

Die medizinische und berufliche Rehabilitation
der Rentenversicherung im Licht der Statistik

→ mit dem Fokusthema „Gestärkt ins Leben:
Kinder- und Jugendrehabilitation
der Rentenversicherung“

Inhalt

- 4 Vorwort**
- 6 Fakten im Überblick**
- 9 Aktuelle Entwicklungen**
- 23 Rehabilitation im Licht der Statistik**
- 23 Medizinische Rehabilitation**
- 59 Berufliche Rehabilitation**
- 75 Aufwendungen für Rehabilitation**
- 81 Im Fokus**
- 81 Kinder- und Jugendrehabilitation**
Pia Zollmann, Sabine Erbstößer
- 97 Anhang**

Inhalt - Ausführliche Gliederung

4 Vorwort

6 Fakten im Überblick

9 Aktuelle Entwicklungen

9 Internationales

11 Recht und Politik

15 Reha-Qualitätssicherung

17 Sozialmedizin

21 Reha-Forschung und -Konzepte

23 Rehabilitation im Licht der Statistik

23 Medizinische Rehabilitation: Umfang und Struktur

23 Anträge, Bewilligungen und durchgeführte Leistungen

26 Verschiedene Formen der Rehabilitation

30 Krankheitsspektrum – zeitliche Entwicklung

31 Krankheitsspektrum im Jahr 2018

35 Altersspezifische Inanspruchnahme

37 Altersstandardisierte Inanspruchnahme

41 Medizinische Rehabilitation: Prozess und Ergebnis

41 Aus Sicht der Rehabilitanden – Rehabilitandenzufriedenheit

43 Therapeutische Versorgung – KTL-Dokumentation

45 Reha-Therapiestandards – Anforderungen an eine gute Rehabilitation

48 Behandlungserfolg aus Rehabilitandensicht

49 Behandlungserfolg – Sozialmedizinischer Verlauf

55 Medizinische Rehabilitation: Reha-Einrichtungen

55 Bettenzahlen

56 Anzahl stationärer Reha-Einrichtungen

59 Berufliche Rehabilitation: Umfang und Struktur

59 Anträge, Bewilligungen und durchgeführte Leistungen

61 Zeitliche Entwicklung

62 Leistungsspektrum

64 Berufliche Bildung – Krankheitsspektrum

66 Berufliche Bildung – altersspezifische Inanspruchnahme

67 Berufliche Bildung – altersstandardisierte Inanspruchnahme

69 Berufliche Rehabilitation: Prozess und Ergebnis von Bildungsleistungen

69 Teilnehmerbefragung nach beruflichen Bildungsleistungen

72 Abschluss der beruflichen Bildungsleistungen

73 Wiedereingliederungsstatus nach beruflichen Bildungsleistungen

75	Aufwendungen für Rehabilitation
75	Aufwendungen im Jahr 2018
76	Entwicklung der Aufwendungen ab 2006
77	Vergleich zu weiteren Ausgaben der Rentenversicherung
79	Rehabilitation rechnet sich – Amortisationsmodell 2018
81	Im Fokus
81	Gestärkt ins Leben: Kinder- und Jugendrehabilitation der Rentenversicherung
82	Einrichtungen und Angebote
83	Ablauf einer Kinder- und Jugendrehabilitation
84	Entwicklung der Kinder- und Jugendrehabilitation im Zeitverlauf
86	Krankheitsspektrum in der Kinder- und Jugendrehabilitation
87	Soziodemografische Merkmale von Kindern und Jugendlichen
89	Durchführung der Kinder- und Jugendrehabilitation
90	Therapeutische Versorgung in der Kinder- und Jugendrehabilitation
92	Empfehlungen für die Zeit nach der Rehabilitation
93	Behandlungserfolg aus Sicht von Ärzten, Eltern und jugendlichen Rehabilitanden
95	Fazit
97	Anhang
97	Datenquellen
97	Routinedaten der Rentenversicherung
98	Daten zur Qualitätssicherung

Vorwort



Präsidentin Gundula Roßbach



Direktorin Brigitte Gross

Auch in diesem Jahr stellen wir Ihnen mit dem Reha-Bericht 2019 die wichtigsten aktuellen Daten, Fakten und Entwicklungen zur Rehabilitation der Rentenversicherung zusammen. Entsprechend ihrer Bedeutung für die Versicherten sowie für die Gesellschaft insgesamt, wird das Leistungsgeschehen in der medizinischen und beruflichen Rehabilitation transparent und nachvollziehbar dargestellt.

Den Schwerpunkt des vorliegenden Berichts bilden ausführliche Informationen zur Rehabilitation, sowohl zu Umfang und Struktur der medizinischen und beruflichen Rehabilitation, als auch zu Prozess und Ergebnis der Reha-Leistungen. Grundlage sind die routinemäßig erhobenen Statistikdaten im Wesentlichen aus dem Jahr 2018 sowie Ergebnisse aus der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung.

Zu Beginn des Berichts haben wir wieder ausgewählte aktuelle Entwicklungen zur Rehabilitation aus den Bereichen Recht und Politik, Qualitätssicherung, Sozialmedizin sowie Forschung zusammengestellt. Neu hinzugekommen ist das Thema Internationales, das in allen Bereichen verstärkt eine Rolle spielt und 2019 in den Zusammenschluss unseres Reha-Kolloquiums mit dem Kongress des European Forum for Research in Rehabilitation (EFRR) mündete. Aktuell haben wir den Vorsitz des Europäischen Koordinierungsausschusses der Deutschen Sozialversicherung Arbeitsgemeinschaft Europa inne.

Auch das Ende 2016 in Kraft getretene Flexirentengesetz und seine Auswirkungen auf unseren Leistungskatalog beschäftigen uns weiterhin. Dies betrifft zum einen die Umsetzung der Präventionsleistungen der Rentenversicherung im Rahmen der nationalen Präventionsstrategie und unsere Beteiligung am Präventionsbericht. Die Deutsche Rentenversicherung Bund hat derzeit den Vorsitz der nationalen Präventionskonferenz und hat somit dem Bundesministerium für Gesundheit den ersten Präventionsbericht übergeben. Zum anderen werden die neuen Gestaltungsspielräume bei der Kinder- und Jugendrehabilitation in Modellprojekten erprobt, sowohl bei der ambulanten Rehabilitation als auch in der Reha-Nachsorge. Die neue Leitlinie zur sozialmedizinischen Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit bei Kindern und Jugendlichen stellt die Anwendung einheitlicher Kriterien in der Deutschen Rentenversicherung sicher.

In der Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation hat die Sicht der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden auf die Rehabilitation und den Rehabilitationserfolg einen bedeutenden Stellenwert. Da die Zufriedenheit auch von der Zusammensetzung der Rehabilitanden abhängig ist, wird eine Adjustierung vorgenommen. Diese Adjustierung der Rehabilitandenmerkmale wurde im Rahmen eines Projektes aktualisiert und wird zukünftig auch auf die ambulanten somatischen Einrichtungen ausgeweitet.

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
59	Berufliche Rehabilitation
75	Aufwendungen für Rehabilitation
81	Im Fokus
81	Kinder- und Jugendrehabilitation
97	Anhang

Im Rahmen des gemeinsamen Förderschwerpunktes „Transferorientierte Versorgungsforschung“ zusammen mit dem Bundesministerium für Bildung und Forschung konnten bereits einige Projekte im Jahr 2019 ihre Arbeit aufnehmen. Die Zielrichtung der Projekte ist die konkrete Übertragung bereits evaluierter Forschungsergebnisse in die Praxis der Rehabilitation. Die Praxis der Rehabilitation steht auch im Fokus des Bundesprogramms „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“, dessen Modellvorhaben zur Stärkung der Rehabilitation vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales gefördert werden.

Die Veränderungen in der Kinder- und Jugendrehabilitation haben wir zum Anlass genommen, dieses Thema 2019 in den Fokus des Reha-Berichts zu stellen. Die Kinder- und Jugendrehabilitation hat einen eigenen Stellenwert in der gesundheitlichen Versorgung von (chronisch) kranken Kindern und Jugendlichen. Krankheiten im Kindes- und Jugendalter können die Entwicklung eines Kindes beeinträchtigen und sich nicht nur auf das aktuelle Leben, sondern auch auf Gesundheit, Lebensqualität und Leistungsfähigkeit im Erwachsenenalter auswirken. Hier bietet die Kinder- und Jugendrehabilitation der Rentenversicherung ein wichtiges Instrument, um den Folgen (chronischer) Erkrankungen entgegenzuwirken: Unter Gleichaltrigen und mit einem individuellen Therapieplan lernen Kinder und Jugendliche, wie sie im Alltag mit ihrer Erkrankung umgehen können. Dargestellt werden Aspekte wie die Entwicklung der Kinder- und Jugendrehabilitation seit 2006, das Krankheitspektrum, die therapeutische Versorgung, Nachsorgeempfehlungen und der Reha-Erfolg aus ärztlicher Sicht sowie aus Sicht der Kinder und Jugendlichen bzw. ihrer Eltern.

