

Die medizinische und berufliche Rehabilitation  
der Rentenversicherung im Licht der Statistik  
→ mit dem Fokusthema „Onkologische Rehabilitation“

# Inhalt

- 4 Vorwort**
- 6 Fakten im Überblick**
- 9 Aktuelle Entwicklungen**
- 19 Rehabilitation im Licht der Statistik**
- 19 Medizinische Rehabilitation**
- 51 Berufliche Rehabilitation**
- 67 Aufwendungen für Rehabilitation**
- 73 Im Fokus**
- 73 Onkologische Rehabilitation**
- 89 Anhang**

# Inhalt - Ausführliche Gliederung

## 4 Vorwort

## 6 Fakten im Überblick

## 9 Aktuelle Entwicklungen

### 9 Recht und Politik

### 11 Reha-Qualitätssicherung

### 14 Sozialmedizin

### 16 Reha-Forschung und -Konzepte

## 19 Rehabilitation im Licht der Statistik

### 19 Medizinische Rehabilitation: Umfang und Struktur

19 Anträge, Bewilligungen und durchgeführte Leistungen

21 Verschiedene Formen der Rehabilitation

27 Krankheitsspektrum – zeitliche Entwicklung

28 Krankheitsspektrum im Jahr 2016

30 Altersspezifische Inanspruchnahme

32 Altersstandardisierte Inanspruchnahme

### 35 Medizinische Rehabilitation: Prozess und Ergebnis

35 Aus Sicht der Rehabilitanden – Rehabilitandenzufriedenheit

37 Aus Sicht der Experten – Peer Review

40 Therapeutische Versorgung – KTL-Dokumentation

42 Behandlungserfolg aus Rehabilitandensicht

42 Behandlungserfolg – Sozialmedizinischer Verlauf

### 47 Medizinische Rehabilitation: Reha-Einrichtungen

47 Bettenzahlen

48 Anzahl stationärer Reha-Einrichtungen

### 51 Berufliche Rehabilitation: Umfang und Struktur

51 Anträge, Bewilligungen und durchgeführte Leistungen

53 Zeitliche Entwicklung

54 Leistungsspektrum

56 Berufliche Bildung – Krankheitsspektrum

58 Berufliche Bildung – altersspezifische Inanspruchnahme

59 Berufliche Bildung – altersstandardisierte Inanspruchnahme

### 61 Berufliche Rehabilitation: Prozess und Ergebnis von Bildungsleistungen

61 Teilnehmerbefragung nach beruflichen Bildungsleistungen

64 Abschluss der beruflichen Bildungsleistungen

65 Sozialmedizinischer Status nach beruflichen Bildungsleistungen

<b>67</b>	<b>Aufwendungen für Rehabilitation</b>
67	Aufwendungen im Jahr 2016
69	Entwicklung der Aufwendungen ab 2000
69	Vergleich zu weiteren Ausgaben der Rentenversicherung
70	Rehabilitation rechnet sich – Amortisationsmodell 2016
<b>73</b>	<b>Im Fokus</b>
<b>73</b>	<b>Onkologische Rehabilitation</b>
74	Ziele und Inhalte der onkologischen Rehabilitation
76	Entwicklung der onkologischen Rehabilitation
77	Diagnosenspektrum in der onkologischen Rehabilitation
80	Soziodemografische Merkmale
81	Durchführung der Rehabilitation und therapeutische Versorgung
83	Empfehlungen für die Zeit nach der onkologischen Rehabilitation
85	Reha-Ergebnis
87	Fazit
<b>89</b>	<b>Anhang</b>
<b>89</b>	<b>Datenquellen</b>
89	Routinedaten der Rentenversicherung
90	Daten zur Qualitätssicherung



Präsidentin Gundula Roßbach



Direktorin Brigitte Gross

Mit dem Reha-Bericht 2018 stellen wir Ihnen die wichtigsten aktuellen Daten, Fakten und Entwicklungen zur Rehabilitation der Rentenversicherung zusammen. Das Leistungsgeschehen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation wird transparent und nachvollziehbar aufgezeigt – entsprechend ihrer Bedeutung für die Versicherten sowie für die Gesellschaft insgesamt.

Den Schwerpunkt des vorliegenden Berichts bilden wieder ausführliche Informationen zur Rehabilitation, sowohl zu Umfang und Struktur der medizinischen und beruflichen Rehabilitation, als auch zu Prozess und Ergebnis der Reha-Leistungen. Grundlage sind die routinemäßig erhobenen Statistikdaten im Wesentlichen aus dem Jahr 2016 sowie Ergebnisse aus der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung. Die inhaltliche Aussagekraft unserer Auswertungen wurde verbessert, indem die Zuordnung einzelner ICD-Codes zu den Diagnosengruppen verändert wurde. Dies zieht sich durch weite Teile des Berichts.

Darüber hinaus finden Sie eingangs ausgewählte aktuelle Entwicklungen zur Rehabilitation aus den Bereichen Recht und Politik, Qualitätssicherung, Sozialmedizin und Forschung. Das Ende 2016 in Kraft getretene Flexirentengesetz bedeutet Veränderungen und Neuerungen in unserem Leistungskatalog, sei es bei der Rehabilitation für Kinder und Jugendliche, den Präventionsleistungen oder auch in Form einer neuen berufsbezogenen Gesundheitsuntersuchung für über 45-Jährige, die modellhaft erprobt werden soll.

Den aktuellen Vereinbarungen, Leitlinien, Instrumenten der Reha-Qualitätssicherung oder neuen Informationsangeboten gehen häufig intensive Beratungen voraus. So haben die Gesetzliche Krankenversicherung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Träger der Deutschen Rentenversicherung ein Verfahren entwickelt, um die nahtlose, begleitete Verlegung von Suchtpatienten vom qualifizierten Entzug in die Rehabilitation zu ermöglichen. Auch wurde eine neue Leitlinie zur Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit bei muskuloskeletalen Erkrankungen entwickelt, die anwenderfreundlich Aussagen zur medizinischen und zur beruflichen Rehabilitation zusammenfasst.

In der Reha-Qualitätssicherung wurde der Strukturierte Qualitätsdialog für die medizinische Rehabilitation entwickelt. Er beschreibt ein einheitliches Vorgehen für alle Rentenversicherungsträger, wenn in einzelnen Fachabteilungen auffällige Qualitätsergebnisse festgestellt werden. Gemeinsam mit der Rehabilitationseinrichtung wird nach Lösungen und konkreten Maßnahmen gesucht, um die Qualitätsbewertung innerhalb eines vereinbarten Zeitraums nachweislich zu verbessern.

Aktuell wenden wir uns verstärkt dem Informationsbedürfnis unserer Versicherten zu. Versicherte mit Migrationshintergrund nehmen Rehabilitationsleistungen seltener in Anspruch. Um ihnen den Zugang zur Rehabilitation zu erleichtern, wurden Informationsmaterialien in verschiedenen Sprachen entwickelt, die im Internet für jeden verfügbar sind.

<b>4</b>	<b>Vorwort</b>
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
51	Berufliche Rehabilitation
67	Aufwendungen für Rehabilitation
73	Im Fokus
73	Onkologische Rehabilitation
89	Anhang

Die Reha-Nachsorge unterstützt unsere Versicherten darin, ihre Reha-Erfolge langfristig zu stabilisieren und damit auch die berufliche Wiedereingliederung zu sichern. Mit dem Nachsorgefinder kann nun im Internet einfacher nach passenden Nachsorgeangeboten in der Nähe gesucht werden. Auch wird zunehmend Tele-Reha-Nachsorge angeboten. Damit die Qualität solcher Angebote gewährleistet ist, wurden entsprechende Anforderungen an die Tele-Reha-Nachsorge formuliert.

Neben diesen und anderen aktuellen Aspekten wird die onkologische Rehabilitation im Reha-Bericht 2018 in den Fokus gestellt. Im Laufe ihres Lebens erkrankt fast die Hälfte der Menschen in Deutschland an Krebs. Viele von ihnen nehmen die onkologische Rehabilitation der Rentenversicherung in Anspruch. Auch wenn sich die Überlebensraten in den letzten Jahren verbessert haben, so ist die Diagnose Krebs weiterhin ein einschneidendes Ereignis für die Betroffenen und deren Familien. Ziel der medizinischen Rehabilitation ist, den Betroffenen trotz der Krebserkrankung und ihrer Folgen eine selbstbestimmte Teilhabe in Alltag und Beruf zu ermöglichen. Analysiert wird, welche Unterschiede sich in der Rehabilitation für Erwerbstätige einerseits und Rentner andererseits finden lassen.

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



Gundula Roßbach  
Präsidentin der  
Deutschen Rentenversicherung Bund



Brigitte Gross  
Direktorin der  
Deutschen Rentenversicherung Bund

# Fakten im Überblick

## Medizinische Rehabilitation

2016 wurden bei der Rentenversicherung mehr als 1,6 Millionen Anträge auf medizinische Rehabilitation gestellt.

Die Rentenversicherung führte 1.026.971 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch.

Davon entfielen 31.346 (3 %) auf die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen.

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

Die Anschlussrehabilitation (AHB) umfasste 2016 mit 359.641 Leistungen mehr als ein Drittel aller medizinischen Reha-Leistungen (36 %).

Zur Reha-Nachsorge führte die Rentenversicherung 149.370 Leistungen durch.

56.747 Rehabilitanden erhielten 2016 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 mehr als ein Drittel der Reha-Leistungen bei Frauen und Männern, im ambulanten Bereich 75 % der Reha-Leistungen bei Frauen und 68 % bei Männern. Die Steigerung im Vergleich zu 2015 kommt durch eine verbesserte Zuordnung der Einzeldiagnosen zu den Diagnosengruppen zustande (s. S. 15).

Mit steigendem Alter wird Rehabilitation häufiger in Anspruch genommen.

Frauen und Männer in der medizinischen Rehabilitation sind durchschnittlich nahezu gleich alt: Frauen 53 Jahre, Männer 52,7 Jahre.

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

Die durchschnittliche Dauer einer stationären medizinischen Rehabilitation wegen körperlicher Erkrankungen variiert, je nach Diagnosengruppe, zwischen 22 und 24 Tagen (ohne neurologische Erkrankungen).

In den zwei Jahren nach ihrer Rehabilitation sind 84 % der Rehabilitanden erwerbsfähig.

4	Vorwort
<b>6</b>	<b>Fakten im Überblick</b>
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
51	Berufliche Rehabilitation
67	Aufwendungen für Rehabilitation
73	Im Fokus
73	Onkologische Rehabilitation
89	Anhang

## Berufliche Rehabilitation

2016 gingen bei der Rentenversicherung 449.138 Anträge auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) ein.

156.117 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) wurden 2016 abgeschlossen.

Männer nehmen häufiger LTA in Anspruch als Frauen. Der Anteil der Frauen hat bis 2010 stetig zugenommen. Nach einem Rückgang in den Jahren 2011 und 2012 steigt er seit 2013 wieder deutlich an.

Frauen und Männer in der beruflichen Rehabilitation sind durchschnittlich nahezu gleich alt: Frauen 47,3 Jahre, Männer 47,1 Jahre.

Etwa ein Fünftel der LTA sind berufliche Bildungsleistungen. Dabei stehen Erkrankungen von Muskeln, Skelett und Bindegewebe als Ursachen an erster Stelle (Frauen 53 %, Männer 63 %).

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 45 %, nach zwei Jahren bei 55 % der Teilnehmer).

## Aufwendungen für Rehabilitation

2016 wendete die Rentenversicherung rund 6,4 Mrd. € für Rehabilitation auf (brutto), davon rund 4,7 Mrd. € für medizinische Rehabilitation, rund 1,3 Mrd. € für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) und rund 0,4 Mrd. € für Sozialversicherungsbeiträge.

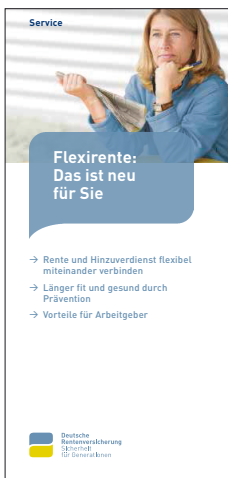
Eine stationäre medizinische Rehabilitation bei körperlichen Erkrankungen kostet im Schnitt 2.831 €.

Die um einiges längeren medizinischen Reha-Leistungen bei psychischen und Abhängigkeitserkrankungen sind mit durchschnittlich 6.759 € deutlich teurer.





## Recht und Politik



Kinder-Reha jetzt auch ambulant und mit Nachsorge

Berufsbezogene Gesundheitsuntersuchung für Versicherte ab 45 Jahre

**Umsetzung der rehabilitationsrechtlichen Regelungen des Flexirentengesetzes** (Gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben) Das Flexirentengesetz ist am 14. Dezember 2016 in Kraft getreten. Es besagt, dass die Leistungen zu Prävention, Kinderrehabilitation und Nachsorge nun Pflichtleistungen der Rentenversicherung sind. Die Rentenversicherungsträger werden die dafür notwendigen gemeinsamen Richtlinien erlassen.

Die Kinderrehabilitation der Rentenversicherung gab es bisher nur als stationäre Leistung. Sie wird nun ergänzt um die ambulante Form der Durchführung sowie die Nachsorge (§ 15a SGB VI). Kinder können so in ihrem Umfeld bleiben und der Reha-Erfolg kann durch die Nachsorge langfristig gesichert werden. Um zügig ambulante Leistungen zur Kinderrehabilitation und Leistungen zur Nachsorge anbieten zu können, wurde Mitte 2017 ein Workshop mit 80 Teilnehmern unterschiedlicher Institutionen und Professionen durchgeführt. Ziel war u. a., einen Überblick über die an der Versorgung chronisch kranker Kinder und Jugendlichen beteiligten Akteure und über bereits vorhandene Angebote zur ambulanten Kinderrehabilitation und zur Nachsorge zu erhalten.

Darüber hinaus will das Flexirentengesetz teilweise erwerbsgeminderten Versicherten den Zugang zum Arbeitsmarkt erleichtern. Bisher erbringt die Rentenversicherung Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nur dann, wenn der bisherige Arbeitsplatz erhalten werden kann. Nun können auch Leistungen erbracht werden, wenn stattdessen ein anderer Arbeitsplatz erlangt werden kann (§ 10 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe c SGB VI).

Auch soll die Rentenversicherung – gegebenenfalls zusammen mit anderen Sozialversicherungsträgern – ihren Versicherten ab Vollendung des 45. Lebensjahres eine berufsbezogene Gesundheitsuntersuchung anbieten (§ 14 Absatz 3 SGB VI). Dies ist Neuland für die Deutsche Rentenversicherung und wird in Modellprojekten erprobt werden.

Die Broschüre steht im Internet zur Verfügung: [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de) → Services → Broschüren & mehr → Broschüren → Rente

### Nahtlose Verlegung vom Entzug in die Rehabilitation

Nach einem qualifizierten Entzug – das ist eine suchtpsychiatrische bzw. suchtmmedizinische Akutbehandlung, die über die körperliche Entgiftung hinausgeht – ist häufig eine medizinische Rehabilitation für Abhängigkeitskranke sinnvoll. Um den Zugang in die Rehabilitation nach dem Entzug zu verbessern, bestehen seit dem 1. August 2017 entsprechende Handlungsempfehlungen.

Die Rehabilitanden werden vom Entzug zur Reha-Einrichtung begleitet.

Bei diesem Verfahren spielen insbesondere die Krankenhäuser eine wichtige Rolle. Die Ärzte und der Sozialdienst des Krankenhauses haben die Aufgabe, das Verfahren frühzeitig einzuleiten, um die nahtlose weitere Behandlung in der Entwöhnungseinrichtung zu ermöglichen. Dies geschieht in Kooperation mit der voraussichtlich aufnehmenden Entwöhnungseinrichtung und den Rehabilitationsträgern.

„Herzstück“ der Handlungsempfehlungen bildet die begleitete Verlegung vom Krankenhaus in die Entwöhnungseinrichtung. Das bedeutet, dass die Rehabilitandin bzw. der Rehabilitand bei der Anreise begleitet wird. Dies erfolgt in der Regel durch eine Mitarbeiterin bzw. einen Mitarbeiter der Entwöhnungseinrichtung oder einer Suchtberatungsstelle, alternativ auch durch Angehörige der Suchtselbsthilfe.

Im Fokus der Handlungsempfehlungen steht die Umsetzung eines Nahtlosverfahrens auf regionaler Ebene. Hierfür enthalten die Handlungsempfehlungen Aussagen zum Geltungsbereich (Alkohol, Medikamente, Drogen). Der qualifizierte Entzug wird definiert (u. a. Durchführung psycho- und soziotherapeutischer Interventionen zusätzlich zur Behandlung der Entzugssymptome) und es werden Aussagen zur Verweildauer im Krankenhaus getroffen (z. B. mindestens 14 Tage bei Alkoholabhängigkeit). Auch werden die Voraussetzungen für mitwirkende Krankenhäuser dargestellt (Einrichtungen, die berechtigt sind, den qualifizierten Entzug durchzuführen). Zudem wird beschrieben, wie die Suchtrehabilitation eingeleitet und beantragt wird (Angabe der benötigten Unterlagen).

Dieses sogenannte Nahtlosverfahren wurde von der Deutschen Rentenversicherung (DRV), der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) vereinbart. Die Handlungsempfehlungen wurden im Vorfeld mit wichtigen Partnern abgestimmt. Vorausgegangen waren auch intensive Beratungen mit den Suchtfachverbänden.

Die Handlungsempfehlungen stehen auf der Homepage der Deutschen Rentenversicherung zur Verfügung: [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de) → **Infos für Experten** → **Sozialmedizin und Forschung** → **Reha-Wissenschaften** → **Reha-Konzepte** → **Konzepte** → **Sucht-Rehabilitation**

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
<b>9</b>	<b>Aktuelle Entwicklungen</b>
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
51	Berufliche Rehabilitation
67	Aufwendungen für Rehabilitation
73	Im Fokus
73	Onkologische Rehabilitation
89	Anhang

# 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. 90 f). Derzeit nehmen fast 2.000 Reha-Fachabteilungen oder Reha-Einrichtungen der medizinischen, aber auch der beruflichen Rehabilitation an der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung teil.

Neues Instrument der  
Reha-Qualitätssicherung

## Strukturierter Qualitätsdialog für die medizinische Rehabilitation

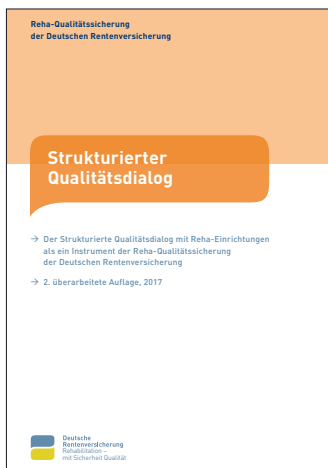
Die etablierten Instrumente der externen Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung und die regelmäßig erstellten Berichte liefern wertvolle Impulse für die Qualitätsentwicklung in den Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation. Dazu werden die Ergebnisse jeder Einrichtung bzw. Fachabteilung mit den Ergebnissen aller anderen Fachabteilungen der gleichen Indikation (der sog. Vergleichsgruppe) verglichen. Sie zeigen viele gute und sehr gute Erfolge ebenso auf wie deutliche Unterschiede zwischen den Fachabteilungen. Bislang fehlte es hier an einheitlichen Festlegungen und einem gemeinsamen Vorgehen innerhalb der Rentenversicherung im Umgang mit auffallenden Ergebnissen. Zukünftig werden nun innerhalb der Rentenversicherung qualitätsrelevante Indikatoren einheitlich berücksichtigt.

Fünf Qualitätsindikatoren  
werden einbezogen

Zu diesem Zweck wird der Strukturierte Qualitätsdialog als ein neues Instrument der Reha-Qualitätssicherung eingeführt. Dazu gehört ein einheitliches Vorgehen der Rentenversicherungsträger, wenn in einzelnen Fachabteilungen auffällige oder nicht plausible Ergebnisse und Abweichungen festgestellt werden. Dadurch bekommt die Qualität für die Einrichtungen ein noch stärkeres Gewicht.

Folgende fünf Qualitätsindikatoren werden für den Strukturierten Qualitätsdialog bisher genutzt (siehe auch S. 35 ff.):

- **Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL)**  
In der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) sind die therapeutischen Leistungen der medizinischen Rehabilitation mit Indikationsstellung, Therapiezielen, Mindestdauer und Anforderungen an die Qualifikation des Personals beschrieben. Im ärztlichen Entlassungsbericht werden für jede Rehabilitation alle durchgeführten Therapien



mit Angaben zur Häufigkeit und Dauer entsprechend der KTL dokumentiert. Auf dieser Basis wird dann eine Übersicht zu den erbrachten Leistungen während der medizinischen Rehabilitation erstellt.

- **Reha-Therapiestandards (RTS)**

Reha-Therapiestandards (RTS) definieren Mindestanforderungen an die therapeutische Versorgung in der medizinischen Rehabilitation. Sie liegen für verschiedene, häufig vorkommende Erkrankungen vor und beziehen sich auf alle Rehabilitanden mit der jeweiligen Erkrankung in einer Fachabteilung. Im Rahmen der Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung wird überprüft, ob diese Standards erfüllt werden.

- **Peer Review-Verfahren**

Mit dem Peer Review-Verfahren wird die Qualität des Reha-Prozesses erfasst. Dazu werden von erfahrenen Reha-Medizinern des jeweiligen Fachgebietes (Peers) zufällig ausgewählte, anonymisierte ärztliche Entlassungsberichte sowie die Therapiepläne der Rehabilitanden begutachtet. Die Bewertung basiert auf einer Checkliste qualitätsrelevanter Merkmale und einem Handbuch.

- **Behandlungszufriedenheit und**

- **Subjektiver Behandlungserfolg**

Diese beiden Indikatoren stammen aus der Rehabilitandenbefragung und erfassen zwei unterschiedliche Aspekte der subjektiven Bewertung der Rehabilitanden. Sie werden acht bis zwölf Wochen nach der Rehabilitation erhoben. Die subjektive Einschätzung durch die Rehabilitanden ist für die Bewältigung beziehungsweise den konstruktiven Umgang mit der Erkrankung und damit für das Rehabilitationsergebnis von großer Bedeutung.

Für diese Indikatoren liegen Qualitätspunkte nach dem Konzept zur Bewertung der Qualität von Reha-Einrichtungen (BQR) vor (s. S. 91). Der Strukturierter Qualitätsdialog wird vom federführenden Rentenversicherungsträger eingeleitet, wenn eine Fachabteilung in einem der fünf Indikatoren den Grenzwert unterschreitet. Dieser liegt bei 50 von 100 Qualitätspunkten. Es soll auch dann ein Strukturierter Qualitätsdialog durchgeführt werden, wenn eine Fachabteilung in mindestens zwei der oben genannten Indikatoren zu den schlechtesten 10% innerhalb ihrer Vergleichsgruppe gehört. Zusätzlich können auch noch weitere Qualitätskriterien herangezogen werden.

Im strukturierten Dialog wird auf die auffälligen Ergebnisse eingegangen und gemeinsam nach Lösungen gesucht, um Verbesserungen zu erzielen. Im partnerschaftlichen Austausch von Rentenversicherungsträger und Fachabteilung werden konkrete Maßnahmen vereinbart und Zeiträume für erwartete Verbesserungen festgelegt. Ziel ist, die Qualitätsbewertung bei den auffälligen Indikatoren innerhalb eines festgelegten Zeitraums nachweislich zu verbessern.

Vor der Einführung des Strukturierter Qualitätsdialogs in die Routine findet zunächst eine zweijährige Pilotphase statt. In dieser Zeit werden das Vorge-

Gemeinsam nach Lösungen zur  
Qualitätsverbesserung suchen

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
<b>9</b>	<b>Aktuelle Entwicklungen</b>
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
51	Berufliche Rehabilitation
67	Aufwendungen für Rehabilitation
73	Im Fokus
73	Onkologische Rehabilitation
89	Anhang

hen, die verwendeten Indikatoren und die Grenzwerte zur Durchführung des Dialogs überprüft.

Mit dem Strukturierten Qualitätsdialog steht erstmals ein rentenversicherungsweit abgestimmtes Instrument für den Umgang mit auffälligen Qualitätsergebnissen zur Verfügung.

Weitere Informationen zum Strukturierten Qualitätsdialog stehen Ihnen auf den Seiten der Deutschen Rentenversicherung zur Verfügung: [www.reha-qs-drv.de](http://www.reha-qs-drv.de) → **Strukturierter Qualitätsdialog**.



### Peer Review in der medizinischen Rehabilitation – Checkliste und Manual überarbeitet

Das Peer Review-Verfahren wurde mit wissenschaftlicher Unterstützung überarbeitet, um die Nutzbarkeit der Reha-Prozessbewertungen für das Qualitätsmanagement in den Reha-Einrichtungen zu verbessern. Unter anderem wurden einzelne Prozessbereiche und -merkmale neu gegliedert und die zuvor uneinheitliche Bewertungsskala wurde auf eine vierstufige Mängelskala angeglichen. Dabei flossen auch Anregungen aus der Reha-Praxis ein.

Checkliste und Manual stehen – einmal für die somatischen Indikationen und einmal für die Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen – als Broschüre zur Verfügung. Sie können im Internet bestellt oder als PDF abgerufen werden: [www.reha-qs-drv.de](http://www.reha-qs-drv.de) → **Peer Review-Verfahren**

# Sozialmedizin

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

## **Bessere Handhabbarkeit der Leitlinie für Krankheiten des Bewegungsapparats**

Die Deutsche Rentenversicherung entwickelt im Rahmen der Qualitätssicherung der sozialmedizinischen Begutachtung seit den 1990er Jahren kontinuierlich Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung. Die Leitlinien bieten den Gutachtern Hilfestellung bei Fragen zur sozialmedizinischen Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit sowie zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben.



Die neueste Leitlinie mit dem Titel „Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit von Menschen mit muskuloskeletalen Erkrankungen“ ist 2017 erschienen. Sie beschäftigt sich mit der sozialmedizinischen Beurteilung von Menschen mit Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates inklusive der wichtigsten rheumatologischen Erkrankungen. Sie stellt eine komplette Überarbeitung der bisher bestehenden Leitlinie dar. Die ehemals eigenständige Leitlinie zur Beurteilung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA, berufliche Rehabilitation) wurde in die neue Leitlinie integriert. Um die Handhabbarkeit zu verbessern, wurden die Empfehlungen zur medizinischen wie zur beruflichen Rehabilitation auf der Ebene einzelner Krankheitsbilder zusammengeführt. Somit wird der Informationsgehalt verdichtet, gleichzeitig entfällt der Rückgriff auf weitere Materialien. Um die Akzeptanz der Leitlinien zu gewährleisten, wurden relevante medizinische Fachgesellschaften in einem Stellungnahmeverfahren in die Überarbeitung einbezogen.

Leitlinien zur sozialmedizinischen Begutachtung gibt es zu vielen weiteren Krankheitsbildern, beispielsweise zu psychischen Störungen und neurologischen Erkrankungen.

Alle Leitlinien zur sozialmedizinischen Begutachtung stehen auf der Homepage der Deutschen Rentenversicherung zur Verfügung: [www.deutscherentenversicherung.de](http://www.deutscherentenversicherung.de) → **Infos für Experten** → **Sozialmedizin und Forschung** → **Sozialmedizin** → **Begutachtung** → **Leitlinien**

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
<b>9</b>	<b>Aktuelle Entwicklungen</b>
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
51	Berufliche Rehabilitation
67	Aufwendungen für Rehabilitation
73	Im Fokus
73	Onkologische Rehabilitation
89	Anhang

## Aussagekraft der Routinedaten verbessert

### **Verbesserte Routinedaten durch Anpassung von ICD-Diagnosengruppen**

Routinedaten stellen in der Deutschen Rentenversicherung eine wesentliche Grundlage für die statistische Aufbereitung und Planung von Leistungen sowie für Veröffentlichungen dar. Zu diesen Routinedaten gehören maßgeblich die Diagnosen. Sie werden von den Rentenversicherungsträgern nach dem einheitlichen Diagnoseschlüssel der ICD-10-GM (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification) bei Reha-Leistungen und der Bewilligung von Erwerbsminderungsrenten verschlüsselt.

