologie) und Belegkapazitäten.

Einen ersten Eindruck über die Größenordnung der Reha-Einrichtungen geben Zahlen des Statistischen Bundesamtes. 2012 gab es demnach in Deutschland 1.212 stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Eine weitere Unterteilung in Vorsorge-Einrichtungen, die überwiegend präventive Angebote vorhalten und nicht von der Rentenversicherung belegt werden, und Rehabilitationseinrichtungen vollzieht das Statistische Bundesamt jedoch nicht.

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

### **Bettenzahlen**

Ausgehend von den Reha-Leistungen der Rentenversicherung, lässt sich der Bedarf an Betten für die stationäre Rehabilitation pro Jahr ermitteln. Dieser Bettenbedarf ergibt sich aus der Anzahl abgeschlossener Reha-Leistungen in einem Jahr multipliziert mit den durchschnittlichen Pflagetagen (Behandlungsdauer) des gleichen Jahres und geteilt durch 365 Tage (Berechnungszeitraum). Für das Jahr 2012 wurde demnach rechnerisch ein Bedarf an rund 67.900 Betten ermittelt. Dieser Bedarf wird überwiegend in Vertragseinrichtungen gedeckt (49.754 Betten). Ein knappes Viertel der durch die Rentenversicherung belegten Betten steht in rentenversicherungseigenen Reha-Einrichtungen (14.513). Insgesamt wurden in den eigenen Einrichtungen 15.521 Betten belegt, denn auch andere Reha-Träger wie Kranken- und Unfallversicherung führen dort Reha-Leistungen durch.

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

### Anzahl stationärer Reha-Einrichtungen

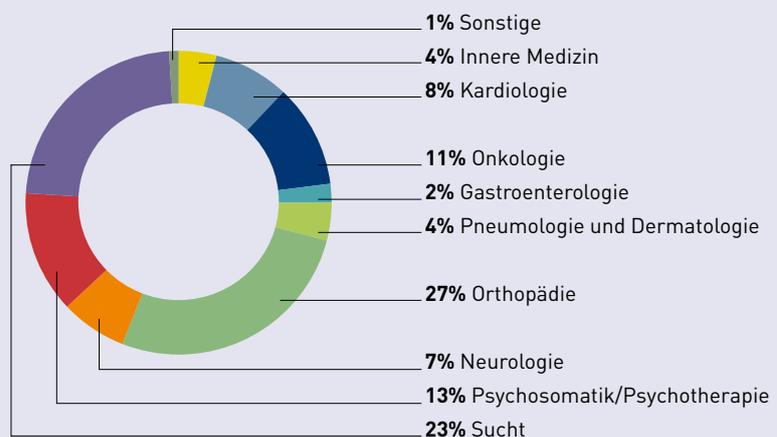
Medizinische Reha-Einrichtungen haben häufig nicht nur einen Behandlungsschwerpunkt (z. B. Kardiologie), sondern verfügen oft über verschiedene Fachabteilungen (z. B. Kardiologie und Orthopädie). Die stationären medizinischen Reha-Einrichtungen, die von der Rentenversicherung federführend belegt werden, nehmen mit ihren insgesamt 1.045 Fachabteilungen an der Reha-Qualitätssicherung durch die Rentenversicherung teil. Darüber hinaus wurden die ambulanten Reha-Zentren und die Einrichtungen der Kinderrehabilitation in das Qualitätssicherungsprogramm integriert.

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

Der prozentuale Anteil der verschiedenen stationären Fachabteilungen (s. Abb. 15) entspricht dem Reha-Bedarf für verschiedene Krankheitsbilder. Bei der Interpretation der Anteile müssen allerdings auch die Bettenanzahl der Einrichtung und die Behandlungsdauer in den jeweiligen Indikationen berücksichtigt werden: So gibt es zwar ähnlich viele Fachabteilungen für orthopädische (27%) wie für Entwöhnungsbehandlungen (Sucht, 23%), trotzdem werden deutlich mehr orthopädische Reha-Leistungen durchgeführt als Entwöhnungsbehandlungen. Spezielle Fachabteilungen für Entwöhnungsbehandlungen haben im Durchschnitt wesentlich weniger Betten als orthopädische Fachabteilungen. Zudem dauern Leistungen der somatischen Rehabilitation in der Regel nur drei bis vier Wochen, Entwöhnungsbehandlungen dagegen mehrere Monate (s. Tab. 4, S. 32).

Stationäre Fachabteilungen	Zahl
Orthopädie	284
Sucht	237
Neurologie	76
Psychosomatik/Psychotherapie	141
Onkologie	110
Kardiologie	81
Innere Medizin	38
Pneumologie/Dermatologie	39
Gastroenterologie	26
Sonstige	13
<b>Summe Fachabteilungen</b>	<b>1.045</b>

Abb. 15 Fachabteilungen in stationären Reha-Einrichtungen



Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2011

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
<b>23</b>	<b>Medizinische Rehabilitation</b>
55	Berufliche Rehabilitation
71	Aufwendungen für Rehabilitation
77	Im Fokus
77	Reha vor Rente
87	Reha-Qualitätssicherung
96	Anhang

Nach Orthopädie und Entwöhnung folgen mit deutlichem Abstand und mit einem Anteil zwischen 13 % und 7 % psychosomatisch-psychotherapeutische, onkologische, kardiologische und neurologische Fachabteilungen. Analog zur geringeren Häufigkeit entsprechender Erkrankungen in der Rehabilitation ist der Anteil gastroenterologischer, pneumologischer, dermatologischer oder internistischer Fachabteilungen noch kleiner. Ein sehr geringer Teil der Fachabteilungen kann keinem Indikationsgebiet zugeordnet werden und wird daher unter „Sonstige“ zusammengefasst (s. Abb. 15).





## 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 unten). Auch für die berufliche Rehabilitation stellt die Routinestatistik der Rentenversicherung (s. Info-Box S. 23; s. Anhang S. 96) Informationen zu Anzahl, Art und Verteilung der Reha-Leistungen zur Verfügung.

### Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)

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

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

### Anträge, Bewilligungen und durchgeführte Leistungen

Wie bei der medizinischen ist auch bei der beruflichen Rehabilitation (d. h. bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, LTA) zunächst die Initiative der Versicherten gefragt. Im Jahr 2012 reichten die Versicherten 403.938 Anträge auf LTA bei der Rentenversicherung ein (wobei ein Versicherter auch mehrere Leistungen gleichzeitig beantragen kann). 67 % der erledigten Anträge wurden bewilligt, 25 % abgelehnt und 8 % anderweitig erledigt, z. B. an den letztlich zuständigen Rehabilitationsträger weitergeleitet. Die Ablehnungen erfolgten zu knapp 76 % aus medizinischen Gründen. In den restlichen Fällen waren zumeist versicherungsrechtliche Voraussetzungen nicht erfüllt. 4 % der bewilligten Leistungen traten die Versicherten nicht an, häufig wegen familiärer Probleme oder einer Verschlechterung ihres Gesundheitszustands.

403.938 Anträge auf LTA gingen 2012 bei der Rentenversicherung ein.

## Vermittlungsbescheide

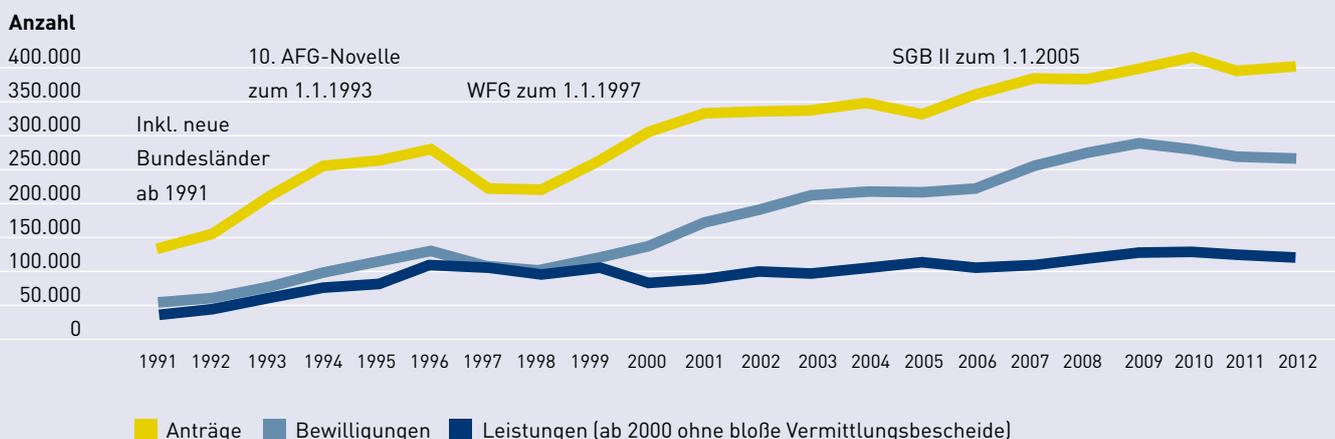
Eine Besonderheit bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind die so genannten Vermittlungsbescheide: Sie sind eine Zusage weiterer Leistungen für den Fall, dass Versicherte nach einer beruflichen Umschulung einen Arbeitsplatz finden, der ihren krankheitsbedingten Beeinträchtigungen gerecht wird. Dabei handelt es sich beispielsweise um Lohnzuschüsse an den Arbeitgeber oder die Kostenerstattung für eine behindertengerechte Umgestaltung des Arbeitsplatzes. Ein erheblicher Teil dieser Vermittlungsbescheide mündet jedoch nicht in eine Leistung (z. B. Lohnzuschuss), da kein geeigneter Arbeitsplatz gefunden wird. Seit 2000 werden bloße Vermittlungsbescheide, die nicht zu einer Leistung geführt haben, statistisch nicht mehr als abgeschlossene Leistungen erfasst.

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 Bildungsmaßnahmen bis zu zwei Jahre.

Die Zahl der Anträge, Bewilligungen und abgeschlossenen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unterliegt wie bei medizinischen Leistungen (vgl. Abb. 1, S. 24) zeitlichen Schwankungen, wenn auch nicht so ausgeprägt (s. Abb. 16). Von 1991 bis 2012 ist die Zahl der Anträge von etwa 145.000 auf mehr als 400.000 und damit auf das 2,8-fache gestiegen. Die Zahl der Bewilligungen hat sich in diesem Zeitraum beinahe verfünffacht.

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

**Abb. 16 Teilhabe am Arbeitsleben: Anträge, Bewilligungen und abgeschlossene Leistungen 1991–2012**



AFG = Arbeitsförderungsgesetz; WFG = Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz; SGB = Sozialgesetzbuch

Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2013

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
<b>55</b>	<b>Berufliche Rehabilitation</b>
71	Aufwendungen für Rehabilitation
77	Im Fokus
77	Reha vor Rente
87	Reha-Qualitätssicherung
96	Anhang

Dagegen beträgt die Zahl der abgeschlossenen Leistungen im Jahr 2012 wiederum nur das 2,7-fache des Jahres 1991. Diese Diskrepanz ist im Wesentlichen auf die Vermittlungsbescheide (s. Info-Box S. 56) zurückzuführen, die zwar bewilligt werden, aber sich ab 2000 nicht in einer vergleichbar höheren Zahl abgeschlossener Leistungen niederschlagen.

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

In den Folgejahren – mit Ausnahme des Jahres 2005 – zeigt sich wieder ein kontinuierlicher Anstieg von Anträgen und Bewilligungen. Für die abgeschlossenen Leistungen ist diese Entwicklung ähnlich – wenn auch auf einem niedrigeren Niveau (s. Abb. 16). Der Rückgang der Anträge auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) in 2005 lässt sich unter anderem auf die Einführung des SGB II (Grundsicherung für Arbeitssuchende) mit einer veränderten Zuständigkeit für Langzeitarbeitslose und auch deren Rehabilitation zurückführen. Seit 2006 zeigt sich wieder ein steigender Trend. Nach einem Rückgang der Anträge von 2010 auf 2011 (- 3,8 %) sind die Antragszahlen 2012 wieder leicht angestiegen (+ 1,6 %; s. Tab. 7). Demgegenüber sind die Bewilligungen auch in 2012 leicht rückläufig (- 0,8%), wenn auch weniger deutlich als im Vorjahr (2010 auf 2011: - 4,6 %). Die durchgeführten Leistungen bleiben 2012 ähnlich rückläufig (- 3,0 %) wie 2011 (- 3,2 %).

Von 2011 auf 2012 stiegen die LTA um 1,6 %.

**Tab. 7 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben: Anzahl der Anträge, Bewilligungen und abgeschlossenen Leistungen 2011 und 2012**

	Anträge	Bewilligungen	Leistungen
2011	397.388	271.714	130.888
2012	403.938	269.484	126.917
Steigerungsrate 2011–2012	+1,6 %	-0,8 %	-3,0 %

Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2013

### Zeitliche Entwicklung

Tabelle 8 unterlegt die zeitliche Entwicklung der abgeschlossenen LTA mit Zahlen. In dem hier dargestellten Zeitraum ab 2000 wurden im Jahr 2010 mit 135.211 die meisten LTA abgeschlossen. Nach dem leichten Rückgang 2005 auf 2006 wegen der Einführung des Sozialgesetzbuches (SGB) II (s. o.) nahmen die abgeschlossenen LTA bis 2010 wieder deutlich zu. Seit 2011 sinken die LTA, in 2012 wurden 126.917 LTA durchgeführt. Dieser Rückgang ist zu einem großen Anteil auf die rückläufige Entwicklung der LTA ab 2011 bei den Frauen zurückzuführen. Bei Frauen hat sich zwar die Anzahl

Männer nehmen LTA erheblich häufiger wahr als Frauen.

abgeschlossener Leistungen von 2000 bis 2012 etwas mehr als verdoppelt. Dennoch absolvierten sie 2012 immer noch deutlich weniger LTA als Männer. Das Verhältnis von Frauen und Männern ist in der beruflichen Rehabilitation demnach erheblich zu Gunsten der Männer verschoben.

**Tab. 8 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 2000–2012**

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

\* ab 2000 ohne statistisch gesondert erfasste bloße Vermittlungsbescheide

Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2000–2012

## 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. 17).

Leistungen zum Erlangen oder Erhalten eines Arbeitsplatzes

Die Verteilung der verschiedenen LTA fällt bei Frauen und Männern relativ ähnlich aus: Leistungen zum Erlangen oder Erhalt eines Arbeitsplatzes – hierzu gehören beispielsweise Hilfen zur Berufsausübung (z. B. technische Arbeitshilfen wie orthopädische Sitzhilfen), Kraftfahrzeughilfen (z. B. behindertengerechte Zusatzausstattung des Kfz) und Mobilitätshilfen (z. B. Umzugskostenbeihilfe bei einer auswärtigen Arbeitsaufnahme) – stellen bei Frauen wie Männern mit 38 % den größten Leistungsbereich dar. Einen weiteren großen Block bilden Leistungen zur beruflichen Bildung, die für Frauen (25 %) wie Männer (22 %) eine ähnlich große Bedeutung haben. Hierbei stehen vor allem Weiterbildungen (Umschulung, Fortbildung) und berufliche Anpassung im Vordergrund. Für Frauen und Männer ungefähr gleich bedeutsam sind die Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen (8 %) und zur Berufsvorbereitung (5 %). Männer nehmen dagegen Leistungen zur Eignungsabklärung und Arbeitserprobung (14 %) sowie Leistungen an Arbeitgeber (9 %)

Leistungen zur beruflichen Bildung

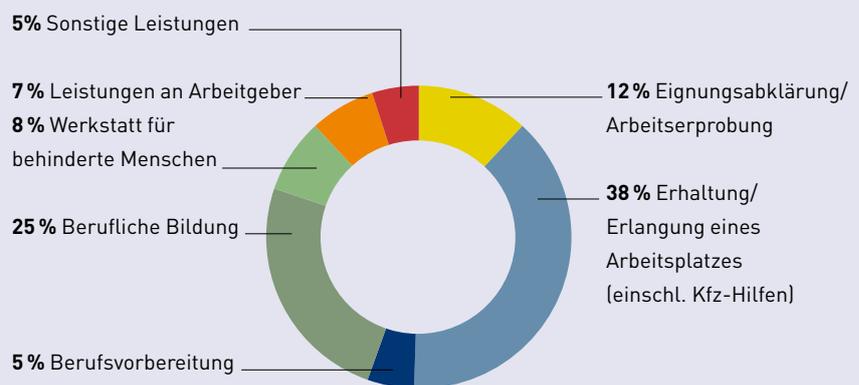
4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
<b>55</b>	<b>Berufliche Rehabilitation</b>
71	Aufwendungen für Rehabilitation
77	Im Fokus
77	Reha vor Rente
87	Reha-Qualitätssicherung
96	Anhang

etwas häufiger in Anspruch als Frauen (12 % bzw. 7 %). Bei den Leistungen an Arbeitgeber ist zwar der Arbeitgeber Begünstigter, beantragt werden sie jedoch von den Versicherten. Diese Leistungen unterstützen Arbeitgeber darin, behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen wieder ins Arbeitsleben einzugliedern.