Mit diesem Bericht wollen wir Ihnen – unseren Versicherten und Beitragszahlern, der Fachöffentlichkeit, der Politik und allen interessierten Bürgerinnen und Bürgern – interessante und aktuelle Informationen über Funktion, Bedeutung und (Weiter-) Entwicklung der Rehabilitation vorlegen. Wir hoffen, dies ist uns gelungen, und wir freuen uns über Ihre Rückmeldungen.



Gundula Roßbach
Präsidentin der
Deutschen Rentenversicherung Bund



Brigitte Gross
Direktorin der
Deutschen Rentenversicherung Bund

Fakten im Überblick

Medizinische Rehabilitation

2018 wurden bei der Rentenversicherung mehr als 1,6 Millionen Anträge auf medizinische Rehabilitation gestellt.

Die Rentenversicherung führte 1.031.294 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch.

Davon entfielen 32.757 (3 %) auf die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen.

Die ambulanten Reha-Leistungen machen inzwischen 15 % aller medizinischen Reha-Leistungen aus.

Die Anschlussrehabilitation (AHB) umfasste 2018 mit 364.746 Leistungen mehr als ein Drittel aller medizinischen Reha-Leistungen (37 %).

Zur Reha-Nachsorge führte die Rentenversicherung 147.923 Leistungen durch.

53.997 Rehabilitanden erhielten 2018 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 74 % der Reha-Leistungen bei Frauen und 67 % bei Männern.

Mit steigendem Alter wird Rehabilitation häufiger in Anspruch genommen.

Frauen und Männer in der medizinischen Rehabilitation sind durchschnittlich nahezu gleich alt: Frauen 53,5 Jahre, Männer 53,4 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 Diagnosegruppe, zwischen 23 und 24 Tagen (ohne neurologische Erkrankungen).

In den zwei Jahren nach ihrer Rehabilitation sind 86 % der Rehabilitanden erwerbsfähig.

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
59	Berufliche Rehabilitation
75	Aufwendungen für Rehabilitation
81	Im Fokus
81	Kinder- und Jugendrehabilitation
97	Anhang

Berufliche Rehabilitation

2018 gingen bei der Rentenversicherung 434.534 Anträge auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) ein.

142.917 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) wurden 2018 abgeschlossen.

Männer nehmen deutlich häufiger LTA in Anspruch als Frauen: Im Jahr 2018 wird etwa ein Drittel der LTA von Frauen absolviert.

In der beruflichen Rehabilitation sind Frauen durchschnittlich knapp ein Jahr jünger als Männer: Frauen 47,6 Jahre, Männer 48,4 Jahre.

Etwa ein Fünftel der LTA sind berufliche Bildungsleistungen. Erkrankungen von Muskeln, Skelett und Bindegewebe stehen auch bei LTA als Ursachen an erster Stelle (Frauen 57 %, 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 48 %, nach zwei Jahren bei 58 % der Teilnehmer).

Aufwendungen für Rehabilitation

2018 wendete die Rentenversicherung rund 6,8 Mrd. € für Rehabilitation auf (brutto), davon rund 5 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 3.112 €.

Die um einiges längeren medizinischen Reha-Leistungen bei psychischen und Abhängigkeitserkrankungen sind mit durchschnittlich 7.193 € deutlich teurer.

Internationales

Internationaler Wissensaustausch im zusammenrückenden Europa stärkt die Rehabilitation.

Internationale Entwicklungen im Fokus der Rentenversicherung

Angesichts der weltweiten Alterung der Bevölkerung ist davon auszugehen, dass der Bedarf an Rehabilitationsleistungen nicht nur national, sondern auch international ansteigen wird. Um die Rehabilitation an die sich verändernden Bedingungen anzupassen, bedarf es einer internationalen Vernetzung auf rehabilitationswissenschaftlicher und sozialpolitischer Ebene. Die Vernetzung stärkt beispielsweise den Wissensaustausch und trägt dazu bei, Rehabilitation in den Gesundheitssystemen der einzelnen Staaten zu positionieren. Dies ist speziell in einem zusammenrückenden Europa von hoher Bedeutung.

Die Deutsche Rentenversicherung hat vor diesem Hintergrund ihr bereits seit Jahrzehnten bestehendes internationales Engagement ausgebaut. Es werden relevante internationale Entwicklungen der Rehabilitation analysiert, um diese in Forschung und Weiterentwicklung der Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung einzubeziehen.

Beispielhaft kann das Engagement der Deutschen Rentenversicherung im European Forum for Research in Rehabilitation (EFRR) angeführt werden. Das EFRR ist der größte Zusammenschluss für interdisziplinäre Rehabilitationsforschung in Europa und besteht seit 1983. Seit April 2019 ist Dr. Susanne Weinbrenner, Leitende Ärztin der Deutschen Rentenversicherung Bund und Leiterin des Geschäftsbereichs Sozialmedizin und Rehabilitation, Präsidentin des EFRR.

Im Frühjahr 2019 fand der zweijährlich stattfindende Kongress des EFRR zusammen mit dem Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium in Berlin statt. Unter dem Motto „Rehabilitation – Shaping healthcare for the future“ thematisierte das wissenschaftliche Programm die zentrale Rolle der Rehabilitation als globale Gesundheitsstrategie der Zukunft. Das gemeinsame Plenar- und Rahmenprogramm ermöglichte es Forschung, Praxis und Verwaltung, auf internationaler Ebene zu diskutieren, wie die Rehabilitation angesichts von demographischer Alterung, Digitalisierung und Migration gestärkt und weiterentwickelt werden kann. Die Veranstaltung wurde von der Deutschen Rentenversicherung Bund in Kooperation mit der Deutschen Rentenversicherung Berlin-Brandenburg, der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW) und dem European Forum for Research in Rehabilitation ausgerichtet.

Alle EFRR-Teilnehmenden konnten mittels einer Online-Umfrage wichtige Themen für die „Rehabilitation der Zukunft“ benennen: Eine Herausforderung für die Rehabilitation besteht darin sicherzustellen, dass die eingesetzten Therapien evidenzbasiert, d. h. erwiesenermaßen wirksam sind. Auch sollen Forschungsergebnisse zügig und nachhaltig in die Praxis überführt werden. Zur Verbesserung der Rehabilitation wird zudem eine länder- und professions-



Vernetzung mit internationalen Organisationen

übergreifende Zusammenarbeit angestrebt. So soll beispielsweise die Initiative „Rehabilitation 2030: A Call for Action“ der World Health Organisation (WHO) gemeinsam umgesetzt werden. Dafür hat dieser Kongress auf europäischer Ebene einen wichtigen Grundstein gelegt.

Thematisch stehen die soziale Sicherung, die Sicherung der Teilhabe, Rehabilitation, Return to Work (d. h. nachhaltige Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt), die Vermeidung von Erwerbsminderung sowie sozialmedizinische Fragen im Mittelpunkt. Darüber hinaus wird eine Vernetzung mit weiteren internationalen Organisationen angestrebt. Beispielsweise wird mit der Internationalen Vereinigung für Soziale Sicherheit (IVSS), der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und Rehabilitation International (RI) kooperiert. Im Jahr 2020 ist eine gemeinsame Veranstaltung von RI mit der Abteilung Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung Bund beim RI-Weltkongress „Moving Societies“ in Dänemark geplant.

Zudem ist die Präsidentin der Deutschen Rentenversicherung Bund, Frau Gundula Roßbach, seit 1. Juli 2019 für ein Jahr Vorsitzende des Europäischen Koordinierungsausschusses (EKA) der Deutschen Sozialversicherung Arbeitsgemeinschaft Europa e.V. (DSV Europa). Hier haben sich die Spitzenverbände der deutschen Sozialversicherung mit Blick auf ihre gemeinsamen europapolitischen Interessen zusammengeschlossen. Darüber hinaus wird Deutschland im Jahr 2020 den Vorsitz im Europäischen Rat einnehmen. Auch dies wird die Deutsche Rentenversicherung nutzen, um ihre Arbeit in Europa zu präsentieren.