Mit der Einführung der neuen ICD-10-GM Version 2004 entstand ein Bruch in der Verschlüsselung. Die an Organen orientierten Kapitel wurden inhaltlich überarbeitet und nach dem Alphabet gegliedert. In der Folge wurden beispielsweise in den Reha-Entlassungsberichten die „Postoperativen Krankheitszustände“ nun mit dem Z-Schlüssel des ICD Kapitels XXI verschlüsselt. Sie wurden damit nicht mehr den Krankheiten des Bewegungsapparats zugeschlagen. Dies führte damit zu einem höheren Anteil der „Sonstigen Krankheiten“ und einem geringeren Anteil z. B. bei den Krankheiten des Bewegungsapparats. Vor allem AHB-Indikationen waren besonders betroffen. Dies schränkte in der Folge die inhaltliche Aussagekraft der Routinedaten ein.

Die Deutsche Rentenversicherung hat daher die Diagnosengruppen angepasst. Einschlägige Diagnosen aus den Kapiteln XVII (Q - Angeborene Fehlbildungen), XIX (S bzw. T - Verletzungen, Vergiftungen u. a.) und XXI (Z - Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen) werden nun neu zugeordnet. Dies bedeutet für die Auswertungen ab 2016, dass mehr Diagnosen die Art der Rehabilitation inhaltlich aussagekräftig beschreiben: Vor allem die Anteile der Krankheiten des Bewegungsapparats, der Herz-Kreislaufkrankungen und der Neurologischen Erkrankungen steigen im Vergleich zu den Vorjahren. Dafür sinkt der Anteil der sonstigen Diagnosen.

Die Anpassung wurde bereits bei der Auswertung der Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung berücksichtigt. Auf diese Weise werden die ICD-10-Diagnosen sachgerechter zusammengefasst und das Rehabilitations- und Erwerbsminderungsgeschehen besser dargestellt.



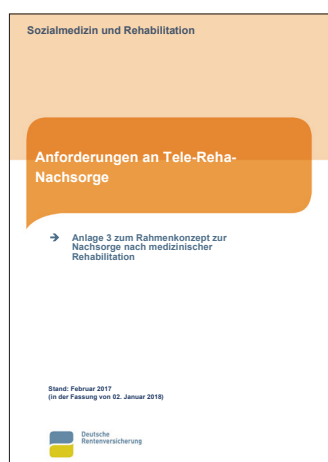
# Reha-Forschung und -Konzepte

Nachsorgeangebote jetzt einfach über das Internet finden

## Der neue Nachsorgefinder der Deutschen Rentenversicherung

Wenn nach einer Rehabilitation der Reha-Erfolg und die Erwerbsfähigkeit weiter stabilisiert werden sollen, steht ein breites Nachsorgeangebot zur Verfügung. Dieses Angebot ist vielfältig und bedarfsgerecht ausdifferenziert. Um ein für den individuellen Fall passendes Nachsorgeangebot besser finden zu können, wurde 2017 der Nachsorgefinder auf der Website [www.nachderreha.de](http://www.nachderreha.de) freigeschaltet. Jeder, z. B. Reha-Einrichtungen, Rehabilitanden und Nachsorgebeauftragte bei den Rentenversicherungsträgern, kann nun im Internet nach geeigneten Angeboten suchen. Der Nachsorgefinder zeigt von der Rentenversicherung zugelassene Nachsorgeangebote an, die sich am oder in der Nähe des Wohnortes der Rehabilitanden befinden. Dies erfolgt auf Basis der Postleitzahl mit Entfernungsangabe zum Wohnort. Für die Detail-Suche kann nach der Art der Nachsorge (z. B. psychosomatische oder trainingstherapeutische Nachsorge) und der Erkrankung unterschieden werden. Es werden u. a. die Adressen der Anbieter angegeben und das Nachsorgeprogramm einschließlich seiner Dauer und möglichen Terminen beschrieben. Zugelassene Nachsorgeanbieter können ihre Angebote über ein Selbstmeldeportal im Internet darstellen. Das Nachsorgeportal wird von der Deutschen Rentenversicherung gefördert und vom Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Universität zu Lübeck wissenschaftlich begleitet.

Der Nachsorgefinder steht im Internet zur Verfügung: [www.nachderreha.de](http://www.nachderreha.de)



Orientierung für Reha-Einrichtungen, Leistungserbringer und Rentenversicherungsträger

## Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung an Tele-Reha-Nachsorge

Digitale Anwendungen haben Eingang in die medizinische Gesundheitsversorgung gefunden. Neben der herkömmlichen Reha-Nachsorge mit direktem Kontakt zum Therapeuten („face-to-face“) stehen zunehmend Tele-Reha-Nachsorgeangebote zur Verfügung. Tele-Reha-Nachsorge, z. B. in Form von Online-Gesprächsgruppen mit einem Therapeuten, erfolgt am PC oder an Mobilgeräten via Internet oder Mobilfunknetz (Tablet, Smartphone). Vor allem bei Versorgungslücken im ländlichen Raum stellt sie eine sinnvolle Ergänzung zur konventionellen Reha-Nachsorge dar. Die Rentenversicherung hat daher Anforderungen an Tele-Reha-Nachsorgeangebote formuliert. Diese Anforderungen dienen dazu, Tele-Nachsorgeangebote zu bewerten und eine einheitliche Umsetzung in die Praxis zu gewährleisten. An diesen Anforderungen können sich Rentenversicherungsträger, Reha-Einrichtungen, Leistungserbringer der Reha-Nachsorge und potentielle Anbieter telematischer Anwendungen orientieren, wenn es um die Anerkennung und Zulassung von Tele-Reha-Nachsorgekonzepten geht.

Die Anforderungen an Tele-Reha-Nachsorge stehen im Internet als Download zur Verfügung: [www.reha-nachsorge-driv.de](http://www.reha-nachsorge-driv.de)

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
<b>9</b>	<b>Aktuelle Entwicklungen</b>
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
51	Berufliche Rehabilitation
67	Aufwendungen für Rehabilitation
73	Im Fokus
73	Onkologische Rehabilitation
89	Anhang



Gut informiert durch Reha-Broschüre in acht Sprachen

### Mit muttersprachlichen Informationen einfacher in die Rehabilitation

Menschen mit Migrationshintergrund soll der Zugang zur Rehabilitation erleichtert werden. Sie haben durchschnittlich einen schlechteren Gesundheitszustand als die deutsche Bevölkerung und eine höhere Frühberentungsquote. Dennoch nehmen sie Rehabilitationsangebote wie auch andere Gesundheitsleistungen seltener wahr: Es bestehen in höherem Maße Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem. Diese können durch verständliche, kultursensible und muttersprachliche Informationen z. B. zur Rehabilitation der Rentenversicherung verringert werden.

Solche Informationsmaterialien wurden im MiMi-Reha-Projekt entwickelt, um reha-bedürftigen Migrantinnen und Migranten die Antragstellung zu erleichtern. Das hier entwickelte Informationsangebot MiMi-Reha baut auf dem u. a. durch die WHO ausgezeichneten Gesundheitsprojekt „MiMi – Mit Migranten für Migranten – Interkulturelle Gesundheit in Deutschland“ des Ethno-Medizinischen Zentrums (EMZ) Hannover auf. MiMi informiert mittels muttersprachlicher Gesundheitslotsen (Mediatoren) Migranten über Gesundheitsförderung, Prävention und nun auch über die Rehabilitation der Rentenversicherung.

Zu den verfügbaren Produkten zählen Info-Veranstaltungen für Migranten in Deutsch, Russisch und Türkisch und eine Reha-Broschüre in acht Sprachen (Deutsch, Englisch, Griechisch, Italienisch, Russisch, Serbokroatisch, Spanisch, Türkisch). Zusätzlich wurde ein Begleitheft mit Erläuterungen zum Ausfüllen des Reha-Antrages (Deutsch) und ein Praxisleitfaden zur Interkulturellen Kompetenz für die Reha-Beratung (Deutsch) entwickelt. Die Broschüren sind kostenfrei zu erhalten (Versandkosten).

Das Projekt wurde von 2013 bis 2016 von der Medizinischen Hochschule Hannover und dem Ethno-Medizinischen Zentrum Hannover durchgeführt. Kooperationspartner waren die DRV Bund, die DRV Nord, die DRV Oldenburg-Bremen und die DRV Rheinland-Pfalz.

Die Broschüren können weitgehend kostenfrei (Versandgebühren) im MiMi-Bestellportal bestellt werden: [www.mimi-bestellportal.de](http://www.mimi-bestellportal.de) → Shop → Reha

### „reapro“ – Modellvorhaben der Deutschen Rentenversicherung nach § 11 SGB IX (neu) des Bundesteilhabegesetzes

Im Rahmen des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) wurde in § 11 SGB IX (neu) beschlossen, Modellvorhaben zur Stärkung der Rehabilitation zu fördern. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) stellt der Deutschen Rentenversicherung (Rechtskreis Sozialgesetzbuch SGB VI) und den Jobcentern (Rechtskreis SGB II) von 2018 bis 2022 jeweils 500 Mio. EUR zur Verfügung. Die Fördermaßnahme mit der Bezeichnung „reapro“ möchte vor allem Maßnahmen unterstützen, die darauf ausgerichtet sind, den Eintritt einer Behinderung oder einer chronischen Krankheit zu vermeiden. Die Modellvorhaben sollen die aktuelle Situation verbessern und möglichst frühzeitig ansetzen: vor dem



## Innovative Modellprojekte zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit

Eintritt von Rehabilitationsbedarfen, vor einer möglichen Erwerbsminderung, vor einem Übergang in Werkstätten für behinderte Menschen. Es sollen bislang nicht realisierte Maßnahmen, Methoden und Organisationsmodelle erprobt werden. Dazu sind bei Bedarf auch Abweichungen vom geltenden Recht möglich.

Das BMAS hat vier thematische Schwerpunkte formuliert:

- Prävention vor Reha sowie frühzeitige rehabilitative Interventionen,
- verbesserter Zugang zur Rehabilitation (u. a. Fallmanagement),
- Personengruppen mit besonderen Problemlagen sowie
- Nachhaltigkeit der Reha-Erfolge.

## Kontaktstelle rehapro bei der DRV Bund

Die fachliche Prüfung der beantragten Modellvorhaben der Rentenversicherung (Rechtskreis SGB VI) erfolgt durch den Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung Bund. Hierzu wurde die „Kontaktstelle rehapro“ eingerichtet. Antragsberechtigt sind die 16 Träger der Rentenversicherung. Die fachliche Prüfung für Förderanträge der Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende (Jobcenter, Rechtskreis SGB II) übernimmt die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (DRV KBS). In der dafür neu eingerichteten „Fachstelle rehapro“ erfolgt auch die formale und haushalterische Prüfung aller Modellvorhaben.

Um den Gesamtprozess zu steuern, wurde unter Federführung des BMAS ein Lenkungsausschuss eingesetzt. An diesem sind die Bundesagentur für Arbeit (BA), die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände für die Kommunen als Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende (Jobcenter), wie auch je ein Vertreter der DRV Bund und der DRV KBS beteiligt. Zudem wurde ein Beirat gegründet, an dem neben den Mitgliedern des Lenkungsausschusses u. a. Betroffenenverbände, Leistungserbringer und Vertreter der Wissenschaft teilnehmen. Der Beirat begleitet rehapro und ist an der Erarbeitung der Förderinhalte (Förderrahmen) beteiligt. Darüber hinaus gibt er Empfehlungen ab, welche Modellvorhaben konkret gefördert werden sollen. Die Förderentscheidung selbst wird durch das BMAS getroffen.

## Förderrichtlinie im Frühjahr 2018

Die Veröffentlichung der Förderrichtlinie soll voraussichtlich im Frühjahr 2018 erfolgen. Es ist geplant, Mitte 2018 mit der Förderung der ersten Projekte zu beginnen.

Weitere Informationen und Dokumente zu „rehapro“ finden Sie im Internet-  
autritt des BMAS „Gemeinsam einfach machen“: [www.gemeinsam-einfach-machen.de](http://www.gemeinsam-einfach-machen.de) → **Umsetzung BTHG**

# 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 S. 89).

### Routinedaten der Rentenversicherung

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

### Anträge, Bewilligungen und durchgeführte Leistungen

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

Mehr als 1,6 Mio. Anträge auf medizinische Rehabilitation

2016 gingen bei der Rentenversicherung mehr als 1,6 Mio. Anträge auf medizinische Rehabilitation ein. Rund 68 % der erledigten Anträge wurden bewilligt, 17 % abgelehnt – meist aus medizinischen Gründen (92 %), selten aus anderen, dann meist versicherungsrechtlichen Gründen (8 %). Die restlichen 15 % der Anträge wurden zum jeweils zuständigen Rehabilitationsträger weitergeleitet.

2016 erhielten Versicherte rund 1.027.000 medizinische Reha-Leistungen.

Abbildung 1 zeigt die Entwicklung von Anträgen, Bewilligungen und durchgeführten medizinischen Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung. Gewählt wurde der Zeitraum ab 1991, da seit diesem Jahr die Versicherten der neuen Bundesländer mit ausgewiesen werden. Die Anträge sind zwischen 1991 und 2016 von ca. 1.282.000 auf rund 1.641.000, die Bewilligungen von rund 995.000 auf rund 1.110.000 und die durchgeführten Leistungen von 840.000 auf rund 1.027.000 gestiegen. Die bisher höchsten Antragszahlen waren im Jahr 2014 zu verzeichnen (etwa 1.724.000). In den letzten beiden

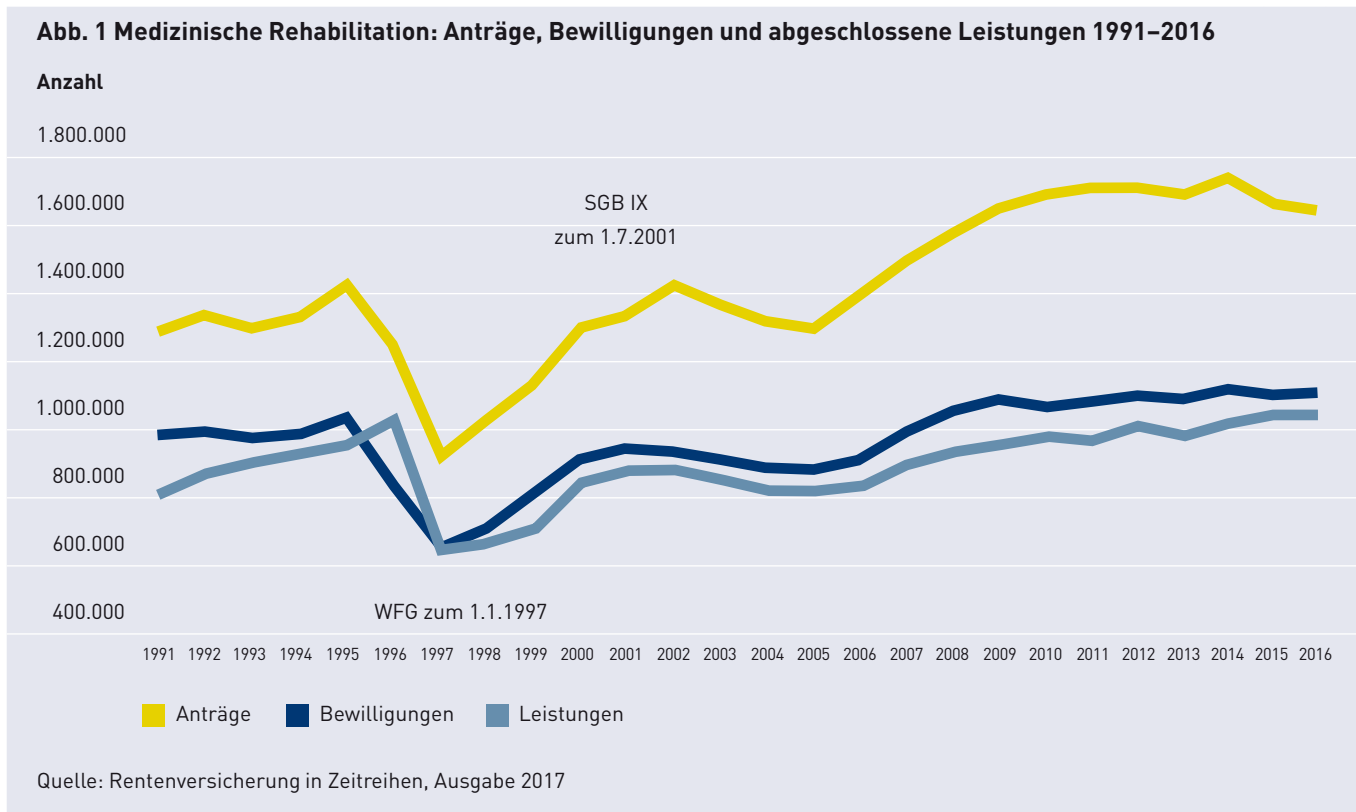
Jahren sanken die Antragszahlen etwas und sind aktuell etwa auf dem Niveau von 2009. Die Bewilligungen sind dagegen seit 2009 relativ konstant.

Es fällt auf, dass beispielsweise 1995 fast ebenso viele Bewilligungen wie 2016 erfolgten – bei deutlich mehr Anträgen in 2016. 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.

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

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



4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
<b>19</b>	<b>Medizinische Rehabilitation</b>
51	Berufliche Rehabilitation
67	Aufwendungen für Rehabilitation
73	Im Fokus
73	Onkologische Rehabilitation
89	Anhang

aufgrund der ungünstigen wirtschaftlichen Situation. Neben der Begrenzung der Mittel für die Rehabilitation wurde 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 lagen 2010 erstmals wieder deutlich über den Zahlen in 1995 (s. Abb. 1).

Es wurden 1,2% mehr medizinische Reha-Leistungen bewilligt.

Tabelle 1 wirft noch einmal einen Blick auf die Änderungsraten von 2015 auf 2016: Die Anträge sind um 1,1 % zurückgegangen, die Bewilligungen um 1,2 % gestiegen und die durchgeführten Reha-Leistungen um 0,1 % gesunken.

**Tab. 1 Medizinische Rehabilitation: Anzahl der Anträge, Bewilligungen und abgeschlossenen Leistungen 2015 und 2016**

	Anträge	Bewilligungen	Leistungen
2015	1.659.740	1.096.127	1.027.833
2016	1.641.199	1.109.448	1.026.971
Veränderungsrate 2015–2016	- 1,1%	+ 1,2%	- 0,1%

Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2017

### 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.

Auch die ganztägig ambulante Rehabilitation ist an dieser Stelle zu nennen. Diese Form der medizinischen Rehabilitation, bei der die Rehabilitanden



14 % der medizinischen Reha-Leistungen wurden 2016 ambulant durchgeführt.

Kinder-Reha kann jetzt auch ambulant erfolgen.

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 2016 von 93 % auf 82 %. Die ambulanten Leistungen für Erwachsene haben sich dagegen 2016 knapp versechsfacht von rund 25.000 im Jahr 2000 auf mehr als 148.000 Leistungen. Sie machen derzeit ca. 14 % aller medizinischen Rehabilitationsleistungen aus (s. Tab. 2).

Die Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen wurde bis Ende 2016 nur stationär durchgeführt. Ihr prozentualer Anteil an den Reha-Leistungen der Rentenversicherung insgesamt liegt in den letzten sieben Jahren konstant bei 3 % (s. Tab. 2). Seit dem 14. Dezember 2016 kann die Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen mit dem Inkrafttreten des Flexirentengesetzes auch ambulant erbracht werden (siehe auch S. 9).

**Tab. 2 Abgeschlossene Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 2000–2016: stationär und ambulant für Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche**

Jahr	Insgesamt*	Stationäre Leistungen für Erwachsene		Ambulante Leistungen für Erwachsene		Kinder- und Jugendlichenrehabilitation	
2000	835.878	778.789	93 %	25.257	3 %	29.908	4 %
2001	892.687	826.014	93 %	30.472	3 %	33.751	4 %
2002	894.347	813.362	91 %	41.714	5 %	36.682	4 %
2003	845.618	752.426	89 %	52.285	6 %	37.846	4 %
2004	803.159	702.122	87 %	60.557	8 %	37.276	5 %
2005	804.064	696.731	87 %	67.975	8 %	36.759	5 %
2006	818.433	704.004	86 %	75.850	9 %	36.443	4 %
2007**	903.257	771.782	85 %	92.038	10 %	37.498	4 %
2008	942.622	804.006	85 %	99.820	11 %	37.568	4 %
2009	978.335	829.822	85 %	111.022	11 %	36.254	4 %
2010	996.154	837.864	84 %	122.835	12 %	34.223	3 %
2011	966.323	810.664	84 %	122.726	13 %	30.919	3 %
2012	1.004.617	843.319	84 %	127.642	13 %	32.103	3 %
2013	988.380	827.080	84 %	129.073	13 %	30.812	3 %
2014	1.014.763	840.639	83 %	141.147	14 %	31.384	3 %
2015	1.027.833	845.825	82 %	147.783	14 %	31.354	3 %
2016	1.026.971	842.550	82 %	148.482	14 %	31.346	3 %

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

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

Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2000–2016

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
<b>19</b>	<b>Medizinische Rehabilitation</b>
51	Berufliche Rehabilitation
67	Aufwendungen für Rehabilitation
73	Im Fokus
73	Onkologische Rehabilitation
89	Anhang

Aktuell werden dafür Konzepte entwickelt. Rehabilitationsleistungen bei Neubildungen (in ca. 95 % der Fälle bei bösartigen Neubildungen) liegen seit 2012 zwischen 15 % und 16 % (s. Tab. 3, S. 25). Derzeit ist knapp jede sechste medizinische Rehabilitation für Erwachsene eine onkologische Reha-Leistung (rund 153.000 Leistungen in 2016).

### **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.

Ab 2017 werden die Präventionsleistungen der Rentenversicherung nach § 14 SGB VI als Pflichtleistungen erbracht, ebenso die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen nach § 15a SGB VI (siehe auch S. 9).

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

Anschlussrehabilitationen machten 2016 ein gutes Drittel aller Reha-Leistungen aus.

Noch deutlich stärker als der Anstieg aller Reha-Leistungen zwischen 2000 und 2016 ist der Zuwachs bei der Anschlussrehabilitation (AHB). Mit rund 360.000 Leistungen stellt die AHB im Jahr 2016 einen Anteil von 36 % – verglichen mit 22 % in 2000 eine erhebliche Erhöhung des Anteils.

Die Anzahl von Entwöhnungsbehandlungen hat sich in den Jahren seit 2000 schwankend entwickelt. 2016 liegen sie mit rd. 44.500 Leistungen unter dem Niveau von 2000 (rd. 46.500 Leistungen). Der Anteil der Entwöhnungsbehandlungen an den medizinischen Reha-Leistungen für Erwachsene ist leicht gesunken auf 4 % (s. Tab. 3).

Mit Nachsorge und Stufenweiser Wiedereingliederung schneller zurück an den Arbeitsplatz

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 und das Curriculum Hannover für die Psychosomatik/Psychotherapie. Die Nachsorgeleistungen der Rentenversicherung haben bis 2014 kontinuierlich zugenommen, sinken jedoch in den letzten beiden Jahren. Im Jahr 2016 führte die Rentenversicherung mit 149.370 weniger Nachsorgeleistungen durch als 2015 (186.547).

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 2016 unterstützte die

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
<b>19</b>	<b>Medizinische Rehabilitation</b>
51	Berufliche Rehabilitation
67	Aufwendungen für Rehabilitation
73	Im Fokus
73	Onkologische Rehabilitation
89	Anhang

Bei ersten gesundheitlichen Beeinträchtigungen können Präventionsleistungen helfen.

Rentenversicherung auf diese Weise in 56.747 Fällen den (Wieder-) Einstieg in die berufliche Tätigkeit. Dies stellt eine Steigerung um 52 % von 2010 auf 2016 dar (2010: 37.243 Fälle), liegt aber etwas niedriger als in 2015 (57.625).

Eine weitere Leistung im Angebotsspektrum der Rentenversicherung sind die Präventionsleistungen, die für Versicherte erbracht werden, die unter ersten gesundheitlichen Beeinträchtigungen leiden (§ 14 Abs. 1 SGB VI). Eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit ist bei diesen Leistungen keine Voraussetzung. Bisher werden diese Präventionsleistungen nur in geringem Maße durchgeführt, jedoch mit steigender Tendenz: Im Jahr 2016 waren es insgesamt 2.316 Präventionsleistungen und damit fast doppelt so viele wie in 2015 (1.218). Diese Leistungen zur Verhaltensprävention sollen frühzeitig ansetzen und die Versicherten dabei unterstützen, selbstständig und eigenverantwortlich einen gesundheitsförderlichen Lebensstil zu entwickeln. Die Entwicklung chronischer Erkrankungen, insbesondere der sogenannten Zivilisationskrankheiten, soll damit möglichst vermieden werden. Der Grundsatz der Rentenversicherung heißt: Prävention vor Rehabilitation vor Rente!

**Tab. 3 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 2000–2016: besondere Leistungsformen für Erwachsene\***

Jahr	Insgesamt	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 %
2013	957.568	328.703	35 %	152.562	16 %	51.211	5 %
2014	983.379	337.618	35 %	152.260	16 %	50.485	5 %
2015	996.479	346.579	35 %	157.626	16 %	46.986	5 %
2016	995.625	359.641	36 %	153.266	15 %	44.452	4 %

\* ab 2016 grundsätzlich einschl. Mischfälle (stationäre und ambulante Rehabilitation in Kombination erbracht).

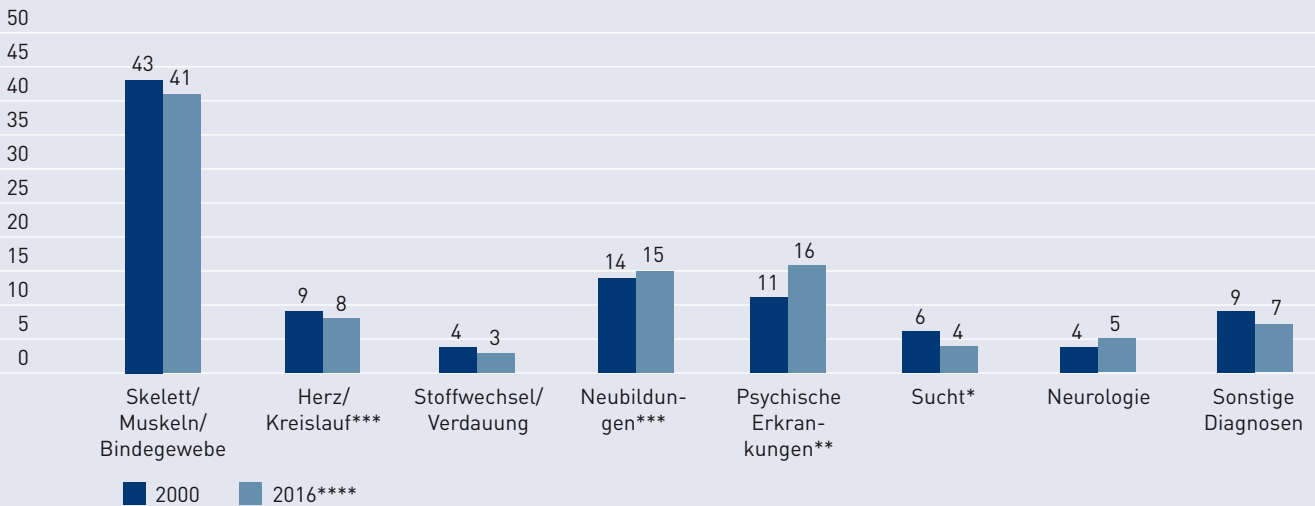
\*\* Neubildungen und Entwöhnungsbehandlungen werden als eigene Maßnahmeart dokumentiert und in dieser Tabelle nicht über die ICD-Diagnosen definiert.

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

Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2000–2016

**Abb. 2 Krankheitsspektrum in der medizinischen Rehabilitation Erwachsener<sup>1</sup> (ambulant und stationär): 2000 und 2016**

**Anteile Reha-Leistungen in %**



<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 ICD-Diagnosen definiert.