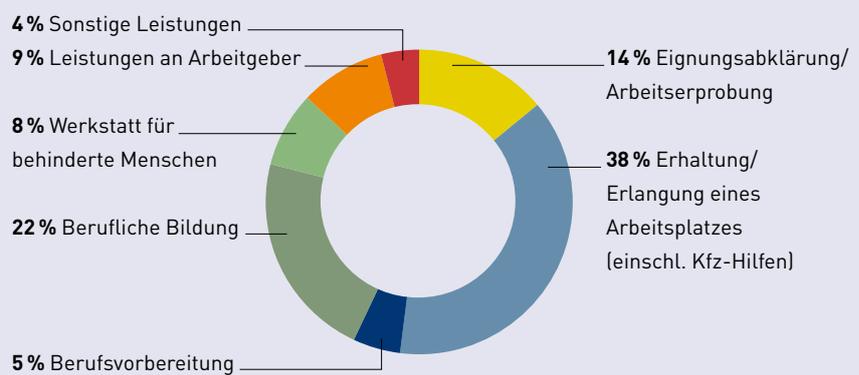
Ähnliches Leistungsspektrum bei Frauen und Männern

**Abb. 17 Spektrum der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei Frauen und Männern 2012 – abgeschlossene Leistungen**

**Frauen: 44.767 Leistungen**



**Männer: 82.150 Leistungen**



Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2012

**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. 60).

## **Berufliche Bildung**

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

## **Berufliche Weiterbildung**

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

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

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

## **Qualifizierungsmaßnahmen**

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

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

Vor allem zwei Diagnosengruppen führen zu beruflichen Bildungsleistungen (s. Abb. 18). 54 % der beruflichen Bildungsleistungen für Frauen und sogar 62 % der für Männer gingen 2012 auf Krankheiten der Muskeln, des Skeletts oder des Bindegewebes zurück. Ebenfalls von erheblicher Bedeutung sind die psychischen Erkrankungen, insbesondere bei Frauen. Hier waren sie für mehr als ein Viertel aller Bildungsleistungen der Grund, bei Männern für 15 %.

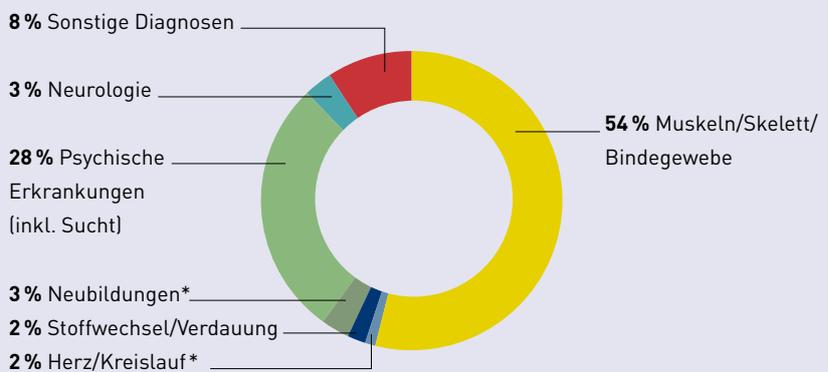
Neurologische Erkrankungen spielen eine deutlich geringere Rolle: Wegen einer solchen Erkrankung werden 3 % der Leistungen bei Frauen und 5 % der Leistungen bei Männern durchgeführt. Dieses Verhältnis zeigt sich auch bei den Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems (Frauen 2 %, Männer 4 %).

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
<b>55</b>	<b>Berufliche Rehabilitation</b>
71	Aufwendungen für Rehabilitation
77	Im Fokus
77	Reha vor Rente
87	Reha-Qualitätssicherung
96	Anhang

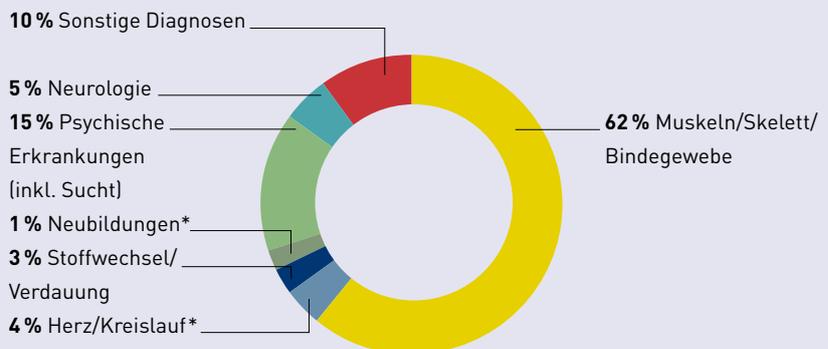
Vor allem orthopädische und psychische Erkrankungen führen zu beruflichen Bildungsleistungen.

**Abb. 18 Krankheitsspektrum bei Bildungsleistungen von Frauen und Männern 2012 – abgeschlossene Leistungen<sup>1</sup>**

**Frauen: 11.044 Bildungsleistungen**



**Männer: 17.799 Bildungsleistungen**



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

\* ohne neurologische Krankheitsbilder

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2012

**Berufliche Bildung – altersspezifische Inanspruchnahme**

Rehabilitanden, die Bildungsleistungen in Anspruch nehmen, sind im Durchschnitt wesentlich jünger als Rehabilitanden in der medizinischen Rehabilitation (s. S. 33). Das Durchschnittsalter von Frauen, die in 2012 eine berufliche Bildungsleistung abgeschlossen haben, liegt bei 44,5 Jahren. Männer waren im Durchschnitt mit 43,7 Jahren etwas jünger. Betrachtet man alle LTA, sind sowohl Frauen als auch Männer im Schnitt etwas älter als in der Teilgruppe mit beruflichen Bildungsleistungen (Frauen 45,6 Jahre, Männer 45,4 Jahre).

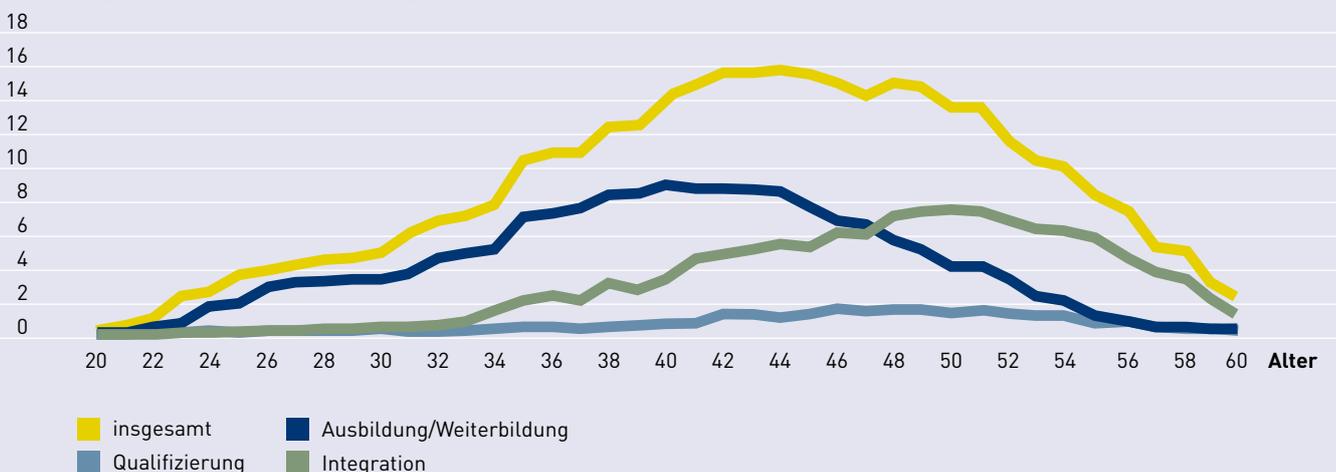
Der Altersgipfel für Bildungsleistungen insgesamt liegt bei etwa 44 Jahren.

Auch die Inanspruchnahme beruflicher Bildungsleistungen hängt, wie die Inanspruchnahme medizinischer Reha-Leistungen, mit dem Alter zusammen. Die Inanspruchnahme wird als Inanspruchnahmerate dargestellt, d. h. als Leistungen pro 10.000 Versicherte. Werden die Rehabilitanden zu Versicherten gleichen Alters in Beziehung gesetzt, erhält man die altersspezifische Inanspruchnahme. Je nach der Leistungsart ergibt sich ein unterschiedlicher altersspezifischer Verlauf bei der Inanspruchnahme beruflicher Bildungsleistungen (s. Abb. 19).

Weiterbildungen als berufliche Bildungsleistung steigen im Jahr 2012 bis zum Alter von 40 Jahren stetig an und haben dort ihr Maximum (neun Rehabilitanden auf 10.000 Versicherte). Anschließend sinkt die altersspezifische Inanspruchnahme, ab etwa 45 Jahre sogar deutlich (s. Abb. 19), d. h., Weiterbildungen werden am häufigsten bei Versicherten zwischen 40 und 44 Jahren durchgeführt. Diese relativ kostenintensiven Leistungen – vor allem Umschulungen mit einer Dauer von etwa zwei Jahren – kommen also überwiegend jüngeren Versicherten zugute, bei denen noch vermehrt die Bereitschaft und auch die Fähigkeit für diese recht anspruchsvolle Qualifizierung vorhanden sind. Ähnlich wie bei den Weiterbildungen, nur zeitlich etwas versetzt, steigt auch bei den Integrationsleistungen die Inanspruchnahme mit dem Alter bis zum Maximum bei 50 Jahren (rund 8/10.000 Versicherte gleichen Alters); in höherem Alter sinkt die Inanspruchnahme dann wieder. Bei den Qualifizierungsmaßnahmen gibt es ebenfalls einen – wenngleich moderaten – Anstieg der Inanspruchnahme mit zunehmendem Alter bis etwa 49 Jahre (rund 2/10.000 Versicherte gleichen Alters).

**Abb. 19 Berufliche Bildungsleistungen: Altersspezifische Inanspruchnahmeraten 2012**

Anzahl abgeschlossene berufliche Bildungsleistungen pro 10.000 Versicherte



Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2012, „Versicherte“ 2011

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
<b>55</b>	<b>Berufliche Rehabilitation</b>
71	Aufwendungen für Rehabilitation
77	Im Fokus
77	Reha vor Rente
87	Reha-Qualitätssicherung
96	Anhang

### Berufliche Bildung – altersstandardisierte Inanspruchnahme

Wie im vorhergehenden Abschnitt dargestellt, gibt es einen Zusammenhang zwischen der Nutzung der unterschiedlichen Bildungsleistungen und dem Alter der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden. Um die Inanspruchnahme dieser Leistungen in verschiedenen Jahren mit einander vergleichen zu können, wird das Verfahren der Altersstandardisierung angewandt (s. Info-Box S. 35). Die altersstandardisierten Inanspruchnahmeraten für die Jahre 2000 bis 2012 getrennt für Frauen und Männer in Tabelle 9 wiedergegeben.

2012 sind die Bildungsleistungen bei Frauen und Männern leicht zurückgegangen.

**Tab. 9 Leistungen zur beruflichen Bildung 2000–2012 nach Art der Bildungsleistung (altersstandardisiert – Leistungen pro 10.000 Versicherte<sup>1</sup>)**

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

■ 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 1999.

Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2000-2012, „Versicherte“ 2000-2011

Die Inanspruchnahme von Bildungsleistungen schwankt im betrachteten Zeitraum bei Frauen zwischen 4,7 (in 2000) und 7,5 (in 2010) Leistungen, bei Männern zwischen 10,1 (in 2012) und 13,1 (in 2002) Leistungen pro 10.000 Versicherte. Es zeigen sich geschlechtsspezifisch unterschiedliche Entwicklungen: Bei Frauen liegt die Inanspruchnahme 2012 mit 7,1 pro 10.000 Versicherte deutlich über der Rate im Jahr 2000 (4,7), bei Männern liegt sie 2012 mit 10,1 pro 10.000 Versicherte dagegen etwas niedriger als in 2000 (10,6).

Die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Inanspruchnahme haben sich gegenüber 2000 etwas angeglichen. Seit 2011 zeigt sich ein leicht absteigender Trend, der sich auch 2012 fortsetzt: Bei Frauen sinkt die Inanspruchnahme von 7,3 pro 10.000 Versicherte in 2011 auf 7,1 in 2012. Bei Männern sinkt sie von 10,6 pro 10.000 Versicherte in 2011 auf 10,1 in 2012.



# Berufliche Rehabilitation: Prozess und Ergebnis von Bildungsleistungen

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) sind Angebote der beruflichen Rehabilitation, die die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben ermöglichen sollen. Zu ihnen gehören die beruflichen Bildungsleistungen, die u. a. in einer neuen Ausbildung oder Umschulung bestehen können (s. Info-Box S. 60). Die Rentenversicherung entwickelt zur Sicherung der Qualität dieser Leistungen ein umfassendes Konzept, das möglichst viele Qualitätsaspekte und Reha-Einrichtungen einbezieht.