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
59	Berufliche Rehabilitation
75	Aufwendungen für Rehabilitation
81	Im Fokus
81	Kinder- und Jugendrehabilitation
97	Anhang

Recht und Politik

Neue Gestaltungsspielräume bei der Kinder- und Jugendrehabilitation

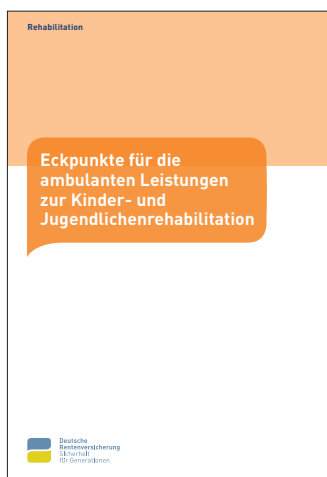
Mit dem Flexirentengesetz wurden der Rentenversicherung 2016 neue Gestaltungsspielräume bei der Kinder- und Jugendrehabilitation eröffnet: Leistungen zur Kinder- und Jugendrehabilitation sind seitdem Pflichtleistungen der Rentenversicherung. Am 1. Juli 2018 haben die Träger der Rentenversicherung dazu eine gemeinsame Richtlinie erlassen. Damit wird sichergestellt, dass alle Träger der Rentenversicherung das Flexirentengesetz vergleichbar umsetzen und anwenden.

Das Flexirentengesetz ermöglicht flexiblere Leistungsformen in der Kinder- und Jugendrehabilitation.

Mit dem Flexirentengesetz ist auch das Leistungsspektrum flexibler und individueller geworden: Die Rentenversicherung kann nun ambulante Leistungen zur Kinder- und Jugendrehabilitation sowie Nachsorgeleistungen bewilligen, statt wie vorher nur stationäre Leistungen. Ambulante Leistungen bieten den Vorteil der Wohnortnähe. Die Kinder und Jugendlichen können in ihrem Umfeld bleiben. Dieser Vorteil kann therapeutisch genutzt werden. Darüber hinaus können die Kinder und Jugendlichen durch eine Nachsorgeleistung langfristig ambulant weiterbetreut werden. Dies kann den Rehabilitationserfolg nachhaltig sichern.

Die Rentenversicherung hat sowohl für die ambulante Kinder- und Jugendrehabilitation als auch für die Leistungen zur Nachsorge bereits Eckpunkte formuliert. Auf deren Basis können Leistungserbringer verschiedene Modelle für eine ambulante Reha-Leistung bzw. für eine Nachsorge-Leistung entwickeln und erproben.

Wenn genügend Erfahrungen mit Modellprojekten vorliegen, werden ein Rahmenkonzept zur ambulanten Kinder- und Jugendrehabilitation und ein Rahmenkonzept zur Reha-Nachsorge für Kinder und Jugendliche entwickelt.



Die Eckpunkte für die ambulanten Leistungen zur Kinder- und Jugendrehabilitation sind über den folgenden Direktlink abrufbar: www.deutsche-rentenversicherung.de/eckpunkte-ambulante-kinderreha

Die Eckpunkte für die Leistungen zur Nachsorge für Kinder und Jugendliche sind über den folgenden Direktlink abrufbar: www.deutsche-rentenversicherung.de/eckpunkte-nachsorge-kinder
Allgemeine Informationen zum Thema „Kinderreha“ stehen auf der Homepage der Deutschen Rentenversicherung zur Verfügung: <http://kinderreha.driv.info>

Bessere Unterstützung arbeitsuchender abhängigkeitskranker Menschen

Arbeitsuchende abhängigkeitskranke Menschen werden beim Zugang in eine medizinische Rehabilitation und bei der anschließenden beruflichen (Wieder-) Eingliederung zukünftig besser unterstützt.

Die „Empfehlungen der Deutschen Rentenversicherung, der Bundesagentur für Arbeit, des Deutschen Landkreistages und des Deutschen Städtetages zur Zusammenarbeit bei der Unterstützung arbeitsuchender abhängigkeitskranker Menschen“ sind am 1. Juli 2018 in Kraft getreten.

Diese Empfehlungen beschreiben die Verwaltungsabläufe für eine gut abgestimmte Zusammenarbeit. Es ist das Ziel, die Beratungs- und Dienstleistungsangebote der beteiligten Leistungsträger vor, während und nach der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker miteinander zu koordinieren.

Neu ist, dass eine „Direktvermittlung“ in eine Rehabilitation möglich ist: Unter bestimmten Voraussetzungen kann eine Rehabilitation für Abhängigkeits-erkrankungen in Anspruch genommen werden, ohne dass der sonst notwendige Sozialbericht der Suchtberatungsstelle vorliegt. Der zuständige Rentenversicherungsträger entscheidet dann über den Rehabilitationsantrag möglichst auf der Basis der Begutachtungsergebnisse, die von einem Gutachterdienst der Bundesagentur für Arbeit oder eines kommunalen Trägers erstellt wurden. Dies trägt dazu bei, dass arbeitsuchende abhängigkeitskranke Menschen möglichst früh eine Suchtrehabilitation in Anspruch nehmen können.

Auch ohne Sozialbericht
direkt in die Reha.

Um nach der Rehabilitation eine nahtlose Eingliederung in den Arbeitsmarkt zu ermöglichen, sind bereits während der Rehabilitation Kontakte der Rehabilitanden mit der Agentur für Arbeit bzw. dem Jobcenter vorgesehen. Die bereits seit 1. März 2015 bestehenden BORA-Empfehlungen (Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker) werden hierdurch gestärkt und weiterentwickelt.

Die Eingliederung in den
Arbeitsmarkt beginnt während
der Rehabilitation.

Für die neuen Verfahren ist eine enge Kooperation zwischen Jobcentern, Agenturen für Arbeit, Rentenversicherungsträgern, Suchtberatungsstellen und Rehabilitationseinrichtungen notwendig. Um dies zu ermöglichen, werden nun die Empfehlungen auf Landesebene umgesetzt.

Die Empfehlungen der Deutschen Rentenversicherung, der Bundesagentur für Arbeit, des Deutschen Landkreistages und des Deutschen Städtetages zur Zusammenarbeit bei der Unterstützung arbeitssuchender abhängigkeitskranker Menschen stehen auf der Homepage der Deutschen Rentenversicherung zur Verfügung: www.deutsche-rentenversicherung.de → **Experten** → **Infos für Reha-Einrichtungen** → **Grundlagen und Anforderungen** → **Konzepte und Positionspapiere** → **Konzepte zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker**

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
59	Berufliche Rehabilitation
75	Aufwendungen für Rehabilitation
81	Im Fokus
81	Kinder- und Jugendrehabilitation
97	Anhang

Die Nationale Präventionsstrategie: Bundesrahmenempfehlungen und erster Präventionsbericht

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsgesetz, 2015) wurde die so genannte Nationale Präventionskonferenz (NPK) eingeführt. Die Deutsche Rentenversicherung gehört neben der gesetzlichen Krankenversicherung, der Gesetzlichen Unfallversicherung und der sozialen Pflegeversicherung zu den Trägern der Nationalen Präventionskonferenz und hat im Jahr 2019 den Vorsitz inne.

Die Aufgabe der Nationalen Präventionskonferenz ist es, eine nationale Präventionsstrategie zu entwickeln und fortzuschreiben. Die Präventionsstrategie basiert auf den bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen (Bundesrahmenempfehlungen) sowie dem gemeinsamen Präventionsbericht, der ab 2019 alle vier Jahre veröffentlicht wird.

Die Bundesrahmenempfehlungen wurden 2016 erstmalig beschlossen und 2018 weiter entwickelt. Die Weiterentwicklung konkretisiert die im Jahr 2016 definierten Ziele „Gesund aufwachsen“, „Gesund leben und arbeiten“ sowie „Gesund im Alter“. In Hinblick auf die Arbeitswelt wurden die Ziele der NPK mit den Zielen der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) verknüpft. Bei der GDA handelt es sich um ein auf Dauer angelegtes Bündnis von Bund, Ländern und Unfallversicherungsträgern zur Stärkung von Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz.

Neben den Zielen für Erwerbstätige und arbeitslose Menschen wurden auch zwei Anwendungsbeispiele in die Bundesrahmenempfehlungen aufgenommen:

- Qualitätsorientierte Gemeinschaftsverpflegung in Lebenswelten und
- Qualitätsorientierte Bewegungsförderung in Lebenswelten.

Diese Beispiele betreffen sowohl die durch die Gesellschaft beeinflussten Lebensverhältnisse als auch das jeweils individuelle Gesundheitsverhalten und verbinden damit Verhältnis- und Verhaltensprävention. Sie verdeutlichen, wie Bund, Länder und Kommunen zusammen mit den jeweiligen Sozialversicherungsträgern sowie bürgerschaftlichem Engagement die Gesundheitsförderung und Prävention unterstützen können.

Der gemeinsame Präventionsbericht der NPK-Träger ist erstmals 2019 erschienen und wurde am 1. Juli 2019 dem Bundesministerium für Gesundheit übergeben. Er stellt umfassend und trägerübergreifend den aktuellen Stand der lebens- und arbeitsweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland dar.