\*\* ohne Sucht

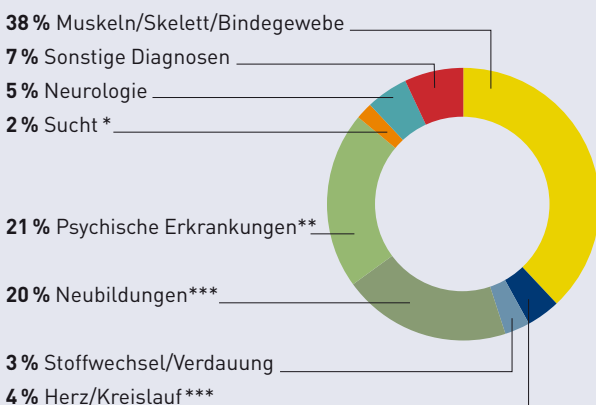
\*\*\* ohne neurologische Krankheitsbilder

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

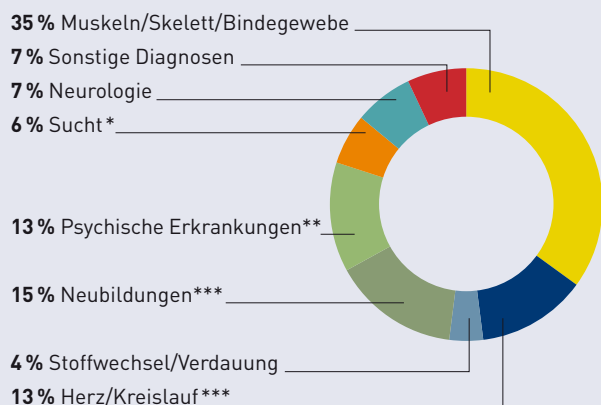
Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2000 und 2016

**Abb. 3 Stationäre medizinische Rehabilitation 2016<sup>1</sup>: Krankheitsspektrum<sup>2</sup> (Anteile Reha-Leistungen in %)**

**Frauen**



**Männer**



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

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

\* 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“ 2016

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
<b>19</b>	<b>Medizinische Rehabilitation</b>
51	Berufliche Rehabilitation
67	Aufwendungen für Rehabilitation
73	Im Fokus
73	Onkologische Rehabilitation
89	Anhang

### Krankheitsspektrum – zeitliche Entwicklung

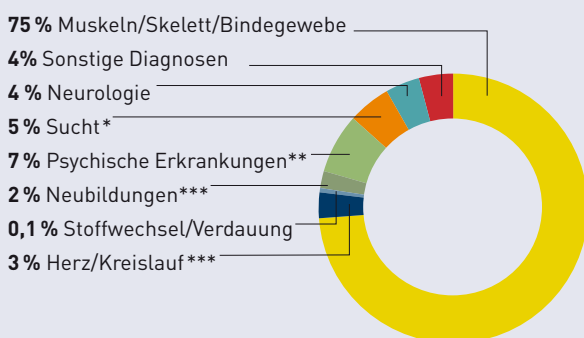
Fasst man stationäre und ambulante Leistungen zusammen, haben sich die medizinischen Reha-Leistungen der einzelnen Diagnosengruppen in den letzten Jahren unterschiedlich entwickelt (s. Abb. 2). Dies zeigt die Gegenüberstellung der Reha-Leistungen aus 2016 und aus 2000. Bei dieser Gegenüberstellung muss berücksichtigt werden, dass in 2016 diese Diagnosengruppen angepasst wurden (siehe S. 15). Dies führt zu einer besseren inhaltlichen Zusammenfassung von Diagnosen und einem geringeren Anteil der sonstigen Diagnosen.

Der Anteil an Leistungen bei Muskel-, Skelett- und Bindegewebserkrankungen, nach wie vor die größte Diagnosengruppe, ist zwar seit 2015 von 36 % auf 41 % gestiegen. Dieser Anstieg ist jedoch der verbesserten Zuordnung der Einzeldiagnosen zuzuschreiben. Grundsätzlich ist dieser Anteil ebenso leicht rückläufig wie 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. Die Verringerung der sonstigen Diagnosen von 9 % (im Jahr 2000) bzw. 12 % (in 2015) auf 7 % wurde durch die erwähnte veränderte Zuordnung der Einzeldiagnosen erreicht. Die zeitlichen Entwicklungen in den einzelnen Diagnosengruppen gehen bei Frauen und Männern in die gleiche Richtung.

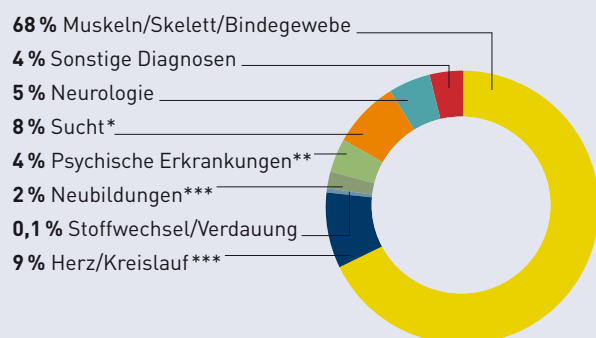
Mehr Rehabilitationen wegen psychischer Erkrankungen

**Abb. 4 Ambulante medizinische Rehabilitation 2016<sup>1</sup>: Krankheitsspektrum<sup>2</sup> (Anteile Reha-Leistungen in %)**

#### Frauen



#### Männer



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

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

\* 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“ 2016

## Krankheitsspektrum im Jahr 2016

Vergleicht man die aktuelle Verteilung der Diagnosen in der medizinischen Rehabilitation in 2016 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 enthalten.

Häufigster Reha-Grund sind Erkrankungen von Muskeln, Skelett und Bindegewebe.

Eine stationäre medizinische Rehabilitation erhalten Frauen wie Männer zu mehr als einem Drittel wegen Krankheiten der Muskeln, des Skeletts oder des Bindegewebes. Rang zwei belegt bei Frauen die medizinische Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen (21 %), dicht gefolgt von Rehabilitation bei Neubildungen (20 %). Bei Männern ist der Anteil psychischer Erkrankungen mit 13 % nach wie vor deutlich geringer als bei Frauen. Dennoch liegt

**Tab. 4 Ambulante und stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 2016<sup>1</sup>: Krankheitsspektrum und Behandlungsdauer**

	Insgesamt (inkl. sonst. Leistungen)	Skelett/ Muskeln Bindegewebe	Herz/ Kreislauf*	Stoff- wechsel/ Verdauung	Neu- bildun- gen*	Psychische Erkran- kungen**	Sucht***	Neurologie	Sonstige Diagno- sen	Fehlende Diagno- sen****
<b>Ambulant</b>										
<b>Frauen</b>	62.572	41.647	1.508	70	1.132	4.108	2.499	2.348	2.151	7.109
Behandlungs- tage****	17	15	15	14	16	29	–	20	–	–
<b>Männer</b>	85.910	54.442	7.271	121	1.421	3.428	6.288	3.771	3.729	5.439
Behandlungs- tage****	19	16	16	16	15	32	–	21	–	–
<b>Stationär</b>										
<b>Frauen</b>	430.135	158.963	16.250	11.078	82.426	89.899	7.687	20.293	29.898	13.641
Pflegetage****	28	23	24	24	23	37	87	30	–	–
<b>Männer</b>	412.415	140.205	51.271	17.566	62.384	53.851	24.445	25.995	28.858	7.840
Pflegetage****	29	23	23	23	22	38	86	29	–	–

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

\* ohne neurologische Krankheitsbilder

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

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

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

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

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2016

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
<b>19</b>	<b>Medizinische Rehabilitation</b>
51	Berufliche Rehabilitation
67	Aufwendungen für Rehabilitation
73	Im Fokus
73	Onkologische Rehabilitation
89	Anhang

die medizinische Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen bei Männern nach der Rehabilitation bei Neubildungen (15 %) inzwischen an dritter Stelle. Entwöhnungsbehandlungen (Sucht) sind bei Männern dreimal so häufig wie bei Frauen (s. Abb. 3).

28 Tage dauert eine stationäre Rehabilitation im Schnitt.

Im Durchschnitt befinden sich Rehabilitanden 28 Tage in ihrer stationären medizinischen Rehabilitation. Nimmt man Reha-Leistungen wegen psychischer Erkrankungen, Suchterkrankungen und auch neurologischer Erkrankungen, die einer längeren Therapie bedürfen, davon aus, dauert die stationäre Rehabilitation in den einzelnen Diagnosengruppen zwischen 22 und 24 Tagen (s. Tab. 4).

Betrachtet man die Rehabilitationsdauer getrennt nach Geschlecht für die einzelnen Diagnosengruppen, unterscheiden sich Frauen und Männer wenig. Die stationäre Rehabilitation wegen Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems, wegen Verdauungs- und Stoffwechselstörungen sowie Neubildungen dauert bei Frauen einen Tag mehr, die Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen einen Tag weniger als bei Männern (s. Tab. 4). Im Durchschnitt über alle Krankheitsbilder gesehen, ist eine stationäre medizinische Rehabilitation bei Frauen einen Tag kürzer. Dies ist auf die lange Dauer von Entwöhnungsbehandlungen zurückzuführen, die von Männern wesentlich häufiger in Anspruch genommen werden (s. o.).

In der ambulanten Rehabilitation wird der weitaus überwiegende Teil der ambulanten Leistungen bei Frauen (75 %) wie bei Männern (68 %) wegen einer Erkrankung der Muskeln, des Skeletts oder des Bindegewebes durchgeführt; die Anteile sind wesentlich höher als in der stationären Rehabilitation (die deutliche Steigerung um etwa 10 Prozentpunkte gegenüber 2016 sind der besseren Zuordnung der Einzeldiagnosen geschuldet, siehe auch S. 15). Dagegen werden nur 2 % der ambulanten Rehabilitationsleistungen aufgrund von Neubildungen durchgeführt (s. Abb. 4).

Eine ambulante Rehabilitation hatte im Schnitt 20 Behandlungstage.

In Tabelle 4 sind auch die durchschnittlichen Behandlungstage für die ganztägig ambulante Rehabilitation der betrachteten Diagnosengruppen enthalten. Für eine ganztägig ambulante orthopädische Rehabilitation – also bei Erkrankungen der Muskeln, des Skeletts oder des Bindegewebes – werden durchschnittlich 15 (Frauen) bzw. 16 Behandlungstage (Männer) benötigt. Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen suchen im Schnitt an rund 30 Tagen die ambulante Reha-Einrichtung auf. Anders als in der stationären Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen ist im ambulanten Bereich die Behandlungsdauer bei Frauen (29 Tage) niedriger als bei Männern (32 Tage).

Die Diagnosengruppen in der medizinischen Rehabilitation unterscheiden sich auch nach dem durchschnittlichen Alter der Rehabilitanden. Die deutlich jüngsten Rehabilitanden finden sich mit im Schnitt 42,8 Jahren in der Suchtrehabilitation (Entwöhnungsbehandlung). Rehabilitanden mit psychischen Erkrankungen (ohne Entwöhnungsbehandlungen; 49,5 Jahre) oder mit Erkrankungen des Verdauungs- und Stoffwechselsystems (49,6 Jahre)

Das Durchschnittsalter in der orthopädischen Rehabilitation lag 2016 bei 52,2 Jahren, in der Sucht-rehabilitation bei 42,8 Jahren.

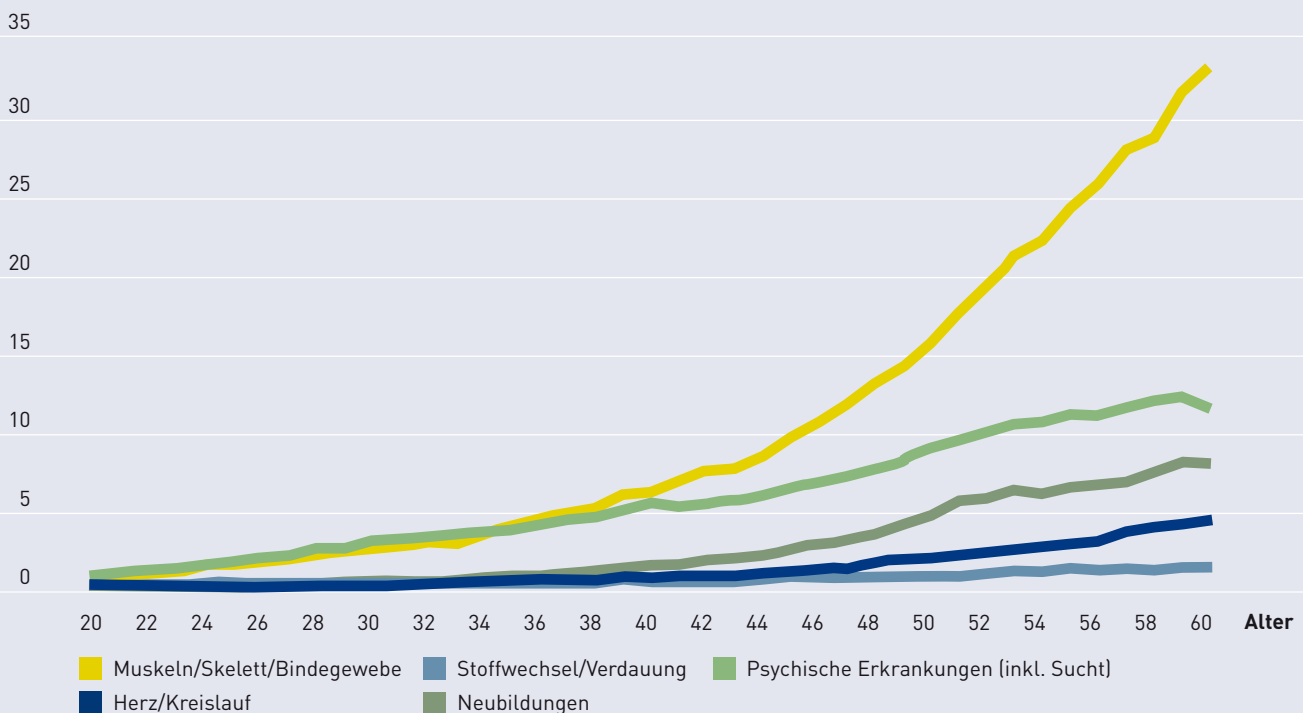
sind im Schnitt etwa gleich alt, gefolgt von Rehabilitanden mit neurologischen Erkrankungen (50,7 Jahre), orthopädischen Erkrankungen (52,2 Jahre) und Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems (54,1 Jahre). Mit im Mittel 62,2 Jahren sind Rehabilitanden mit Krebserkrankungen mit Abstand am ältesten. Während 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 2016 eine medizinische Rehabilitation abgeschlossen haben, lag bei 53 Jahren. Männer waren mit 52,7 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 mit Versicherten gleichen Alters in Beziehung gesetzt, erhält man die altersspezifische Inanspruchnahmerate.

**Abb. 5 Medizinische Rehabilitation: Altersspezifische Inanspruchnahmeraten bei Frauen 2016**

Anzahl abgeschlossene Reha-Leistungen pro 1.000 Versicherte



Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2016, „Versicherte“ 2015

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
<b>19</b>	<b>Medizinische Rehabilitation</b>
51	Berufliche Rehabilitation
67	Aufwendungen für Rehabilitation
73	Im Fokus
73	Onkologische Rehabilitation
89	Anhang

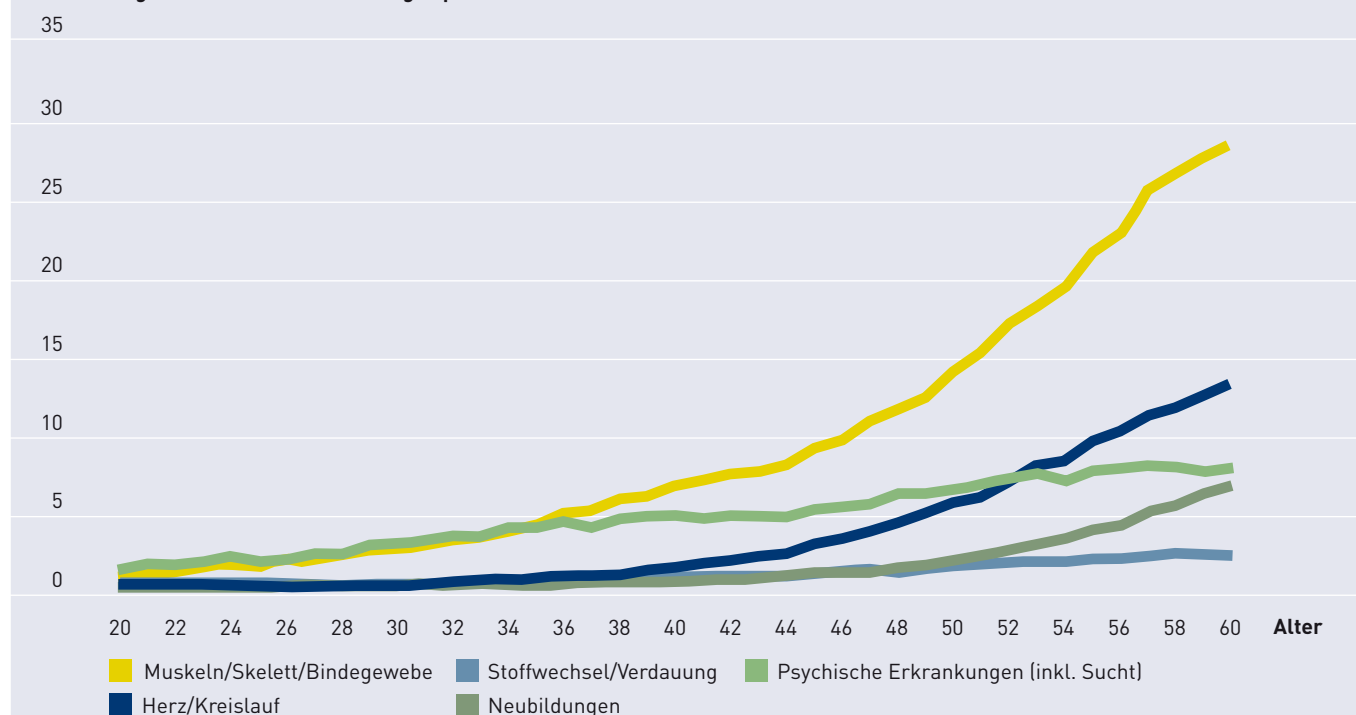
Versicherte nehmen mit zunehmendem Alter häufiger Reha-Leistungen in Anspruch.

Die Ergebnisse sind eindeutig: Bei allen betrachteten Diagnosengruppen steigt die Inanspruchnahme mit dem Alter (s. Abb. 5 und 6). Besonders ausgeprägt ist der Anstieg bei Krankheiten der Muskeln, des Skeletts oder des Bindegewebes etwa ab dem 40. Lebensjahr, bei Frauen noch deutlicher als bei Männern. Bei Neubildungen steigt die Inanspruchnahme ebenfalls mit dem Alter an. Bei Frauen beginnt dieser Anstieg etwa um das 50. Lebensjahr, bei Männern später, etwa ab dem 56. Lebensjahr. Auch bei Krankheiten des Stoffwechsels und der Verdauungsorgane steigt die Inanspruchnahme bei beiden Geschlechtern mit zunehmendem Alter, wenn auch moderat.

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 38. Lebensjahr kontinuierlich. Bei Frauen setzt diese Entwicklung etwa 10 Jahre später ein und ist weniger stark ausgeprägt.

**Abb. 6 Medizinische Rehabilitation: Altersspezifische Inanspruchnahmeraten bei Männern 2016**

Anzahl abgeschlossene Reha-Leistungen pro 1.000 Versicherte



Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2016, „Versicherte“ 2015



Unterschiedliche Altersstrukturen erfordern eine altersstandardisierte Betrachtung.

## Altersstandardisierte Inanspruchnahme

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

### 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.

Tabelle 5 gibt für Frauen und für Männer die altersstandardisierten Inanspruchnahmeraten insgesamt sowie für die wichtigsten fünf Diagnosengruppen zwischen 2000 und 2016 wieder.

Die Inanspruchnahmeraten von Frauen und Männern gleichen sich langsam an.

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. 2016 liegen die Raten etwas niedriger (Frauen etwa 21 und Männer etwa 20 von 1.000 Versicherten). Für Frauen ist damit in 2016 die niedrigste Inanspruchnahme seit 2000 zu verzeichnen. Nach einem Anstieg der Inanspruchnahmeraten zwischen 2006 und 2009/2010, sinkt die Inanspruchnahme seit 2013 kontinuierlich.

Betrachtet man zum Vergleich die Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation in diesem Zeitraum in absoluten Zahlen (vgl. Tab. 2, S. 22), dann liegen diese Zahlen – ohne Altersstandardisierung – für 2016 deutlich über denen von 2000. Das Sinken der altersstandardisierten Raten bei steigenden absoluten Zahlen ist auf die veränderte Altersstruktur der Versichertenpopulation zurückzuführen. So kamen zum Beispiel die geburtenstarken Jahrgänge aus den 1960er Jahren zunehmend in das Alter, in dem sie vermehrt Rehabilitation benötigen.

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
<b>19</b>	<b>Medizinische Rehabilitation</b>
51	Berufliche Rehabilitation
67	Aufwendungen für Rehabilitation
73	Im Fokus
73	Onkologische Rehabilitation
89	Anhang

Bei den Krankheiten 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. Die Steigerung bei den Krankheiten der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes von 2015 zu 2016 ist vorrangig der veränderten Zuordnung der ICD-Einzelcodes seit 2016 geschuldet (siehe auch S. 15).

Für die psychischen Erkrankungen (inkl. Abhängigkeitserkrankungen) haben die altersstandardisierten Raten sowohl bei Frauen als auch bei Männern insbesondere zwischen etwa 2007 und 2012 zugenommen. Dies zeigt, dass die Rehabilitationen wegen psychischer Erkrankungen (inkl. Abhängigkeitserkrankungen) stärker zugenommen haben, als durch die veränderte Versichertenpopulation zu erwarten war. Seit 2012 nehmen die altersstandardisierten Raten bei psychischen Erkrankungen für Frauen und Männern wieder etwas ab.

Die Inanspruchnahmerate bei psychischen Erkrankungen sinkt langsam.

**Tab. 5 Ambulante und stationäre medizinische Leistungen 2000–2016 nach ausgewählten Diagnosegruppen 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
2013	23,3	21,2	8,7	7,7	1,2	2,8	0,6	0,8	2,6	1,4	5,8	4,5
2014	22,3	21,1	8,5	7,7	1,1	2,8	0,6	0,8	2,5	1,4	5,4	4,4
2015	22,1	20,8	8,2	7,4	1,1	2,7	0,6	0,8	2,5	1,4	5,3	4,2
2016**	21,4	20,2	9,0	8,2	1,1	2,9	0,6	0,8	2,4	1,3	5,2	4,2

■ 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 %)

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

Quelle: Statistiken „Rehabilitation“ 2000–2016, Statistiken „Versicherte“ 1999–2015





## Medizinische Rehabilitation: Prozess und Ergebnis

Der folgende Berichtsteil behandelt die Durchführung der medizinischen Rehabilitationsleistungen und ihre Einschätzung durch die Rehabilitanden. Wesentliche Informationen hierzu stammen aus der Reha-Qualitätssicherung (Reha-QS) der Rentenversicherung (s. S. 90ff). Diese bezieht sich auf Reha-Einrichtungen, die federführend durch die Rentenversicherung belegt werden.

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

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

#### **Rehabilitandenbefragung**

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

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

Rehabilitation bei körperlichen Erkrankungen wird mit „gut“ bewertet.

Die Rehabilitanden bewerten ihre Rehabilitation auf einer Skala von „1“ für sehr gut bis „5“ für schlecht. Das durchschnittliche Gesamturteil zur stationären somatischen Rehabilitation lautet „gut“ (Ergebnis 2,0). Zu der hohen Zufriedenheit scheint vor allem das Reha-Team beizutragen (pflegerische, psychologische und ärztliche Betreuung). Am zufriedensten sind Rehabilitanden mit der Betreuung durch die Pflegekräfte, sie bewerten sie im Durchschnitt mit 1,6.

Weiterhin schätzen sie die gesundheitsbezogenen Angebote: Behandlungen, wie z. B. die Entspannungstherapie, erhalten die Beurteilung 1,8, Schulungen, z. B. zu den Themen Stress und Stressabbau, eine 2,1. Die Auswertung zeigt aber auch, dass sowohl die Unterstützung für die Zeit nach der Rehabilitation (Beurteilung 2,6) als auch die Nützlichkeit von Verhaltensempfehlungen für Alltag und Beruf (Beurteilung 2,6) noch verbessert werden können.

Bei der Zufriedenheit mit der Rehabilitation gibt es kaum Geschlechtsunterschiede.

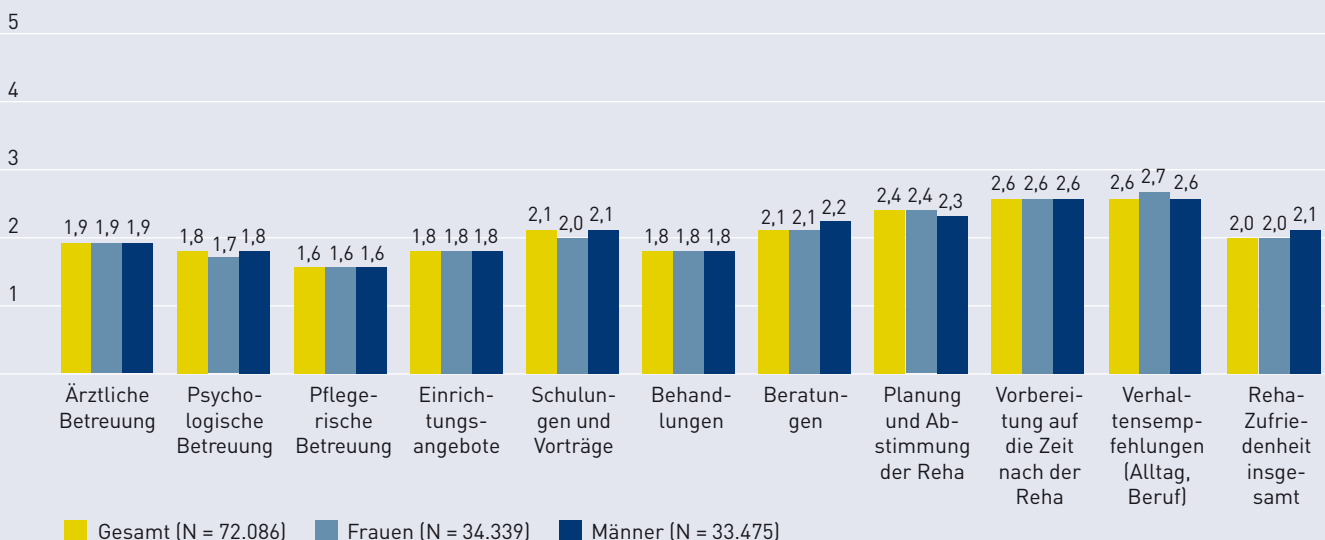
Das Geschlecht beeinflusst das Ausmaß der Zufriedenheit kaum. Frauen bewerten die in der Rehabilitation erhaltene psychologische Betreuung, Schulungen und Vorträge, Beratungen sowie die Rehabilitationsleistung insgesamt etwas besser als Männer. Die Männer hingegen bewerten die Bereiche „Planung und Abstimmung der Reha“ und „Verhaltensempfehlungen für Alltag und Beruf“ etwas besser als Frauen.

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

Fällt die Zufriedenheit von Rehabilitanden mit ihrer Rehabilitation anders aus, je nachdem, ob sie eine ganztägig ambulante oder eine stationäre Rehabilitation durchgeführt haben? Abbildung 8 fasst die Zufriedenheit der Rehabilitanden in der Orthopädie zusammen, die eine stationäre oder eine ambulante Rehabilitation wegen einer Erkrankung der Muskeln, des Skeletts oder des Bindegewebes durchgeführt haben. Die orthopädischen Erkrankungen sind der mit Abstand häufigste Grund für eine ambulante und stationäre Rehabilitation (s. Abb. 3 und Abb. 4, S. 26 u. 27). Das durchschnittliche Gesamturteil lautet sowohl für die stationäre als auch für die ambulante orthopädische Rehabilitation „gut“ (2,1 bzw. 2,0).