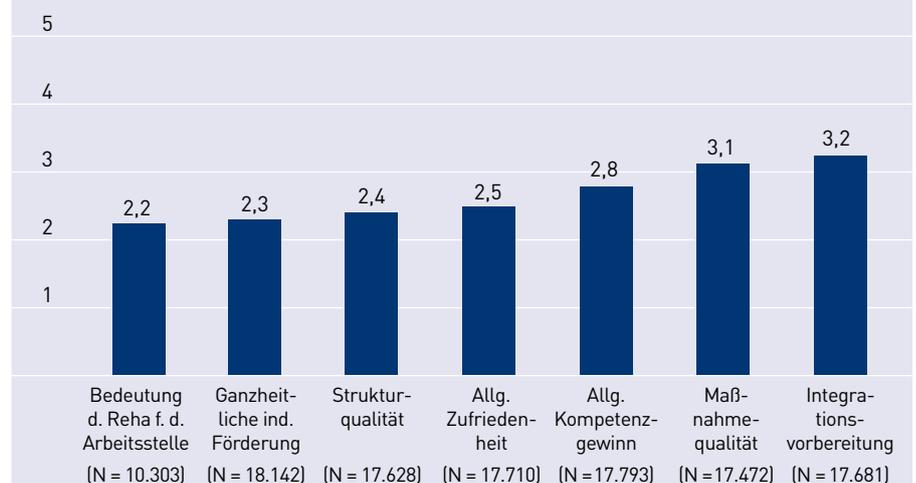
## Teilnehmerbefragung nach beruflichen Bildungsleistungen

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

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

**Abb. 20 Teilnehmerbefragung nach beruflicher Bildungsleistung: Zusammenfassende Beurteilung ausgewählter Bereiche**

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



Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Teilnehmerbefragung, Befragungszeitraum Jan. 2011 bis Juni 2012

# Berufliche Rehabilitation: Prozess und Ergebnis von Bildungsleistungen

In die Auswertung des Befragungszeitraums Januar 2011 bis Juni 2012 gingen die Angaben von 18.421 Teilnehmern einer beruflichen Bildungsleistung ein. Für etwa 17.300 der Teilnehmer liegen zusätzlich ergänzende Angaben aus den Routinedaten der Rentenversicherung vor, die weitergehende Analysen ermöglichen. Jeder Rentenversicherungsträger und jede Bildungseinrichtung, aus der mindestens 20 Teilnehmende den Fragebogen ausgefüllt haben, erhalten einen Bericht zur Qualitätssicherung mit einer Auswertung der Teilnehmerurteile.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer benoten ihre Rehabilitation im Berliner Fragebogen auf einer Skala von „1“ für sehr gut bis „5“ für sehr schlecht. Die allgemeine Zufriedenheit mit der Rehabilitation, die sich aus verschiedenen Aspekten, wie der Zufriedenheit mit der Einrichtung, dem Reha-Träger etc., zusammensetzt, liegt bei „gut“ bis „befriedigend“ (Note 2,5, s. Abb. 20, S. 65). Als „gut“ wird die Bedeutung der beruflichen Rehabilitation für die Arbeitsstelle (Note 2,2) eingeschätzt. Auch die ganzheitliche individuelle Förderung, also die laufende Einschätzung des individuellen Ausbildungsstandes und die darauf ausgerichtete Förderung seitens der Bildungseinrichtung, erhält von den Rehabilitanden eine gute Note (2,3). Ebenso positiv werden von den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden die strukturellen Aspekte, wie die technische Ausstattung oder organisatorischen Abläufe der Einrichtung eingeschätzt (Strukturqualität, Note 2,4). Unzufriedener dagegen sind die Teilnehmenden mit der Integrationsvorbereitung, d. h. den vorbereitenden Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung (Note 3,2). Die Maßnahmequalität, in die auch die Beurteilung der Arbeit der einzelnen Berufsgruppen der Reha-Einrichtung einbezogen wird, bekam ebenfalls nur ein „Befriedigend“ (Note 3,1).

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

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

	Frauen	Männer
	% der jeweils Antwortenden	
Zum Zeitpunkt der Befragung berufstätig oder schon einmal nach Abschluss der Bildungsleistung berufstätig	57 %	56 %
Von diesen geben an:		
...ein unbefristetes Arbeitsverhältnis	50 %	53 %
Die Qualifizierung war...		
...eine notwendige Voraussetzung	40 %	39 %
...eine wichtige Hilfe	35 %	34 %
...von geringer Bedeutung	8 %	10 %
...ohne Bedeutung	9 %	10 %
...keine Einschätzung möglich	8 %	8 %

Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Teilnehmerbefragung, Befragungszeitraum Jan. 2011 bis Juni 2012

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
<b>55</b>	<b>Berufliche Rehabilitation</b>
71	Aufwendungen für Rehabilitation
77	Im Fokus
77	Reha vor Rente
87	Reha-Qualitätssicherung
96	Anhang

Drei Viertel der Befragten halten die berufliche Bildungsleistung für notwendig, um einen Arbeitsplatz zu erlangen.

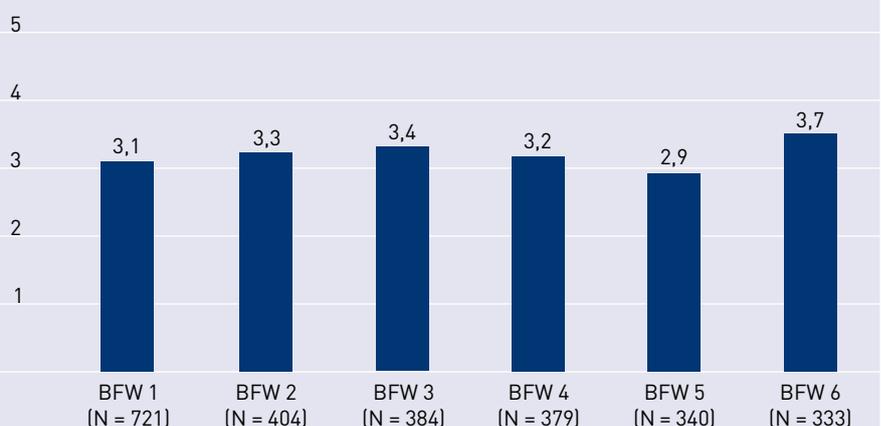
Der Berliner Fragebogen thematisiert auch die Eingliederung in den Arbeitsmarkt nach der Rehabilitation (s. Tab. 10). Über die Hälfte der Befragten, die geantwortet haben, gibt an, in den sechs Monaten nach Ende der Bildungsleistung eine Beschäftigung aufgenommen zu haben. Die Unterschiede zwischen Frauen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

Absolventen von Bildungsleistungen, die zum Befragungszeitpunkt nicht berufstätig sind, geben als wesentliche Gründe dafür an: schlechter regionaler Arbeitsmarkt (Frauen 53 %, Männer 52 %), verschlechterter Gesundheitszustand (48 % bzw. 46 %) sowie geringe Unterstützung bei der Stellensuche (37 % bzw. 38 %).

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

**Abb. 21 Teilnehmerzufriedenheit mit der Integrationsvorbereitung: Sechs Berufsförderungswerke (BFW) im Vergleich**

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



Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Teilnehmerbefragung, Befragungszeitraum Jan. 2011 bis Juni 2012

# Berufliche Rehabilitation: Prozess und Ergebnis von Bildungsleistungen

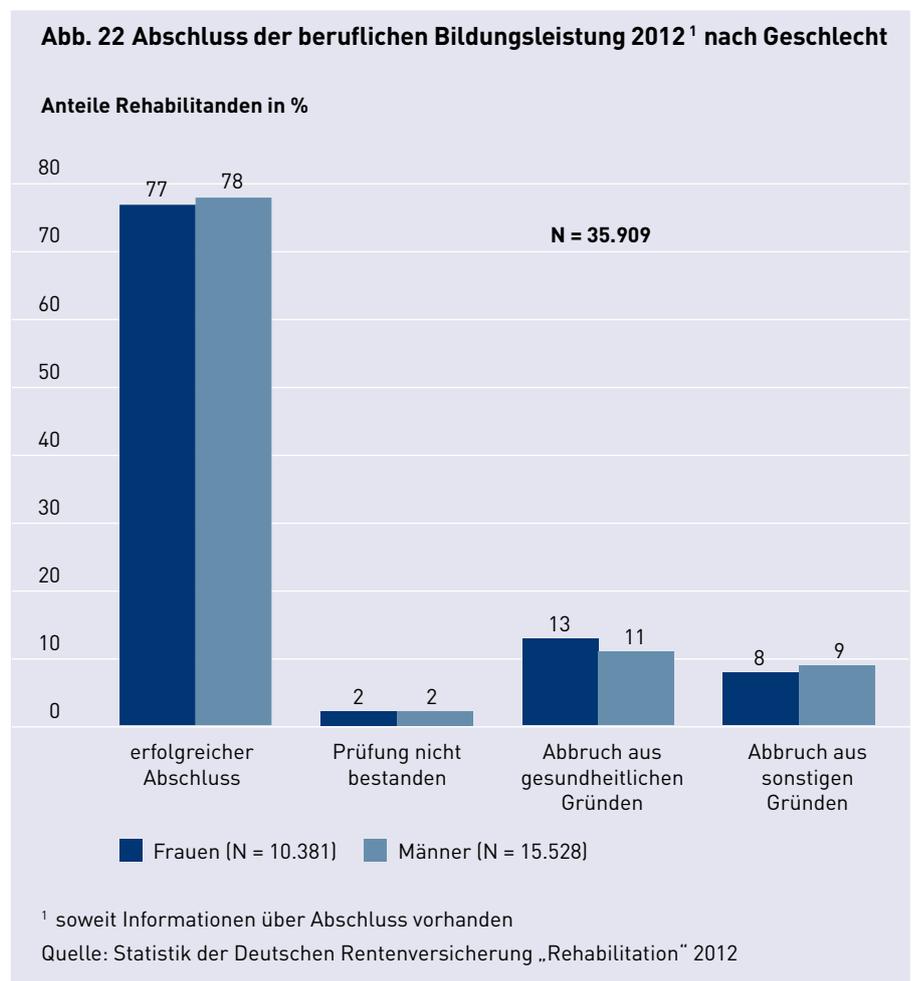
schon während der Bildungsmaßnahme sind in Abbildung 21 (s. S. 67) die Teilnehmerbewertungen für sechs Berufsförderungswerke (BFW, Bildungseinrichtungen für Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit erhöhtem Förderbedarf) wieder auf einer Skala von „1“ für sehr gut bis „5“ für sehr schlecht dargestellt. Während die Teilnehmer in BFW 5 die Integrationsvorbereitung mit der Note 2,9, also als „befriedigend“ bewerten, liegt die Zufriedenheit in BFW 6 mit einer Note von 3,7 deutlich niedriger.

## Abschluss der beruflichen Bildungsleistungen

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

Drei Viertel der Befragten schließen ihre berufliche Bildungsleistung erfolgreich ab.

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



4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
<b>55</b>	<b>Berufliche Rehabilitation</b>
71	Aufwendungen für Rehabilitation
77	Im Fokus
77	Reha vor Rente
87	Reha-Qualitätssicherung
96	Anhang

davon mehr als die Hälfte aus gesundheitlichen Gründen – hier ist der Anteil der Frauen etwas höher (s. Abb. 22). Meist beenden die Versicherten selbst die Bildungsmaßnahme vorzeitig, selten der Rentenversicherungsträger.

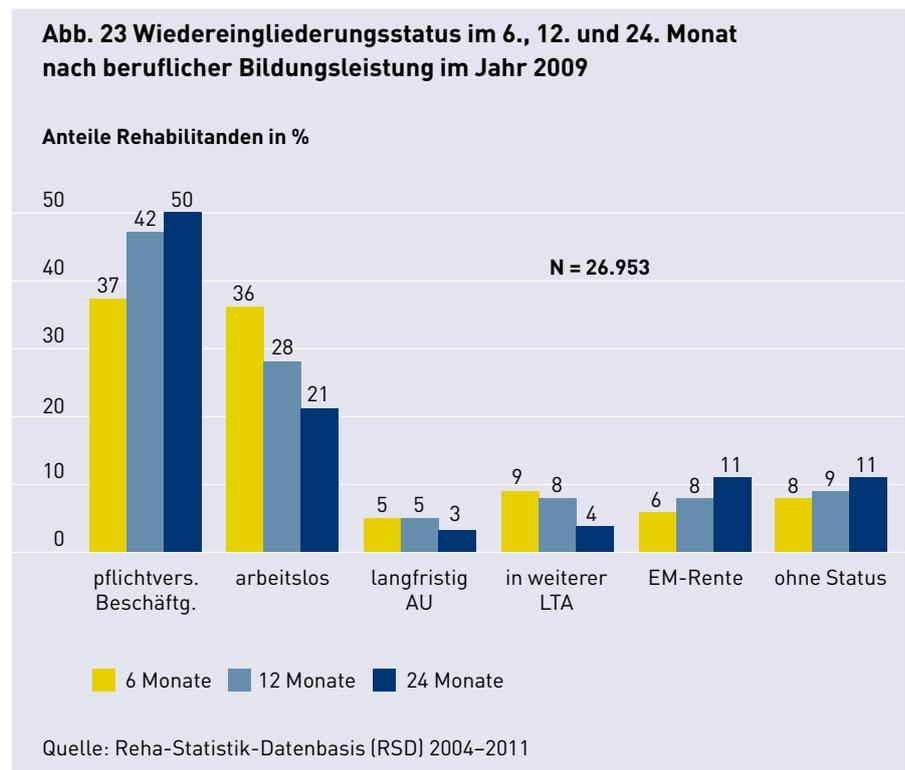
2013 wird aus den Routinedaten der Rentenversicherung wieder ein LTA-Bericht zum Ergebnis (Abschluss) der beruflichen Bildungsleistungen erstellt – einrichtungsbezogen für 120 Reha-Einrichtungen und alle Rentenversicherungsträger. Der Bericht basiert auf den Routinedaten der Rentenversicherung. Einbezogen wurden alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer einer beruflichen Bildungsleistung (Qualifizierung, Aus- und Weiterbildung oder Integrationsmaßnahme), die im Jahr 2012 ihre Leistung beendeten.

### Sozialmedizinischer Status nach beruflichen Bildungsleistungen

Ein weiterer Qualitätsaspekt ist die Darstellung des Wiedereingliederungsstatus. Der Erfolg der beruflichen Bildungsleistungen bemisst sich wesentlich am Anteil der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, der anschließend dauerhaft erwerbstätig ist. Die Routinedaten der Rentenversicherung ermöglichen dazu eine Betrachtung über die beiden Jahre nach der Bildungsleistung (s. Abb. 23).

Die berufliche Wiedereingliederung der Rehabilitanden und Rehabilitandinnen, die 2009 ihre Bildungsleistung abgeschlossen haben, nimmt im Verlauf der beiden folgenden Jahre zu: Sind im sechsten Monat nach Ende der Bildungsleistung 37 % pflichtversichert beschäftigt, erhöht sich dieser Anteil

Noch zwei Jahre nach der Bildungsleistung nimmt die Beschäftigungsrate zu.



# Berufliche Rehabilitation: Prozess und Ergebnis von Bildungsleistungen

nach zwei Jahren auf rund 50 %. Im selben Zeitraum sinkt der Anteil der Arbeitslosen von anfänglich 36 % auf 21 %.

Der Anteil der langfristig Arbeitsunfähigen nimmt im Nachbetrachtungszeitraum kaum ab. Ein Teil von ihnen erhält eine Erwerbsminderungsrente (EM-Rente). Während ein Jahr nach der Bildungsleistung noch etwa 8 % der Personen eine weitere LTA benötigen, beispielsweise eine Integrationsmaßnahme, so halbiert sich dieser Anteil zum Ende des zweiten Jahres. Für etwa jeden Zehnten liegen am Ende des zweiten Jahres nach der beruflichen Rehabilitation keine weiteren Daten vor, zum Beispiel weil sie als Selbständige keine Beiträge an die Rentenversicherung zahlen.

Frauen sind nach einer Bildungsleistung etwas seltener pflichtversichert beschäftigt als Männer.

Frauen und Männer unterscheiden sich teilweise hinsichtlich ihrer Wiedereingliederung. Im 24. Monat nach der Bildungsleistung sind etwas weniger Frauen als Männer pflichtversichert beschäftigt (Frauen 51 %, Männer 49 %) bzw. arbeitslos (Frauen 18 %, Männer 23 %). Der Anteil an EM-Renten ist bei Frauen mit 13 % höher als bei Männern mit 10 %.

Für den Wiedereingliederungsstatus wird 2013 ein Bericht mit dem Titel „Sozialmedizinischer Status nach beruflichen Bildungsmaßnahmen“ an 90 Reha-Einrichtungen und alle Rentenversicherungsträger versendet. Dem Bericht liegen Routinedaten der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zugrunde, die im Jahr 2009 ihre Leistung abgeschlossen haben. Auch hier wurde ein Bericht erzeugt, wenn Daten von mindestens 20 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden aus einer Einrichtung vorliegen. Der sozialmedizinische Status kann nur bedingt als Qualitätsindikator für die Einrichtungen gesehen werden, da eine Wiedereingliederung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden auch von anderen Einflussfaktoren, wie beispielsweise der regionalen Arbeitsmarktlage, dem erfolgreichen Abschluss einer Maßnahme oder auch der Sozialschicht, abhängig ist.



## Aufwendungen für Rehabilitation

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

### Aufwendungen im Jahr 2012

2012 gab die Rentenversicherung  
5,86 Mrd. Euro für Rehabilitation aus.