Für die Rentenversicherung sind die Präventionsleistungen (nach § 14 Abs. 1 SGB VI) für das Jahr 2017 sowie die Leistungen des Firmenservices enthalten. Der Firmenservice berät Arbeitgeber, Betriebs- und Werksärzte,

Prävention fördert gesundes Leben und Arbeiten für Personen im erwerbsfähigen Alter.



Nationale Präventionskonferenz:
erster Präventionsbericht, 2019
www.npk-info.de

Die Entwicklung von wirksamen Präventionsangeboten wird verstärkt.

Betriebsräte und Schwerbehindertenvertretungen bei allen Fragen rund um das Leistungsspektrum der gesetzlichen Rentenversicherung. Hierzu zählen neben Leistungen zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation auch die Präventionsleistungen der Deutschen Rentenversicherung.

Die Ergebnisse des Präventionsberichts zeigen, dass die in Deutschland Verantwortlichen für Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung bereits erfolgreich zusammenarbeiten. Dies wird künftig noch weiter ausgebaut. Auch sollen verstärkt neue Leistungen erprobt und wissenschaftlich bewertet werden, um wirksame und nützliche Angebote flächendeckend bereitstellen zu können. Ausgehend von der Bestandsaufnahme in 2019 werden ab dem zweiten Präventionsbericht im Jahr 2023 konkrete Entwicklungen sichtbar werden.

Der erste Präventionsbericht stand auch im Mittelpunkt des diesjährigen Präventionsforums, das am 13. September 2019 in Berlin stattfand. Hier wurde diskutiert, wie Gesundheitsförderung und Prävention verbessert werden können.

Die NPK-Träger informieren auf ihrer Internetseite über grundlegende Fakten und aktuelle Aktivitäten rund um die Nationale Präventionskonferenz und die Umsetzung der Nationalen Präventionsstrategie. Hier finden sich auch die aktuellen Bundesrahmenempfehlungen und der erste Präventionsbericht der NPK als Downloads: www.npk-info.de

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
59	Berufliche Rehabilitation
75	Aufwendungen für Rehabilitation
81	Im Fokus
81	Kinder- und Jugendrehabilitation
97	Anhang

Reha-Qualitätssicherung

Die Deutsche 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. Den gesetzlichen Vorgaben (§ 37 SGB IX) folgend, fördert die Deutsche Rentenversicherung einen qualitätsbezogenen Wettbewerb zwischen den Reha-Einrichtungen und trägt damit zur Verbesserung der Qualität bei.



Bereits im Jahr 1994 wurde ein Qualitätssicherungsprogramm für die medizinische Rehabilitation entwickelt und seither zahlreiche Verfahren und Instrumente der Qualitätssicherung Schritt für Schritt in die Routine überführt. Alle eingesetzten Instrumente der Qualitätssicherung werden kontinuierlich an neue Reha-Entwicklungen angepasst und auf weitere Versorgungsbereiche ausgedehnt (siehe auch S. 98 f). Derzeit nehmen über 4.000 Reha-Fachabteilungen oder Reha-Einrichtungen der medizinischen, aber auch der beruflichen Rehabilitation an der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung teil.

Überarbeitung der Adjustierung in der Rehabilitandenbefragung

Die Patienten- bzw. Rehabilitandenorientierung wird heute als bedeutender Bestandteil der Qualitätsentwicklung und -sicherung in der medizinischen und rehabilitativen Versorgung angesehen. Demzufolge nimmt die Befragung von Rehabilitanden auch in der Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung eine zentrale Rolle ein.

Die Rehabilitanden werden nach ihrer Rehabilitation angeschrieben und erhalten einen Fragebogen, in dem sie ihre Rehabilitation und deren Ergebnisse rückblickend bewerten. Sie können beurteilen, wie zufrieden sie mit den einzelnen Angeboten waren und wie sie den Erfolg ihrer Rehabilitation einschätzen.

Die Angaben der Rehabilitanden werden ausgewertet und bilden die Grundlage für Qualitätsberichte, die regelmäßig an die Reha-Fachabteilungen verschickt werden. Die Ergebnisse der jeweiligen Fachabteilung werden mit den Ergebnissen aller anderen Fachabteilungen in dieser Indikation verglichen.

Die Zufriedenheit mit der Rehabilitation und der Rehabilitationserfolg werden jedoch nicht nur durch die Maßnahme selbst beeinflusst. Auch Merkmale wie Alter, Geschlecht oder Bildung können sich auf eine Bewertung positiv oder negativ auswirken. Diese Rehabilitandenmerkmale können von den Reha-Fachabteilungen nicht beeinflusst werden. Um einen fairen Vergleich der Fachabteilungen untereinander zu ermöglichen, müssen die Qualitätsbewertungen mathematisch um den Einfluss der Rehabilitandenmerkmale bereinigt werden. Hierfür wird die Methode der Adjustierung (Anpassung) angewendet.

Die Adjustierung der Rehabilitandenmerkmale ermöglicht einen fairen Vergleich der Reha-Einrichtungen.

Eine Adjustierung ist nun für ambulante somatische Einrichtungen möglich.

Bereits seit ca. 10 Jahren werden die Ergebnisse für die stationären Reha-Fachabteilungen in adjustierter Form berichtet. In einem wissenschaftlich begleiteten Projekt wurde 2018 einerseits die bestehende Adjustierung überprüft und aktualisiert. Andererseits wurde die Adjustierung auf die ambulanten somatischen Reha-Fachabteilungen ausgeweitet. In Zukunft können daher auch ambulante somatische Reha-Fachabteilungen in die Bewertung der Qualität von Reha-Einrichtungen (BQR) eingeschlossen werden.

Im Projekt wurden viele der bisher zur Adjustierung eingesetzten Merkmale weitgehend bestätigt (bspw. beeinflussen lange Zeiten der Arbeitsunfähigkeit vor der Rehabilitation oder belastende Ereignisse nach der Rehabilitation die abgegebene Bewertung). Durch die Überarbeitung können einige Merkmale differenzierter ausgewertet oder neu aufgenommen werden. So sollen in der neuen Adjustierung auch Diagnosen und Besonderheiten auf Fachabteilungsebene berücksichtigt werden. Beides ist immer wieder von engagierten Experten aus der Reha-Praxis und der Verwaltung angeregt worden.

Besonders wichtig ist außerdem, die Ergebnisse möglichst anwenderfreundlich und nachvollziehbar darzustellen. Auf Grundlage von Experteneinschätzungen aus Gruppendiskussionen und einer Onlinebefragung wurden die Qualitätsberichte für die Reha-Fachabteilungen überarbeitet.

Weitere Informationen zur Rehabilitandenbefragung und zur neuen Adjustierung sind über den folgenden Direktlink abrufbar: www.rb-drv.de

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
59	Berufliche Rehabilitation
75	Aufwendungen für Rehabilitation
81	Im Fokus
81	Kinder- und Jugendrehabilitation
97	Anhang

Sozialmedizin

Prävention ermöglicht eine berufsbegleitende Förderung eines gesunden Lebensstils.

Die Präventionsleistung wird vom Versicherten beantragt.

Prävention – gesetzliche Leistung der Deutschen Rentenversicherung

Die Deutsche Rentenversicherung bietet Versicherten mit ersten gesundheitlichen Beschwerden berufsbegleitende Angebote zur Prävention an. Es handelt sich um Leistungen, die auf das individuelle Gesundheitsverhalten zielen. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer lernen, Bewegung, Entspannung und gesunde Ernährung in ihren Alltag zu integrieren und einen gesünderen Lebensstil zu entwickeln. Die Leistungen sollen dazu beitragen, die Versicherten gesund und leistungsfähig zu erhalten und deren Erwerbsfähigkeit mittel- bis langfristig zu sichern.

Mit dem Flexirentengesetz (2016) sind die Präventionsleistungen der Rentenversicherung nun Pflichtleistungen (§ 14 Abs. 1 SGB VI). Zur Umsetzung der Präventionsleistungen hat die Rentenversicherung ein Rahmenkonzept entwickelt. Es beschreibt u. a., wer die Präventionsleistungen erhalten kann und gibt Aufschluss über deren Ziele und Ausgestaltung.

Die Präventionsleistung wird vom Versicherten beantragt. Ein Arzt, zum Beispiel der Hausarzt oder der Werksarzt, bescheinigt den Präventionsbedarf in einem ärztlichen Befundbericht. Dieser Bericht wird zusammen mit dem Antrag beim Rentenversicherungsträger eingereicht. Arbeitgeber können ihre Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer dabei unterstützen und über den Betriebs- oder Werksarzt oder über den Firmenservice der Rentenversicherung mit einer für die Prävention zugelassenen Einrichtung Kontakt aufnehmen.