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

1 = sehr gut, 5 = schlecht



Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Rehabilitandenbefragung Okt. 2015 bis Sept. 2016

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
<b>19</b>	<b>Medizinische Rehabilitation</b>
51	Berufliche Rehabilitation
67	Aufwendungen für Rehabilitation
73	Im Fokus
73	Onkologische Rehabilitation
89	Anhang

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

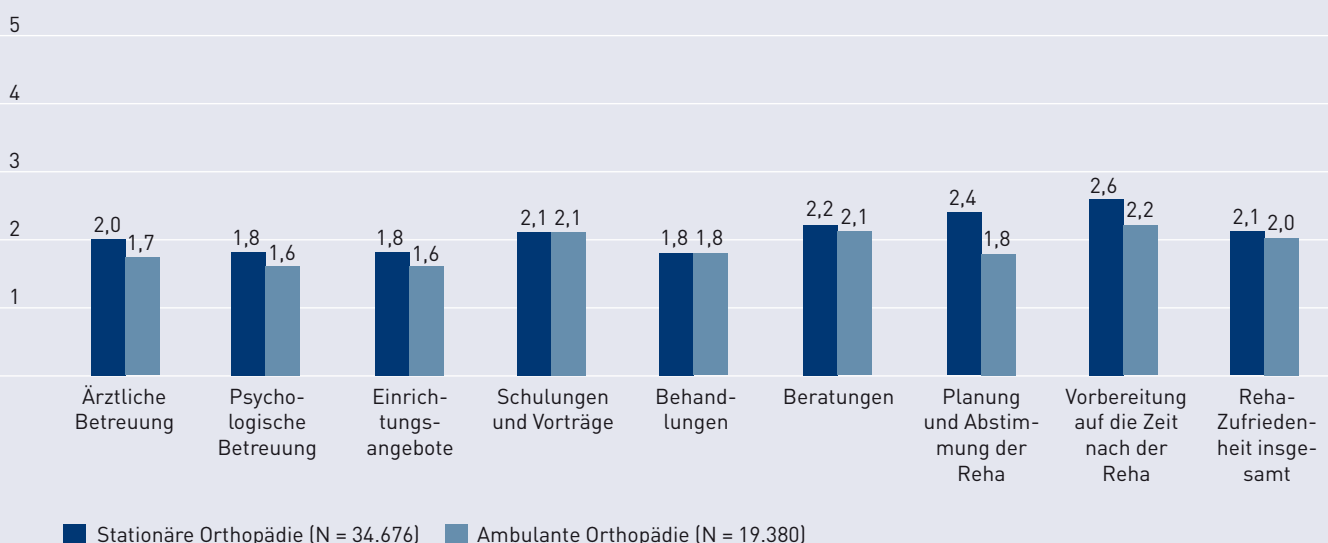
Betrachtet man die einzelnen Bereiche, äußern sich die Rehabilitanden der ambulanten orthopädischen Rehabilitation häufig zufriedener als die Rehabilitanden der stationären Rehabilitation. Besonders den Bereich „Planung und Abstimmung der Reha“ beurteilen sie nach ambulanter Rehabilitation positiver (Bewertung 1,8) als nach stationärer (Bewertung 2,4). Die ambulanten Reha-Einrichtungen bieten durch ihre Nähe zum Sozialraum und zum sozialen und beruflichen Umfeld der Rehabilitanden Vorteile für die Umsetzung der Rehabilitations-Inhalte in den Alltag. Eine weitere Ursache für die besseren Ergebnisse der ambulanten Rehabilitation könnte sein, dass Rehabilitanden, die eine ambulante Rehabilitation durchführen, anders beeinträchtigt sind als in der stationären Rehabilitation.

#### Aus Sicht der Experten – Peer Review

Der Reha-Prozess wird in der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung nicht nur über die Rehabilitandenbefragung, sondern auch mit dem Peer Review abgebildet. Dies geschieht, indem erfahrene, geschulte Chef- und Oberärzte aus Reha-Fachabteilungen – sogenannte Peers – anonymisierte Reha-Entlassungsberichte und individuelle Therapiepläne ihrer Fachrichtung begutachten. Auf diese Weise erfolgt auch eine intensive Auseinandersetzung der teilnehmenden Einrichtungen mit Qualitätsaspekten. (s. Info-Box S. 38 und aktuelle Entwicklungen S. 13).

**Abb. 8 Zufriedenheit der Rehabilitanden mit ihrer orthopädischen Rehabilitation: Stationäre und ambulante Rehabilitation**

1 = sehr gut, 5 = schlecht



Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Rehabilitandenbefragung Okt. 2015 bis Sept. 2016

Das Instrument wird bereits seit rund 20 Jahren eingesetzt. Seither konnten eindeutige Verbesserungen der Prozessqualität in den von der Rentenversicherung belegten Reha-Einrichtungen aufgezeigt werden. Der Anteil deutlicher und gravierender Mängel ging in allen Prozessbereichen zurück, sowohl bei den somatischen Indikationen als auch bei psychosomatischen und Abhängigkeitserkrankungen.

Wie alle QS-Instrumente der Rentenversicherung wird auch das Peer Review regelmäßig weiterentwickelt. Zuletzt wurde das Erhebungsinstrument, die Checkliste mit Manual überarbeitet (vgl. S. 13). Für den Reha-Prozess in der Psychosomatik liegen jetzt erstmals Ergebnisse nach dem neuen Verfahren vor.

## **Peer Review**

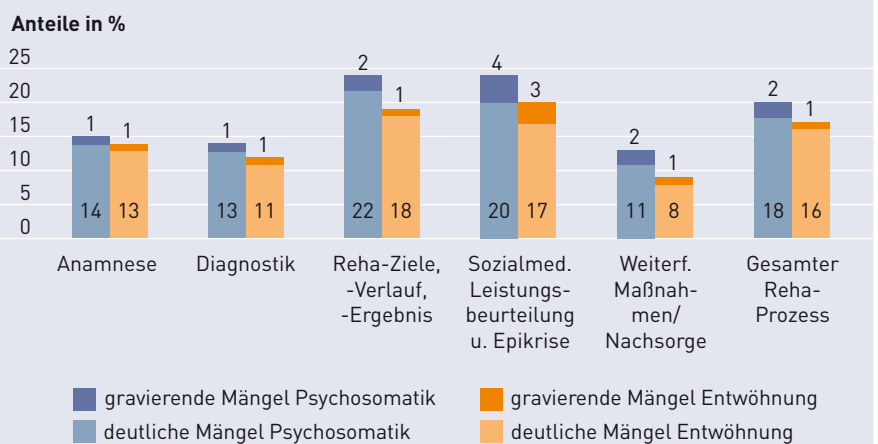
Im Peer Review bewerten geschulte leitende Ärztinnen und Ärzte aus Reha-Einrichtungen (Peers) für jede beurteilte Fachabteilung eine Stichprobe von bis zu 20 zufällig ausgewählten Reha-Entlassungsberichten einschließlich Therapieplänen. Dies geschieht anonymisiert; die Peers wissen dabei nicht, aus welcher Fachabteilung die Unterlagen kommen. Damit alle Entlassungsberichte nach den gleichen Maßstäben bewertet werden, wird eine standardisierte Checkliste eingesetzt. Diese gibt zum einen die prozessrelevanten Merkmale und Bereiche sowie zum anderen die Bewertungsmaßstäbe vor. Betrachtet werden im Peer Review alle wesentlichen Bereiche des Rehabilitationsprozesses: Von der Anamnese (Krankengeschichte) über die Diagnostik bis hin zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung. Die Bereiche werden zusätzlich durch Einzelmerkmale abgebildet. Die Bewertung erfolgt mit einer vierstufigen Mängelskala (keine, leichte, deutliche, gravierende Mängel) und einer 11-stufigen Punkteskala (von 0 Punkten = „sehr schlecht“ bis zu 10 Punkten = „sehr gut“). Die Begutachtungsergebnisse werden den Reha-Fachabteilungen und den zuständigen Rentenversicherungsträgern in Form vergleichender Qualitätsberichte (QS-Berichte) zurückgemeldet. Dabei werden alle Ergebnisse einer Fachabteilung und die der zugehörigen Vergleichsgruppe detailliert dargestellt. Darüber hinaus werden bestimmte Merkmale zusammengefasst und z. B. zu Qualitätspunkten umgerechnet, über die ein Vergleich mit den anderen Fachabteilungen noch einfacher möglich ist.

Für den QS-Bericht „Peer Review Psychosomatik und Sucht 2017“ wurden 5.631 Entlassungsberichte und Therapiepläne aus dem Jahr 2016 von 259 Peers begutachtet. Einbezogen waren dabei 174 psychosomatische Fachabteilungen und 161 Fachabteilungen für Abhängigkeitserkrankungen.

Eine zentrale Frage beim Peer Review ist, welche Aspekte des Reha-Prozesses einen Verbesserungsbedarf aufweisen. Dazu werden u. a. die Mängelbewertungen betrachtet. Abbildung 9 zeigt, in welchem Umfang die Peers den Prozessbereichen im Schnitt deutliche oder gravierende Mängel bescheinigt haben.

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
<b>19</b>	<b>Medizinische Rehabilitation</b>
51	Berufliche Rehabilitation
67	Aufwendungen für Rehabilitation
73	Im Fokus
73	Onkologische Rehabilitation
89	Anhang

**Abb. 9 Deutliche und gravierende Mängel in der Rehabilitation von Menschen mit psychischen Erkrankungen im Peer Review 2017: Fachabteilungen Psychosomatik und Entwöhnungsbehandlung**



Qualität des Reha-Prozesses in 75 % der Fälle gut

Die Anteile reichen danach von 8 % bis 22 % bei den deutlichen und 1 % bis 4 % bei den gravierenden Mängeln. Verbesserungen sind insbesondere bezüglich der Bereiche „Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung und Epikrise“ sowie „Reha-Ziele, -Verlauf und -Ergebnis“ wünschenswert. Im Umkehrschluss belegen die Daten aber auch, dass die Qualität des Reha-Prozesses insgesamt gut ist: In mehr als 75% der Fälle wurden „keine“ oder nur „leichte“ Mängel festgestellt. Die Ergebnisse der Fachabteilungen für Abhängigkeitserkrankungen sind dabei etwas besser als die der psychosomatischen Fachabteilungen.

Vergleich der Reha-Einrichtungen über Qualitätspunkte

Auch auf der Ebene der einzelnen Prozessmerkmale liefert das Peer Review interessante Befunde: In der Psychosomatik wurde bspw. einem Fünftel der untersuchten Fälle ein deutlicher oder gravierender Mangel in Bezug auf das Merkmal „Zusammenfassende Begründung der Leistungsbeurteilung“ bescheinigt. Das Ergebnis markiert konkrete Schwachstellen, an denen Verbesserungsprozesse ansetzen können.

Um die Peer Review-Ergebnisse zwischen den Fachabteilungen besser vergleichen zu können, werden sie u. a. in Qualitätspunkte umgerechnet. Die Qualitätspunkte fassen die durchschnittlichen Bewertungen aller Prozessbereiche für eine Fachabteilung in einer Maßzahl zusammen. Diese weist eine Skala von 0 bis 100 auf, wobei 100 die maximal zu erreichende Punktzahl (Qualitätsoptimum) darstellt.



Spannweite bei den psychosomatischen Reha-Einrichtungen reicht von 53 bis 91 Qualitätspunkten.

In den Abbildungen 10 und 11 sind die Qualitätspunkte aller teilnehmenden Fachabteilungen der Psychosomatik bzw. Abhängigkeitserkrankungen im Peer Review 2017 abgebildet. Der Mittelwert der Qualitätspunkte über alle Fachabteilungen ist als Linie dargestellt. Es zeigt sich, dass der Reha-Prozess in Fachabteilungen für Abhängigkeitserkrankungen erneut – bei einem insgesamt hohen Qualitätsniveau – etwas besser bewertet wurde als der in psychosomatischen Abteilungen (76 vs. 74 Qualitätspunkte). Darüber hinaus bestehen deutliche Qualitätsunterschiede zwischen den Fachabteilungen: Die Spannweite reicht von 53 bis 91 Qualitätspunkten (Psychosomatik) bzw. von 56 bis 92 Qualitätspunkten (Abhängigkeitserkrankungen).

### Therapeutische Versorgung – KTL-Dokumentation

Alle Reha-Fachabteilungen, die pro Jahr für mindestens 25 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 (s. Info-Box S. 41).

**Abb. 10 Qualität in der psychosomatischen Rehabilitation: stationäre und ambulante Reha-Einrichtungen im Peer Review 2017**

Qualitätspunkte

100

80

MW ambulant = 74

MW stationär = 74

60

40

20

0

Psychosomatische Reha-Einrichtungen



stationäre Reha-Einrichtungen (N = 157)



ambulante Reha-Einrichtungen (N = 17)

MW = Mittelwert

Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Ergebnisse des Peer Review-Verfahrens 2017

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
<b>19</b>	<b>Medizinische Rehabilitation</b>
51	Berufliche Rehabilitation
67	Aufwendungen für Rehabilitation
73	Im Fokus
73	Onkologische Rehabilitation
89	Anhang

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 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.

Seit dem 1. Januar 2016 ist die KTL in der Version 2015 von den Reha-Einrichtungen zu verwenden. Im Jahr 2015 waren noch beide KTL-Versionen 2007 und 2015 zugelassen. Daher sind unmittelbare Vergleiche der Ergebnisse der KTL mit den Vorjahren nicht möglich. Für 2015 wurde eine deskriptive Auswertung begrenzt auf die Rückmeldungen auf Basis der neuen KTL vorgenommen. Das sind im Umstellungsjahr 2015 nur 20 % aller erfassten Reha-Entlassungsberichte. Aufgrund der damit deutlich geringeren Fallzahlen werden Auswertungen mit der KTL 2015 erst wieder in einem der folgenden Reha-Berichte dargestellt.

**Abb. 11 Qualität in der Entwöhnungsbehandlung: stationäre und ambulante Reha-Einrichtungen im Peer Review 2017**

#### Qualitätspunkte

100

80 MW ambulant = 80

MW stationär = 76

60

40

20

0

Einrichtungen für die Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen



stationäre Reha-Einrichtungen (N = 146)



ambulante Reha-Einrichtungen (N = 15)

MW = Mittelwert

Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Ergebnisse des Peer Review-Verfahrens 2017

## Behandlungserfolg aus Rehabilitandensicht

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

Rehabilitanden werden nicht nur nach der Zufriedenheit mit ihrer Rehabilitation gefragt (s. Info-Box S. 35), sondern auch nach dem subjektiven Erfolg der durchgeführten Rehabilitation. Die befragten Rehabilitanden beurteilen ihren Gesundheitszustand und ihre Leistungsfähigkeit, indem sie sich an den Zustand vor der Rehabilitation erinnern: „Wenn Sie jetzt noch einmal an Ihre Zeit vor der Rehabilitation denken, haben sich Ihre Beschwerden durch die Rehabilitation verbessert?“.

Drei von vier Rehabilitanden werten ihre Rehabilitation als Erfolg.

Abbildung 12 zeigt, welche Bereiche sich aus Sicht der Rehabilitanden durch die somatische Rehabilitation verbessert haben: Über drei Viertel der Rehabilitanden (76 %) berichten von einer Besserung ihrer psychosomatischen Beschwerden wie zum Beispiel Erschöpfung, Niedergeschlagenheit, Nervosität oder innere Unruhe. 74 % der Rehabilitanden, Frauen und Männer gleichermaßen, sehen sich durch die Rehabilitation dazu motiviert, auch nach Abschluss der Rehabilitation für ihre Gesundheit aktiv zu werden und sich zum Beispiel einer Selbsthilfegruppe anzuschließen, Gesundheitskurse zu belegen oder sich verstärkt sportlich zu betätigen. 71 % der Rehabilitanden geben eine Besserung ihres allgemeinen Gesundheitszustands an. Sie erleben sich als leistungsfähiger in Beruf und Alltag (68 %) und sehen in der Rehabilitation einen Erfolg (75 %). Im Geschlechtervergleich bewerten Frauen die Rehabilitation tendenziell positiver.

Frauen bewerten ihre Rehabilitation etwas positiver als Männer.

Abbildung 13 fasst die Ergebnisse zum subjektiven Behandlungserfolg im Vergleich zwischen stationärer und ambulanter Rehabilitation für Rehabilitanden in der Orthopädie zusammen. 74 % der ambulanten und 73 % der stationären orthopädischen Rehabilitanden sehen die durchgeführte Rehabilitationsleistung als insgesamt erfolgreich an. In der ambulanten Rehabilitation werden die Besserung des allgemeinen Gesundheitszustands sowie der Leistungsfähigkeit in Beruf und Alltag positiver bewertet. In der stationären Rehabilitation wird häufiger von einer Besserung der körperlichen Beschwerden und des gesundheitsförderlichen Verhaltens als Folge der Rehabilitation berichtet.

Ambulante orthopädische Rehabilitation wird etwas besser bewertet als stationäre.

## Behandlungserfolg – Sozialmedizinischer Verlauf

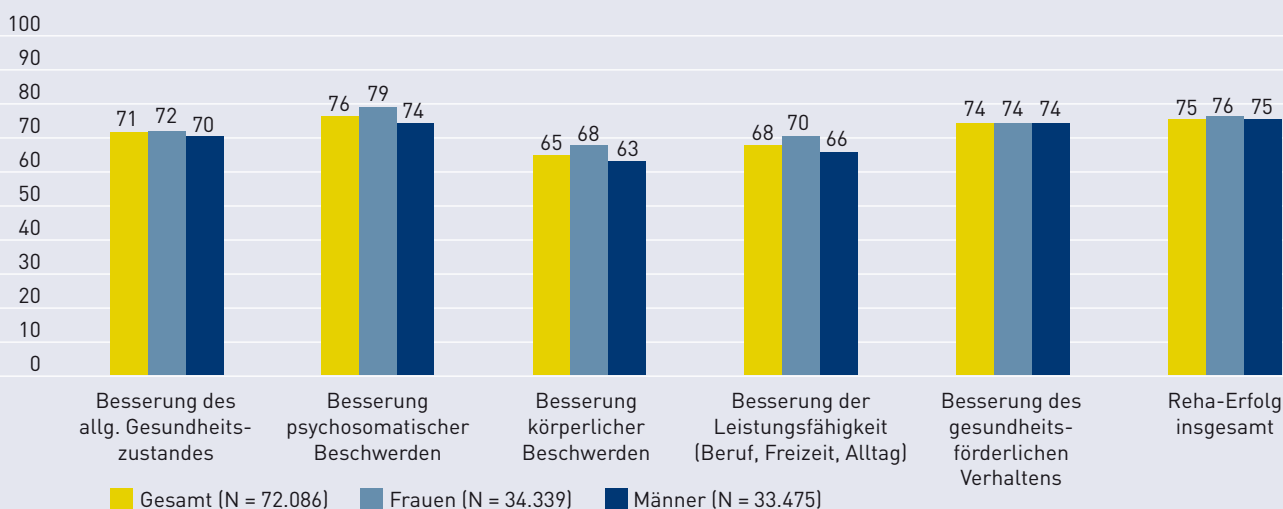
Die Erwerbsfähigkeit dauerhaft zu erhalten, ist ein Hauptziel der Rehabilitation der Rentenversicherung. Der Erfolg einer Rehabilitation wird nicht nur subjektiv von den Rehabilitanden selbst eingeschätzt. Er lässt sich auch objektiv an der Anzahl der Rehabilitanden messen, die nach dem Ende der Rehabilitationsleistung dauerhaft erwerbsfähig sind. Dieser Erwerbsverlauf nach medizinischer Rehabilitation, der so genannte Sozialmedizinische Verlauf (SMV), wird mit Routinedaten der Rentenversicherung dargestellt (s. Info-Box S. 45).

Routinedaten geben Aufschluss über den Erfolg der Rehabilitation.

- 4 Vorwort
- 6 Fakten im Überblick
- 9 Aktuelle Entwicklungen
- 19 Rehabilitation im Licht der Statistik
- 19 Medizinische Rehabilitation**
- 51 Berufliche Rehabilitation
- 67 Aufwendungen für Rehabilitation
- 73 Im Fokus
- 73 Onkologische Rehabilitation
- 89 Anhang

**Abb. 12 Behandlungserfolg aus Sicht der Rehabilitanden in der stationären medizinischen Rehabilitation: Somatische Indikationen**

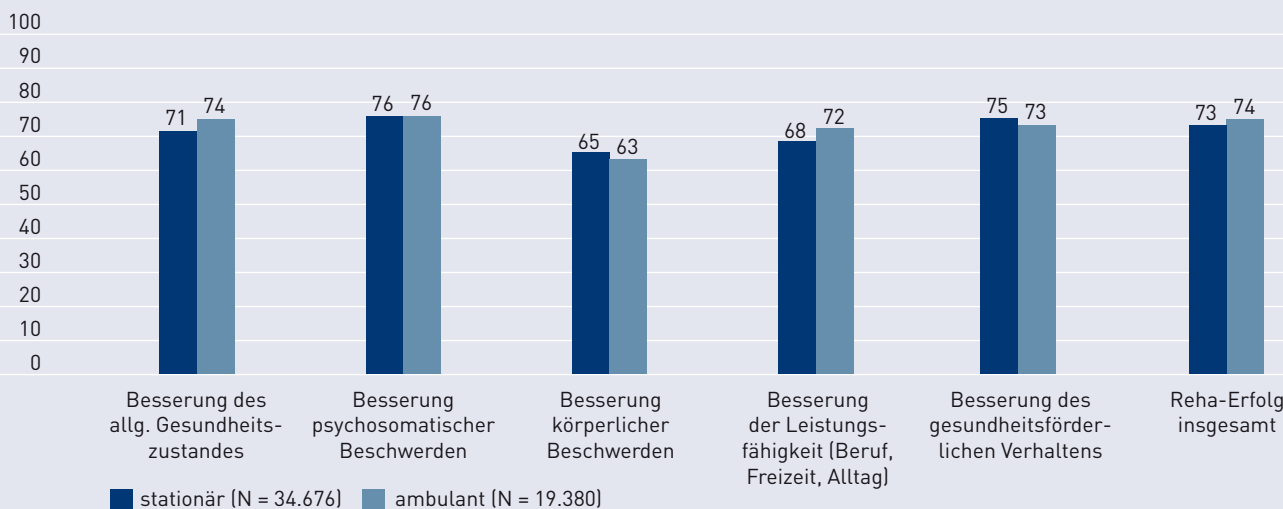
Anteile Rehabilitanden in %



Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Rehabilitandenbefragung Okt. 2015 bis Sept. 2016

**Abb. 13 Behandlungserfolg aus Sicht der Rehabilitanden in der Orthopädie: stationäre und ambulante Rehabilitation**

Anteile Rehabilitanden in %



Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Rehabilitandenbefragung Okt. 2015 bis Sept. 2016

Als im Erwerbsleben verblieben gelten Personen, die Beiträge an die Rentenversicherung zahlen. Bei den aus dem Erwerbsleben ausgeschiedenen Rehabilitanden unterscheidet man Teilgruppen: Versicherte, die wegen geminderter Erwerbsfähigkeit oder aus Altersgründen berentet werden, sowie solche, die aus dem Erwerbsleben heraus versterben. Grundlage für die Analysen ist die Reha-Statistik-Datenbasis (RSD), die das Rehabilitations- und Berentungsgeschehen im Zeitverlauf wiedergibt (s. Anhang S. 89).

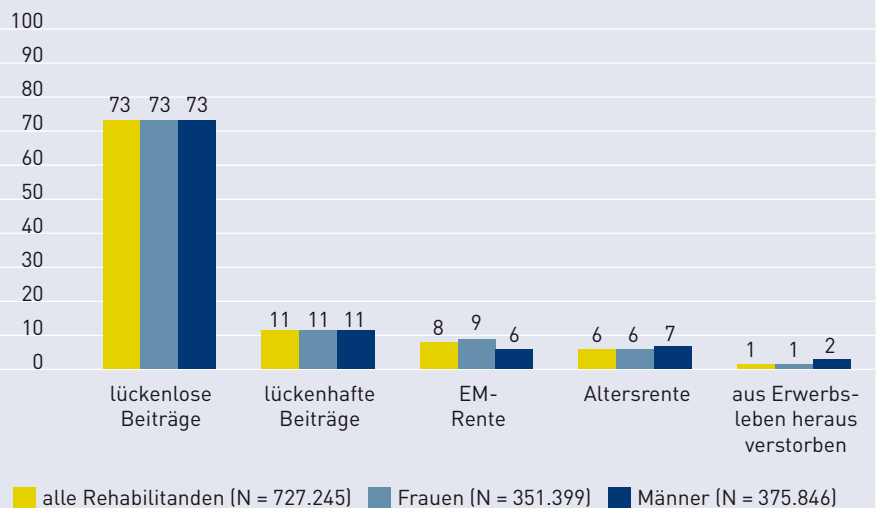
Abbildung 14 zeigt den Erwerbsverlauf von pflichtversicherten Rehabilitanden des Jahres 2013 für die nachfolgenden zwei Jahre. Nur 15 % der Personen scheiden nach einer medizinischen Rehabilitation aus dem Erwerbsleben aus: 8 % erhalten eine Erwerbsminderungsrente (EM-Rente), 6 % eine Altersrente und 1 % versterben aus dem Erwerbsleben heraus.

Zwei Jahren nach Rehabilitation sind 84 % der Rehabilitanden weiterhin im Erwerbsleben.

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 84 % der Personen weiterhin erwerbsfähig und zahlen entweder lückenlos (73 %) oder mit Unterbrechungen (11 %) 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. 15, S. 45).

**Abb. 14 Sozialmedizinischer 2-Jahres-Verlauf nach medizinischer Rehabilitation in 2013 (pflichtversicherte Rehabilitanden)**

Anteile Rehabilitanden in %



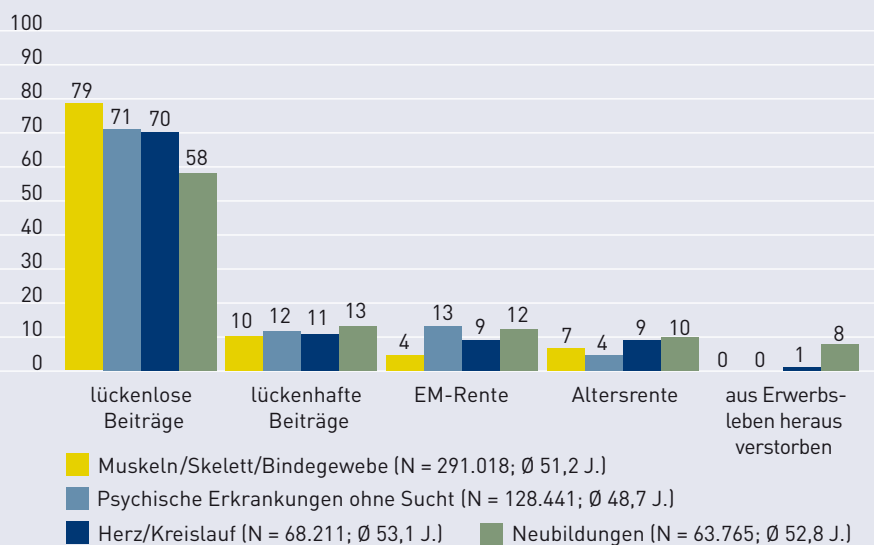
Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2008–2015

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
<b>19</b>	<b>Medizinische Rehabilitation</b>
51	Berufliche Rehabilitation
67	Aufwendungen für Rehabilitation
73	Im Fokus
73	Onkologische Rehabilitation
89	Anhang

Die Erwerbsfähigkeit nach einer Rehabilitation unterscheidet sich erheblich zwischen den Diagnosengruppen.

**Abb. 15 Sozialmedizinischer 2-Jahres-Verlauf nach medizinischer Rehabilitation in 2013 für verschiedene Diagnosengruppen (pflichtversicherte Rehabilitanden)**

Anteile Rehabilitanden in %



Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2008–2015

So bleiben nach einer orthopädischen Rehabilitation mit 89 % wesentlich mehr Personen erwerbsfähig als beispielsweise nach einer onkologischen Rehabilitation (71 % bei Zusammenfassung der Kategorien lückenlose und lückenhafte Beiträge). Diejenigen Rehabilitanden, die nach § 31 SGB VI ihre onkologische Rehabilitation erhalten und im Rentenalter sein können, werden hier nicht erfasst. Die z. T. deutlichen Unterschiede zwischen den Diagnosengruppen werden durch die krankheitsspezifischen Verläufe verursacht, die bei Tumorerkrankungen ungünstiger sind als bei vielen anderen Erkrankungen. Dies spiegelt sich auch in der höheren Sterblichkeit (8 %) von onkologischen Rehabilitanden wider.

### 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.





## Medizinische Rehabilitation: Reha-Einrichtungen

Die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung findet überwiegend in Vertragseinrichtungen statt.

In Deutschland gibt es mehr als 1.100 stationäre Vorsorge- und Reha-Einrichtungen.