2012 gab die Deutsche Rentenversicherung insgesamt ca. 5,86 Mrd. € für Rehabilitation aus (Bruttoaufwendungen). Da diesen Ausgaben auch Einnahmen, z. B. aus Zuzahlungen der Versicherten gegenüberstehen, entstanden 2012 Nettoaufwendungen in Höhe von 5,68 Mrd. €. Dies entspricht einer Steigerungsrate von + 3,7 % von 2011 auf 2012.

Der Rentenversicherung wird für ihre Reha-Ausgaben gesetzlich ein Budget vorgegeben. 2012 standen dafür 5,67 Mrd. € zur Verfügung. Mit den o. g. Gesamtausgaben für Rehabilitation hat die Rentenversicherung dieses Budget in 2012 um rund 13 Mio. oder 0,23 % überschritten. Ein Blick auf die ersten neun Monate in 2013 zeigt, dass sich die Zahlen zu den Reha-Anträgen und Bewilligungen deutlich verhaltener entwickeln als in den Jahren zuvor (vgl. S. 26).

**Tab. 11 Bruttoaufwendungen<sup>1</sup> für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben 2000–2012 in Mio. €**

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

<sup>1</sup> Bruttoaufwendungen sind Reha-Ausgaben zuzügl. Erstattungen; ab 2011 ist „Persönliches Budget“ in der Summe enthalten.

Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2013

Eine stationäre Rehabilitation bei körperlichen Erkrankungen kostete 2012 im Durchschnitt 2.621 Euro, eine ambulante Rehabilitation 1.761 Euro.

Die Aufwendungen für Rehabilitation enthalten neben den Kosten, die in den Reha-Einrichtungen anfallen, auch Entgeltersatzleistungen (Übergangsgelder) und Sozialversicherungsbeiträge für Rehabilitanden (s. Tab. 11, S. 71). Von den Gesamtaufwendungen für Rehabilitation in 2012 entfielen rd. 1,03 Mrd. € brutto (17,6 %) auf Übergangsgelder, die zum Beispiel dann anfallen, wenn Rehabilitanden aufgrund von länger dauernden Maßnahmen, dem Bezug von Krankengeld oder bei Arbeitslosigkeit keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung haben. Dagegen leisteten die Rehabilitanden in der medizinischen Rehabilitation 2012 insgesamt 60,1 Mio. € Zuzahlungen, das sind im Durchschnitt 60 € pro Reha-Leistung.

Für eine einzelne stationäre medizinische Rehabilitation bei körperlichen Erkrankungen betragen die direkten Behandlungskosten – ohne ergänzende Leistungen wie Übergangsgeld oder Reisekosten – im Jahr 2012 im Schnitt 2.621 €. Ambulant erbrachte Reha-Leistungen bei körperlichen Erkrankungen kosteten durchschnittlich 1.761 €. Die geringeren Kosten der ambulanten Rehabilitation lassen sich unter anderem durch den Wegfall der so genannten Hotelkosten erklären. Allerdings können durch das tägliche Aufsuchen der Reha-Einrichtung höhere Fahrtkosten anfallen. Bei psychischen oder Abhängigkeitserkrankungen lagen die mittleren Kosten mit 6.055 € pro stationärer Rehabilitation deutlich höher, was sich durch ihre längere Dauer, vor allem bei Suchterkrankungen, erklärt.

**Abb. 24 Aufwendungen<sup>1</sup> für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) 2000–2012 (inkl. Übergangsgeld, ohne Sozialversicherungsbeiträge und persönliches Budget)**



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

Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2013

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
55	Berufliche Rehabilitation
<b>71</b>	<b>Aufwendungen für Rehabilitation</b>
77	Im Fokus
77	Reha vor Rente
87	Reha-Qualitätssicherung
96	Anhang

### Entwicklung der Aufwendungen ab 2000

Abbildung 24 gibt die Entwicklung der Aufwendungen ab 2000 wieder. Tabelle 11 (s. S. 71) gewährt einen differenzierten Einblick zu den Kosten nach Leistungsgruppen. Die Aufwendungen für Rehabilitation (brutto, incl. Sozialversicherungsbeiträge) nehmen in dem betrachteten Zeitraum insgesamt kontinuierlich zu, bis auf einen leichten Rückgang in den Jahren 2004–2006. In 2012 fallen sie um rund 29 % höher aus als im Jahr 2000. Die Zahlen dieser beiden Jahre sind aufgrund der zu berücksichtigenden Preissteigerungen jedoch nicht direkt vergleichbar. Der Blick auf die Ausgabenentwicklung für medizinische Rehabilitation und LTA zeigt eine dynamischere Entwicklung bei den LTA. Während die Aufwendungen für medizinische und sonstige Reha-Leistungen inkl. Übergangsgeld 2012 zu etwa 27 % über dem Niveau von 2000 liegen, haben sich diejenigen für LTA im Vergleich zu 2000 um 40 % erhöht (s. Tab. 11).

Die Aufwendungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und für medizinische Rehabilitationsleistungen haben sich in dem betrachteten Zeitraum teilweise gegenläufig entwickelt. In den Jahren 2000 bis 2003 steigen die Ausgaben sowohl für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben als auch für medizinische Rehabilitation – für LTA sogar kräftig. Während sich diese Aufwärtstendenz bei LTA bis zum Jahr 2005 fortsetzt, sinken die Aufwendungen für medizinische Rehabilitation bis zum Jahr 2006. Nach einer rückläufigen Entwicklung in den Jahren 2006 bis 2008 nehmen die Ausgaben für LTA seit 2009 wieder zu – bis auf 2012. Gegenüber dem Vorjahr verringern sich die Aufwendungen für LTA wieder. Dagegen zeigt sich bei den Aufwendungen für medizinische Rehabilitation seit 2006 ein kontinuierlicher Anstieg.

Insgesamt hat sich im betrachteten Zeitraum das Verhältnis zwischen den Aufwendungen für medizinische Rehabilitation und berufliche Rehabilitation etwas zugunsten letzterer verändert: Lag 2000 das Verhältnis noch bei 4,1:1, lag es 2012 bei etwa 3,7:1.

### Vergleich zu weiteren Ausgaben der Rentenversicherung

Mit den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben verfolgt die Rentenversicherung das gesetzlich vorgegebene Ziel, die Erwerbsfähigkeit ihrer Versicherten zu erhalten und eine drohende Berentung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit abzuwenden oder zumindest aufzuschieben. In Tabelle 12 werden die Aufwendungen für Rehabilitation den Aufwendungen der Rentenversicherung insgesamt sowie für verschiedene Rentenarten gegenüber gestellt.

Trotz ihrer großen Bedeutung beanspruchen die Leistungen zur Teilhabe, d. h. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben, im Jahr 2012 mit 2,2 % nur einen geringen Anteil aller Aufwendungen der Rentenversicherung. Die Aufwendungen für Rehabilitation stehen zu denjenigen für Erwerbsminderungsrenten (6 %) etwa im Verhältnis 1:2,7.

2012 betragen die Ausgaben für LTA etwa ein Fünftel der Gesamtausgaben für Rehabilitation.

Ausgaben für Rehabilitation entsprachen 2012 nur 2,2 % der Gesamtausgaben der Rentenversicherung.

**Tab. 12 Ausgaben der gesetzlichen Rentenversicherung 2012 nach Ausgabearten in Mio. €**

Ingesamt	Rehabilitation*	Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit	Altersrenten	Hinterbliebenenrenten	sonst. Ausgaben (v. a. KVdR**)	Verwaltungs- und Verfahrenskosten
255.370	5.679	15.235	174.695	39.301	16.815	3.645
100,0 %	2,2 %	6,0 %	68,4 %	15,4 %	6,6 %	1,4 %

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

\*\* KVdR = Krankenversicherung der Rentner

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung – Rechnungsergebnisse 2012

## Rehabilitation rechnet sich – Amortisationsmodell 2012

Rechnet sich die medizinische Rehabilitation? Berechnungen zum Verhältnis von Kosten und Nutzen aus der Perspektive der Rentenversicherung zeigen, dass sich schon durch das Hinausschieben des Bezuges einer Erwerbsminderungsrente um nur vier Monate die medizinische Rehabilitation amortisiert. Grundlage bildet das Modell der Amortisation (Schneider 1989), das nur die direkten Kosten und den Nutzen für die Rentenversicherung einbezieht (s. Abb. 25).

Dies sind auf der Kostenseite die Aufwendungen für die medizinische Rehabilitation, die 2012 im Durchschnitt rd. 4.400 € betragen (Zuzahlungen der Versicherten und anteilige Verwaltungskosten werden dabei nicht berücksichtigt).

**Abb. 25 Amortisationsmodell der medizinischen Rehabilitation (ohne sonstige Leistungen nach § 31 SGB VI)**



Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2012; Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2013; eigene Berechnungen

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
55	Berufliche Rehabilitation
<b>71</b>	<b>Aufwendungen für Rehabilitation</b>
77	Im Fokus
77	Reha vor Rente
87	Reha-Qualitätssicherung
96	Anhang

Die Rehabilitation rechnet sich für die Rentenversicherung.

Als Nutzen werden Beitragseinnahmen und nicht erfolgte Rentenzahlungen wegen Erwerbsminderung erfasst. Pro Monat der Erwerbstätigkeit erhält die Rentenversicherung Beiträge in Höhe von im Mittel 540 € und spart gleichzeitig die Erwerbsminderungsrente mit einer durchschnittlichen Höhe im Rentenzugang von 607 €; zusammen ergibt sich also ein Nutzen von 1.147 € pro Monat. Im Ergebnis zeigen diese – zugegeben groben – Überlegungen, dass sich die medizinische Rehabilitation bereits in kurzfristiger Perspektive bezahlt macht, wenn sie die Erwerbsminderung um rund vier Monate hinausschiebt.

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





## Medizinische Rehabilitation vor Erwerbsminderungsrente

Grundsatz:  
Reha vor Rente

Gesetzlicher Auftrag der Rentenversicherung ist es, mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA, berufliche Rehabilitation) die Erwerbsfähigkeit ihrer Versicherten zu erhalten oder wiederherzustellen. Dadurch soll eine vorzeitige Berentung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (Erwerbsminderungsrente, EM-Rente) verhindert oder zumindest hinausgeschoben werden, nach dem Grundsatz „Reha vor Rente“.

### **Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit**

Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (EM-Rente) kann erhalten, wer wegen Krankheit oder Behinderung weniger als sechs Stunden täglich arbeiten kann. Dies wird durch die Rentenversicherung geprüft. Neben den medizinischen Voraussetzungen sind versicherungsrechtliche Voraussetzungen festgelegt: Grundsätzlich müssen in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung mindestens drei Jahre mit Pflichtbeiträgen vorliegen. Außerdem muss die Person in der Regel mindestens fünf Jahre versichert sein (so genannte allgemeine Wartezeit). Von 2005 bis 2010 zählten auch Zeiten des Bezuges von Arbeitslosengeld II als Pflichtbeiträge.

Rente wegen voller Erwerbsminderung erhält, wer wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit nur noch weniger als drei Stunden täglich arbeiten kann. Teilweise erwerbsgemindert ist, wer mindestens drei und nicht mehr als sechs Stunden täglich arbeiten kann. Die Rente ist dann halb so hoch.

In der Regel werden Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit für einen festgelegten Zeitraum (max. drei Jahre) bewilligt, es sei denn, eine Besserung erscheint unwahrscheinlich. Nach dem Grundsatz „Reha vor Rente“ wird vor der Bewilligung einer EM-Rente immer geprüft, ob die Erwerbsfähigkeit durch medizinische oder berufliche Rehabilitation wieder hergestellt werden kann.

Betrachtet man die Beziehung zwischen Reha-Bedarf und Reha-Inanspruchnahme, sind folgende Informationen bedeutsam: Wie viele Versicherte benötigen eine Rehabilitation? Wie viele beantragen eine Rehabilitation und nehmen sie dann auch tatsächlich in Anspruch? Wie viele Versicherte werden trotz gegebenem Rehabilitationsbedarf nicht rehabilitativ versorgt? Zur Beantwortung dieser Fragen wird zunächst die rehabilitative Versorgung der Versicherten mit Rehabilitationsbedarf untersucht.

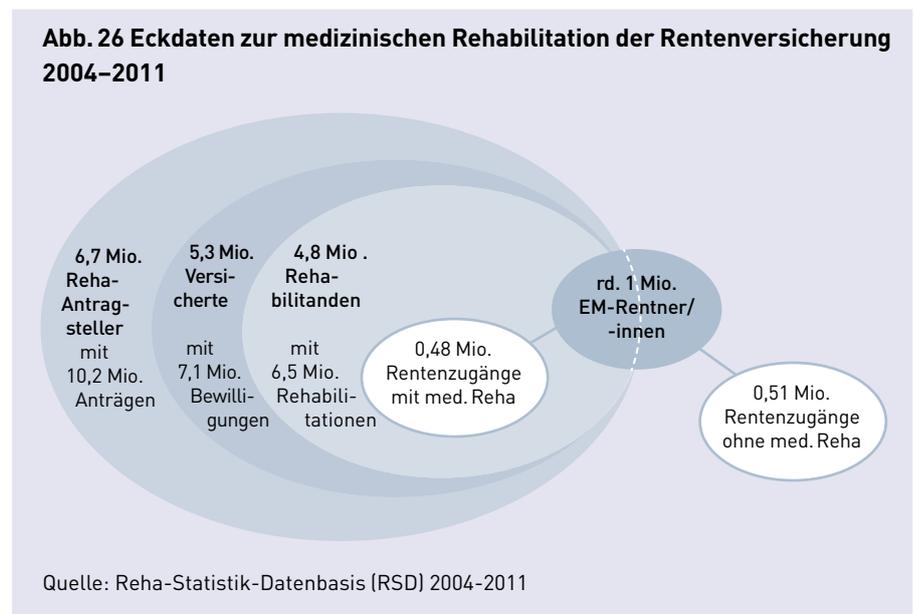
# Medizinische Rehabilitation vor Erwerbsminderungsrente

Anschließend wird ermittelt, inwieweit medizinische Rehabilitationen im Vorfeld einer Berentung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit durchgeführt wurden: Nach dem Konzept der „Reha-Anamnese“ wird für alle Versicherten, die in einem Jahr erstmalig eine Erwerbsminderungsrente bezogen haben, geprüft, ob sie in den fünf Jahren vor ihrer Berentung (Datum des Rentenbescheids) eine medizinische Rehabilitation in Anspruch genommen haben. Ist dies der Fall, spricht man von einer positiven Reha-Anamnese.

## Die rehabilitative Versorgung der Versicherten

Voraussetzung für die Durchführung einer medizinischen Rehabilitation ist in aller Regel ein Antrag des bzw. der Versicherten. Auf Grundlage des Antrags und begleitender Befunde wird durch die Rentenversicherung u. a. geprüft, ob eine Rehabilitation notwendig ist (sozialmedizinisch festgestellte Reha-Bedürftigkeit; s. S. 23 Rehabilitation) und ob durch die Rehabilitation voraussichtlich die Erwerbsfähigkeit erhalten oder wieder hergestellt werden kann, also eine positive Erwerbsprognose vorliegt.