Präventionsleistungen finden bisher in Gruppen mit maximal 15 Teilnehmerinnen und Teilnehmern statt und gliedern sich in mehrere Phasen. Sie beginnen stationär oder ganztägig ambulant in einer Reha-Einrichtung der Rentenversicherung. Diese Initialphase dauert nur wenige Tage.

Die anschließende berufsbegleitende Trainingsphase umfasst mehrere Monate. In dieser Zeit sollen gesunde Ernährung, Sport und Bewegung sowie Entspannungstechniken in den eigenen Alltag integriert werden. Ein- bis zweimal pro Woche besuchen die Teilnehmer dafür entsprechende Kurse. In der nächsten, der Eigeninitiativphase werden diese Gesundheitsstrategien eigenverantwortlich zum festen Bestandteil des Lebens und können so ihre positive Wirkung entfalten.

Um das Erlernte zu vertiefen, treffen sich schließlich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu einem Auffrischungstag wieder in der Reha-Einrichtung. Hier können sie Bilanz ziehen und aufgetretene Probleme bearbeiten.

Das Rahmenkonzept zur Umsetzung der medizinischen Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung steht auf der Homepage der Deutschen Rentenversicherung zur Verfügung: www.deutsche-rentenversicherung.de → **Experten** → **Infos für Reha-Einrichtungen** → **Grundlagen und Anforderungen** → **Konzepte und Positionspapiere** → **Reha-Konzepte** → **Rahmenkonzepte**

Informationen zu Voraussetzungen, Ablauf und Antragstellung einer Präventionsleistung der Rentenversicherung sowie eine Übersicht der Präventionsangebote, die von Versicherten der Deutschen Rentenversicherung in Anspruch genommen werden können (sortiert nach Bundesländern und Orten) sind verfügbar über den Direktlink: praevention.driv.info oder über die Homepage der Deutschen Rentenversicherung: www.deutsche-rentenversicherung.de → **Prävention**

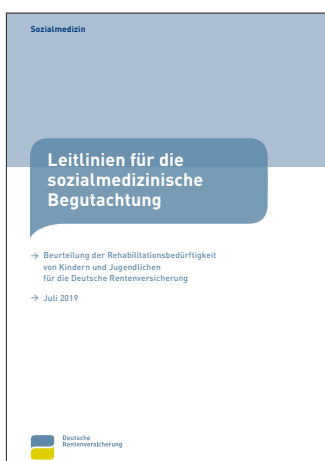
Neue Leitlinie für die sozialmedizinische Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit bei Kindern und Jugendlichen

Die Deutsche Rentenversicherung entwickelt seit den 1990er Jahren kontinuierlich Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung. Diese Leitlinien unterstützen die Gutachter dabei, die für eine Erkrankung typischen Beeinträchtigungen zu beurteilen. Sie ermöglichen damit, dass die Anträge auf Leistungen u. a. zur medizinischen Rehabilitation nachvollziehbar und überprüfbar beurteilt werden.

Die neueste Leitlinie mit dem Titel „Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit von Kindern und Jugendlichen für die Deutsche Rentenversicherung“ ist 2019 veröffentlicht worden. Sie beschreibt, wie die Rehabilitationsbedürftigkeit von Kindern und Jugendlichen beurteilt werden kann. Die Leitlinie wurde erstellt, weil die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen seit dem Flexirentengesetz von 2016 eine Pflichtleistung der Deutschen Rentenversicherung darstellt (siehe auch S. 11).

Ziel der Leitlinie ist es, einheitliche Kriterien für die Rehabilitationsbedürftigkeit von Kindern und Jugendlichen im Sinne der Deutschen Rentenversicherung festzulegen. Die Leitlinie setzt sich vor allem mit ausgewählten, typischen Gesundheitsstörungen auseinander, die häufig chronisch werden und sich auf das spätere Erwerbsleben auswirken können. Solche Erkrankungen, die lange andauern oder nicht vollständig geheilt werden können, sind beispielsweise Asthma, Neurodermitis, Diabetes mellitus Typ 1 oder angeborene Herzfehler.

Damit die Leitlinien in medizinischen Fachkreisen anerkannt und akzeptiert werden, werden wichtige medizinische Fachgesellschaften in die Erarbeitung einbezogen (hier z. B. die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. und die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V.). Es gibt auch zu vielen weiteren Krankheitsbildern Leitlinien der Deutschen Rentenversicherung.



4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
59	Berufliche Rehabilitation
75	Aufwendungen für Rehabilitation
81	Im Fokus
81	Kinder- und Jugendrehabilitation
97	Anhang

Alle Leitlinien zur sozialmedizinischen Begutachtung stehen auf der Homepage der Deutschen Rentenversicherung zur Verfügung: www.deutscherentenversicherung.de → **Experten** → **Infos für Ärzte** → **sozialmedizinische Begutachtung**



Anerkannte Weiter- und Fortbildungen für Ärztinnen und Ärzte durch die Rentenversicherung

Seit mehr als 30 Jahren bietet die Akademie für Sozialmedizin Berlin einmal jährlich alle acht Kursteile für die sozialmedizinische Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten an. Inhaltliche Schwerpunkte sind z. B. das System der sozialen Sicherung, die Grundlagen von Sozialmedizin und Begutachtung oder auch die Leistungsbeurteilung in verschiedenen medizinischen Indikationen. Vor mehr als 20 Jahren kamen die Kurse für die Weiterbildung „Rehabilitationswesen“ hinzu.

Beide Weiterbildungen vermitteln neben aktuellen Kenntnissen auch Einblicke in die Praxis durch Exkursionen zu Sozialversicherungen, Betrieben und Sozialgerichten. Sie enden jeweils mit einer Prüfung vor der Ärztekammer und der anerkannten Zusatzbezeichnung „Sozialmedizin“ bzw. „Rehabilitationswesen“ und qualifizieren für die Arbeit bei den Sozialversicherungen und in Rehabilitationseinrichtungen. Die sozialmedizinische Weiterbildung wird darüber hinaus seit 2016 von der Ärztekammer Berlin automatisch für die Qualifikation „Medizinische Begutachtung“ anerkannt. Ärzte können damit auch als Gutachter tätig sein. Für alle Ärztinnen und Ärzte, die die sozialmedizinische Weiterbildung vor 2016 abgeschlossen haben, bietet die Akademie ein Aufbau-modul für die Anerkennung als Gutachterin oder Gutachter an.

Die Ärzte können sich auch regelmäßig sozialmedizinisch fortbilden. Die Fortbildung der Deutschen Rentenversicherung stellt jeweils eine Reha-Indikation, wie z. B. die Orthopädie oder die Psychosomatik, in den Mittelpunkt. Innerhalb von drei Kurstagen werden die Begutachtung und Rechtsaspekte erörtert und an Fallbeispielen vertieft.

Neu im Fortbildungsprogramm der Akademie ist das „Update“: An drei Kurstagen erhalten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer einen Überblick über die aktuelle Aufgabenverteilung bei den Trägern der sozialen Sicherung und die Anforderungen an Gutachten für diese Träger.

Ergänzt wird dieses Angebot durch indikationsübergreifende Veranstaltungen zur Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF der WHO) sowie zur sozialmedizinischen Beurteilung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben. Darüber hinaus können Ärzte und Juristen bei den alle zwei Jahre stattfindenden „Berliner Gesprächen“ aktuelle Themen gemeinsam diskutieren. Allen Veranstaltungen ist eines gemein: Sie sorgen neben der Vermittlung von sozialmedizinischen oder rehabilitativen Kenntnissen auch dafür, Ärztinnen und Ärzte aus verschiedenen Bereichen des

Sozialversicherungssysteme besser zu vernetzen und bieten ein interessantes Forum für den kollegialen Austausch.

Weitere Informationen zu den Fort- und Weiterbildungen finden Sie auf der Homepage der Deutschen Rentenversicherung: www.deutsche-rentenversicherung.de → **Experten** → **Infos für Ärzte** → **Fort- und Weiterbildung**

Weitere Informationen zu den Weiterbildungen für Ärztinnen und Ärzte finden Sie auch unter: www.afs-berlin.de

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
59	Berufliche Rehabilitation
75	Aufwendungen für Rehabilitation
81	Im Fokus
81	Kinder- und Jugendrehabilitation
97	Anhang

Reha-Forschung und -Konzepte

Neuer Förderschwerpunkt „Transferorientierte Versorgungsforschung“ zusammen mit dem Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)

Zusammen mit dem Bundesministerium für Bildung und Forschung führt die Deutsche Rentenversicherung Bund den Förderschwerpunkt „Transferorientierte Versorgungsforschung – Forschung und Ergebnistransfer für eine bedarfsorientierte Rehabilitation“ durch. Gefördert werden ausschließlich Projekte, die die Rehabilitation konkret weiterentwickeln und auf die Praxis übertragbar sind. Der Schwerpunkt liegt dabei auf kontrollierten klinischen Studien mit vorgegeben Studienbedingungen, um die Wirkung der Behandlung (Intervention) isoliert untersuchen zu können. Es konnten Projektanträge zu drei inhaltlichen Themenfeldern eingereicht werden: Rehabilitation und Arbeit, Erwerbsminderung und Zugang sowie Bedarfsgerechtigkeit der Rehabilitation. Es ist eine Gesamtförderdauer von sechs Jahren vorgesehen. Diese teilt sich auf in die vierjährige Studienphase (Modul 1) sowie eine anschließende zweijährige Phase (Modul 2), in der erfolgreiche Interventionsstudien konkret in die Praxis überführt werden können.