2016 belegte die Rentenversicherung rund 66.500 Betten in Reha-Einrichtungen.

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 (2016: 77 sowie 4 speziell für Kinderrehabilitation) sind dies überwiegend Vertragseinrichtungen. Hier handelt es sich um Einrichtungen, die 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 Belegungskapazitäten.

Einen ersten Eindruck über die Größenordnung der Reha-Einrichtungen geben Zahlen des Statistischen Bundesamtes. 2016 gab es demnach in Deutschland 1.149 stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Eine weitere Unterteilung in Vorsorge-Einrichtungen, die überwiegend präventive Angebote vorhalten und nicht von der Rentenversicherung belegt werden, und Rehabilitationseinrichtungen vollzieht das Statistische Bundesamt jedoch nicht.

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

### Bettenzahlen

Ausgehend von den Reha-Leistungen der Rentenversicherung, lässt sich der Bedarf an Betten für die stationäre Rehabilitation pro Jahr ermitteln. Dieser Bettenbedarf ergibt sich aus der Anzahl abgeschlossener Reha-Leistungen in einem Jahr multipliziert mit den durchschnittlichen Pflgetagen (Behandlungsdauer) des gleichen Jahres und geteilt durch 365 Tage (Berechnungszeitraum). Für das Jahr 2016 wurde demnach rechnerisch ein Bedarf an rund 65.500 Betten ermittelt. Dieser Bedarf wird überwiegend in Vertragseinrichtungen gedeckt (49.562 Betten). Etwa ein Viertel der durch die Rentenversicherung belegten Betten steht in rentenversicherungseigenen Reha-Einrichtungen (14.673). Insgesamt wurden in den eigenen Einrichtungen 15.673 Betten belegt, denn auch andere Reha-Träger wie Kranken- und Unfallversicherung führen dort Reha-Leistungen durch.

Die Belegung von Reha-Einrichtungen mit Versicherten der Rentenversicherung verteilt sich regional sehr unterschiedlich: Dabei stehen in den Bundesländern Bayern und Baden-Württemberg mit Abstand die meisten Betten, gefolgt



von Nordrhein-Westfalen und Hessen. In Stadtstaaten findet die wohnortnahe ambulante Rehabilitation zunehmend Verbreitung.

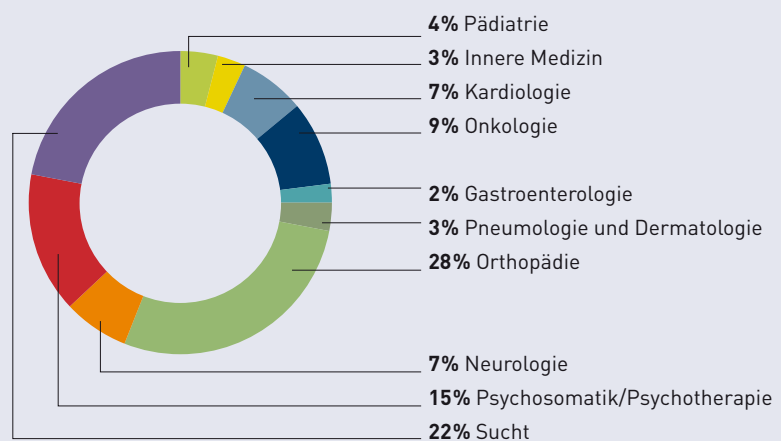
## Anzahl stationärer Reha-Einrichtungen

Medizinische Reha-Einrichtungen haben häufig nicht nur einen Behandlungsschwerpunkt (z. B. Kardiologie), sondern verfügen oft über verschiedene Fachabteilungen (z. B. Kardiologie und Orthopädie). Alle stationären medizinischen Reha-Einrichtungen, die von der Rentenversicherung federführend belegt werden (einschließlich Kinderrehabilitation), nehmen mit ihren insgesamt 1.255 Fachabteilungen an der Reha-Qualitätssicherung durch die Rentenversicherung teil. Darüber hinaus wurden die ambulanten Reha-Zentren in das Qualitätssicherungsprogramm integriert.

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

Stationäre Fachabteilungen	Anzahl
Orthopädie	357
Sucht	273
Neurologie	91
Psychosomatik/Psychotherapie	182
Onkologie	111
Kardiologie	87
Innere Medizin	39
Pneumologie/Dermatologie	43
Gastroenterologie	28
Pädiatrie	44
<b>Summe Fachabteilungen</b>	<b>1.255</b>

Abb. 16 Fachabteilungen in stationären Reha-Einrichtungen (N = 1.255)



Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Einrichtungsdatenbank (QS-REDA) 2017

In Abb. 16 wird der prozentuale Anteil der verschiedenen stationären Fachabteilungen dargestellt. Orthopädische sowie Fachabteilungen für Entwöhnungsbehandlungen stellen dabei die größten Anteile. Bei der Interpretation der Anteile müssen die Bettenanzahl der Einrichtung und die Behandlungsdauer in den jeweiligen Indikationen berücksichtigt werden: Auch bei einer vergleichbaren Anzahl Fachabteilungen können die erbrachten Reha-Leistungen zwischen den Indikationen deutlich variieren. So haben z. B. spezielle Fachabteilungen für Entwöhnungsbehandlungen im Durchschnitt wesentlich weniger Betten als orthopädische Fachabteilungen; Leistungen der somatischen Rehabilitation dauern in der Regel nur drei bis vier Wochen, Leistungen der psychosomatischen Rehabilitation dagegen häufig sechs Wochen, Entwöhnungsbehandlungen wiederum können mehrere Monate dauern (s. Tab. 4, S. 28).

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
<b>19</b>	<b>Medizinische Rehabilitation</b>
51	Berufliche Rehabilitation
67	Aufwendungen für Rehabilitation
73	Im Fokus
73	Onkologische Rehabilitation
89	Anhang

Analog zur geringeren Häufigkeit entsprechender Erkrankungen in der Rehabilitation ist der Anteil gastroenterologischer, pneumologischer oder dermatologischer Fachabteilungen klein (2 % - 3 %). Die Fachabteilungen, die Kinder- und Jugendlichenrehabilitationen (Pädiatrie) durchführen, machen ebenfalls nur einen Anteil von 4 % aus (s. Abb. 16).





## Berufliche Rehabilitation: Umfang und Struktur

Die berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung zielt ebenso wie medizinische Reha-Leistungen auf eine dauerhafte Eingliederung von Menschen mit chronischen Krankheiten oder Behinderungen in das Erwerbsleben. Das Spektrum dieser Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) der Rentenversicherung ist breit gefächert (s. Info-Box). Auch für die berufliche Rehabilitation stellt die Routinestatistik der Rentenversicherung (s. Info-Box S. 19 und S. 89) 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

### 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 2016 reichten die Versicherten 449.138 Anträge auf LTA bei der Rentenversicherung ein (wobei ein Versicherter auch mehrere Leistungen gleichzeitig beantragen kann). 68 % der erledigten Anträge wurden bewilligt, 24 % abgelehnt und 8 % anderweitig erledigt, z. B. an den letztlich zuständigen Rehabilitationsträger weitergeleitet. Die Ablehnungen erfolgten zu 72 % aus medizinischen Gründen. In den restlichen Fällen waren zumeist versicherungsrechtliche Voraussetzungen nicht erfüllt. 3 % der bewilligten Leistungen traten die Versicherten nicht an, häufig wegen familiärer Probleme oder einer Verschlechterung ihres Gesundheitszustands.

449.138 Anträge auf LTA gingen 2016 bei der Rentenversicherung ein.

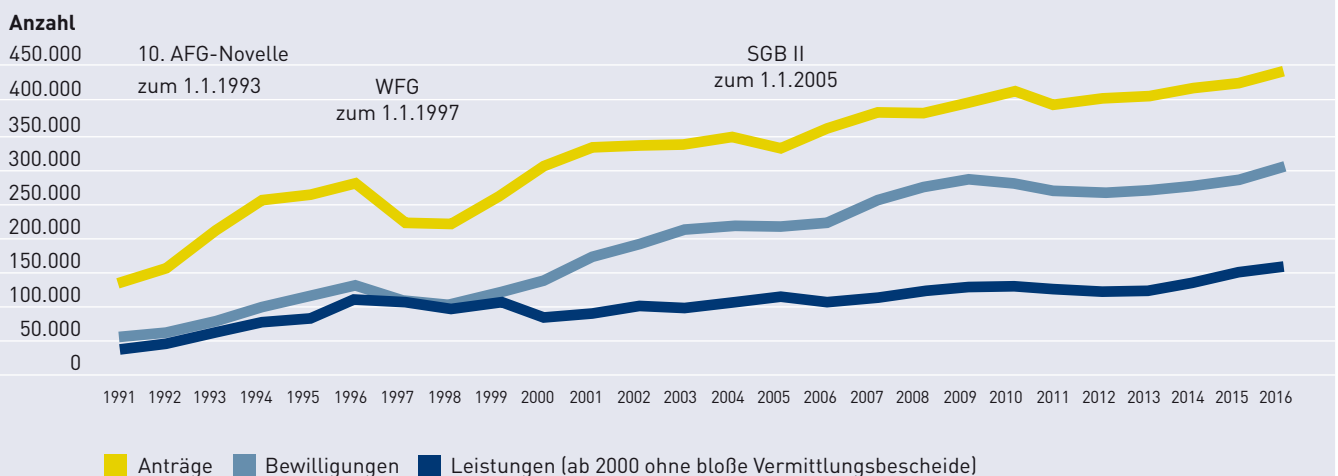
## Vermittlungsbescheide

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. 20) zeitlichen Schwankungen, wenn auch nicht so ausgeprägt (s. Abb. 17). Von 1991 bis 2016 ist die Zahl der Anträge von etwa 145.000 auf

**Abb. 17 Teilhabe am Arbeitsleben: Anträge, Bewilligungen und abgeschlossene Leistungen 1991–2016**



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

Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2017

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
<b>51</b>	<b>Berufliche Rehabilitation</b>
67	Aufwendungen für Rehabilitation
73	Im Fokus
73	Onkologische Rehabilitation
89	Anhang

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

fast 450.000 und damit auf mehr als das Dreifache gestiegen. Die Zahl der Bewilligungen hat sich in diesem Zeitraum mehr als verfünffacht.

Dagegen beträgt die Zahl der abgeschlossenen Leistungen im Jahr 2016 wiederum nur etwas mehr als das Dreifache des Jahres 1991. Diese Diskrepanz ist im Wesentlichen auf die Vermittlungsbescheide (s. Info-Box S. 52) zurückzuführen, die zwar bewilligt werden, sich aber seit 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. 17). 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. Von 2015 auf 2016 haben die Antragszahlen um 3,4 % zugenommen. Ebenso sind die Bewilligungen (+ 4,2 %) und durchgeführten Leistungen (+ 2,1 %) erneut angestiegen (s. Tab. 6).

Von 2015 auf 2016 stiegen die Anträge auf LTA um mehr als 3 %.

**Tab. 6 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben: Anzahl der Anträge, Bewilligungen und abgeschlossenen Leistungen 2015 und 2016**

	Anträge	Bewilligungen	Leistungen
2015	434.308	293.251	152.938
2016	449.138	305.523	156.117
Veränderungsrate 2015–2016	+ 3,4 %	+ 4,2 %	+ 2,1 %

Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2017

### Zeitliche Entwicklung

Tabelle 7 unterlegt die zeitliche Entwicklung der abgeschlossenen LTA mit Zahlen. In dem hier dargestellten Zeitraum 2000 bis 2016 wurden im Jahr 2016 mit 156.117 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. Der erneute Rückgang in 2011 und 2012 war zu einem großen Anteil auf die in diesen Jahren rückläufige Entwicklung der LTA bei Frauen zurückzuführen. Seit 2013 steigen die abgeschlossenen Leistungen wieder an.

Männer nehmen LTA erheblich häufiger wahr als Frauen.

Dies zeigt sich sowohl bei Männern als auch bei Frauen. Zwar hat sich bei Frauen die Anzahl abgeschlossener Leistungen von 2000 bis 2016 mehr als verdoppelt. Dennoch absolvierten sie 2016 immer noch deutlich weniger LTA als Männer. Das Verhältnis von Frauen und Männern ist in der beruflichen Rehabilitation demnach noch immer erheblich zu Gunsten der Männer verschoben.

**Tab. 7 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 2000–2016**

Jahr	Insgesamt	Männer	Frauen
2000	86.352	65.106	21.246
2001	99.347	75.934	23.413
2002	102.149	75.535	26.614
2003	99.142	70.711	28.431
2004	102.773	71.958	30.815
2005	110.329	76.069	34.260
2006	104.159	70.193	33.966
2007	110.809	72.909	37.900
2008	121.069	77.912	43.157
2009	132.259	82.571	49.688
2010	135.211	83.608	51.603
2011	130.888	81.933	48.955
2012	126.917	82.150	44.767
2013	128.518	83.043	45.475
2014	142.323	91.494	50.829
2015	152.938	98.049	54.889
2016	156.117	101.027	55.090

Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2000–2016

## Leistungsspektrum

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

Schwerpunkt auf Leistungen zur Erhaltung oder Erlangung 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 mit 44 % und Männern mit 50 % den größten Leistungsbereich dar.

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
<b>51</b>	<b>Berufliche Rehabilitation</b>
67	Aufwendungen für Rehabilitation
73	Im Fokus
73	Onkologische Rehabilitation
89	Anhang

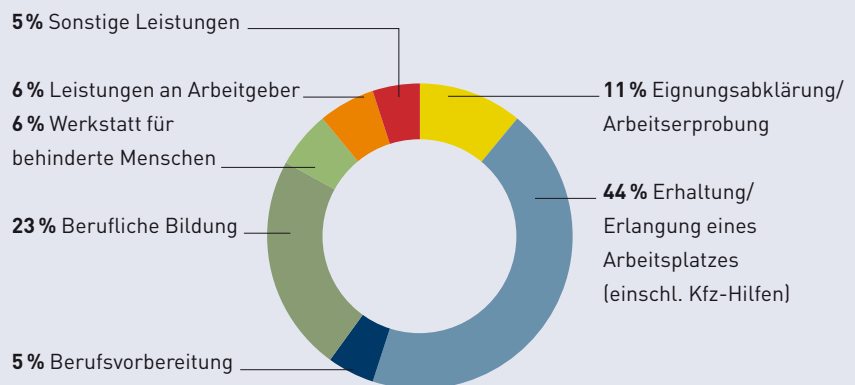
### 30.995 Leistungen zur beruflichen Bildung in 2016

Einen weiteren großen Block bilden Leistungen zur beruflichen Bildung, die für Frauen (23 %) wie für Männer (18 %) 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 (6 %), zur Berufsvorbereitung (5 %), zur Eignungsabklärung und Arbeitserprobung (11 %) sowie Leistungen an Arbeitgeber (Frauen 6 %, Männer 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.

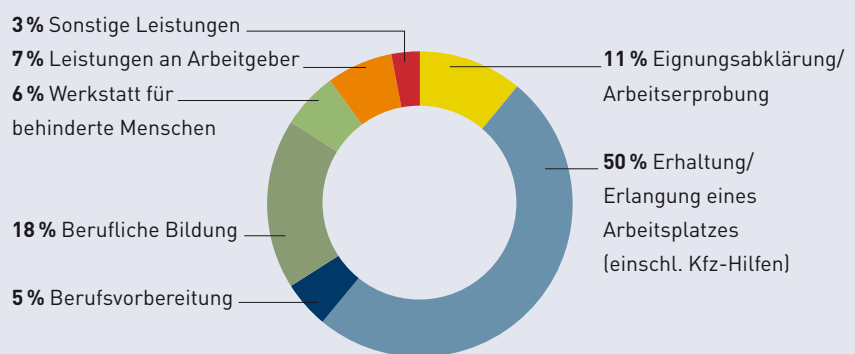
Ähnliches Leistungsspektrum bei Frauen und Männern

**Abb. 18 Spektrum der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei Frauen und Männern 2016 – abgeschlossene Leistungen**

**Frauen: 55.090 Leistungen**



**Männer: 101.027 Leistungen**



Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2016



## **Berufliche Bildung – Krankheitsspektrum**

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

### **Berufliche Bildung**

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

### **Berufliche Weiterbildung**

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

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

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

### **Qualifizierungsmaßnahmen**

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

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

Vor allem zwei Diagnosengruppen führen zu beruflichen Bildungsleistungen (s. Abb. 19). 53 % der beruflichen Bildungsleistungen für Frauen und sogar 63 % der für Männer gingen 2016 auf Krankheiten der Muskeln, des Skeletts oder des Bindegewebes zurück. Ebenfalls von erheblicher Bedeutung sind die psychischen Erkrankungen, insbesondere bei Frauen. Nahezu ein Drittel (32 %) ihrer Bildungsleistungen erfolgte aufgrund psychischer Erkrankungen, bei Männern waren dies mit 18 % deutlich weniger. Die leichte Steigerung bei

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
<b>51</b>	<b>Berufliche Rehabilitation</b>
67	Aufwendungen für Rehabilitation
73	Im Fokus
73	Onkologische Rehabilitation
89	Anhang

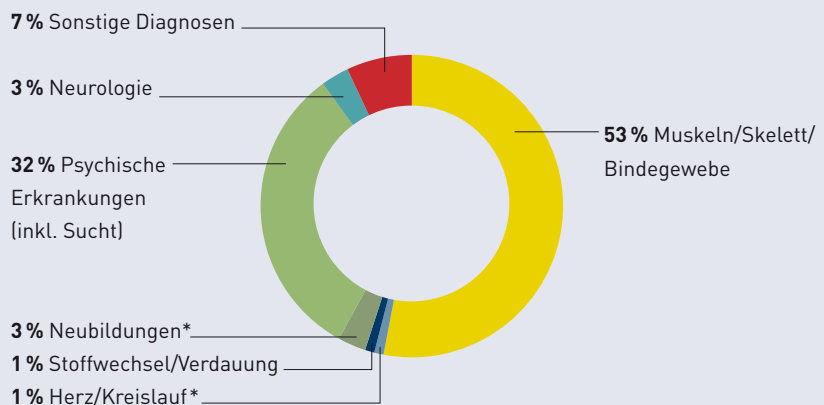
den Krankheiten der Muskeln, des Skeletts oder des Bindegewebes gegenüber 2015 basiert vorrangig auf der besseren Zuordnung der Einzeldiagnosen zu den Diagnosengruppen (siehe auch S. 15).

Neurologische Erkrankungen spielen eine deutlich geringere Rolle: Wegen einer solchen Erkrankung werden 3 % der Leistungen bei Frauen und 5 % der Leistungen bei Männern durchgeführt. Dies trifft auch auf die Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems zu (Frauen 1 %, Männer 4 %).

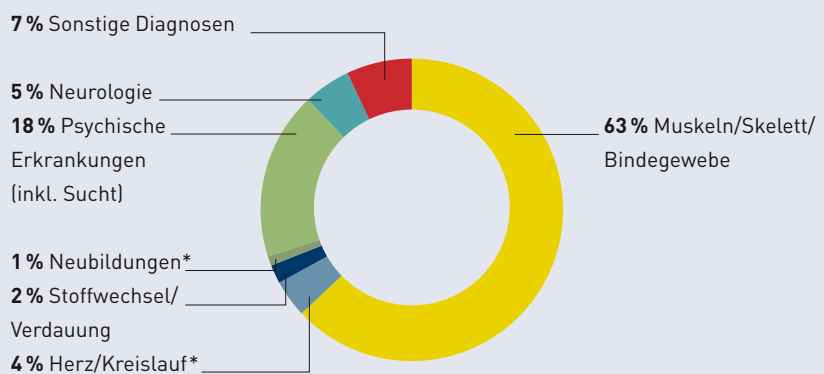
Vor allem orthopädische und psychische Erkrankungen führen zu beruflichen Bildungsleistungen.

**Abb. 19 Krankheitsspektrum bei Bildungsleistungen von Frauen und Männern 2016<sup>1</sup> – abgeschlossene Leistungen<sup>2</sup>**

**Frauen: 12.748 Leistungen**



**Männer: 18.247 Leistungen**



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

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

\* ohne neurologische Krankheitsbilder

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2016

## Berufliche Bildung – alterspezifische Inanspruchnahme

Rehabilitanden, die Bildungsleistungen in Anspruch nehmen, sind im Durchschnitt wesentlich jünger als Rehabilitanden in der medizinischen Rehabilitation (s. S. 30 und 31). Das Durchschnittsalter von Frauen, die in 2016 eine berufliche Bildungsleistung abgeschlossen haben, liegt bei 45,9 Jahren. Männer waren mit im Durchschnitt 45,3 Jahren etwa gleich alt. Betrachtet man alle LTA, sind sowohl Frauen als auch Männer im Schnitt etwas älter als in der Teilgruppe mit beruflichen Bildungsleistungen (Frauen 47,3 Jahre, Männer 47,1 Jahre).

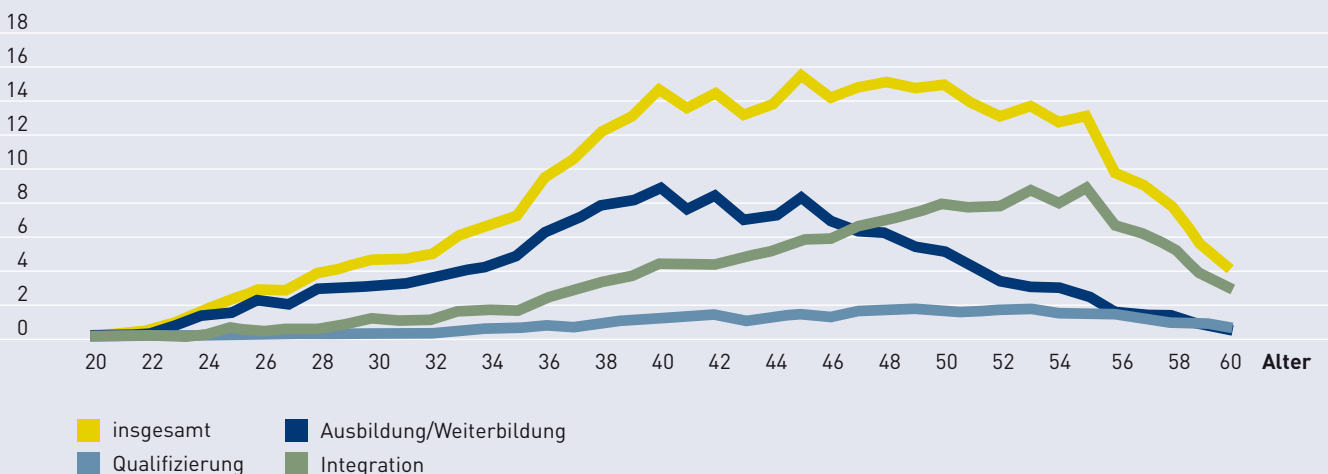
Auch die Inanspruchnahme beruflicher Bildungsleistungen hängt, wie die Inanspruchnahme medizinischer Reha-Leistungen, mit dem Alter zusammen. Die Inanspruchnahme wird als Inanspruchnahmerate dargestellt, d. h. als Leistungen pro 10.000 Versicherte. Werden die Rehabilitanden zu Versicherten gleichen Alters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

Weiterbildungsleistungen werden am häufigsten bei Versicherten zwischen 40 und 45 Jahren durchgeführt.

Aus- und Weiterbildungen steigen im Jahr 2016 bis zum Alter von 40 Jahren stetig an und haben dort ihr Maximum (neun Rehabilitanden auf 10.000 Versicherte). Auch mit 42 Jahren (ebenfalls rund neun Rehabilitanden auf 10.000 Versicherte) und mit 45 Jahren (acht Rehabilitanden auf 10.000 Versicherte) gibt es weitere Spitzen. Anschließend sinkt die altersspezifische Inanspruchnahme deutlich (s. Abb. 20). Weiterbildungen werden damit am häufigsten bei Versicherten zwischen 40 und 45 Jahren durchgeführt. Diese

**Abb. 20 Berufliche Bildungsleistungen: Altersspezifische Inanspruchnahmeraten 2016**

Anzahl abgeschlossene berufliche Bildungsleistungen pro 10.000 Versicherte



Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2016, „Versicherte“ 2015

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
<b>51</b>	<b>Berufliche Rehabilitation</b>
67	Aufwendungen für Rehabilitation
73	Im Fokus
73	Onkologische Rehabilitation
89	Anhang

relativ kostenintensiven Leistungen – vor allem Umschulungen mit einer Dauer von etwa zwei Jahren, die eine recht anspruchsvolle Qualifizierung darstellen – kommen also überwiegend jüngeren Versicherten zugute. Ähnlich wie bei den Weiterbildungen, nur zeitlich etwas versetzt, steigt auch bei den Integrationsleistungen die Inanspruchnahme mit dem Alter bis zum Maximum bei 55 Jahren (neun auf 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 zwei auf 10.000 Versicherte gleichen Alters).

### Berufliche Bildung – altersstandardisierte Inanspruchnahme

Wie im vorhergehenden Abschnitt dargestellt, gibt es einen Zusammenhang zwischen der Nutzung der unterschiedlichen Bildungsleistungen und dem

**Tab. 8 Leistungen zur beruflichen Bildung 2000–2016 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
2013	6,6	9,5	0,7	1,0	3,1	5,0	2,8	3,6
2014	6,8	10,0	0,6	1,0	3,2	5,1	3,0	3,9
2015	7,2	10,1	0,8	1,1	3,4	5,2	3,1	3,9
2016	7,4	9,9	0,8	1,1	3,5	5,0	3,2	3,9

■ 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“ 2000–2016, „Versicherte“ 1999–2015

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. 32). Die altersstandardisierten Inanspruchnahmeraten für die Jahre 2000 bis 2016 sind getrennt für Frauen und Männer in Tabelle 8 wiedergegeben.

Die Inanspruchnahme von Bildungsleistungen schwankt im betrachteten Zeitraum bei Frauen zwischen 4,7 (in 2000) und 7,5 (in 2010) Leistungen, bei Männern zwischen 9,5 (in 2013) und 13,1 (in 2002) Leistungen pro 10.000 Versicherte. In 2016 liegt die Inanspruchnahme bei den Frauen mit 7,4 pro 10.000 Versicherte deutlich über der Rate im Jahr 2000 (4,7), bei Männern liegt sie mit 9,9 pro 10.000 Versicherte etwas niedriger als die Rate in 2000 (10,6).

Die Inanspruchnahme beruflicher Bildungsleistungen bei Frauen und Männern gleicht sich langsam an.

Die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Inanspruchnahme gleichen sich gegenüber 2000 fast kontinuierlich an. Nach einem leichten Rückgang der Inanspruchnahme zwischen 2011 und 2013 nimmt sie seit 2014 zumindest bei den Frauen wieder etwas zu.



# Berufliche Rehabilitation: Prozess und Ergebnis von Bildungsleistungen

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) sind Angebote der beruflichen Rehabilitation und ermöglichen die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben. Zu ihnen gehören die beruflichen Bildungsleistungen, die u. a. in einer neuen Ausbildung oder Umschulung bestehen können (s. Info-Box S. 51). Die Rentenversicherung entwickelt zur Sicherung der Qualität dieser Leistungen ein umfassendes Konzept, das möglichst viele Qualitätsaspekte und Einrichtungen einbezieht.

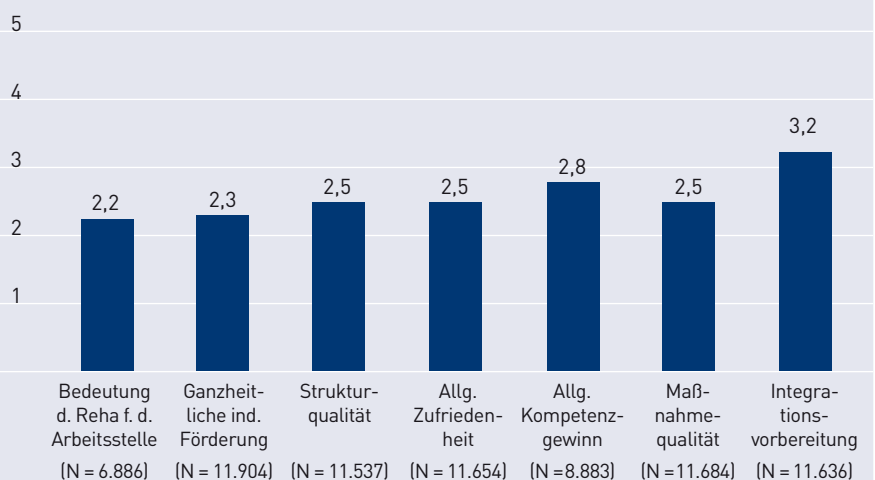
## Teilnehmerbefragung nach beruflichen Bildungsleistungen

Besondere Bedeutung kommt der Bewertung der Qualität durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu. Seit 2006 erhalten alle Teilnehmenden ein halbes Jahr nach Ende der Rehabilitation einen Fragebogen zu ihrer beruflichen Bildungsleistung, den so genannten „Berliner Fragebogen“. Die Befragung bezieht sich auf den Verlauf der Bildungsleistung (z. B. individuelle Förderung während der Maßnahme) und auf deren Ergebnis (z. B. erfolgreicher Abschluss oder Wiedereingliederung in das Erwerbsleben nach Ende der Rehabilitation).