Angaben über den rehabilitativen Versorgungsgrad sind aus den Daten der Rentenversicherung erst ab der Antragstellung möglich. Die Zahlen dazu zeigt Abbildung 26:



2004–2011:  
10 Mio. Reha-Anträge

Im Zeitraum von 2004 bis 2011 haben 6,7 Mio. Versicherte insgesamt 10,2 Mio. Anträge auf medizinische Rehabilitation gestellt. Davon wurden knapp 70 % bewilligt. Ein sozialmedizinisch festgestellter Reha-Bedarf liegt somit für 5,3 Mio. Versicherte vor. Etwa 30 % der Anträge wurden abgelehnt: Ein gutes Drittel davon wurde wegen fehlender Zuständigkeit an zuständige andere Reha-Träger weitergeleitet (z. B. die Krankenversicherung). Knapp 60 % aller Ablehnungen erfolgten, weil die Leistung sozialmedizinisch als nicht notwen-

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
55	Berufliche Rehabilitation
71	Aufwendungen für Rehabilitation
77	Im Fokus
<b>77</b>	<b>Reha vor Rente</b>
87	Reha-Qualitätssicherung
96	Anhang

dig oder aber als nicht Erfolg versprechend beurteilt oder die 4-Jahres-Frist nach einer früheren medizinischen Rehabilitation nicht eingehalten wurde. Die restlichen nicht bewilligten Anträge erledigten sich anderweitig, weil beispielsweise der Reha-Antrag zurückgezogen wurde oder der/die Antragsteller(in) zwischenzeitlich unbekannt verzogen war.

2004-2011:  
1 Mio. Versicherte erhalten  
erstmalig EM-Rente.

In den Jahren 2004 bis 2011 beendeten 4,8 Mio. Versicherte (mindestens) eine medizinische Rehabilitation. Im gleichen Zeitraum erhielten knapp 1 Mio. Versicherte erstmalig eine Erwerbsminderungsrente. Sie sind sozialmedizinisch ebenfalls grundsätzlich als rehabilitationsbedürftig anzusehen.

Davon nehmen 0,48 Mio. vorher  
Rehabilitation in Anspruch.

Von diesen Erwerbsminderungsrentnerinnen und -rentnern weisen je etwa die Hälfte eine positive bzw. negative Reha-Anamnese auf: Rd. 0,48 Mio. Versicherte haben eine medizinische Rehabilitation im Vorfeld erhalten, rd. 0,51 Mio. erhielten keine Rehabilitation (s. Abb. 26). Dabei wird die positive Reha-Anamnese eher unterschätzt, da Versicherte mit EM-Rentenzugang auch außerhalb des hier betrachteten Zeitraums eine medizinische Rehabilitation erhalten haben konnten: So können z. B. Versicherte mit EM-Rentenzugang in 2004 in den vorhergehenden Jahren eine Rehabilitation in Anspruch genommen haben, die aufgrund des Untersuchungszeitraums 2004 bis 2011 nicht ermittelt werden konnte. Die negative Reha-Anamnese wird demgegenüber eher überschätzt: Nicht alle EM-Renterinnen bzw. -Rentner haben einen sozialmedizinisch begründeten Rehabilitationsbedarf. Das ist dann der Fall, wenn zum Zeitpunkt des Antrags auf Erwerbsminderungsrente keine positive Erwerbsprognose mehr vorliegt. Trotz aller Unschärfe kann aber festgestellt werden, dass den 4,8 Mio. Versicherten mit Rehabilitation nur 0,51 Mio. gegenüber stehen, die zwar möglicherweise einen sozialmedizinisch begründeten Rehabilitationsbedarf aufwiesen, in dem betrachteten Zeitraum aber keine medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung erhielten (wohl aber möglicherweise eine der Krankenversicherung).

Die folgenden Untersuchungen konzentrieren sich ausschließlich auf die rehabilitative Versorgung im Vorfeld von Erwerbsminderungsrenten. Dabei wird der Frage nachgegangen, welche Faktoren eine positive Reha-Anamnese, also die Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation, fördern. Die Untersuchungspopulation bilden Versicherte, die 2010 erstmalig wegen verminderter Erwerbsfähigkeit berentet wurden. Es werden vor allem die Unterschiede in der rehabilitativen Versorgung zwischen Männern und Frauen, zwischen Altersgruppen und zwischen ausgewählten Krankheitsbildern in den Blick genommen.

### **Reha-Anamnese von Erwerbsminderungsrentnerinnen und -rentnern des Bescheidjahres 2010**

Bei rund einem Fünftel aller Bewilligungen von Renten an Versicherte ist die verminderte Erwerbsfähigkeit der Grund für die Berentung. Die restlichen Rentenbewilligungen umfassen Altersrenten. Im Jahr 2010 bezogen 153.851 Versicherte erstmalig eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, davon knapp die Hälfte Frauen. Frauen sind zum Zeitpunkt der Berentung mit

# Medizinische Rehabilitation vor Erwerbsminderungsrente

Häufigster Grund für EM-Renten:  
Psychische Erkrankungen

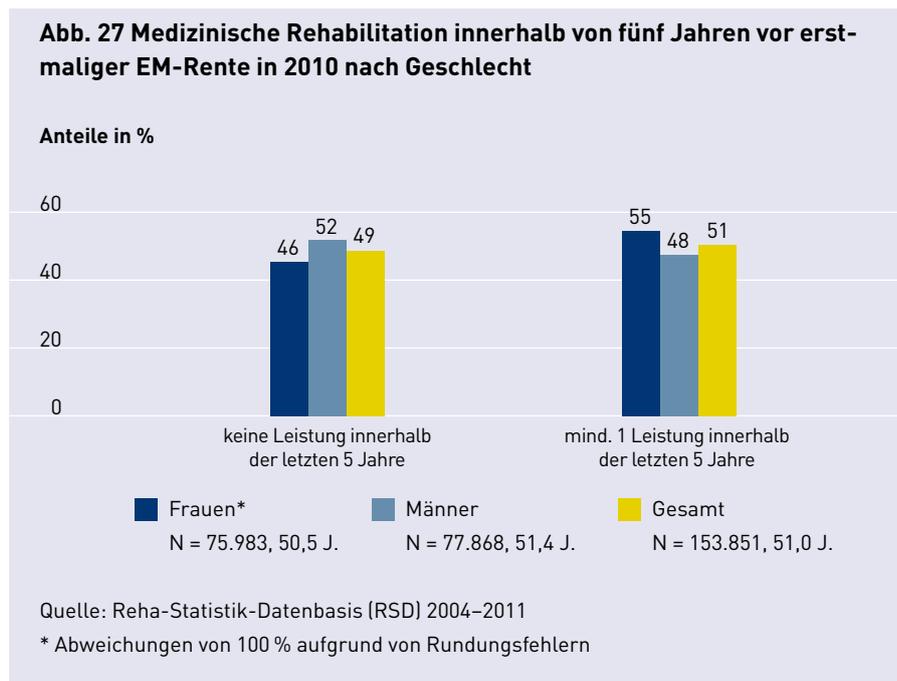
50,5 Jahren im Schnitt etwa ein Jahr jünger als Männer (51,4 Jahre). Die häufigsten Berentungsdiagnosen stellen mit 41 % die psychischen Störungen (inkl. Sucht) dar, gefolgt von orthopädischen Erkrankungen (Krankheiten der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes, 14 %) und neurologischen Krankheiten sowie Neubildungen mit jeweils 11 %.

2010: Reha vor Rente bei 51 %

## Reha-Anamnese und Geschlecht

Durchschnittlich erhielten 49 % der Versicherten vor dem EM-Rentenzugang in 2010 keine medizinische Rehabilitation; für 51 % lag eine positive Reha-Anamnese vor (s. Abb. 27). Frauen absolvierten dabei häufiger (55 %) eine Rehabilitation als Männer (48 %).

Frauen nehmen häufiger  
„Reha vor Rente“ in Anspruch.

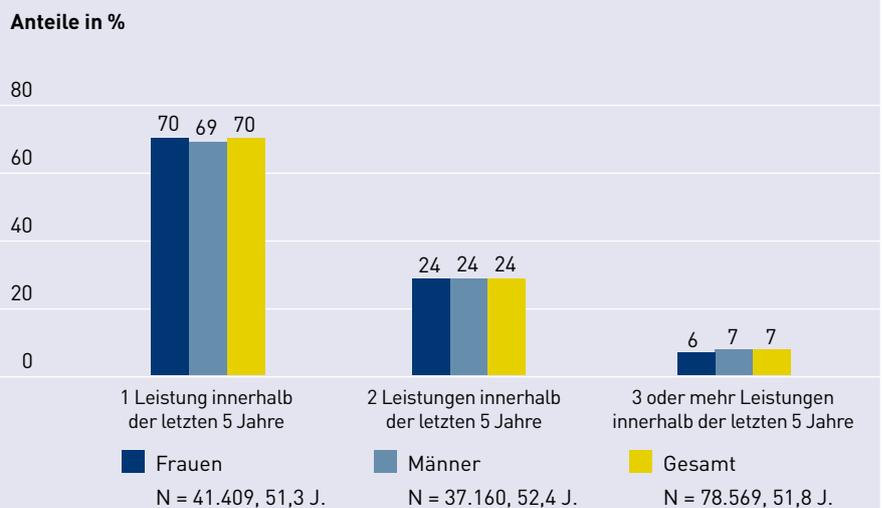


Von den Versicherten mit einer positiven Reha-Anamnese haben 70 % eine Rehabilitationsleistung in Anspruch genommen (s. Abb. 28). Knapp ein Viertel erhielten in den fünf Jahren vor Berentung zwei Leistungen, 7 % drei und mehr Leistungen. Es gibt beispielsweise Versicherte mit Mehrfacherkrankungen – z. B. psychosomatisch Erkrankte mit Beschwerden am Bewegungsapparat, die zunächst eine orthopädische und erst später eine psychosomatische Rehabilitation wahrnehmen – oder Menschen mit schubartig auftretenden chronischen Erkrankungen wie multiple Sklerose. In solchen Fällen kann eine Rehabilitation häufiger als alle 4 Jahre in Anspruch genommen werden, wenn dies aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich ist.

Insgesamt zeigen sich kaum Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Die Geschlechtsunterschiede beziehen sich also im Wesentlichen darauf, ob überhaupt eine medizinische Rehabilitation in Anspruch genommen wurde oder

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
55	Berufliche Rehabilitation
71	Aufwendungen für Rehabilitation
77	Im Fokus
<b>77</b>	<b>Reha vor Rente</b>
87	Reha-Qualitätssicherung
96	Anhang

**Abb. 28 Häufigkeit der medizinischen Rehabilitationen innerhalb von fünf Jahren vor erstmaliger EM-Rente in 2010 nach Geschlecht (nur Rehabilitanden)**



30 % nehmen in 5 Jahren mehr als eine Reha-Leistung in Anspruch.

Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2004–2011

nicht. Frauen nutzen Gesundheitsleistungen generell in stärkerem Ausmaß, was in der Regel durch ein höheres Gesundheitsbewusstsein von Frauen im Vergleich zu Männern erklärt wird.

57 % der medizinischen Rehabilitationen im Jahr vor Berentung

Die medizinische Rehabilitation erfolgte überwiegend in engem zeitlichem Zusammenhang mit der Berentung: Über die Hälfte der Rehabilitationen (57 %) wurde im letzten Jahr vor Rentenbescheid durchgeführt. Dabei zeigen sich keine bedeutsamen Unterschiede zwischen Frauen und Männern.

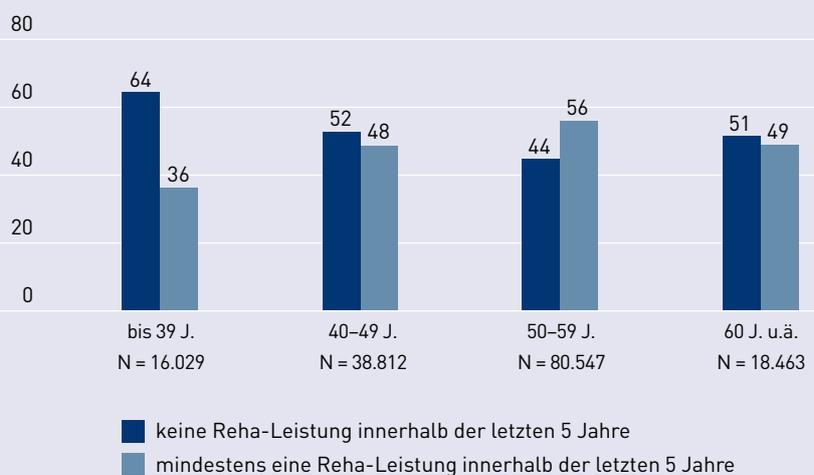
#### Reha-Anamnese und Alter

Je nach Alter ist die Reha-Inanspruchnahme vor der Berentung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit deutlich unterschiedlich (s. Abb. 29). EM-Rentnerinnen und -Rentner im Alter von bis zu 39 Jahren absolvierten in den fünf Jahren vor einer EM-Rente am seltensten eine Rehabilitation: Hier beträgt die positive Reha-Anamnese 36 %. Diese Versicherten machen allerdings nur etwa 10 % aller EM-Renten-Zugänge aus. Die 50- bis 59-Jährigen stellen die größte Gruppe der EM-Rentnerinnen und -Rentner. Sie nehmen mit 56 % am häufigsten eine Rehabilitation vor ihrer EM-Berentung in Anspruch. Bei den 40- bis 49-Jährigen und denen, die 60 Jahre und älter sind, liegt die positive Reha-Anamnese mit 48 % bzw. 49 % im mittleren Bereich. Diese Altersunterschiede hängen auch damit zusammen, dass je nach Alter unterschiedliche Erkrankungen und Chronifizierungsgrade im Vordergrund stehen. So spielen im jüngeren Alter psychiatrische Diagnosen, wie zum Beispiel Schizophrenie, eine größere Rolle für den EM-Rentenzugang. Die relativ geringe Reha-Inanspruch-

Höhere Reha-Inanspruchnahme  
bei den 50- bis 59-Jährigen

**Abb. 29 Medizinische Rehabilitation innerhalb von fünf Jahren vor erstmaliger EM-Rente in 2010 nach Altersgruppen**

Anteile in %



Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2004-2011

nahme vor EM-Rente ist bei den Jüngeren öfter auch auf akute Erkrankungen mit ungünstiger Prognose zurückzuführen.

Für die Gruppe der 50- bis 59-Jährigen sind die Chancen, bei einer chronischen Erkrankung eine Besserung zu erlangen, am besten. Hier ist die Chronifizierung häufig noch nicht so weit fortgeschritten wie bei den über 59-Jährigen. Im Unterschied zu den Jüngeren überwiegen im späteren Alter die orthopädischen Diagnosen (siehe unten).

### Reha-Anamnese und Diagnosengruppe

Nicht nur für Alter und Geschlecht lassen sich hinsichtlich der Reha-Anamnese deutliche Unterschiede finden. Die Reha-Inanspruchnahme im Vorfeld einer EM-Rente variiert zudem für die unterschiedlichen Berentungsdiagnosen (Diagnosengruppen, s. Abb. 30). Dabei wird die medizinische Rehabilitation weit überwiegend wegen der gleichen Erkrankung durchgeführt, die auch für die Berentung maßgeblich war: Bei knapp drei Viertel der Berentungen, bei denen eine Rehabilitation im Vorfeld stattfand, stimmen Berentungs- und Rehabilitationsdiagnose hinsichtlich der Krankheitsgruppe überein (dargestellt mit den Kapiteln der ICD-10, der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme).

Reha- und Berentungsdiagnosen  
stimmen häufig überein.