Fünf Interventionsstudien sind zur Förderung vorgesehen.

Die Bekanntmachung des Förderschwerpunkts erfolgte im Dezember 2017. Im Rahmen des zweistufigen Begutachtungsverfahrens (Projektskizze, Projektantrag) wurden 19 Skizzen eingereicht und von externen Gutachtern bewertet. Neun potenzielle Projektnehmer wurden zur Antragstellung aufgefordert. Von diesen werden insgesamt fünf Projekte zur Förderung vorgesehen:

- „Effektivität und Kosten-Effektivität eines Web-basierten Routineassessments mit integrierten Handlungsempfehlungen für Depression und Angst (RehaCAT+)“ von Prof. Dr. Harald Baumeister, Ulm: Das bereits eingesetzte Web-basierte Routineassessment RehaCAT wird erweitert und überprüft,
- „Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen (MBOR-P)“ von Prof. Dr. Matthias Bethge, Lübeck: Die Wirkung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen im Vergleich zur herkömmlichen psychosomatischen Rehabilitation wird geprüft,
- „Steigerung der Langzeiteffekte onkologischer Rehabilitation durch eine Nachsorge-App (ReNaApp)“ von PD Dr. Ruth Deck, Lübeck: Eine Reha-Nachsorge-App für Brustkrebspatientinnen wird entwickelt und bewertet,
- „Zuweisung und Etablierung eines zielgruppenspezifischen Angebots für alleinerziehende Mütter in der stationären psychosomatischen Rehabilitation (wir2-Reha)“ von Prof. Dr. Matthias Franz, Düsseldorf: Das bereits erfolgreich im ambulanten Bereich eingesetzte wir2-Bindungstraining für alleinerziehende Mütter mit Begleitkindern wird in die stationäre psychosomatische Rehabilitation übertragen,

- „Berufliche Teilhabe sichern: Frühe Intervention und arbeitsplatzbezogene Rehabilitation psychisch erkrankter Beschäftigter (REHA-PSYCH)“ von Prof. Dr. Harald Gündel, Ulm: Eine arbeitsplatzbezogene Sprechstunde für Beschäftigte mit psychischen Erkrankungen mit ggf. anschließender beruflich orientierter Rehabilitation wird entwickelt und bewertet.

Die etwa vierjährige Förderung im Rahmen von Modul 1 hat für zwei Projekte bereits 2019 begonnen.

Weitere Informationen stehen auf der Homepage der Deutschen Rentenversicherung zur Verfügung: www.deutsche-rentenversicherung.de → **Experten** → **Reha-Forschung** → **Förderschwerpunkte mit dem BMBF**

Innovative Modellprojekte für die Rehabilitation - rehapro

Im Rahmen des Bundesteilhabegesetzes hat der Gesetzgeber die Förderung von Modellvorhaben zur Stärkung der Rehabilitation beschlossen (§ 11 SGB IX). Den Rentenversicherungsträgern sowie den Jobcentern stehen innerhalb dieses Bundesprogramms „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“ jeweils bis zu 500 Millionen € für innovative Modellprojekte zur Verfügung.

Gefördert werden vor allem Modellvorhaben, die darauf abzielen, eine Behinderung oder eine chronische Krankheit zu vermeiden. Angesetzt werden soll, bevor ein Rehabilitationsbedarf oder eine Erwerbsminderung entsteht bzw. bevor ein Übergang in eine Werkstatt für behinderte Menschen erforderlich wird. Dabei liegt ein Schwerpunkt auf bisher nicht realisierbaren oder nicht realisierten Maßnahmen, Methoden oder Organisationsmodellen.

Die Förderrichtlinie und der erste Förderaufruf wurden am 4. Mai 2018 veröffentlicht. Für den Rechtskreis des SGB VI (d. h. die Gesetzliche Rentenversicherung) wurden im ersten Förderaufruf 29 Projekte beantragt. Das beantragte Fördervolumen dieser Anträge beträgt rund 118 Millionen €. Die Modellprojekte umfassen Ansätze zur Weiterentwicklung des gesamten Leistungsangebotes der Rentenversicherung – von der Prävention über die medizinische bzw. berufliche Rehabilitation bis hin zur Nachsorge. Ein Schwerpunkt liegt auf der Unterstützung von Menschen mit psychischen Störungen. Insgesamt sollen rund 17.000 Versicherte in die Modellprojekte einbezogen werden.

Weitere Informationen finden Sie unter: www.modellvorhaben-rehapro.de

Innovative Vorhaben der Rentenversicherungsträger fördern die Teilhabe am Arbeitsleben.

Ca. 17.000 Versicherte werden in die Modellprojekte einbezogen.

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. 97).

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.

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

Anträge, Bewilligungen und durchgeführte Leistungen

Wer eine medizinische Rehabilitation (s. Info-Box S. 28) 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 5 % aller bewilligten Anträge der Fall.

2018 werden mehr als 1,6 Mio. Anträge auf medizinische Rehabilitation gestellt.

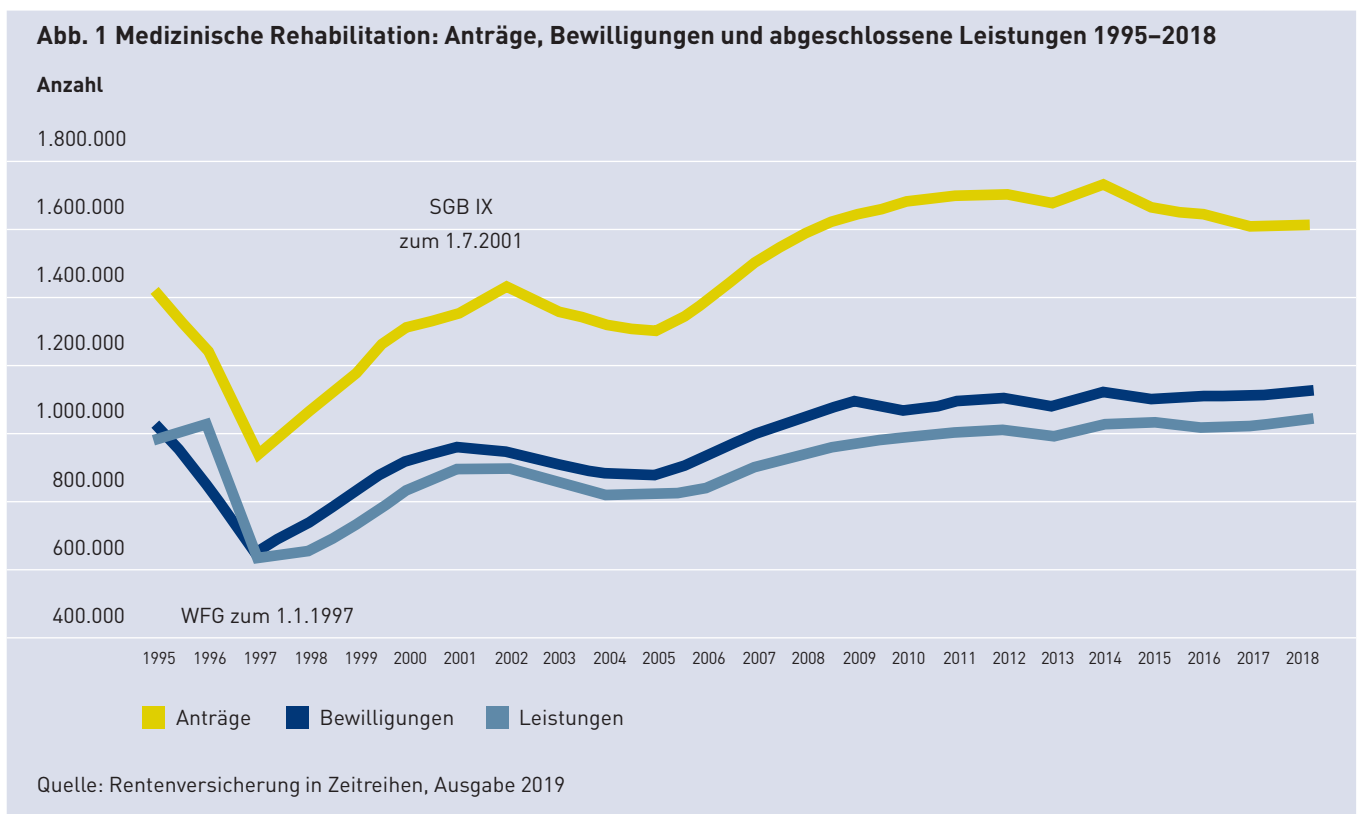
2018 gingen bei der Rentenversicherung mehr als 1,6 Mio. Anträge auf medizinische Rehabilitation ein. Rund 70 % der erledigten Anträge wurden bewilligt, 16 % abgelehnt, die restlichen etwas mehr als 14 % der Anträge wurden zum jeweils zuständigen Rehabilitationsträger weitergeleitet.