Bewertung der beruflichen Bildungsleistungen mit dem Berliner Fragebogen

**Abb. 21 Teilnehmerbefragung nach beruflicher Bildungsleistung: Zusammenfassende Beurteilung ausgewählter Bereiche**

1 = sehr gut, 5 = sehr schlecht



Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Teilnehmerbefragung, Befragungszeitraum Juli 2015 bis Juni 2016

# Berufliche Rehabilitation: Prozess und Ergebnis von Bildungsleistungen

In die Auswertung des Befragungszeitraums Juli 2015 bis Juni 2016 gingen die Angaben von 11.700 Teilnehmern einer beruflichen Bildungsleistung ein. Für 11.071 der Teilnehmer liegen zusätzlich ergänzende Angaben aus den Routinedaten der Rentenversicherung vor, die weitergehende Analysen ermöglichen. Jeder Rentenversicherungsträger und jede Bildungseinrichtung, aus der mindestens 12 Teilnehmende den Fragebogen ausgefüllt haben, erhalten einen Bericht zur Qualitätssicherung mit einer Auswertung der Teilnehmerurteile.

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

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer beurteilen 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“ (Bewertungsergebnis 2,5, s. Abb. 21, S. 61). Als „gut“ wird die Bedeutung der beruflichen Rehabilitation für die Arbeitsstelle (Bewertung 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 Bewertung (2,3). Eher mäßig werden von den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden strukturelle Aspekte, wie die technische Ausstattung oder die organisatorischen Abläufe der Einrichtung eingeschätzt (Strukturqualität, Ergebnis 2,5). Unzufriedener sind die Teilnehmenden mit der Integrationsvorbereitung, d. h. den vorbereitenden Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung (Ergebnis 3,2). Die Maßnahmequalität, in die auch die Beurteilung der Arbeit der einzelnen Berufsgruppen der Reha-Einrichtung einbezogen wird, wurde ebenfalls eher mäßig bewertet (Ergebnis 2,5).

Fast zwei Drittel der Teilnehmenden ist in den sechs Monaten nach Abschluss der Bildungsleistung in Beschäftigung.

**Tab. 9 Eingliederung der Versicherten in den Arbeitsmarkt**

	Frauen	Männer
	% der jeweils Antwortenden	
Zum Zeitpunkt der Befragung berufstätig oder schon einmal nach Abschluss der Bildungsleistung berufstätig	65 %	61 %
Von diesen geben an:		
...ein unbefristetes Arbeitsverhältnis	47 %	51 %
Die Qualifizierung war...		
...eine notwendige Voraussetzung	41 %	41 %
...eine wichtige Hilfe	35 %	34 %
...von geringer Bedeutung	8 %	9 %
...ohne Bedeutung	9 %	9 %
...keine Einschätzung möglich	7 %	8 %

Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Teilnehmerbefragung, Befragungszeitraum Juli 2015 bis Juni 2016

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
<b>51</b>	<b>Berufliche Rehabilitation</b>
67	Aufwendungen für Rehabilitation
73	Im Fokus
73	Onkologische Rehabilitation
89	Anhang

Drei Viertel der Befragten halten die berufliche Bildungsleistung für wichtig, um einen Arbeitsplatz zu erhalten.

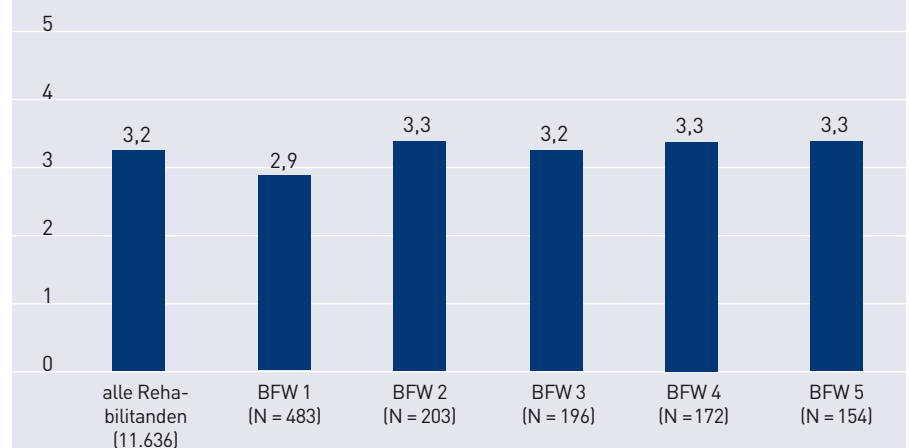
Der Berliner Fragebogen thematisiert auch die Eingliederung in den Arbeitsmarkt nach der Rehabilitation (s. Tab. 9). Fast zwei Drittel der Befragten, die geantwortet haben, geben an, in den sechs Monaten nach Ende der Bildungsleistung eine Beschäftigung aufgenommen zu haben. Die Unterschiede zwischen Frauen und Männern sind relativ gering. Bei etwa der Hälfte der aufgenommenen Beschäftigungen handelt es sich um ein unbefristetes Arbeitsverhältnis. Über 60% der beschäftigten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden nahmen ihre Beschäftigung direkt im Anschluss an die Bildungsleistung auf. Für die restlichen Beschäftigten dauerte es im Schnitt drei Monate bis zur ersten Arbeitsstelle nach Ende der Bildungsleistung. Knapp drei Viertel der Befragten bezeichneten die Bildungsleistung als notwendige Voraussetzung bzw. als wichtige Hilfe zur Erlangung des Arbeitsplatzes.

Absolventen von Bildungsleistungen, die zum Befragungszeitpunkt nicht berufstätig sind, geben als wesentliche Gründe einen schlechteren regionalen Arbeitsmarkt (Frauen 44 %, Männer 44 %), einen verschlechterten Gesundheitszustand (49 % bzw. 47 %) sowie mangelnde Unterstützung bei der Stellensuche an (32 % bzw. 35 %).

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

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

1 = sehr gut, 5 = sehr schlecht



Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Teilnehmerbefragung, Befragungszeitraum Juli 2015 bis Juni 2016



# Berufliche Rehabilitation: Prozess und Ergebnis von Bildungsleistungen

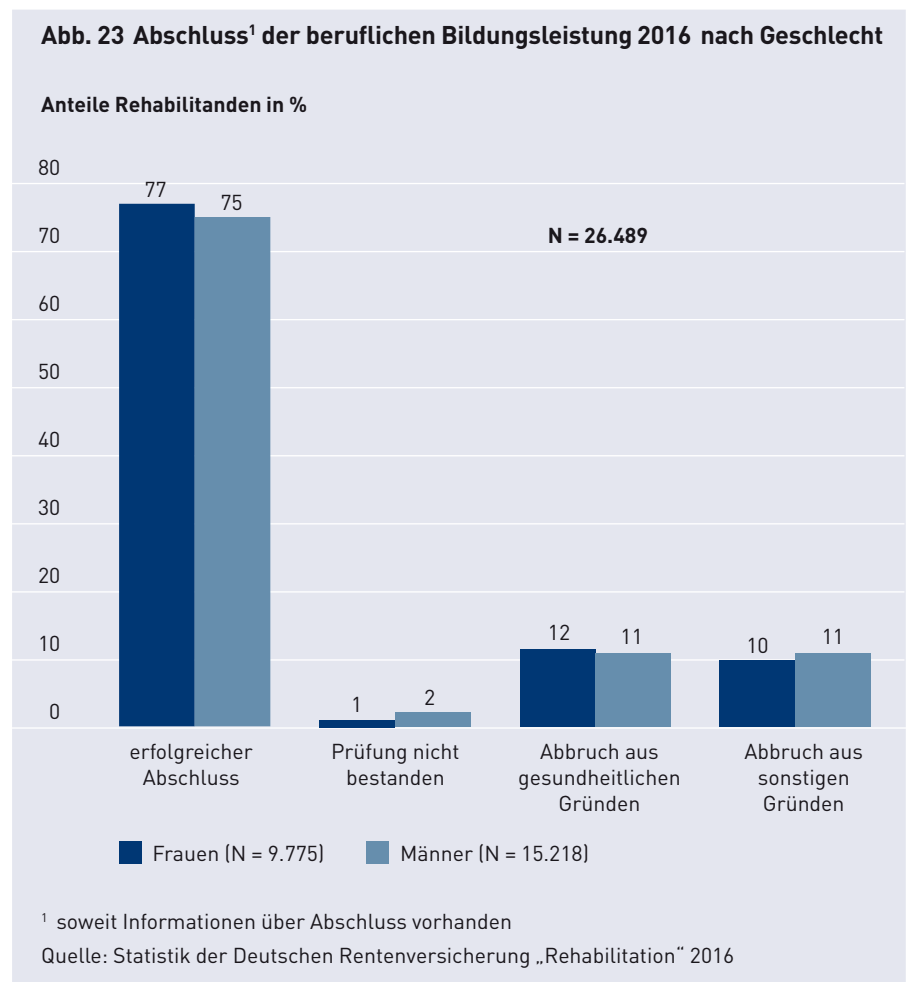
während der Bildungsleistung sind in Abbildung 22 (s. S. 63) die Teilnehmerbewertungen für fünf Berufsförderungswerke (BFW, Bildungseinrichtungen für Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit erhöhtem Förderbedarf) wieder auf einer Skala von „1“ für sehr gut bis „5“ für sehr schlecht dargestellt. Während die Teilnehmer in BFW 1 die Integrationsvorbereitung mit 2,9 bewerten, liegt die Zufriedenheit z. B. in BFW 2, 4 und 5 mit 3,3 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 Rehabilitationsleistung.

Drei Viertel der beruflichen Bildungsleistungen werden erfolgreich abgeschlossen.

Gut drei Viertel der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden schließen ihre Bildungsleistung erfolgreich ab, rund 30 % davon mit einem staatlich anerkannten Abschluss. Etwa jeder Fünfte bricht die Bildungsleistung ab, davon etwas mehr als die Hälfte aus gesundheitlichen Gründen – hier ist der Anteil



4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
<b>51</b>	<b>Berufliche Rehabilitation</b>
67	Aufwendungen für Rehabilitation
73	Im Fokus
73	Onkologische Rehabilitation
89	Anhang

der Frauen etwas höher (s. Abb. 23, S. 64). Meist beenden die Versicherten selbst die Bildungsleistung vorzeitig, selten der Rentenversicherungsträger.

### Sozialmedizinischer Status nach beruflichen Bildungsleistungen

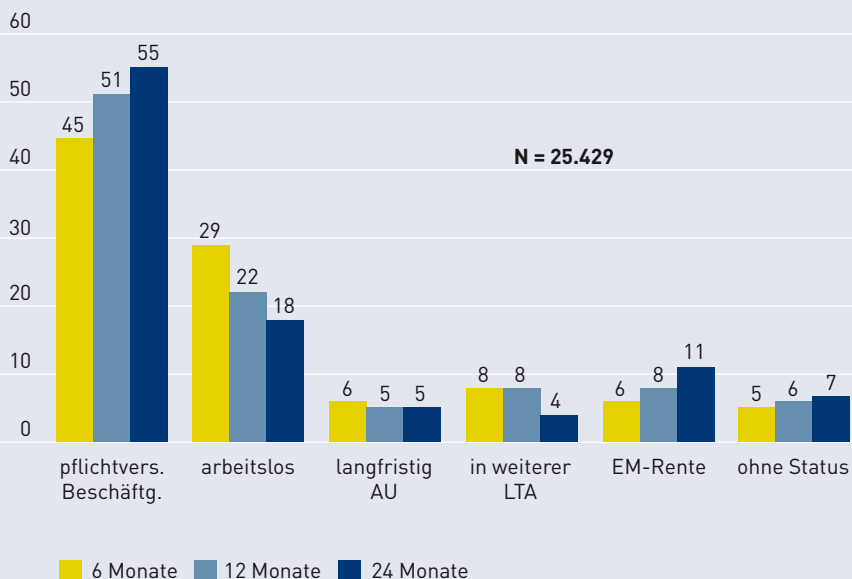
Ein weiterer Qualitätsaspekt ist der Wiedereingliederungsstatus. Der Erfolg der beruflichen Bildungsleistungen bemisst sich wesentlich am Anteil der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, der anschließend dauerhaft erwerbstätig ist. Die Routinedaten der Rentenversicherung ermöglichen dazu eine Betrachtung über die beiden Jahre nach der Bildungsleistung, für die regelmäßig ein Bericht mit dem Titel „Sozialmedizinischer Status nach beruflichen Bildungsmaßnahmen“ erstellt wird.

Noch zwei Jahre nach der Bildungsleistung nimmt die Beschäftigungsrate zu.

Die berufliche Wiedereingliederung der Rehabilitanden und Rehabilitandinnen, die 2013 ihre Bildungsleistung abgeschlossen haben, nimmt im Verlauf der beiden folgenden Jahre zu (s. Abb. 24): Sind im sechsten Monat nach Ende der Bildungsleistung 45 % pflichtversichert beschäftigt, erhöht sich dieser Anteil nach zwei Jahren auf rund 55 %. Im selben Zeitraum sinkt der Anteil der Arbeitslosen von anfänglich 29 % auf 18 %. Der Anteil der langfristig Arbeitsunfähigen (langfristig AU) nimmt im Nachbetrachtungszeitraum kaum ab. Ein Teil von ihnen erhält eine Erwerbsminderungsrente (EM-Rente). Während ein Jahr nach der

**Abb. 24 Wiedereingliederungsstatus im 6., 12. und 24. Monat nach beruflicher Bildungsleistung im Jahr 2013**

Anteile Rehabilitanden in %



Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2008-2015

## Berufliche Rehabilitation: Prozess und Ergebnis von Bildungsleistungen

Bildungsleistung noch etwa 8 % der Personen eine weitere LTA benötigen, beispielsweise eine Integrationsleistung, halbiert sich dieser Anteil zum Ende des zweiten Jahres. Für insgesamt 7% 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.

Die Wiedereingliederungsquote von Frauen und Männern ist annähernd gleich.

Frauen und Männer unterscheiden sich kaum hinsichtlich ihrer Wiedereingliederung: Im 24. Monat nach der Bildungsleistung sind Männer und Frauen annähernd gleich häufig pflichtversichert beschäftigt (Männer 55 %, Frauen 56 %). Unterschiede finden sich bei der Nicht-Beschäftigung: Männer sind etwas häufiger arbeitslos (Männer 20 %, Frauen 16 %). Der Anteil an EM-Renten ist bei Frauen mit 13 % höher als bei Männern mit 10 %.

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 insbesondere der regionalen Arbeitsmarktlage, aber 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 2016

2016 gab die Rentenversicherung rd. 6,36 Mrd. Euro für Rehabilitation aus.

2016 gab die Deutsche Rentenversicherung insgesamt ca. 6,36 Mrd. € für Rehabilitation aus (Bruttoaufwendungen). Da diesen Ausgaben auch Einnahmen, z. B. aus Zuzahlungen der Versicherten gegenüberstehen, entstanden 2016 Nettoaufwendungen in Höhe von rund 6,19 Mrd. € (siehe Tab. 11). Dies entspricht einer Steigerungsrate von 2,8 % von 2015 auf 2016. Damit blieb die Rentenversicherung wieder im Rahmen des Budgets, das ihr für Reha-Leistungen gesetzlich vorgegeben ist und für 2016 auf 6,59 Mrd. € festgesetzt wurde.

**Tab. 10 Aufwendungen<sup>1</sup> für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben 2000–2016 in Mio. €**

Jahr	Aufwendungen für Rehabilitation insgesamt*	Medizinische und sonst. Leistungen	Übergangsgeld für med. und sonst. Leistungen	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	Übergangsgelder bei LTA	Sozialversicherungsbeiträge
2000	4.553,1	2.894,8	536,2	509,0	327,0	286,1
2001	4.782,7	2.984,0	539,1	548,0	406,2	305,4
2002	5.019,2	3.047,0	526,6	655,2	458,1	332,4
2003	5.090,6	3.045,9	468,8	735,6	504,2	336,1
2004	4.932,8	2.927,2	406,3	769,8	517,9	311,6
2005	4.782,1	2.887,9	379,7	745,9	487,1	281,4
2006	4.726,1	2.965,3	389,2	689,3	412,9	269,4
2007	4.860,3	3.130,1	408,8	682,6	381,6	257,2
2008	5.115,9	3.319,3	427,1	724,1	382,8	262,6
2009	5.434,3	3.470,4	462,0	769,5	424,7	307,7
2010	5.559,3	3.510,0	504,1	811,0	450,7	283,6
2011	5.657,8	3.596,6	525,7	804,3	423,9	307,3
2012	5.861,5	3.741,8	620,5	759,6	411,9	327,4
2013	5.841,0	3.722,2	589,7	766,6	427,5	334,5
2014	6.030,8	3.815,4	618,8	800,9	445,1	350,0
2015	6.208,3	3.909,4	635,5	838,0	457,7	366,9
2016	6.364,0	4.014,1	651,9	865,1	465,7	366,5

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

\* ab 2011 ist „Persönliches Budget“ in der Spaltenspalte enthalten (2016: 0,6 Mio. €)

Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2016

Aufwendungen für Reha-Leistungen, aber auch für Übergangsgeld

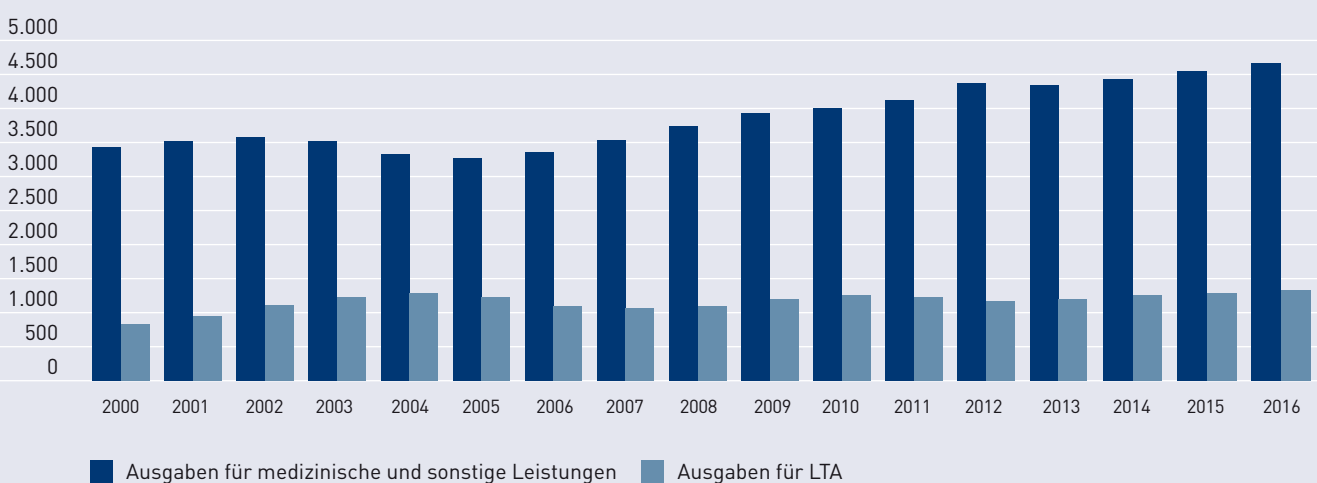
Die Aufwendungen für Rehabilitation enthalten neben den Kosten, die in den Reha-Einrichtungen anfallen, auch Entgeltersatzleistungen (Übergangsgelder) und Sozialversicherungsbeiträge für Rehabilitanden (s. Tab. 10, S. 67). Von den Gesamtaufwendungen für Rehabilitation in 2016 entfielen rd. 1,12 Mrd. € 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 durch den Arbeitgeber (mehr) haben. Umgekehrt leisteten die Rehabilitanden in der medizinischen Rehabilitation 2016 insgesamt 61,1 Mio. € Zuzahlungen, das sind im Durchschnitt 59 € pro Reha-Leistung.

Eine stationäre Rehabilitation bei körperlichen Erkrankungen kostete 2016 im Schnitt 2.831 Euro, eine ambulante Rehabilitation 1.752 Euro.

Für eine einzelne stationäre medizinische Rehabilitation bei körperlichen Erkrankungen betragen die direkten Behandlungskosten – ohne ergänzende Leistungen wie Übergangsgeld oder Reisekosten – im Jahr 2016 im Schnitt 2.831 €. Ambulant erbrachte Reha-Leistungen bei körperlichen Erkrankungen kosteten durchschnittlich 1.752 €. 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 6.759 € pro stationärer Rehabilitation deutlich höher, was sich durch ihre längere Dauer, vor allem bei Suchterkrankungen, erklärt.

**Abb. 25 Aufwendungen<sup>1</sup> für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben 2000–2016**

in Mio. €



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

Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2016

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
51	Berufliche Rehabilitation
<b>67</b>	<b>Aufwendungen für Rehabilitation</b>
73	Im Fokus
73	Onkologische Rehabilitation
89	Anhang

### Entwicklung der Aufwendungen ab 2000

Abbildung 25 gibt die Entwicklung der Aufwendungen ab 2000 wieder. Tabelle 10 (s. S. 67) gewährt einen differenzierten Einblick zu den Kosten nach Leistungsgruppen.

Die Aufwendungen für Rehabilitation insgesamt (brutto, inkl. Sozialversicherungsbeiträge) nehmen in dem betrachteten Zeitraum insgesamt kontinuierlich zu, bis auf einen leichten Rückgang in den Jahren 2004 bis 2006. In 2016 steigen sie im Vergleich zum Vorjahr erneut leicht an und fallen damit um rund 40 % höher aus als im Jahr 2000 (s. Abb. 25). Die Zahlen dieser beiden Jahre 2000 und 2016 sind aufgrund der zu berücksichtigenden Preissteigerungen jedoch nicht direkt vergleichbar.

Ausgaben für Rehabilitation von 2000 bis 2016 um mehr als ein Drittel gestiegen

Bei den LTA zeigt sich eine dynamischere Ausgabenentwicklung als bei der medizinischen Rehabilitation. Während die Aufwendungen für medizinische und sonstige Reha-Leistungen inkl. Übergangsgeld 2016 zu etwa 36 % über dem Niveau von 2000 liegen, haben sich diejenigen für LTA inkl. Übergangsgeld im Vergleich zu 2000 um 59 % erhöht (s. Tab. 10).

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 dieser Aufwärtstrend bei LTA bis zum Jahr 2005 fortsetzt, sinken die Aufwendungen für medizinische Rehabilitation bis zum Jahr 2006. Nach einer rückläufigen Entwicklung in den Jahren 2005 bis 2007 nehmen die Ausgaben für LTA seit 2008 mit leichten Schwankungen wieder zu. Bei den Aufwendungen für medizinische Rehabilitation zeigt sich von 2006 an ein kontinuierlicher Anstieg.

2016 betragen die Ausgaben für LTA mehr als ein Fünftel der Gesamtausgaben für Rehabilitation.

Insgesamt hat sich im betrachteten Zeitraum das Verhältnis zwischen den Aufwendungen für medizinische Rehabilitation und berufliche Rehabilitation etwas zugunsten letzterer verändert: Lag 2000 das Verhältnis noch bei 4,1 zu 1, lag es 2016 bei etwa 3,5 zu 1.

### Vergleich zu weiteren Ausgaben der Rentenversicherung

Mit den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben verfolgt die Rentenversicherung das gesetzlich vorgegebene Ziel, die Erwerbsfähigkeit ihrer Versicherten zu erhalten und eine drohende Berentung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit abzuwenden oder zumindest aufzuschieben. In Tabelle 11 (s. S. 70) werden die Aufwendungen für Rehabilitation den Aufwendungen der Rentenversicherung insgesamt sowie für verschiedene Rentenarten gegenüber gestellt.

Ausgaben für Rehabilitation entsprachen 2016 nur 2,1 % der Gesamtausgaben der Rentenversicherung.

Trotz ihrer großen Bedeutung beanspruchen die Leistungen zur Teilhabe, d. h. vor allem Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben, im Jahr 2016 mit 2,1 % nur einen geringen Anteil aller Aufwen-

**Tab. 11 Ausgaben der gesetzlichen Rentenversicherung 2016 nach Ausgabearten in Mio. €**

Ingesamt	Rehabilitation*	Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit	Altersrenten	Hinterbliebenenrenten	sonst. Ausgaben (v. a. KVdR**)	Verwaltungs- und Verfahrenskosten
288.430	6.193	17.742	200.117	41.486	19.013	3.878
100,0 %	2,1 %	6,2 %	69,4 %	14,4 %	6,6 %	1,3 %

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

\*\* KVdR = Krankenversicherung der Rentner

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung – Rechnungsergebnisse 2016

dungen der Rentenversicherung. Die Nettoaufwendungen für Rehabilitation stehen zu denjenigen für Erwerbsminderungsrenten (6,2 %) etwa im Verhältnis von 1 zu 2,9.

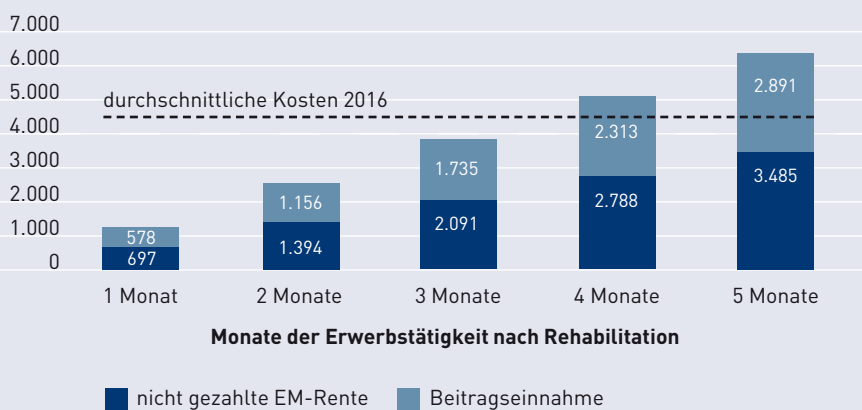
### Rehabilitation rechnet sich – Amortisationsmodell 2016

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). Es berücksichtigt die der Rentenversicherung entstehenden Kosten (d. h. die direkten Kosten für die Rehabilitation

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

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

in €



Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2016; Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2016; eigene Berechnungen

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
51	Berufliche Rehabilitation
<b>67</b>	<b>Aufwendungen für Rehabilitation</b>
73	Im Fokus
73	Onkologische Rehabilitation
89	Anhang

sowie ergänzende Leistungen wie z. B. Übergangsgelder) und den Nutzen für die Rentenversicherung (s. Abb. 26).

Dies sind auf der Kostenseite die Aufwendungen für die medizinische Rehabilitation, die 2016 im Durchschnitt rd. 4.530 € pro Rehabilitation betragen (Zuzahlungen der Versicherten und anteilige Verwaltungskosten werden dabei nicht berücksichtigt). Als Nutzen werden Beitragseinnahmen und nicht erfolgte Rentenzahlungen wegen Erwerbsminderung erfasst. Pro Monat der Erwerbstätigkeit erhält die Rentenversicherung Beiträge in Höhe von im Mittel 578 € und spart gleichzeitig die Erwerbsminderungsrente mit einer durchschnittlichen Höhe im Rentenzugang von 697 €; zusammen ergibt sich also ein Nutzen von 1.275 € 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.

Die Rehabilitation rechnet sich für die Rentenversicherung.

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







## Onkologische Rehabilitation

Fast die Hälfte der Menschen in Deutschland erkrankt im Laufe ihres Lebens an Krebs.