Am häufigsten werden EM-Renten wegen psychischer Erkrankungen (inkl. Sucht) bewilligt (41 %), was auch der Zunahme psychiatrischer Diagnosen bei-

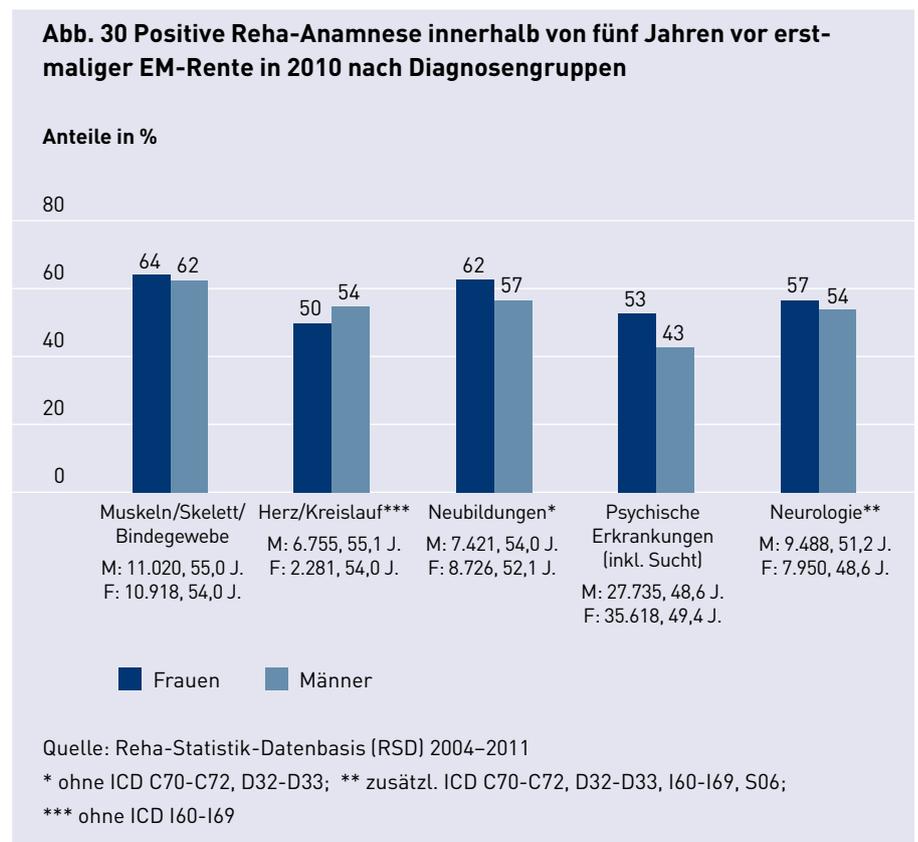
4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
55	Berufliche Rehabilitation
71	Aufwendungen für Rehabilitation
77	Im Fokus
<b>77</b>	<b>Reha vor Rente</b>
87	Reha-Qualitätssicherung
96	Anhang

spielsweise in der Arbeitsunfähigkeitsstatistik der Krankenkassen entspricht. Die positive Reha-Anamnese ist mit 49 % eher niedrig.

Psychische Erkrankungen:  
niedrige Reha-Inanspruchnahme  
bei Männern

Abbildung 30 zeigt nicht unerhebliche geschlechtsspezifische Unterschiede: Während 53 % der Frauen im Vorfeld einer EM-Berentung eine Rehabilitation wegen psychischer Störungen in Anspruch nehmen, tun dies nur 43 % der Männer. Dies hängt zum einen mit dem höheren Anteil von Abhängigkeitserkrankungen bei Männern zusammen, bei denen wegen gravierender organischer Folgeerkrankungen keine positive Reha-Prognose mehr gestellt werden konnte (s. hierzu auch Abb. 31). Zum anderen wird die Diagnose einer psychischen Erkrankung bei Männern möglicherweise seltener und später gestellt als bei Frauen (vgl. Positionspapier der Deutschen Rentenversicherung zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung, s. auch S. 14).

Höhere Inanspruchnahme  
bei Erkrankungen von Muskeln,  
Skelett oder Bindegewebe



Bei den Erkrankungen der Muskeln, des Skeletts oder des Bindegewebes – der zweithäufigsten Berentungsdiagnosengruppe mit 14 % – ist der Anteil der EM-Rentnerinnen und -Rentner mit positiver Reha-Anamnese dagegen besonders hoch (über 60 %). Darüber hinaus sind die Unterschiede zwischen Frauen und Männern bei dieser Krankheitsgruppe eher gering. Die Reha-Inanspruchnahme vor Berentung wegen Neubildungen, also den Krebserkrankungen, ist ebenfalls

Große Unterschiede der Reha-Inanspruchnahme bei psychischen Erkrankungen

„Reha vor Rente“ bei Depressionen relativ hoch

relativ hoch und liegt für Frauen bei 62 % (Männer 57 %). Niedriger ist sie bei neurologischen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen haben 50 % der Frauen im Vorfeld der EM-Rente eine Rehabilitation in Anspruch genommen (Männer: 54 %; s. Abb. 30).

**Reha-Anamnese und Diagnosenuntergruppen bei psychischen Erkrankungen**  
Wie die rehabilitative Versorgung bei Diagnosen innerhalb einer Krankheitsgruppe aussieht, wird beispielhaft für die psychischen Erkrankungen (inkl. Sucht) aufgezeigt: Zwischen den feiner gegliederten Diagnosenuntergruppen treten die Unterschiede in der Reha-Inanspruchnahme deutlicher zutage (s. Abb. 31). Die dargestellten Diagnosenuntergruppen repräsentieren immerhin 99 % aller psychischen Berentungsdiagnosen.

Bei den eher seltenen Intelligenzstörungen und bei Schizophrenie bzw. schizotypen/wahnhaften Störungen ist die Reha-Inanspruchnahme im Vorfeld der Berentung mit etwa 10 % bzw. 20 % sehr gering. Hier zeigen sich auch keine Unterschiede zwischen Frauen und Männern. In der Mehrheit dieser Fälle dürften hier schwere Beeinträchtigungen mit einer fehlenden positiven Erwerbsprognose für die geringe Reha-Inanspruchnahme verantwortlich sein. Bei der zahlenmäßig bedeutsamsten Diagnoseuntergruppe der affektiven Störungen, das sind überwiegend Depressionen, liegt die Inanspruchnahme von medizinischer Rehabilitation vor EM-Rente erheblich höher. Dabei weisen

**Abb. 31 Positive Reha-Anamnese innerhalb von fünf Jahren vor erstmaliger EM-Rente in 2010 bei psychischen Erkrankungen: ausgewählte Diagnosenuntergruppen**

Anteile in %

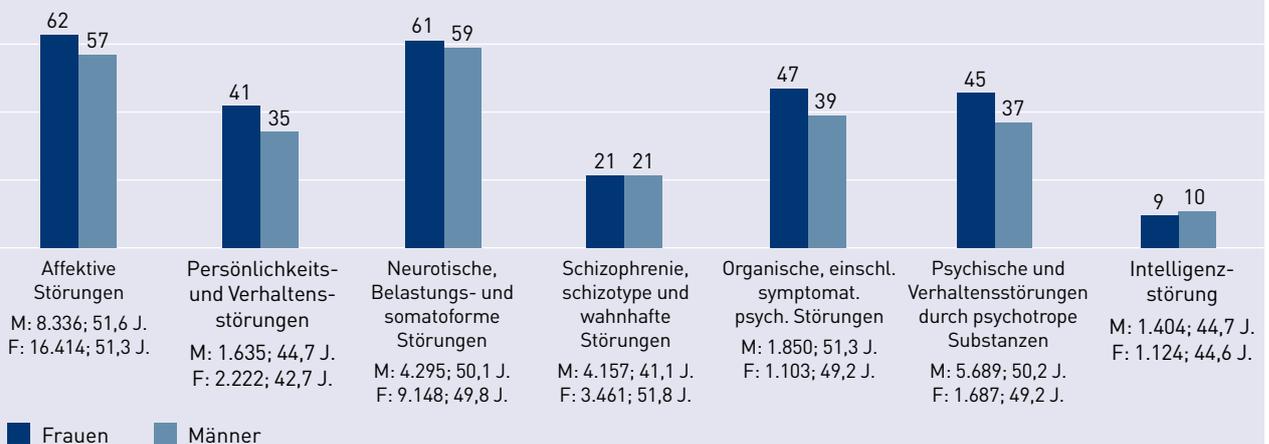
80

60

40

20

0



Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2004–2011

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
55	Berufliche Rehabilitation
71	Aufwendungen für Rehabilitation
77	Im Fokus
<b>77</b>	<b>Reha vor Rente</b>
87	Reha-Qualitätssicherung
96	Anhang

Frauen mit 62 % häufiger eine positive Reha-Anamnese auf als Männer (57 %). Noch deutlicher sind die Unterschiede zwischen Frauen und Männern bei den Abhängigkeitserkrankungen (in der Mehrzahl wegen Alkoholabhängigkeit): Männer absolvieren nur zu 37 % eine Rehabilitation, Frauen zu 45 %.

#### Reha-Anamnese und spezieller Personenkreis

Für 2010 war es aufgrund von rechtlichen Regelungen möglich, dass Versicherte die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Erwerbsminderungsrente durch den Bezug von ausschließlich Arbeitslosengeld II („Hartz IV“) erfüllen konnten (s. Info-Box S. 77). Dies trifft in 2010 auf immerhin ein knappes Viertel (23 %) der Rentenzugänge zu. Für diesen Personenkreis liegt die positive Reha-Anamnese bei nur 32 %. Eine Rolle könnte hier spielen, dass empirischen Ergebnissen zufolge arbeitslose chronisch Kranke seltener eine Rehabilitation in Anspruch nehmen als Erwerbstätige; dies dürfte auf Langzeitarbeitslose übertragbar sein. Die geringe Reha-Inanspruchnahme der EM-Rentnerinnen und -Rentner nach Bezug von Arbeitslosengeld II wirkt sich negativ auf die durchschnittliche Reha-Inanspruchnahme aller EM-Rentner in 2010 aus (51 %; s. oben), die ohne diesen spezifischen Personenkreis bei 58 % läge.

Seltener Rehabilitation bei längerer Arbeitslosigkeit

Auch in anderen Aspekten unterscheiden sich die EM-Rentnerinnen und -Rentner nach Bezug von Arbeitslosengeld II von den anderen EM-Rentenbeziehern: Knapp 50 % leiden an psychischen Krankheiten, davon zu einem Viertel an einer Suchterkrankung – im Vergleich zu knapp 40 % mit psychischen Erkrankungen und darunter 6 % Suchterkrankungen bei den anderen EM-Rentenzugängen. Sie haben zu einem höheren Anteil (38 %) eine zeitlich befristete Rente sowie einen deutlich niedrigeren Rentenbetrag von durchschnittlich nur 458 € pro Monat, andere EM-Rentner haben zu 27 % eine Zeitrente und einem Rentenbetrag von 707 €. Darüber hinaus waren nur knapp 20 % in den fünf Jahren vor Rentenbeginn erwerbstätig, mit einer durchschnittlichen Anzahl von 1,2 Monaten mit Pflichtbeiträgen aus Erwerbstätigkeit. Bei den anderen EM-Rentnerinnen und -Rentnern waren 87 % erwerbstätig, mit im Schnitt 34,3 Monaten Pflichtbeiträgen aus Erwerbstätigkeit.

Reha-Zugang für Geringverdiener verbessern

Vor dem Hintergrund dieser Zahlen steht die Rentenversicherung vor der Aufgabe, beim Thema „Reha-Zugang“ gerade auch an die gering entlohnten Beschäftigten und Menschen mit atypischen Beschäftigungsverhältnissen zu denken. In den letzten Jahren ist deren Anteil bezogen auf alle Beschäftigten gewachsen und liegt mittlerweile bei über 20 %. Diese Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer weisen deutlich höhere Arbeitsmarkt- und Beschäftigungsrisiken auf. Demgegenüber sind sie aber für Reha-Leistungen tendenziell schwerer zu erreichen, obwohl oder gerade weil sie ein höheres Risiko für gesundheitliche Beeinträchtigungen tragen. Viele Faktoren können hier eine Rolle spielen, von fehlenden Informationen über Rehabilitation bis hin zu Angst vor Arbeitsplatzverlust. Hierfür braucht es neue Konzepte z. B. zur Sensibilisierung der niedergelassenen Ärzte für Rehabilitation und Reha-Bedürftigkeit oder für variable Reha-Angebote, die neben einer Tätigkeit oder in Intervallen durchgeführt werden können.

„Reha vor Rente“ steigern

## **Fazit**

Zusammenfassend zeigt sich, dass die rehabilitative Versorgung im Vorfeld von Erwerbsminderungsrenten (Reha-Anamnese) zum einen von unterschiedlichen Faktoren wie Geschlecht, Alter oder Berentungsdiagnose abhängig ist. Zum anderen wäre nach dem Grundsatz „Reha vor Rente“ eine noch höhere Reha-Inanspruchnahme vor einer Berentung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit wünschenswert. Auf die Verbesserung des Reha-Zugangs zielt unter anderem der 2013 gestartete Forschungsschwerpunkt „Wege in die medizinische Rehabilitation“ der Deutschen Rentenversicherung Bund (s. S. 19).

Versorgung mit Rehabilitation  
insgesamt gut

Insgesamt sprechen die Auswertungen für einen guten rehabilitativen Versorgungsgrad der Versicherten. Den 4,8 Mio. Versicherten mit Rehabilitation standen im Zeitraum 2004 bis 2011 nur 0,51 Mio. Versicherte gegenüber, die trotz möglicherweise vorhandenem Rehabilitationsbedarf keine medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung erhielten und in diesem Zeitraum wegen Erwerbsminderung berentet wurden.



## Weiterentwicklung der Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation

Qualitätssicherung orientiert sich an Patienten.

Um die Leistungen zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation fortlaufend weiterzuentwickeln, führt die Rentenversicherung eine umfassende Reha-Qualitätssicherung durch. Ziel ist die am Patienten orientierte Qualitätsverbesserung der Rehabilitation.

„Berichte zur Reha-Qualitätssicherung“

Alle eigenen sowie die von der Deutschen Rentenversicherung federführend belegten Rehabilitationseinrichtungen nehmen an der Reha-Qualitätssicherung (QS) teil. Die Ergebnisse werden den Reha-Einrichtungen und den Rentenversicherungsträgern in Form von „Berichten zur Reha-Qualitätssicherung“ regelmäßig zurückgemeldet. Jede Einrichtung erhält differenzierte Ergebnisberichte, die die eigenen Ergebnisse einer geeigneten Vergleichsgruppe (alle anderen Einrichtungen einer bestimmten Fachrichtung, z. B. Psychosomatik) gegenüberstellt. Damit kann eine Reha-Einrichtung erkennen, wo sie sich im Vergleich mit anderen Einrichtungen befindet. Dies fördert das Qualitätsmanagement in den Reha-Einrichtungen und erhöht die Transparenz der rehabilitativen Leistungen.

Im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung wird ein umfassendes Instrumentarium (Fragebögen für Rehabilitanden, Checklisten für Reha-Kliniken etc.) eingesetzt (Überblick s. S. 97 f.). Die Instrumente der Reha-Qualitätssicherung werden je nach Bedarf weiterentwickelt. Dies ist beispielsweise notwendig wenn

- die rehabilitative Versorgung im Lauf der Jahre ausgebaut wird,
- bisher genutzte Instrumente, z. B. Fragebögen, dem aktuellen Wissensstand anzupassen sind,
- neue Berufsabschlüsse oder neue therapeutische Verfahren bzw.
- Erfahrungen aus der Zusammenarbeit mit den Reha-Einrichtungen zu berücksichtigen sind.

Im Folgenden stehen einige Weiterentwicklungen der Reha-Qualitätssicherung im Fokus: Zunächst werden die Reha-Therapiestandards beschrieben, ein Instrument der Reha-Qualitätssicherung, das die rehabilitative Behandlung auf eine wissenschaftliche Grundlage stellt. Anschließend werden die Befragungsinstrumente der Reha-Qualitätssicherung für unterschiedliche Rehabilitandengruppen vorgestellt. Schließlich wird es um das Konzept zur Bewertung der Qualität von Reha-Einrichtungen gehen, das die Qualitätsergebnisse von Reha-Einrichtungen in einheitlicher Form zusammenfasst.

Reha-Therapiestandards  
verbessern die Versorgung.