2018 erhielten Versicherte rund 1.031.000 medizinische Reha-Leistungen.

Abbildung 1 zeigt die Entwicklung von Anträgen, Bewilligungen und durchgeführten medizinischen Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung. Gewählt wurde der Zeitraum ab 1995. Die Anträge sind zwischen 1995 und 2018 von ca. 1.414.400 auf rund 1.610.000, die Bewilligungen von rund 1.042.000 auf rund 1.131.000 und die durchgeführten Leistungen von 985.000 auf rund 1.031.000 gestiegen. Die bisher höchsten Antragszahlen waren im Jahr 2014 zu verzeichnen (etwa 1.724.000). Zwischen 2015 und 2017 sanken die Antragszahlen etwas, um 2018 wieder etwas anzusteigen. Die Bewilligungen sind dagegen seit 2009 mit geringen Schwankungen relativ konstant.

Es fällt auf, dass beispielsweise 1995 ähnlich viele Bewilligungen wie 2018 erfolgten – bei mehr Anträgen in 2018. 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



4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
59	Berufliche Rehabilitation
75	Aufwendungen für Rehabilitation
81	Im Fokus
81	Kinder- und Jugendrehabilitation
97	Anhang

bewilligt, bzw. bewilligte Rehabilitationsleistungen erst im Folgejahr angetreten werden.

Das Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz (WFG, 01.01.1997) markierte einen starken Einbruch bei den Anträgen und in der Folge bei Bewilligungen und durchgeführten Reha-Leistungen. Mit dem WFG verfolgte der Gesetzgeber das Ziel, die Ausgaben für Rehabilitation um rund 2,7 Mrd. DM zu senken. Hintergrund war die angespannte Finanzlage der Rentenversicherung aufgrund der ungünstigen wirtschaftlichen Situation. Neben der Begrenzung der Mittel für die Rehabilitation, d. h. der Einführung eines jährlich vorgegeben Reha-Budgets, 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 %.

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

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 2015 erstmals wieder über den Zahlen in 1996 (s. Abb. 1).

Die nach 2005 stark steigenden Antragszahlen bewirkten in den Jahren 2009 bis 2011, dass das jährliche Reha-Budget nur knapp eingehalten werden konnte. Im Jahr 2012 überschritten die Nettoaufwendungen für Rehabilitation das vorgegebene Reha-Budget: Die geburtenstarken Jahrgänge von 1955 bis 1969 (Babyboomer) erreichten das Alter, in dem vermehrt medizinische Rehabilitation notwendig wird.

Das Reha-Budget beinhaltet seit 2014 alterungsbedingten Bedarf.

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

2018 wurden 2 % mehr medizinische Reha-Leistungen bewilligt.

Tabelle 1 wirft noch einmal einen Blick auf die Änderungsraten von 2017 auf 2018: Die Anträge sind um 0,3 % gestiegen, die Bewilligungen um 2 % und die durchgeführten Reha-Leistungen um 1,7 %. Bewilligungen und durchgeführte Leistungen sind demzufolge stärker gestiegen als Anträge. Dies führt den Trend von 2017 weiter: Obwohl in 2017 die Anträge um 2,2 % im Vergleich zu 2016

sanken, veränderten sich die Bewilligungen nicht und die abgeschlossenen Leistungen stiegen um 0,4 %.

Tab. 1 Medizinische Rehabilitation: Anzahl der Anträge, Bewilligungen und abgeschlossenen Leistungen 2017 und 2018

	Anträge	Bewilligungen	Leistungen
2017	1.604.987	1.109.014	1.013.588
2018	1.610.054	1.131.270	1.031.294
Veränderungsrate 2017–2018	+ 0,3 %	+ 2,0 %	+ 1,7 %

Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2019

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 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 2006 bis 2018 von 86 % auf 81 %. Die ambulanten Leistungen für Erwachsene dagegen stiegen kontinuierlich und haben sich bis 2018 etwa verdoppelt von rund 76.000 im Jahr 2006 auf ca. 157.000 Leistungen. Sie machen derzeit ca. 15 % aller medizinischen Rehabilitationsleistungen aus (s. Tab. 2).

15 % der medizinischen Reha-Leistungen wurden 2018 ambulant durchgeführt.

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 neun 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. 11 und Info-Box S. 28).

Die Kinder- und Jugendreha ist jetzt auch ambulant möglich.

Rehabilitationsleistungen bei Neubildungen (in ca. 95 % der Fälle bei bösartigen Neubildungen) liegen seit 2012 zwischen 15 % und 16 % (s. Tab. 3, S. 29).

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
59	Berufliche Rehabilitation
75	Aufwendungen für Rehabilitation
81	Im Fokus
81	Kinder- und Jugendrehabilitation
97	Anhang

Derzeit ist knapp jede sechste medizinische Rehabilitation für Erwachsene eine onkologische Reha-Leistung (rund 151.000 Leistungen in 2018).

Anschlussrehabilitationen (AHB) machen 2018 ein gutes Drittel aller Reha-Leistungen aus.

Noch deutlich stärker als der Anstieg aller Reha-Leistungen zwischen 2006 und 2018 ist der Zuwachs bei der Anschlussrehabilitation (AHB). Mit fast 365.000 Leistungen stellt die AHB im Jahr 2018 einen Anteil von 37 % – verglichen mit 31 % in 2006 eine deutliche Erhöhung des Anteils.

Die Anzahl von Entwöhnungsbehandlungen hat sich in den Jahren von 2006 bis 2012 schwankend entwickelt. In den Folgejahren bis 2017 gingen sie kontinuierlich zurück. Von 2017 auf 2018 zeigt sich eine leichte Zunahme. 2018 liegen sie mit rd. 43.000 Leistungen unter dem Niveau von 2006 (rd. 49.500 Leistungen). Der Anteil der Entwöhnungsbehandlungen an den medizinischen Reha-Leistungen für Erwachsene sinkt in den letzten Jahren kontinuierlich und beträgt seit drei Jahren 4 % (s. Tab. 3, S. 29).

Mit einer medizinischen Rehabilitation, die in der Regel etwa drei Wochen dauert, können manche Reha-Ziele (z. B. Stabilisierung von Beweglichkeit, Koordination, Kraft und Ausdauer) nicht vollständig erreicht und notwendige Änderungen des Lebensstils (z. B. mehr Bewegung oder Änderung des

Tab. 2 Abgeschlossene Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 2006–2018: stationär und ambulant für Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche

Jahr	Insgesamt*	Stationäre Leistungen für Erwachsene	Ambulante Leistungen für Erwachsene	Kinder- und Jugendrehabilitation			
2006	818.433	704.004	86 %	75.850	9 %	36.443	4 %
2007**	903.257	771.782	85 %	92.038	10 %	37.498	4 %
2008	942.622	804.006	85 %	99.820	11 %	37.568	4 %
2009	978.335	829.822	85 %	111.022	11 %	36.254	4 %
2010	996.154	837.864	84 %	122.835	12 %	34.223	3 %
2011	966.323	810.664	84 %	122.726	13 %	30.919	3 %
2012	1.004.617	843.319	84 %	127.642	13 %	32.103	3 %
2013	988.380	827.080	84 %	129.073	13 %	30.812	3 %
2014	1.014.763	840.639	83 %	141.147	14 %	31.384	3 %
2015	1.027.833	845.825	82 %	147.783	14 %	31.354	3 %
2016***	1.009.207	828.707	82 %	146.240	14 %	29.815	3 %
2017***	1.013.588	825.040	81 %	151.866	15 %	30.819	3 %
2018	1.031.294	832.936	81 %	157.496	15 %	32.757	3 %

* ab 2016 einschließlich Mischfälle (stationäre und ambulante Leistungen werden in Kombination erbracht; sie werden in der Statistik als eine Leistung gezählt); Summe der Leistungen insgesamt übersteigt somit Summe der rechtsstehenden Spalten

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

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

Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2006–2018

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. Ebenso erbringt sie Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche nach § 15a SGB VI, wenn dies einen Einfluss auf die spätere Erwerbsfähigkeit haben kann.