Im Laufe ihres Lebens erkranken 43 % der Frauen und 51 % der Männer an Krebs (bösartige Neubildungen). Zu diesem Ergebnis kommt der Bericht „Gesundheit in Deutschland“ des Jahres 2015. Jährlich sind dies etwa 230.000 Frauen und 260.000 Männer. Auch wenn die Sterblichkeit aufgrund medizinischer Fortschritte in der Therapie und einer früheren Erkennung der meisten Tumore in den letzten 20 Jahren deutlich gesunken ist, belegen Krebserkrankungen nach den Herz-Kreislaufkrankungen den zweiten Platz bei den Todesursachen. Die häufigsten Krebsarten sind nach dem „Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016“ mit den aktuellsten Daten für das Jahr 2013:

- Brustkrebs mit jährlich ca. 72.000 neu erkrankten Frauen
- Prostatakrebs mit jährlich ca. 60.000 neu erkrankten Männern
- Darmkrebs mit jährlich ca. 28.000 neu erkrankten Frauen und ca. 34.000 neu erkrankten Männern
- Lungenkrebs mit jährlich ca. 19.000 neu erkrankten Frauen und ca. 35.000 neu erkrankten Männern
- Hautkrebs (malignes Melanom) mit jährlich je ca. 10.000 neu erkrankten Frauen und neu erkrankten Männern.

Das Risiko einer Krebserkrankung steigt mit dem Alter.

Das Risiko, an Krebs zu erkranken, steigt für fast alle Krebsarten mit dem Alter an. Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei 67,2 (Frauen) und bei 68,3 Jahren (Männer). An Darmkrebs erkranken Frauen mit 72,9 und Männer mit 70,3 Jahren relativ spät. Ein vergleichbares mittleres Erkrankungsalter weisen Männer mit Prostatakrebs (70,9 J.) auf. Etwas jünger sind im Schnitt an Lungenkrebs Erkrankte (Frauen 68,3 J., Männer 69,3 J.) sowie an Brustkrebs erkrankte Frauen (64,3 J.). Fast drei von zehn Frauen mit Brustkrebs sind bei der Diagnosestellung jünger als 55 Jahre und fallen damit in das erwerbsfähige Alter. Bei Hautkrebs sind insbesondere Frauen im Schnitt jünger (59,6 J.), während Männer fast fünf Jahre älter sind (64,2 J.).

Die Krebsarten unterscheiden sich nicht nur im mittleren Erkrankungsalter, sondern auch hinsichtlich der 5-Jahres-Überlebensraten. Relativ günstige Prognosen zeigen sich bei Hautkrebs (94 % Frauen, 91 % Männer), Brustkrebs (88 %) und Prostatakrebs (93 %). An Darmkrebs Erkrankte weisen eine 5-Jahres-Überlebensrate von 63 % auf. Bei Lungenkrebs überleben nur 21 % der Frauen bzw. 16 % der Männer die ersten fünf Jahre. Vor allem bei höheren Tumorstadien zum Zeitpunkt der Diagnosestellung, d. h. wenn der Tumor schon weiter fortgeschritten ist, ist die Prognose schlechter, unabhängig von der Lokalisation, d. h. dem Ort des Tumors.

Tiefgreifendes Ereignis für die Betroffenen und Angehörigen

Auch wenn sich die Überlebensraten in den letzten Jahren verbessert haben, ist die Diagnose Krebs weiterhin ein tiefgreifendes Ereignis für die Betroffenen und deren Familien. Häufig stehen Operationen, Bestrahlungen und

Onkologische Rehabilitation wird sowohl für Versicherte im Erwerbsalter wie auch für Rentner durchgeführt.

Chemotherapien an, die sich über einen langen Zeitraum erstrecken können und sowohl physisch als auch psychisch sehr belastend sind. Wenn die erste Behandlungsphase abgeschlossen ist, kann eine medizinische Rehabilitation im Anschluss hilfreich sein. Häufig wird bereits im Krankenhaus eine sogenannte Anschlussrehabilitation (AHB) eingeleitet (siehe Info-Box S. 23). Möglicherweise ist es aber medizinisch sinnvoll, zunächst eine weitere ambulante Krankenbehandlung anzuschließen und die medizinische Rehabilitation erst zu einem späteren Zeitpunkt zu beantragen.

Für die medizinische Rehabilitation wegen Neubildungen gibt es eine Besonderheit: Diese Rehabilitationen werden von der Deutschen Rentenversicherung zum einen, wie bei allen anderen Indikationen, bei Versicherten im erwerbsfähigen Alter durchgeführt, um deren Erwerbsfähigkeit zu erhalten bzw. wiederherzustellen (nach § 15 SGB VI). Zum anderen werden sie aber auch für Rentner und Familienangehörige erbracht, für die die Erwerbsfähigkeit nicht mehr von Bedeutung ist (nach § 31 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI und auf Grundlage entsprechender Richtlinien). Außerdem besteht für diese Leistungen eine gleichrangige Zuständigkeit mit der Krankenversicherung. Voraussetzung für eine onkologische Rehabilitation ist eine ausreichende Belastbarkeit für die Teilnahme an Einzel- und Gruppentherapien (Rehabilitationsfähigkeit) sowie bei Versicherten im Erwerbsalter (und Rehabilitation nach § 15 SGB VI) eine positive Rehabilitationsprognose, d. h. die Einschätzung, dass die Rehabilitation die Erwerbsfähigkeit positiv beeinflussen kann. Bei Rentnern und Familienangehörigen bedeutet die positive Rehabilitationsprognose, dass die gesundheitlichen Beeinträchtigungen voraussichtlich gebessert werden können.

Bei den folgenden Auswertungen werden die Entwicklungen in der Rehabilitation bei Neubildungen (onkologische Rehabilitation) für Versicherte, die noch im Erwerbsleben stehen, und für Rentner und Familienangehörige vergleichend dargestellt, wobei Familienangehörige nur zu einem sehr geringen Anteil (ca. 1 - 2 %) vertreten sind.

## **Ziele und Inhalte der onkologischen Rehabilitation**

Übergeordnetes und für alle Rehabilitanden geltendes Ziel der onkologischen Rehabilitation ist es, den negativen Auswirkungen der Krebserkrankung auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft entgegenzuwirken und die Lebensqualität zu verbessern. Bei den im Erwerbsleben stehenden Rehabilitanden legt die Rehabilitation entsprechend dem gesetzlichen Auftrag einen besonderen Schwerpunkt auf die Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben und ist somit stärker arbeitsweltbezogen (siehe auch Info-Box S. 23).

Ziel der Rehabilitation:  
Lebensqualität und Leistungsfähigkeit verbessern

Die Rehabilitation nach einer Krebserkrankung ist darauf ausgerichtet, Patientinnen und Patienten den Umgang mit ihrer Erkrankung zu erleichtern, ihre gesundheitliche Lebensqualität und die körperliche Leistungsfähigkeit zu verbessern, mögliche Risikofaktoren zu verringern und die Rückkehr in Beruf und Alltag zu unterstützen.

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
51	Berufliche Rehabilitation
67	Aufwendungen für Rehabilitation
73	Im Fokus
<b>73</b>	<b>Onkologische Rehabilitation</b>
89	Anhang

Die Komplexität der onkologischen Beschwerdebilder bedarf einer besonderen Kompetenz in der Betreuung. Die krankheitsspezifischen Funktionsstörungen und daraus folgenden Probleme können je nach Art des Tumors sehr unterschiedlich sein. Die konkrete Ausgestaltung der verschiedenen therapeutischen Inhalte richtet sich darüber hinaus nach den individuellen somatischen und psychosozialen Problemstellungen. Zusätzlich können vorbestehende psychische Erkrankungen und andere körperliche Erkrankungen die gesundheitliche Situation im individuellen Fall deutlich beeinflussen.

Zur Durchführung der onkologischen Rehabilitation wurden von der Deutschen Rentenversicherung beispielsweise Reha-Therapiestandards für Rehabilitandinnen mit Brustkrebs entwickelt, die in Analogie auch für andere Indikationen herangezogen werden können. Darüber hinaus sollte sich die fachspezifische onkologische Rehabilitation immer an den aktuellen Leitlinien orientieren, die interdisziplinär von den einzelnen medizinischen Fachgesellschaften entwickelt werden.

Patientenschulung, Gesundheitsbildung und Bewegungstherapie sind Kernelemente im Konzept der multimodalen (d. h. ganzheitlichen) Rehabilitation bei onkologischen Erkrankungen. Mit ihnen werden die Krankheitsbewältigung und ggf. sinnvolle Lebensstiländerungen unterstützt und Ressourcen aktiviert. Die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erhalten alle wesentlichen Informationen über ihre Erkrankung und über die Möglichkeiten, die Therapiefolgen und die individuellen Beeinträchtigungen zu überwinden oder zu lindern.

#### Therapien nach individuellem Bedarf

Die Therapien richten sich nach dem individuellen Bedarf. So erhalten beispielsweise Patienten mit einem künstlichen Darmausgang oder einer über ein Darmsegment realisierten Harnableitung Anleitungen und Schulungen für die Selbstversorgung dieses sogenannten Kolo- oder Urostomas. Kehlkopflöse erhalten eine intensive logopädische Behandlung und Training im Gebrauch einer Stimmprothese oder externen Sprechhilfe.

Aber auch für die mit dem jeweiligen Alter und Lebenskontext einhergehenden Bedürfnisse gibt es spezielle zielgruppenspezifische Angebote. Darunter finden sich z. B. spezielle Anwendungen für junge Erwachsene, die auf deren höhere körperliche Fitness ausgerichtet sind oder auch die Möglichkeit, kleine bzw. schulpflichtige Kinder von krebserkrankten Müttern mit aufzunehmen. Auch ist die Organisation der Versorgung von Angehörigen möglich, die ansonsten von den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden betreut werden.

Entspannungsverfahren sowie die psychosoziale Unterstützung bei der Krankheits- und Stressbewältigung sind weitere wichtige Bestandteile. Gerade bei einer lebensbedrohlichen Erkrankung wie der Krebserkrankung sind psychische Belastungsreaktionen in der ersten Phase normale Begleiterscheinungen. Länger anhaltende Ängste, Depressionen oder Erschöpfungszustände bedürfen einer genauen Diagnostik und meist einer therapeutischen Begleitung. In der onkologischen Rehabilitation ist darüber hinaus die Zusammenarbeit

Die Anzahl der onkologischen Rehabilitationen bei Versicherten steigt.

der Rehabilitationseinrichtungen mit Selbsthilfegruppen zu einem wichtigen Bestandteil im Rehabilitationsprozess geworden.

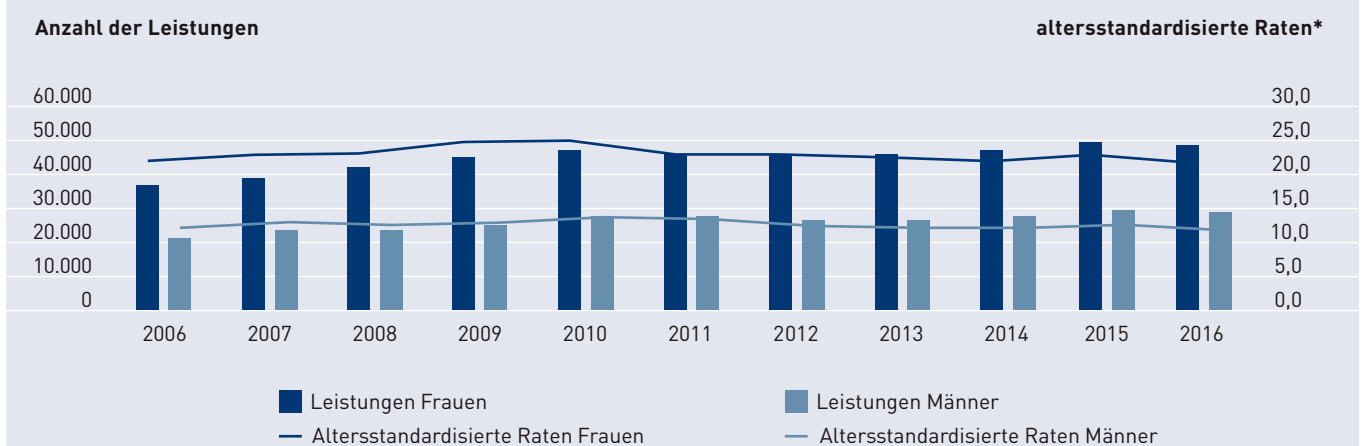
## Entwicklung der onkologischen Rehabilitation

Betrachtet man die onkologische Rehabilitation im Zeitverlauf, so ist von 2006 bis 2016 die Anzahl der medizinischen Rehabilitationen wegen Neubildungen bei Versicherten (nach § 15 SGB VI) um 30 % von 58.827 auf 76.660 gestiegen (s. Abb. 27). Die Steigerungsrates ist bei erwerbsfähigen Frauen wie Männern vergleichbar hoch, wobei Frauen onkologische Rehabilitationen deutlich häufiger in Anspruch nehmen als Männer. Der Anstieg sowohl bei Frauen wie auch bei Männern ist jedoch zu einem erheblichen Teil auf demografische Effekte zurückzuführen.

Um eine Vergleichbarkeit der beiden Gruppen über den Zeitverlauf zu ermöglichen, werden altersstandardisierte Raten berechnet (siehe Info-Kasten 32). Die altersstandardisierten Raten liegen in 2006 für Frauen bei 22,4 und für Männer bei 11,9 Rehabilitationen auf 10.000 Versicherte. Die Inanspruchnahme steigt bis zum Jahr 2010 für beide Geschlechter leicht an (F: 25,5; M: 13,8), anschließend verringert sich die Inanspruchnahme bis zum Jahr 2016 und erreicht dann wieder in etwa das Ausgangsniveau (in 2016 für F: 21,9; M: 11,5). In allen Jahren ist die altersstandardisierte Inanspruchnahme von Frauen fast doppelt so hoch wie die der Männer.

Die onkologische Rehabilitation von Rentnern und Familienangehörigen (nach § 31 SGB VI) wird durch andere Entwicklungen (s. Abb. 28) bestimmt. In 2006 liegen die altersstandardisierten Raten für Rentnerinnen bei 46,3 und für

**Abb. 27 Entwicklung der medizinischen Rehabilitationen wegen Neubildungen für Versicherte (nach §15 SGB VI)**

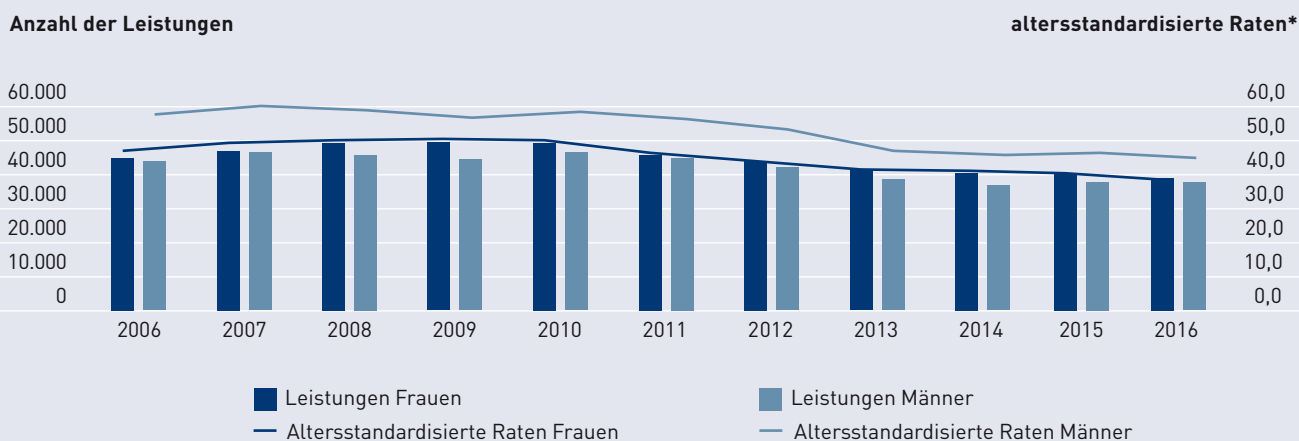


\* auf 10.000 Versicherte

Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2006 bis 2016, Aktiv Versicherte am Jahresende 2005 bis 2015; Standardpopulation: Aktiv Versicherte (Männer und Frauen) am Jahresende 2005

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
51	Berufliche Rehabilitation
67	Aufwendungen für Rehabilitation
73	Im Fokus
<b>73</b>	<b>Onkologische Rehabilitation</b>
89	Anhang

**Abb. 28 Entwicklung der medizinischen Rehabilitationen wegen Neubildungen für Rentner sowie Familienangehörige (nach §31 SGB VI)**



\* auf 10.000 Rentner

Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2006 bis 2016, Rentenbestand am Jahresende 2005 bis 2015; Standardpopulation: Rentenbestand (Männer und Frauen) am Jahresende 2005

Rentner bei 58,2 Rehabilitationen auf 10.000 Rentner. Nach einem leichten Anstieg von 2006 bis 2010 (F: 48,9; M: 58,8) sinken die Leistungen zur onkologischen Rehabilitation. In dem betrachteten Zeitraum von 2006 bis 2016 lag der Rückgang bei 15 %: von 90.473 auf 76.606 (in 2016 für F: 37,8; M: 45,8 auf 10.000 Rentner). Bei den Frauen ist der Rückgang etwas geringer als bei Männern. Rentnerinnen und weibliche Familienangehörige nehmen etwas mehr onkologische Rehabilitationen in Anspruch als Rentner und männliche Familienangehörige.

Die altersstandardisierte Inanspruchnahme der Rentnerinnen und weiblichen Familienangehörigen liegt dennoch in allen Jahren erheblich niedriger als bei Männern, gleicht sich aber bis zum Jahr 2016 etwas an. Auch wenn Frauen mehr onkologische Rehabilitationen in Anspruch nehmen, ist die Inanspruchnahmerate von Frauen dennoch geringer als die von Männern: Frauen leben im Schnitt länger als Männer, so dass im Rentenbestand – gerade auch in den älteren Altersgruppen – mehr Frauen als Männer zu finden sind. Insgesamt nimmt die altersstandardisierte Inanspruchnahme etwas stärker ab als die Anzahl der Rehabilitationen.

#### Diagnosenspektrum in der onkologischen Rehabilitation

Ähnlich wie bei den Neuerkrankungen dominieren auch in der onkologischen Rehabilitation der Rentenversicherung Brustkrebs bei Frauen und Prostatakrebs bei Männern. Dies gilt gleichermaßen für die erwerbsfähigen Versicherten wie auch die Rentner und Familienangehörigen (siehe Abb. 29 und Abb. 30, S. 78 u. 79). Weitere häufige Krebsdiagnosen sind Darm- und Lungenkrebs.

Brustkrebs bei Frauen und Prostatakrebs bei Männern dominieren.



## Die dargestellten Krebsdiagnosen in der onkologischen Rehabilitation nach der ICD-10-GM\*

C18-C21	BN des Darms (Darmkrebs)
C33-C34	BN der Lunge (Lungenkrebs)
C43	Bösartiges Melanom der Haut (Hautkrebs)
C50	BN der Brustdrüse (Brustkrebs)
C51-C58	BN der weiblichen Geschlechtsorgane
C61	BN der Prostata (Prostatakrebs)
C64-C68	BN der Harnorgane

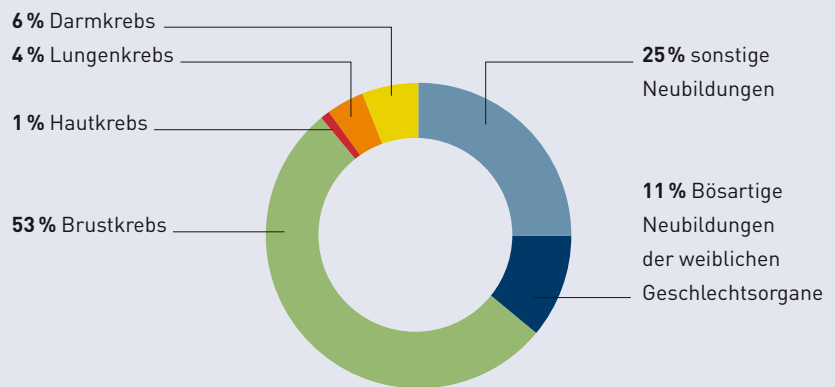
BN = Bösartige Neubildungen  
 \* Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD), deutsche Fassung, 2015

Dazu kommen bei Männern bösartige Neubildungen (BN) der Harnorgane und bei Frauen bösartige Neubildungen der weiblichen Geschlechtsorgane. Obwohl der schwarze Hautkrebs (malignes Melanom) bei den Neuerkrankungen relativ häufig vorkommt, ist er in der onkologischen Rehabilitation mit etwa 1 % sehr selten.

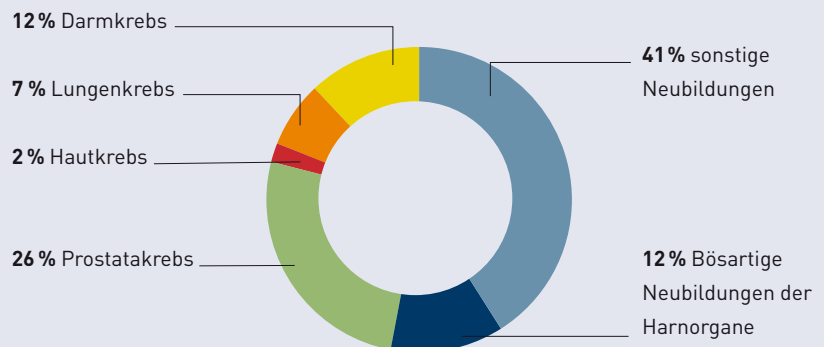
Betrachtet man die Unterschiede zwischen Versicherten im erwerbsfähigen Alter einerseits und Rentnern und Familienangehörigen andererseits, so fällt auf, dass Frauen, die noch im Erwerbsleben stehen, zu 53 % eine onkologische Rehabilitation wegen Brustkrebs durchführen, bei Rentnerinnen und weiblichen Familienangehörigen ist dieser Anteil niedriger (42 %). Dafür nehmen mehr

**Abb. 29 Diagnosenspektrum<sup>1</sup> bei Rehabilitationen für Versicherte (nach §15 SGB VI)**

**Frauen: 45.011**



**Männer: 27.365**



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

Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2016

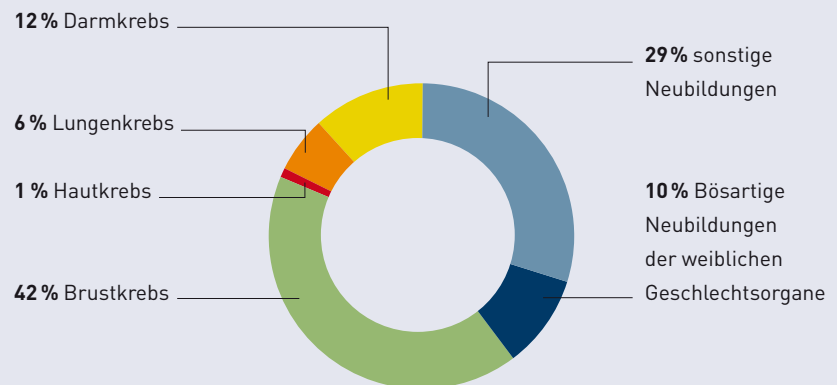
4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
51	Berufliche Rehabilitation
67	Aufwendungen für Rehabilitation
73	Im Fokus
<b>73</b>	<b>Onkologische Rehabilitation</b>
89	Anhang

### Unterschiedliche Verteilung der Diagnosen bei Versicherten und Rentnern

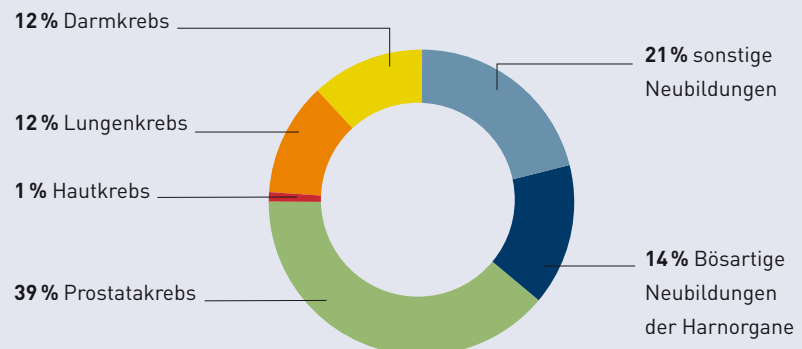
Rentnerinnen und weibliche Familienangehörige mit Darm- und Lungenkrebs onkologische Rehabilitation in Anspruch als Frauen im erwerbsfähigen Alter. Rentner sowie männliche Familienangehörige gehen mit 39 % häufiger in eine onkologische Rehabilitation wegen Prostatakrebs als erwerbsfähige Männer mit 26 %. Auch bei Lungenkrebs und bösartigen Neubildungen der Harnorgane nehmen Rentner und männliche Familienangehörige häufiger eine Rehabilitation in Anspruch als erwerbsfähige Männer. Während unter den Versicherten, die noch im Erwerbsleben stehen, doppelt so viele Männer wie Frauen eine Rehabilitation wegen Lungen- und Darmkrebs durchführen, gleicht sich dieses Verhältnis bei Rentnern und Familienangehörigen bei Darmkrebs an. Bei Lungenkrebs bleibt der geschlechtsspezifische Unterschied bestehen.

**Abb. 30 Diagnosenspektrum<sup>1</sup> bei Rehabilitationen für Rentner und Familienangehörige (nach §31 SGB VI)**

**Frauen: 36.803**



**Männer: 27.365**



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

Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2016



Das Durchschnittsalter der Rentner liegt bei 71 Jahren, das Durchschnittsalter der Versicherten bei 54 Jahren.

## Soziodemografische Merkmale

Im Jahr 2016 wurden für Versicherte 76.660 onkologische Rehabilitationen und für Rentner und Familienangehörige 76.606 Rehabilitationen durchgeführt (s. Tab. 12). Frauen waren unter den Versicherten, die noch im Erwerbsleben stehen, mit 63 % häufiger vertreten als unter den Rentnern und Familienangehörigen mit 51 %. Zwischen Versicherten, die noch im Erwerbsleben stehen, und Rentnern und Familienangehörigen besteht ein Altersunterschied von fast 20 Jahren. Während das Durchschnittsalter von Rentnern und Familienangehörigen unabhängig vom Geschlecht 71 Jahre beträgt, sind Frauen unter den erwerbsfähigen Versicherten mit 53 Jahren etwas jünger als Männer mit durchschnittlich 55 Jahren.

**Tab. 12 Soziodemografische Merkmale von Personen mit Rehabilitationen wegen Neubildungen in 2016 für Versicherte und für Rentner und Familienangehörige**

Anteile Rehabilitanden in %	Leistungen bei Neubildungen	
	für Versicherte (nach §15 SGB VI)	für Rentner und Familienangehörige (nach §31 SGB VI)
<b>Anzahl</b>	76.660	76.606
<b>Geschlecht: weiblich</b>	63	51
<b>Alter</b>		
Mittelwert (Jahre)	54	71
darunter: <b>Männer</b>		
Mittelwert (Jahre)	55	71
darunter: <b>Frauen</b>		
Mittelwert (Jahre)	53	71
<b>Staatsangehörigkeit</b>		
ausländisch	6	4
<b>Familienstand</b>		
ledig	12	5
verheiratet/Lebenspartnerschaft	65	66
geschieden/Lebenspartnerschaft aufgehoben	10	7
verwitwet/Lebenspartner verstorben	3	13
entfällt/keine Aussage möglich	10	10
<b>Region</b>		
neue Bundesländer	21	27

Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis [RSD] 2016

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
51	Berufliche Rehabilitation
67	Aufwendungen für Rehabilitation
73	Im Fokus
<b>73</b>	<b>Onkologische Rehabilitation</b>
89	Anhang

Ausländische Versicherte sind in der onkologischen Rehabilitation unterrepräsentiert.