## Reha-Therapiestandards

Stand: Oktober 2013

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

Mindestanforderungen  
für die Therapie

## Reha-Therapiestandards – Anforderungen an eine gute Rehabilitation

Die Deutsche Rentenversicherung fördert seit 1998 die Entwicklung und den Einsatz von Reha-Therapiestandards (RTS). Ziel der Reha-Therapiestandards ist es, die rehabilitative Behandlung von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in den Reha-Einrichtungen auf eine wissenschaftliche Grundlage zu stellen. Die RTS verbessern die Versorgung chronisch kranker Menschen in der Rehabilitation, indem mit ihnen festgelegt wird, welche Leistungen und wie viele ein Rehabilitand der Rentenversicherung in seiner Rehabilitation mindestens erhalten soll. RTS sind seit 2010 Bestandteil der Reha-Qualitätssicherung.

Die Reha-Therapiestandards enthalten Anforderungen an die Rehabilitation einzelner, häufig vorkommender Krankheitsbilder. Bislang gibt es Reha-Therapiestandards für neun Indikationen (s. nebenstehende Info-Box).

Für jede Krankheit werden wichtige Therapiebereiche auf der Basis empirisch gefundener und wissenschaftlich bewerteter Erkenntnisse festgelegt, die so genannten „Evidenzbasierten Therapiemodule“ (ETM). Die RTS für depressive Störungen umfassen z. B. 12 Therapiebereiche, die ETM 1 – ETM 12 (vgl. auch Abb. 32). Dazu gehören u. a. „Psychotherapie“, „Entspannungstraining“ oder „Unterstützung der beruflichen Integration“.

Jedes Therapiemodul besteht aus vielen einzelnen Leistungen, die in der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL, s. S. 44) abbildbar sind. Das Therapiemodul „Psychotherapie“ (ETM 1) setzt sich aus fast 40 unterschiedlichen Therapieleistungen zusammen. Sie dienen zur Entwicklung und Stabilisierung der Persönlichkeit und Förderung einer selbst bestimmten Lebensweise. Für jede Rehabilitandin und jeden Rehabilitanden ist auszuwählen, was individuell sinnvoll ist.

Darüber hinaus werden für jedes Therapiemodul Mindestanforderungen definiert, die für die Reha-Einrichtungen als Orientierung dienen: Dazu gehört u. a., wie viele Leistungen ein Rehabilitand aus dem Therapiemodul mindestens erhalten sollte und wie lange diese Leistungen insgesamt dauern sollten. Es wird auch festgelegt, für welchen Mindestanteil von Rehabilitanden Leistungen aus diesem Therapiemodul zu erbringen sind: Therapeutische Leistungen aus dem Therapiemodul „Psychotherapie“ z. B. sollen – als Kern der psychosomatischen Rehabilitation – bei mindestens 90 % der Rehabilitanden mit depressiven Störungen durchgeführt werden. Sie müssen mindestens drei mal wöchentlich stattfinden und insgesamt mindestens 210 Minuten pro Woche dauern. Leistungen aus dem Therapiemodul „Unterstützung der beruflichen Integration“ (ETM 11) sollen mindestens 20 % der Rehabilitanden erhalten. Für eine solche Leistung werden (mindestens) 60 Minuten pro Rehabilitation veranschlagt.

Im Rahmen der Reha-Qualitätsberichterstattung wird den Reha-Einrichtungen zurück gemeldet, inwieweit ihre Versorgung von Rehabilitanden den Vorgaben der Reha-Therapiestandards entspricht und wie sich die Einrichtung im Vergleich mit anderen darstellt.

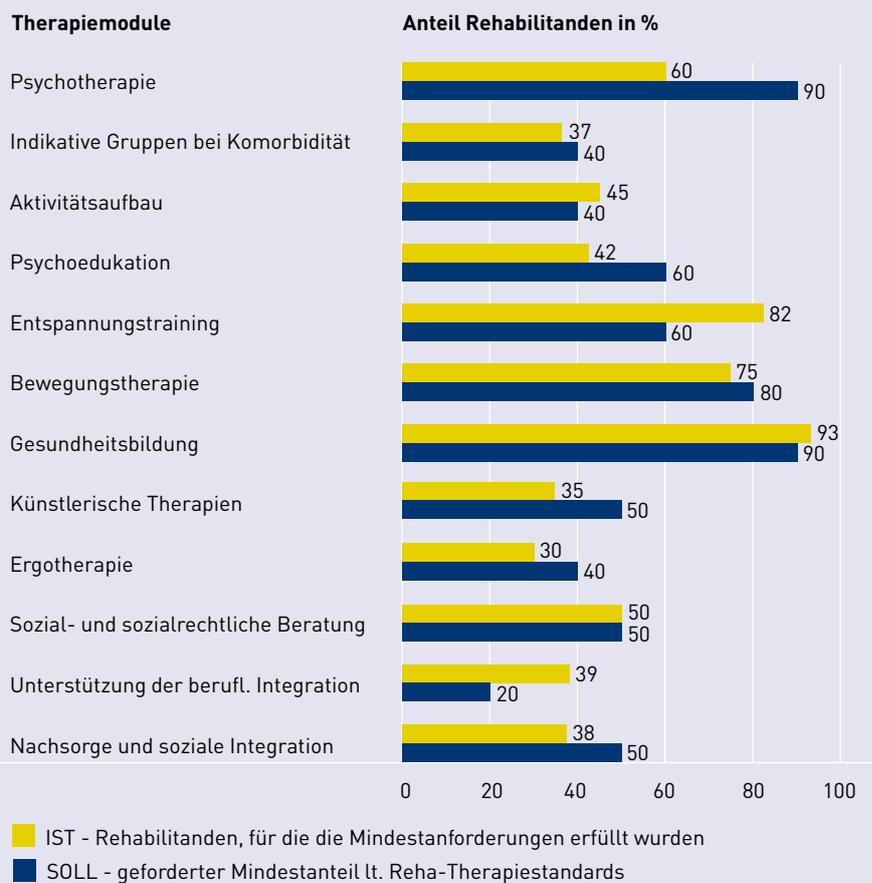
4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
55	Berufliche Rehabilitation
71	Aufwendungen für Rehabilitation
77	Im Fokus
77	Reha vor Rente
<b>87</b>	<b>Reha-Qualitätssicherung</b>
96	Anhang

Vergleich von „Ist“ und „Soll“

Beispielhaft werden im Folgenden die Ergebnisse zu den Reha-Therapiestandards "Depressive Störungen" gezeigt (siehe Abb. 32). Die Auswertung bezieht alle Rehabilitanden ein, die 2012 wegen depressiver Störungen in N = 146 Reha-Einrichtungen mit psychotherapeutisch-psychosomatischer Fachabteilung behandelt wurden. Um zu überprüfen, ob die Therapievorgaben eingehalten werden, wird abgebildet, wie hoch der Anteil der Rehabilitanden mit entsprechenden Leistungen sein sollte. Dies entspricht dem geforderten Mindestanteil laut RTS („Soll“). Dem wird gegenüber gestellt, welcher Anteil von Rehabilitanden genügend therapeutische Leistungen aus den einzelnen Therapiemodulen erhielt („Ist“).

Gesundheitsbildung entspricht den Anforderungen.

**Abb. 32 Therapeutische Behandlung in der Rehabilitation bei depressiven Störungen 2012 – nach Reha-Therapiestandards**



Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2012;  
N = 69.397 Rehabilitanden aus N = 146 Reha-Einrichtungen

Vorgaben bei vielen  
Therapiemodulen erfüllt

Für viele Therapiemodule werden im Jahr 2012 die vorgegebenen Mindestanteile ganz bzw. annähernd erfüllt, d. h., die Rehabilitanden, die solche Leistungen erhalten sollten, bekommen sie auch tatsächlich in der vorgegebenen Menge und Häufigkeit. Jedoch erhalten z. B. nur 60 % der wegen Depression behandelten Rehabilitanden ausreichende Leistungen aus dem Therapiemodul „Psychotherapie“ – es sollten aber 90 % sein. Das bedeutet, dass bei 30 % der Rehabilitanden eine Unterversorgung mit psychotherapeutischen Therapieleistungen festzustellen ist. Ob tatsächlich zu wenig Therapie erfolgte, kann daraus allerdings nicht eindeutig abgeleitet werden. Ursache kann auch eine nicht vollständige Dokumentation der therapeutischen Leistungen sein. Neben der Psychotherapie sind es v. a. die Therapiemodule „Psychoedukation“ (z. B. Stressbewältigung), „Künstlerische Therapien,“ (z. B. Musiktherapie“ (z. B. Arbeitsplatztraining) und „Nachsorge“, aus denen die Rehabilitanden zu wenig Leistungen erhalten. Aus den Therapiemodulen „Entspannungstraining“ und „Unterstützung der beruflichen Integration“ erhalten dagegen deutlich mehr Rehabilitanden Leistungen, als in den Therapiemodulen als Mindestanteil vorgegeben wird. Bei den Therapiemodulen „Aktivitätsaufbau“ (z. B. Aufbau sozialer Kompetenz) und „Gesundheitsbildung“ liegen Erfüllungsgrad und Anforderungen relativ nah beieinander, bei „Sozialberatung“ (z. B. zu Wohnungs- oder Rentenfragen) sind sie sogar deckungsgleich.

Große Unterschiede zwischen  
den Reha-Einrichtungen

Die Ergebnisse zu den RTS bei depressiven Störungen für das Jahr 2012 wurden an die 146 Reha-Einrichtungen verschickt, die depressive Störungen behandeln und von der Deutschen Rentenversicherung belegt werden. Im Vergleich zu einer 2010 durchgeführten Untersuchung zur Umsetzung der RTS sind bereits Verbesserungen zu erkennen. Jedoch zeigen sich nach wie vor beträchtliche Unterschiede zwischen den Einrichtungen: Während einige Reha-Einrichtungen die Vorgaben der RTS weitgehend erfüllen, zeigen andere weniger gute Ergebnisse. Diese Unterschiede zwischen den Einrichtungen zeigen sich auch für alle anderen Reha-Therapiestandards.

Auch die Reha-Therapiestandards müssen an den aktuellen Forschungsstand angepasst werden. Deshalb erfolgt derzeit eine Überarbeitung der RTS.

## **Befragungen von Patienten nach der Rehabilitation – ein zentraler Bestandteil der Reha-Qualitätssicherung**

Rehabilitandinnen und Rehabilitanden haben Anspruch auf eine gute Qualität ihrer Rehabilitation. Daraus folgt, dass sich die Erbringer rehabilitativer Leistungen auch an deren Bedürfnissen orientieren müssen. Systematische Befragungen der Rehabilitanden stellen eine geeignete Möglichkeit der Patientenbeteiligung bei der Ermittlung von Verbesserungsmöglichkeiten der Rehabilitation dar.

Regelmäßige Rehabilitanden-  
befragung seit 1997

Seit 1997 ist die Befragung von Rehabilitanden in die Routine der Reha-Qualitätssicherung eingebunden. Die kontinuierliche Rehabilitandenbefragung erhebt die Zufriedenheit mit der Rehabilitation und ermittelt den Rehabilitationserfolg aus Patientensicht. Zur Erfas-

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
55	Berufliche Rehabilitation
71	Aufwendungen für Rehabilitation
77	Im Fokus
77	Reha vor Rente
<b>87</b>	<b>Reha-Qualitätssicherung</b>
96	Anhang

sung des subjektiven Reha-Erfolges werden u. a. gesundheitliche Änderungen bzw. Besserungen als Folge der Rehabilitation erfragt (vgl. Info-Box S. 39).

Die Befragungsinstrumente wurden im Laufe der Zeit auf insgesamt fünf Versorgungsbereiche der Rehabilitation ausgeweitet: Für die unterschiedlichen Indikationsgebiete (Somatik, Psychotherapie-Psychosomatik, Sucht, Kinder/Jugendliche) und Formen der Leistungserbringung der Rehabilitation (stationär und ambulant) stehen eigenständige Fragebögen zur Verfügung, um den spezifischen Besonderheiten gerecht zu werden.

Unterschiedliche Fragebögen

<b>Rehabilitandenbefragung in der Reha-Qualitätssicherung: Fragebögen für die verschiedenen Versorgungsbereiche</b>		
Fragebögen für		Routineeinsatz seit
Stationäre somatische Rehabilitation		1997
Stationäre psychosomatische Rehabilitation inkl. Sucht-Rehabilitation		1997
Berufsbegleitende ambulante Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen		2009
Ambulante somatische Rehabilitation		2010
Rehabilitation für Kinder und Jugendliche → Kinder bis 11 Jahre	„Eltern“	2012
Rehabilitation für Kinder und Jugendliche → Kinder ab 12 Jahre	„Kinder“	2012

Kinder und Jugendliche bzw. deren Eltern beurteilen die Qualität.

Die neueste Fragebogenentwicklung betrifft Qualitätsbeurteilungen durch Kinder und Jugendliche oder deren Angehörige nach einer Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation. Die Fragebögen werden seit 2012 routinemäßig eingesetzt. Bei Kindern bis 11 Jahre wird eine Elternbefragung durchgeführt. Jugendliche ab 12 Jahre geben selbst Auskunft darüber, ob sie mit der durchgeführten Rehabilitation zufrieden waren und ob ihnen die Rehabilitation dabei geholfen hat, ihre Gesundheit zu verbessern, bestimmte Erkrankungssymptome zu lindern oder mit der Krankheit besser umzugehen. Die Eltern der erkrankten Kinder werden zusätzlich z. B. dazu befragt, wie zufrieden sie mit der Zusammenarbeit mit der Reha-Einrichtung sowie dem Reha-Träger waren.

Qualität „auf einen Blick“

## **BQR – ein Konzept zur Bewertung der Qualität von Reha-Einrichtungen**

Jede Reha-Einrichtung erhält zu jedem QS-Instrument einen „Bericht zur Qualitätssicherung“ mit einer Vielzahl von Qualitätsergebnissen. Damit hat die Reha-Einrichtung die Möglichkeit, sehr genau die eigenen Ergebnisse dem Durchschnitt der Vergleichsgruppe gegenüberzustellen, eigene Schwachstellen zu erkennen und zu verbessern. In den Berichten fehlten allerdings bisher zusammenfassende Darstellungen der Qualitätsergebnisse aller einbezogenen Reha-Einrichtungen. Dies gelingt mit dem Konzept zur Bewertung der Qualität von Reha-Einrichtungen (BQR). Dieses Konzept wurde in intensiven Diskussionen auch mit Vertretern der Leistungserbringer entwickelt (s. S. 11). Es wurde ein Bewertungssystem geschaffen, das anschauliche, vergleichende Darstellungen der Qualität von Reha-Einrichtungen „auf einen Blick“ ermöglicht.

Fünf Qualitätsindikatoren

Zunächst wurde eine Reihe von Qualitätsaspekten ausgewählt, die so genannten Qualitätsindikatoren. Die Qualitätsindikatoren müssen z. B. relevante Aspekte der Rehabilitation erfassen, empirisch überprüfbar, d. h. beobachtbar, und nachvollziehbar sein. Sie beruhen auf den standardisiert erhobenen Qualitätssicherungsdaten, welche die Reha-Einrichtungen durch die kontinuierliche Berichterstattung zur Reha-Qualitätssicherung kennen. Derzeit stützt sich das Konzept BQR auf fünf Qualitätsindikatoren: Behandlungszufriedenheit und subjektiver Behandlungserfolg (beide aus der Rehabilitandenbefragung), Peer Review-Ergebnis, Bewertung der therapeutischen Versorgung (nach der KTL, der Klassifikation therapeutischer Leistungen) sowie Erfüllung der Reha-Therapiestandards. Die Ergebnisse der einzelnen Qualitätsindikatoren werden jeweils in ein einheitliches Punkte-System umgerechnet. Die höchste erreichbare Punktzahl liegt bei 100 Qualitätspunkten: Sie stellt das Qualitätsoptimum dar.