Der Anteil der ausländischen Versicherten beträgt bei Versicherten, die noch im Erwerbsleben stehen, 6 % und bei Rentnern und Familienangehörigen 4 %. Im Vergleich dazu liegt der Ausländeranteil in Deutschland 2016 bei 11 %, bei den aktiv Versicherten der Deutschen Rentenversicherung beträgt dieser Anteil 2015 etwa 13 %. Betrachtet man die regionale Verteilung (Ost und West), sind geringe Unterschiede zwischen den Versicherten im erwerbsfähigen Alter und den Rentnern sowie Familienangehörigen festzustellen: Erwerbsfähige Versicherte kommen zu 21 % aus den neuen Bundesländern und Rentner sowie Familienangehörige zu 27 %. Das hängt sicherlich damit zusammen, dass der Altersdurchschnitt in den neuen Bundesländern nach wie vor etwas höher liegt als im früheren Bundesgebiet. Auch hinsichtlich des Familienstands zeigen sich erwartungsgemäß einige Unterschiede zwischen den betrachteten Personengruppen: Der Anteil von Ledigen liegt bei erwerbsfähigen Versicherten mehr als doppelt so hoch wie bei Rentnern und Familienangehörigen. Umgekehrt beträgt der Anteil der Personen, die verwitwet sind bzw. deren Lebenspartner verstorben ist, unter den Rentnern und Familienangehörigen mehr als das Vierfache als bei Versicherten.

### Durchführung der Rehabilitation und therapeutische Versorgung

Zur Sicherung der Strukturqualität der onkologischen Rehabilitation hat die Deutsche Rentenversicherung Mindestanforderungen an die beruflichen Qualifikationen der einzelnen Berufsgruppen im Reha-Team entwickelt. Auch wurden Angaben gemacht, wie viele Mitarbeiter aus den einzelnen Berufsgruppen mindestens zur Versorgung der Rehabilitanden benötigt werden. Um eine zweckmäßige Behandlung abzusichern, erfolgt hier eine stete Anpassung an die Erfordernisse des sich fortentwickelnden medizinischen Wissenstandes. Die Durchführung der Rehabilitation und die therapeutische Versorgung von Versicherten einerseits und Rentnern und Angehörigen andererseits unterscheiden sich aufgrund der Altersstruktur und anderer soziodemografischer Merkmale.

**Tab. 13 Art der Durchführung der Rehabilitationen wegen Neubildungen in 2016**

Anteile Rehabilitanden in %	Leistungen bei Neubildungen	
	für Versicherte (nach §15 SGB VI)	für Rentner und Familienangehörige (nach §31 SGB VI)
<b>Durchführung</b>		
- stationäre Maßnahme	98	99
- ganztägig ambulant	2	1
<b>Reha-Dauer (Tage)</b>	23	22
<b>Anschlussrehabilitation (AHB)</b>	55	71

Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2016

Eine onkologische Rehabilitation findet meist stationär statt.

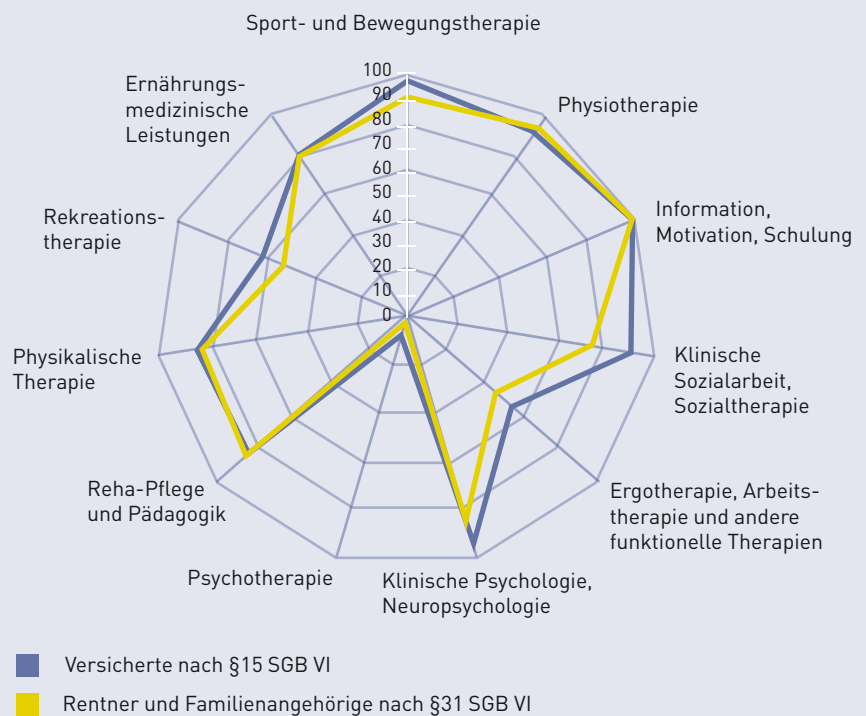
Mehr Anschlussrehabilitationen bei Rentnern

Die onkologische Rehabilitation wird hauptsächlich im stationären Setting durchgeführt (s. Tab. 13, S. 82). Dies gilt für Versicherte, die noch im Erwerbsleben stehen, wie für Rentner und Familienangehörige gleichermaßen. Die Dauer der onkologischen Rehabilitation ist mit 22 Tagen bei Rentnern und Familienangehörigen nur unwesentlich kürzer als bei Versicherten (23 Tage). Größere Unterschiede ergeben sich hinsichtlich des Zugangs: Während erwerbsfähige Versicherte zu 55 % die onkologische Rehabilitation als Anschlussrehabilitation (AHB; unmittelbar nach der Akutbehandlung) durchführen, sind es bei den Rentnern und Familienangehörigen 71 %. Das deutet darauf hin, dass Rentner und Familienangehörige den Weg in die onkologische Rehabilitation hauptsächlich nach einem stationären Aufenthalt finden, wenn der Sozialdienst im Krankenhaus den Weg bahnt.

In der Versorgung mit therapeutischen Leistungen (nach der Klassifikation therapeutischer Leistungen, Stand 2015; s. Info-Box S. 41) ergeben sich zum Teil größere Unterschiede zwischen den Personengruppen, die sicherlich mit dem

**Abb. 31 Therapeutische Versorgung<sup>1</sup> in der medizinischen Rehabilitation bei Neubildungen in 2016**

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



<sup>1</sup> Kodiert nach der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL), Version 2015

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

Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2016

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
51	Berufliche Rehabilitation
67	Aufwendungen für Rehabilitation
73	Im Fokus
<b>73</b>	<b>Onkologische Rehabilitation</b>
89	Anhang

### Unterschiedliche therapeutische Leistungen bei Versicherten und Rentnern

erheblichen Altersunterschied zusammenhängen. Zwar unterscheidet sich die Zahl der Leistungen pro Woche nur wenig (erwerbsfähige Versicherte: 30 Leistungen, Rentner und Familienangehörige: 29 Leistungen). Allerdings ist die Dauer der Therapien pro Woche mit 15 Stunden für Rentner und Familienangehörige um 3 Stunden niedriger als bei erwerbsfähigen Versicherten (18 Stunden).

Auch die Zusammensetzung der therapeutischen Leistungen unterscheidet sich teilweise zwischen diesen Personengruppen (s. Abb. 31). Nahezu alle Rehabilitanden erhalten Leistungen zur Information, Motivation und Schulung. Diese Leistungen zielen darauf ab, die Rehabilitanden umfassend über ihre Erkrankung zu informieren und die Möglichkeiten im Umgang mit der Erkrankung zu erweitern. In Gruppen von Gleichbetroffenen wird dabei idealerweise die Gruppendynamik genutzt und die Möglichkeiten zum Selbstmanagement gefördert. Sie bilden daher den Kern der medizinischen Rehabilitation. Ebenso werden Bewegungstherapie, physikalische Therapie und ernährungsmedizinische Leistungen zu vergleichbaren Anteilen bei den beiden Personengruppen erbracht. Die größten Unterschiede ergeben sich erwartungsgemäß bei Leistungen, die stärker auf die Wiedereingliederung in Beschäftigung ausgerichtet sind, wie beispielsweise bei Leistungen zur klinischen Sozialarbeit bzw. Sozialtherapie oder auch bei Ergotherapie, Arbeitstherapie und anderen funktionellen Therapien. Diese Therapien erhalten erwerbsfähige Versicherte zu einem höheren Anteil als Rentner und Familienangehörige.

### Psychische Belastungen können in der Rehabilitation bearbeitet werden.

Aufgrund der psychischen Belastung, die durch die Krebserkrankung entsteht, bekommt ein sehr hoher Anteil der Rehabilitanden Leistungen der klinischen Psychologie und Neuropsychologie. Dieser Anteil liegt bei den erwerbsfähigen Versicherten deutlich höher (93 % vs. 85 % bei Rentnern). Die psychoonkologischen Aufgaben werden während der Rehabilitation in der Regel von Psychologinnen und Psychologen erbracht. Die psychoonkologische Sichtweise prägt jedoch das gesamte Reha-Team, d. h. den ärztlichen Bereich, die Sozialarbeit, die Pflege, die Physio- und Sporttherapie, die Ergotherapie und Logopädie sowie die Ernährungsberatung und wird in Teambesprechungen, bei Supervisionen und durch Fortbildungen gestärkt.

Sport- und Bewegungstherapie erhalten fast alle Rehabilitanden, wenn auch die Rentner und Familienangehörigen zu einem geringeren Anteil. Auch die Rekreationstherapie wird von Rentnern seltener in Anspruch genommen. Das hängt sicherlich ebenfalls mit der Anpassung der Therapiepläne an das höhere Lebensalter zusammen: So machen Rehabilitanden, die 80 Jahre und älter sind, 10 % der männlichen und 15 % der weiblichen Rentner und Familienangehörigen aus.

### Empfehlungen für die Zeit nach der onkologischen Rehabilitation

Im ärztlichen Entlassungsbericht werden am Ende der medizinischen Rehabilitation Empfehlungen gegeben, die die weitere Behandlung noch verbliebener Funktionsstörungen, die Verbesserung der Teilhabe an Alltag und Beruf sowie weitere notwendige medizinische Maßnahmen nach einer onkologischen Rehabilitation betreffen (s. Tab. 14).

**Tab. 14 Empfehlungen zum Ende der onkologischen Rehabilitation 2016**

Anteile Rehabilitanden in %	Versicherte (§ 15 SGB VI)	Rentner und Familienangehörige (§ 31 SGB VI)
<b>Empfehlungen</b>		
- Diagnostische Klärung	11	10
- Kontrolle Laborwerte /Medikamente	59	67
- Stationäre Behandlung/ Operation	3	2
- Suchtberatung	1	0
- Psychologische Beratung/Psychotherapie	12	6
- Heil- und Hilfsmittel inkl. Physiotherapie und Ergotherapie	16	14
- Stufenweise Wiedereingliederung	5	0
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben prüfen	8	2
- Rehabilitationssport	15	5
- Funktionstraining	9	9
- Reha-Nachsorge	4	1
- Selbsthilfegruppe	14	14
- Sonstige Empfehlungen	34	32
Gesamt	76.660	76.606
Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2016		

Häufigste Empfehlung: Kontrolle der Laborwerte und Medikamente

Am häufigsten wird den Rehabilitanden empfohlen, die Laborwerte und Medikamente überprüfen zu lassen, und zwar für erwerbsfähige Versicherte zu 59 % und für Rentner und Familienangehörige zu 67 %. Die häufigere Empfehlung für Rentner ist möglicherweise durch eine höhere Rate an Begleiterkrankungen zu erklären. Eine weitere diagnostische Klärung wird erwerbsfähigen Versicherten sowie Rentnern und Familienangehörigen etwa gleich häufig empfohlen (11 % bzw. 10 %). Bei einigen Rehabilitanden sind im Anschluss an die Rehabilitation weitere Heil- und Hilfsmittel, insbesondere Physio- und Ergotherapie, notwendig. Eine entsprechende Empfehlung erhalten 16 % der erwerbsfähigen Versicherten und 14 % der Rentner und Familienangehörigen.

Die Fortsetzung von Bewegungstherapie wird empfohlen.

Zur Fortführung der in der Rehabilitation aufgenommenen Bewegungstherapie wird sowohl Rehabilitationssport als auch Funktionstraining empfohlen. Während die Empfehlung für ein Funktionstraining erwerbsfähigen Versicherten und Rentnern und Familienangehörigen mit 9 % gleich oft empfohlen wird, ist das Verhältnis bei Rehabilitationssport mit 15 % zu 5 % deutlich zugunsten der erwerbsfähigen Versicherten verschoben. Dies ist vermutlich dem höheren Anspruch an die körperliche Belastbarkeit beim Rehabilitationssport geschuldet.

In der onkologischen Rehabilitation wird die psychologische Diagnostik und Therapie gezielt eingesetzt. Für einen nennenswerten Anteil wird eine wei-

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
51	Berufliche Rehabilitation
67	Aufwendungen für Rehabilitation
73	Im Fokus
<b>73</b>	<b>Onkologische Rehabilitation</b>
89	Anhang

12 % der Versicherten erhalten die Empfehlung zur psychologischen Beratung oder Psychotherapie.

tere psychologische Beratung bzw. Psychotherapie als sinnvoll empfohlen. Mit 12 % erhalten erwerbsfähige Versicherte dabei doppelt so häufig eine solche Empfehlung wie Rentner und Familienangehörige. Die Teilnahme an Selbsthilfegruppen wird mit 14 % bei erwerbsfähigen Versicherten wie auch bei Rentnern und Familienangehörigen gleich oft angeregt.

Empfehlungen wie die stufenweise Wiedereingliederung und die Prüfung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben richten sich – wie zu erwarten – an erwerbsfähige Versicherte. Unter den sonstigen Empfehlungen verbirgt sich häufig die Empfehlung zu gezielter Eigenaktivität der Rehabilitanden am Heimatort, z. B. die Fortführung des erlernten Bewegungsprogramms, von Entspannungsübungen oder eine mittelfristige Gewichtsregulierung.

### Reha-Ergebnis

Die folgende Darstellung zum Rehabilitationsergebnis konzentriert sich auf die onkologische Rehabilitation nach dem Grundsatz „Reha vor Rente“. Aus diesem Grund werden ausschließlich Erwerbsfähige (Pflichtversicherte) betrachtet, für die die (Wieder-) Eingliederung in eine dem Erwerb dienende Beschäftigung im Vordergrund steht. Die Routinedaten der Rentenversicherung sind darauf ausgerichtet, mit ihren Merkmalen die Erwerbsfähigkeit bzw. die berufliche Wiedereingliederung zu erfassen.

Im ärztlichen Reha-Entlassungsbericht finden sich Angaben zum beruflichen Leistungsvermögen am Ende der Rehabilitation. Hier beurteilen die jeweils zuständigen Fachärzte mit sozialmedizinischer Qualifikation, wie leistungsfähig die Rehabilitanden im zuletzt ausgeübten Beruf sind. Sie erstellen ein positives und negatives Leistungsbild unter Einbeziehung der Befunde des gesamten Reha-Teams.

Weiterhin wird eingeschätzt, ob die Versicherten aus der Rehabilitation arbeitsfähig entlassen werden können (s. Tab. 15, S. 86). Um aussagekräftige, dem individuellen Leistungsvermögen entsprechende Einschätzungen zu treffen, ist die fachliche Expertise aller Mitglieder des Reha-Teams notwendig. Um diese Aufgabe zu erfüllen, können sie regelmäßig Fortbildungen der Deutschen Rentenversicherung in Anspruch nehmen (siehe hierzu auch Informationen unter: [www.reha-einrichtungen.de](http://www.reha-einrichtungen.de)).

74 % sind nach der Rehabilitation sechs Stunden und mehr leistungsfähig.

Knapp drei Viertel der Pflichtversicherten können laut der sozialmedizinischen Beurteilung im letzten Beruf wieder täglich sechs Stunden und mehr arbeiten. Bei den pflichtversicherten Frauen sind es 76 % und bei den pflichtversicherten Männern 70 %. Eine Leistungsfähigkeit von unter 3 Stunden pro Tag haben 15 % der Frauen und 22 % der Männer. Direkt im Anschluss an die Rehabilitation werden 30 % der Frauen und 20 % der Männer als arbeitsfähig eingeschätzt. Insgesamt ist der Anteil der Rehabilitanden, die bei Entlassung aus der onkologischen Rehabilitation als arbeitsunfähig eingeschätzt werden, mit 65 % (Frauen) bzw. 73 % (Männer) sehr hoch. Die weitere Arbeitsunfähigkeit bescheinigen dann die behandelnden niedergelassenen Ärzte.

**Tab. 15 Leistungsfähigkeit und Arbeitsfähigkeit am Ende der onkologischen Rehabilitation 2013 nach Geschlecht (pflichtversicherte Rehabilitanden)**

Anteile Rehabilitanden in %		
	Frauen	Männer
<b>Leistungsfähigkeit (letzter Beruf)</b>		
- 6 Stunden und mehr	76	70
- 3 bis unter 6 Stunden	5	3
- unter 3 Stunden	15	22
- k. A./ k. A. erforderlich	3	5
<b>Arbeitsfähigkeit</b>		
- arbeitsfähig	30	20
- arbeitsunfähig	65	73
- k. A./ Beurteilung nicht erforderlich	5	6
Anzahl	37.899	25.866
Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis [RSD] 2008-2015		

Onkologische Rehabilitanden scheiden in den zwei Jahren nach der Rehabilitation häufiger aus dem Erwerbsleben aus.

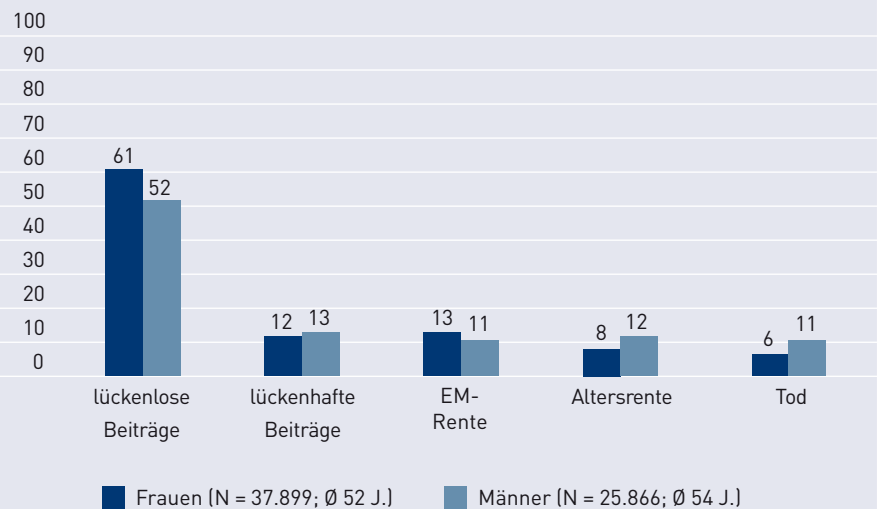
Frauen verbleiben nach der Rehabilitation häufiger im Erwerbsleben als Männer.

Ein wichtiger Indikator für den Erfolg der Rehabilitation ist der sozialmedizinische Verlauf (s. Info-Box S. 45). Er gibt Auskunft darüber, wie viele Rehabilitanden innerhalb von zwei Jahren nach der Rehabilitation im Erwerbsleben verbleiben konnten und wie viele aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind. Die Ergebnisse für pflichtversicherte Rehabilitanden, die eine onkologische Rehabilitation im Jahr 2013 beendet haben, sind in Abbildung 32 dargestellt. Dabei zeigt sich, dass der Anteil von Rehabilitanden, die im Erwerbsleben verbleiben, in der onkologischen Rehabilitation deutlich niedriger liegt als bei anderen Krankheitsgruppen (s. Abb. 15, S. 45).

Frauen sind in den zwei Jahren nach Rehabilitation mit einem Anteil von 73 % häufiger im Erwerbsleben verblieben als Männer (65 %; Zusammenfassung der Kategorien lückenlose und lückenhafte Beiträge). Frauen generieren zu einem deutlich höheren Anteil lückenlose Beiträge als Männer (F: 61 %, M: 52 %; siehe Abb. 32). Männer sind entsprechend häufiger aus dem Erwerbsleben ausgeschieden, und zwar zu beträchtlich höheren Anteilen in die Altersrente (M: 12 %, F: 8 %) oder sie verstarben, ohne jemals eine Rente zu beziehen (M: 11 %, F: 6 %). Allein der Ausstieg aus dem Erwerbsleben in die Erwerbsminderungsrente (EM-Rente) kommt bei Frauen nach der onkologischen Rehabilitation etwas öfter vor als bei Männern (M: 11 %, F: 13 %). Die geschlechtsspezifischen Unterschiede im Übergang in Alters- oder EM-Rente hängen zum Teil damit zusammen, dass Frauen im Schnitt zwei Jahre jünger sind.

**Abb. 32 Sozialmedizinischer 2-Jahres-Verlauf nach Rehabilitation wegen Neubildungen in 2013 (pflichtversicherte Rehabilitanden)**

Anteile Rehabilitanden in %



Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis [RSD] 2008-2015

### Fazit

Die onkologische Rehabilitation hat ihren festen Stellenwert bei den Leistungen der Deutschen Rentenversicherung. Je nach onkologischer Diagnose, Tumorstadium und erforderlicher Therapie mit entsprechenden Folgestörungen sowie soziodemografischen und persönlichen Faktoren, unterscheiden sich rehabilitativer Bedarf und die Bandbreite der Angebote. Im Gegensatz zu anderen medizinischen Teilhabeleistungen wird die onkologische Rehabilitation sowohl für Versicherte als auch für Angehörige und Rentner erbracht.

Onkologische Erkrankungen sind inzwischen durch die verbesserten Therapien teilweise auch als chronische Erkrankungen zu betrachten. In diesem Sinn haben Langzeitüberlebende spezifische Probleme und Beeinträchtigungen, die sich erst im späteren Verlauf bemerkbar machen und sozialmedizinisch von Bedeutung sind. Nach den vorliegenden Ergebnissen werden während der Rehabilitation psychoonkologische Aspekte in großem Ausmaß berücksichtigt. Dies zeigt sich beispielsweise in der häufigen Inanspruchnahme von Therapien der klinischen Psychologie. Der Arbeitsbezug der onkologischen Rehabilitation ist für die erwerbstätigen Versicherten von erheblicher Bedeutung. Wichtige Bausteine sind Leistungen zur klinischen Sozialarbeit sowie Arbeits- und Ergotherapien.

Psychoonkologie und Arbeitsbezug sind von besonderer Bedeutung.

Die fachspezifische onkologische Rehabilitation ist ein wichtiger Bestandteil in der multimodalen, d. h. ganzheitlichen Behandlung von Krebserkrankungen, die auf die Erhaltung bzw. Wiederherstellung erkrankungs- und therapie-



bedingter Funktionsstörungen ausgerichtet ist. Damit wird vielen Betroffenen die Fortsetzung ihres Erwerbslebens ermöglicht bzw. der Wiedereinstieg nach Überwindung einer existenzbedrohenden Erkrankung. Rentnern und Familienangehörigen hilft sie, die Teilhabe am Alltagsleben zu sichern. Deshalb wird die Deutsche Rentenversicherung auch in Zukunft die konzeptionelle Entwicklung der onkologischen Rehabilitation fördern und das Niveau der rehabilitativen Versorgung durch qualitätssichernde Maßnahmen aufrechterhalten und verbessern.

## Datenquellen

Grundlage des Reha-Berichts 2018 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 2018 wurden die folgenden jährlichen Statistiken über Routinedaten der Rentenversicherung herangezogen:

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

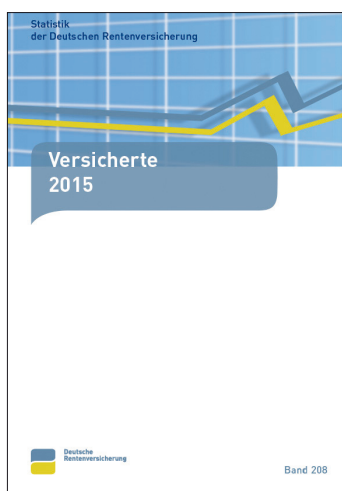
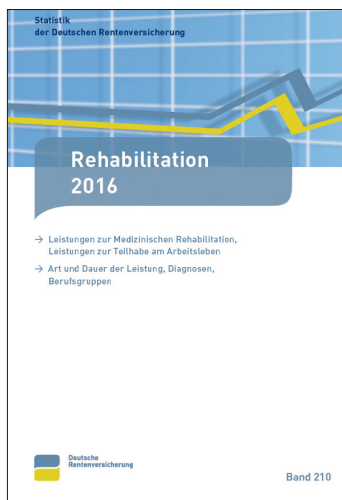
### Rehabilitation

Statistik der Deutschen Rentenversicherung  
Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund  
Ausgaben für die Jahre 2000 bis 2016

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

### Versicherte

(ehemals „Aktiv Versicherte“)  
Statistik der Deutschen Rentenversicherung  
Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund  
Ausgaben für die Jahre 2001 bis 2015





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

### Rentenversicherung in Zeitreihen

Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund

Ausgabe 2017

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** und [www.statistik-rente.de](http://www.statistik-rente.de). 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 2018 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. 37 ff.)
- **Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL):** individuell erbrachte therapeutische Leistungen werden mit der KTL während einer Rehabilitation dokumentiert (s. S. 40 ff.)
- **Reha-Therapiestandards (RTS):** formulieren wissenschaftlich fundierte Anforderungen für die therapeutische Ausgestaltung der Rehabilitation
- **Rehabilitandenbefragung:** regelmäßig werden Rehabilitanden zur Zufriedenheit mit ihrer Rehabilitation sowie zu deren Erfolg befragt (s. S. 35 ff.)

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
19	Rehabilitation im Licht der Statistik
19	Medizinische Rehabilitation
51	Berufliche Rehabilitation
67	Aufwendungen für Rehabilitation
73	Im Fokus
73	Onkologische Rehabilitation
<b>89</b>	<b>Anhang</b>

- **Sozialmedizinischer Verlauf (SMV):** bildet anhand von Routinedaten den Erwerbsverlauf nach medizinischer Rehabilitation ab, der Auskunft über deren Erfolg gibt (s. S. 42 ff.)
- **Visitation:** Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Deutschen Rentenversicherung prüfen nach einem einheitlich geregelten Visitationsverfahren Qualitätsaspekte vor Ort in den Reha-Einrichtungen
- **Bewertung der Qualität von Reha-Einrichtungen (BQR):** fasst jeweils die Ergebnisse aus der Rehabilitandenbefragung, dem Peer Review und der therapeutischen Versorgung in Form von Qualitätspunkten zusammen

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

- **Teilnehmerbefragung:** regelmäßige Befragung der Teilnehmenden an beruflichen Bildungsleistungen zur Struktur, zum Reha-Prozess und zum Reha-Ergebnis (s. S. 61 ff.)
- **Ergebnis der beruflichen Bildungsleistung:** ausgewertet werden Routinedaten zum Abschluss der Rehabilitation (s. S. 64 f.)
- **Sozialmedizinischer Status (SMS):** bildet anhand von Routinedaten den Erwerbsverlauf nach beruflicher Bildungsleistung ab, der Auskunft über deren Erfolg gibt (s. S. 65 f.)

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

# Impressum

## **Herausgeber**

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

## **Bezug**

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

## **Koordination**

Sabine Erbstößer, [sabine.erbstoesser@drv-bund.de](mailto:sabine.erbstoesser@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  
Dr. Anne Rose, [dr.anne.rose@drv-bund.de](mailto:dr.anne.rose@drv-bund.de)  
Bereich Sozialmedizin

## **Statistische Daten**

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

## **Mitwirkende**

Wir danken folgenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für ihre Mitwirkung:  
Dr. Larissa Beck, Dr. Silke Brüggemann, Anja Druckenmüller, Dr. Johannes Falk,  
Katharina Fecher, Stefan Flohr, Jörg Gehrke, Renate Grell, Dr. Peter Grünbeck,  
Dr. Günter Haaf, Dr. Marion Kalwa, Angela Kranzmann, Andre Lemberg,  
Dr. Stefanie Martin, Anke Mitschele, Nina-Tamara Moser, Barbara Müller-Simon,  
Dr. Christiane Niehues, Dr. Margarete Ostholt-Corsten, Dr. Frank Schützenmeister,  
Dr. Christina Stecker, Dr. Markus Thiede, Andrea Verbarq, Eva Volke, Pia Zollmann

## **Fotos**

Deutsche Rentenversicherung Bund; [de-sign-network/Archiv](#) (S. 67)

## **Satz und Layout**

[de-sign-network](#), Zossen & Dallgow-Döberitz

## **Druck**

H. Heenemann GmbH & Co. KG, Berlin

## **Auflage**

5.000

Berlin, Januar 2018

ISSN 2193-5718 (Reha-Bericht)

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der  
Deutschen Nationalbibliographie.