Qualitätsoptimum =  
100 Qualitätspunkte

Beispiel: KTL-Auswertung

Anhand des Qualitätsindikators „Therapeutische Versorgung (KTL)“ (vgl. Info-Box S. 44) wird das Vorgehen zur Ermittlung von Qualitätspunkten erläutert. Die von einer Reha-Einrichtung erbrachten therapeutischen Leistungen, werden differenziert mit der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) dokumentiert. Um die therapeutische Versorgung bewerten zu können, wurde ein orientierender Rahmen („Zielkorridor“) entwickelt. Dieser Zielkorridor gibt vor, wie viele Leistungen mit welcher wöchentlichen Gesamtdauer erbracht werden müssen (Therapiedichte): In der psychosomatischen Rehabilitation müssen z. B. für jeden Rehabilitanden 22 bis 35 Leistungen pro Woche mit einer Gesamtdauer von 15 bis 30 Stunden durchgeführt werden. Die therapeutische Versorgung wird dann als optimal angesehen, wenn die erbrachte Therapiedichte bei allen Rehabilitanden im indikationsbezogen vorgegebenen Zielkorridor liegt. Darüber hinaus wird festgelegt, dass ein breit gefächertes Leistungsangebot bestehen muss. Die Ergebnisse zur therapeutischen Versorgung in einer Reha-Einrichtung werden zusammengefasst und in Qualitätspunkte (0-100 QP) umgerechnet.

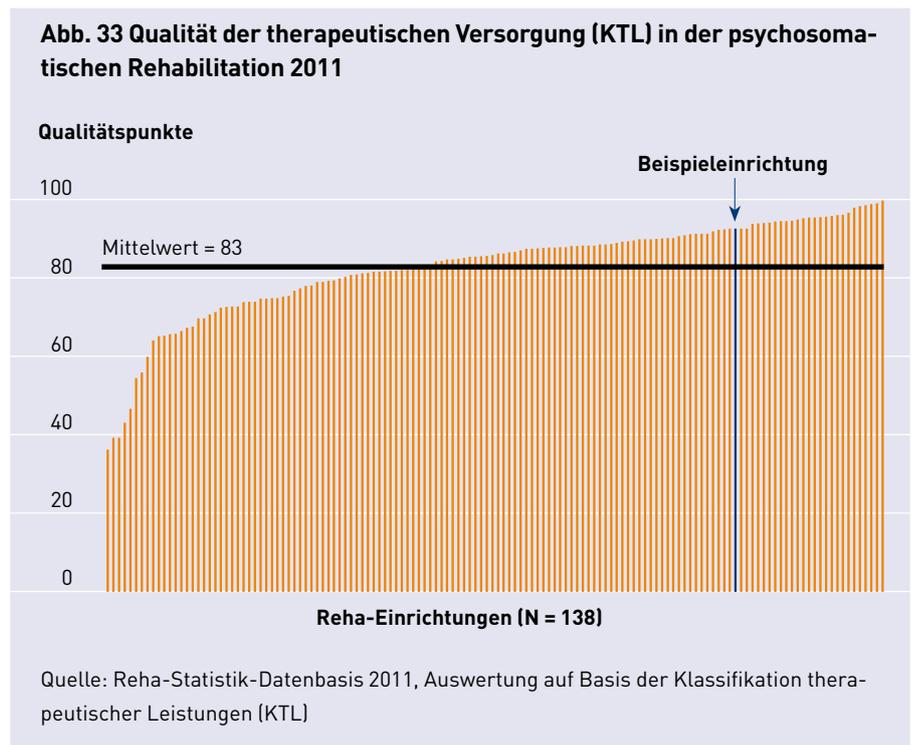
Die auf Basis der KTL-Auswertungen berechneten Qualitätspunkte der einzelnen Einrichtung (Beispieleinrichtung, s. Abb. 33) werden zusammen mit den Ergebnissen von anderen Reha-Einrichtungen der gleichen Fachrichtung, z. B.

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
55	Berufliche Rehabilitation
71	Aufwendungen für Rehabilitation
77	Im Fokus
77	Reha vor Rente
<b>87</b>	<b>Reha-Qualitätssicherung</b>
96	Anhang

Psychosomatik, dargestellt. Im Jahr 2011 ist die Qualität der therapeutischen Versorgung bei den einzelnen Reha-Einrichtungen sehr unterschiedlich:

Abbildung 33 zeigt die Ergebnisse von 138 psychosomatischen Reha-Einrichtungen. Die Qualitätsunterschiede zwischen den Einrichtungen werden an der großen Spannweite der erreichten Qualitätspunkte (Q-Punkte) sichtbar: 36 Q-Punkte erhält die schlechteste Einrichtung, die beste Einrichtung erreicht mit 99 Q-Punkten nahezu das Optimum. Im Mittel wurden 83 Q-Punkte erreicht, die Hälfte der Einrichtung erzielte einen Wert zwischen 77 und 91 Q-Punkten. Auch bei den anderen Indikationen (Fachrichtungen) bzw. in anderen Jahren werden ähnliche Werte und Verteilungen beobachtet.

Qualitätsunterschiede werden sichtbar.



Diese Darstellungsform hat mehrere Vorteile: Die Reha-Einrichtungen sehen auf einen Blick, wo sie sich in etwa im Vergleich zu anderen Einrichtungen der psychosomatischen Rehabilitation einordnen können („Beispieleinrichtung“). Zugleich lässt sich leicht erkennen, wie hoch das Qualitätsniveau bei dieser Indikation insgesamt ist (siehe Mittelwert). Sichtbar wird auch, wie groß der Qualitätsunterschied zwischen gut und schlecht bewerteten Einrichtungen ist. Schließlich können die einrichtungsbezogenen Daten der Reha-Qualitätssicherung übersichtlich, eindeutig und anschaulich präsentiert werden.

Zusätzlich bietet die Rentenversicherung die Möglichkeit an, interessierten Reha-Einrichtungen Namen und Adressen der Reha-Einrichtungen und Fachab-

# Weiterentwicklung der Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation

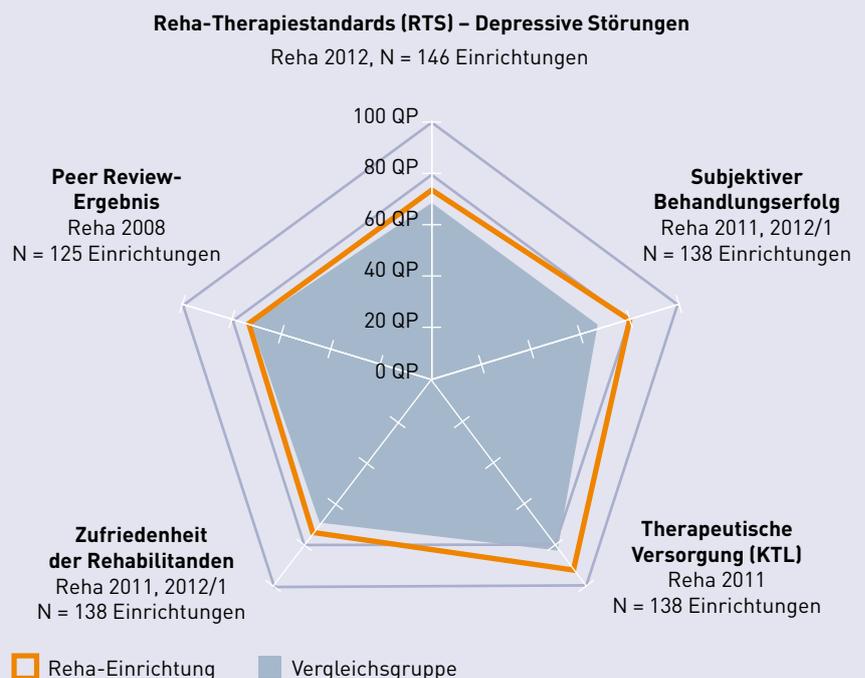
teilungen mitzuteilen, die in dem jeweiligen Qualitätsindikator am besten abgeschnitten haben. Damit wird ein kollegialer Austausch zwischen den Reha-Einrichtungen über geeignete Verbesserungen möglich. Das Schlagwort „lernen vom Besten“ kann so besser umgesetzt werden

Da alle Qualitätsindikatoren in derselben Weise in Qualitätspunkte umgerechnet werden, können die Ergebnisse jeder Einrichtung anschaulich in einem Qualitätsprofil präsentiert werden. Die (gemittelten) Ergebnisse der Vergleichsgruppe, z. B. alle psychosomatischen Reha-Einrichtungen, werden ebenfalls dargestellt (s. Abb. 34): Die Qualität der jeweiligen Einrichtung kann sofort für mehrere Qualitätsaspekte erfasst werden.

Qualitätsprofil:  
Ergebnisse von fünf  
Qualitätsindikatoren

Die hier als ein Beispiel abgebildete Reha-Einrichtung schneidet etwa hinsichtlich des subjektiven Behandlungserfolgs mit 80 Qualitätspunkten (QP) deutlich besser ab als die Vergleichsgruppe (66 QP). Ähnliches gilt für die Qualität der therapeutischen Versorgung. Bei der Beurteilung der Reha-Entlassungsberichte (Peer Review-Ergebnis) entspricht die Einrichtung dem Durchschnitt der psychosomatischen Reha-Einrichtungen.

**Abb. 34 Qualitätsprofil einer psychosomatischen Reha-Einrichtung im Vergleich zur Vergleichsgruppe**



4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
55	Berufliche Rehabilitation
71	Aufwendungen für Rehabilitation
77	Im Fokus
77	Reha vor Rente
<b>87</b>	<b>Reha-Qualitätssicherung</b>
96	Anhang

Die Bewertungen fördern die Qualitätsentwicklung.

Die Rentenversicherung hat sich für das Konzept BQR entschieden, auch wenn das definierte Optimum, d. h. die höchste erreichbare Punktzahl von 100 Qualitätspunkten, bei einzelnen Qualitätsindikatoren schwer erreichbar ist. Ziel ist, dass sich die Reha-Einrichtungen nicht an der häufig verbesserungsfähigen Ist-Situation orientieren, sondern an einer weiterreichenden Perspektive. Würde sich eine Einrichtung an den durchschnittlichen Ergebnissen orientieren, wäre im Zeitverlauf, z. B. im Verlauf von jährlich wiederholten Auswertungen, eher mit einer Annäherung an die Durchschnittswerte zu rechnen. Das Bewertungssystem der Rentenversicherung wird nach und nach erweitert: Im nächsten Schritt sollen Ergebnisse der Strukturerhebung, d. h. Angaben zur Personalstärke oder zu verfügbaren Räumlichkeiten, als weiterer Qualitätsindikator einbezogen werden.

#### Ausblick

Die Qualitätssicherungsinstrumente werden weiterhin an den wissenschaftlichen Fortschritt aber auch an die aktuellen Bedürfnisse der Nutzer, also der Reha-Einrichtungen und Rentenversicherungsträger, angepasst.

In der Praxis der Rehabilitandenbefragung stellt sich die Situation z. B. folgendermaßen dar: Im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung werden routinemäßig Rehabilitanden zur Zufriedenheit und zum Behandlungserfolg ca. zehn Wochen nach Rehabilitation befragt. Aber auch die Reha-Einrichtungen befragen regelmäßig am Ende der Rehabilitation, als eine interne Qualitätsmanagementaufgabe. Eine Untersuchung soll nun aufzeigen, wie sich die Rehabilitandenbefragungen der Reha-Einrichtungen selbst sowie die Rehabilitandenbefragungen der Rentenversicherung zukünftig aufwandsärmer gestalten lassen. Es gilt, die jeweiligen Zielsetzungen zu verdeutlichen und Synergieeffekte zu nutzen.

Aktualität der Ergebnisse sichern

Darüber hinaus wird insbesondere eine möglichst zeitnahe Erstellung der „Berichte zur Qualitätssicherung“ angestrebt, um die Aktualität der Ergebnisse zu sichern. Insgesamt sind alle Maßnahmen darauf ausgerichtet, die Qualitätsentwicklung in den Reha-Einrichtungen zu unterstützen. Dabei hilft das Bewertungskonzept BQR, die einheitlich erhobenen Daten in gleicher Weise zu interpretieren und das „Lernen vom Besten“ zu realisieren.

Informationen zur Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung stehen zu Verfügung unter [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de) → **Rehabilitation → Reha-Qualitätssicherung**

## Datenquellen

Grundlage des Reha-Berichts 2013 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 2013 wurden die folgenden jährlichen Statistiken über Routinedaten der Rentenversicherung herangezogen:

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

### Rehabilitation

Statistik der Deutschen Rentenversicherung  
Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund  
Ausgaben für die Jahre 2000 bis 2012



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 soziodemographische Merkmale.

### Versicherte

(ehemals „Aktiv Versicherte“)  
Statistik der Deutschen Rentenversicherung  
Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund  
Ausgaben für die Jahre 1999 bis 2011



4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
55	Berufliche Rehabilitation
71	Aufwendungen für Rehabilitation
77	Im Fokus
77	Reha vor Rente
87	Reha-Qualitätssicherung
<b>96</b>	<b>Anhang</b>



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

### Rentenversicherung in Zeitreihen

Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund  
 Ausgabe 2013  
 DRV-Schriften, Band 22

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

### Daten zur Qualitätssicherung

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

Im Reha-Bericht 2013 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. 41 ff.).
- **Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL):** individuell erbrachte therapeutische Leistungen werden mit der KTL während einer Rehabilitation dokumentiert (s. S. 44 ff.).
- **Reha-Therapiestandards (RTS):** formulieren wissenschaftlich fundierte Anforderungen für die therapeutische Ausgestaltung der Rehabilitation (s. S. 88 ff.).

- **Rehabilitandenbefragung:** regelmäßig werden Rehabilitanden zur Zufriedenheit mit ihrer Rehabilitation sowie zu deren Erfolg befragt (s. S. 39 ff.)
- **Sozialmedizinischer Verlauf (SMV):** bildet anhand von Routinedaten den Erwerbsverlauf nach medizinischer Rehabilitation ab, der Auskunft über deren Erfolg gibt (s. S. 48 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 (s. S. 92 ff.)

### **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. 65 ff.)
- **Ergebnis der beruflichen Bildungsleistung:** ausgewertet werden Routinedaten zum Abschluss der Rehabilitation (s. S. 68 f.)
- **Sozialmedizinischer Status (SMS):** bildet anhand von Routinedaten den Erwerbsverlauf nach beruflicher Bildungsleistung ab, der Auskunft über deren Erfolg gibt (s. S. 69 f.)

Informationen zur Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung finden Sie auf der Internetseite [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de) → **Rehabilitation** → **Reha-Qualitätssicherung**

# Impressum

## **Herausgeber**

Deutsche Rentenversicherung Bund  
Ruhrstraße 2, D-10709 Berlin  
Postanschrift: 10704 Berlin  
Telefon: 030 865-0  
Telefax: 030 865 27379  
Internet: [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de)

## **Bezug**

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

## **Koordination**

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

## **Mitwirkende**

Wir danken folgenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für ihre Mitwirkung:  
Eckhard Baumgarten, Ulrike Beckmann, Verena Bonn, Thomas Bütefisch,  
Sebastian Ellert, Sabine Erbstößer, Renate Grell, Johannes Falk,  
Katharina Fecher, Peter Grünbeck, Hans-Günter Haaf, Joachim Köhler,  
Angela Kranzmann, Berthold Lindow, Ingrid Pottins, Daniela Sewöster,  
Teresia Widera, Janett Zander, Pia Zollmann

## **Fotos**

Deutsche Rentenversicherung Bund,  
fotolia (S. 12, 16, 19), de-sign-network/Archiv (S. 15, 71),  
Keystone Hamburg (S. 17), dpa (S. 21), plainpicture (S. 87)

## **Satz und Layout**

de-sign-network, Zossen & Dallgow-Döberitz

## **Druck**

H. Heenemann GmbH & Co. KG, Berlin

## **Auflage**

6.000

Berlin, Dezember 2013

ISSN 2193-5718 (Reha-Bericht)

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der  
Deutschen Nationalbibliographie