Je nach Krankheitsbild gibt es unterschiedliche Formen:

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

Sonstige Leistungen nach § 31 SGB VI, insbesondere:

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

Präventionsleistungen

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

Der Rehabilitation nachgelagerte Leistungen

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

Ergänzende Leistungen

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

Die Rentenversicherung bietet ein erweitertes Leistungsangebot.

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
59	Berufliche Rehabilitation
75	Aufwendungen für Rehabilitation
81	Im Fokus
81	Kinder- und Jugendrehabilitation
97	Anhang

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

Ernährungsverhaltens) bei den Rehabilitanden nur angestoßen werden. Um die Reha-Erfolge langfristig zu sichern, können Nachsorgeleistungen in Anspruch genommen werden. Ein bekanntes Beispiel sind die „Herzsportgruppen“. Aber nicht nur bei Herz- Kreislauf-Erkrankungen ist Reha-Nachsorge sinn-

Tab. 3 Abgeschlossene Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 2006–2018: besondere Leistungsformen für Erwachsene

Jahr	Insgesamt*	Anschluss-rehabilitation (AHB)		Neubildungen**** (amb./stat./§§ 15 + 31)		Entwöhnungen**** (inkl. ambulant)	
2006	781.990	242.145	31 %	149.300	19 %	49.526	6 %
2007**	865.759	268.379	31 %	158.284	18 %	56.393	7 %
2008	905.054	275.756	30 %	160.707	18 %	55.963	6 %
2009	942.081	293.173	31 %	164.825	17 %	57.456	6 %
2010	961.931	318.118	33 %	170.658	18 %	56.997	6 %
2011	935.404	327.357	35 %	163.946	18 %	53.965	6 %
2012	972.514	328.940	34 %	159.493	16 %	54.142	6 %
2013	957.568	328.703	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***	979.392	353.695	36 %	150.462	15 %	43.744	4 %
2017***	982.769	364.069	37 %	151.610	15 %	43.065	4 %
2018	998.537	364.746	37 %	151.348	15 %	43.205	4 %

* ab 2016 einschließlich Mischfälle (stationäre und ambulante Leistungen werden in Kombination erbracht; sie werden in der Statistik als eine Leistung gezählt)

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

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

**** Neubildungen und Entwöhnungsbehandlungen werden als eigene Maßnahmengruppe dokumentiert und als einzige der hier genannten Diagnosegruppen nicht über die ICD-Diagnosen definiert.

Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2006–2018

voll, sondern auch bei anderen körperlichen und psychischen Erkrankungen: beispielsweise die Intensivierte Reha-Nachsorge (IRENA) für verschiedene Indikationen und die psychosomatische Reha-Nachsorge (Psy-RENA) für die Psychosomatik/Psychotherapie. Die Nachsorgeleistungen der Rentenversicherung haben bis 2014 kontinuierlich zugenommen, sinken jedoch seitdem. Im Jahr 2018 führt die Rentenversicherung mit 147.923 deutlich weniger Nachsorgeleistungen durch als 2014 (189.496).

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 2018 unterstützt die Rentenversicherung auf diese Weise in 53.997 Fällen den (Wieder-) Einstieg in die berufliche Tätigkeit. Dies stellt eine Steigerung um 45 % von 2010 auf 2018 dar (2010: 37.243 Fälle), liegt aber niedriger als in 2015 (57.625).

Bei ersten gesundheitlichen Einschränkungen können Präventionsleistungen helfen.

Eine weitere Leistung im Angebotsspektrum der Rentenversicherung sind die Präventionsleistungen, die für Versicherte erbracht werden, die unter ersten gesundheitlichen Beeinträchtigungen leiden (§ 14 Abs. 1 SGB VI). Präventionsleistungen stellen seit Ende 2016 eine Pflichtleistung der Rentenversicherung dar (siehe S. 17 und 28). Eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit ist bei diesen Leistungen keine Voraussetzung. Die Leistungen zur Verhaltensprävention sollen frühzeitig ansetzen und die Versicherten dabei unterstützen, selbstständig und eigenverantwortlich einen gesundheitsförderlichen Lebensstil zu entwickeln. Die Entwicklung chronischer Erkrankungen, insbesondere der sogenannten Zivilisationskrankheiten, soll damit möglichst vermieden werden. Der Grundsatz der Rentenversicherung heißt hier: Prävention vor Rehabilitation vor Rente!

Bisher werden diese Präventionsleistungen nur in geringem Maße durchgeführt, jedoch mit steigender Tendenz. Aufgrund der aktuellen Untererfassung dieser Leistungsart in der Statistik der Deutschen Rentenversicherung werden Zahlen zu Präventionsleistungen voraussichtlich erst wieder im nächsten Reha-Bericht dargestellt.

Krankheitsspektrum – zeitliche Entwicklung

Fasst man stationäre und ambulante Leistungen zusammen, haben sich die medizinischen Reha-Leistungen der einzelnen Diagnosegruppen in den letzten Jahren unterschiedlich entwickelt (s. Abb. 2). Dies zeigt die Gegenüberstellung der Reha-Leistungen aus 2000 und aus 2018. Bei dieser Gegenüberstellung muss berücksichtigt werden, dass die Diagnosegruppen in 2016 angepasst wurden (siehe S. 23). Dies führt zu einer besseren inhaltlichen Zusammenfassung von Diagnosen und einem geringeren Anteil der sonstigen Diagnosen.

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
59	Berufliche Rehabilitation
75	Aufwendungen für Rehabilitation
81	Im Fokus
81	Kinder- und Jugendrehabilitation
97	Anhang

Rehabilitationen wegen psychischer Erkrankungen haben im Vergleich zum Jahr 2000 zugenommen.

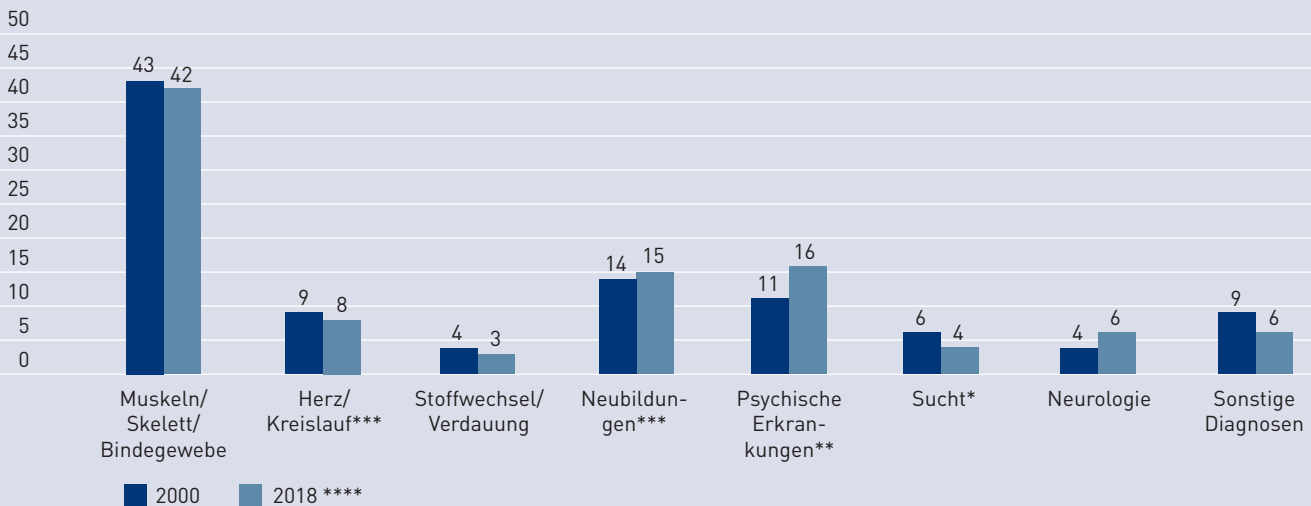
Der Anteil an Leistungen bei Muskel-, Skelett- und Bindegewebserkrankungen, nach wie vor die größte Diagnosegruppe, liegt 2017 und 2018 bei 42 %. Sie halten damit ebenso in etwa das Niveau von 2000 wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krankheiten des Stoffwechsels. Auf die großen Diagnosegruppen wie Neubildungen und vor allem psychische Erkrankungen entfallen heute mehr Leistungen. Die Verringerung der sonstigen Diagnosen von 9 % (im Jahr 2000) bzw. 12 % (in 2015) auf 6 % wurde durch die erwähnte veränderte Zuordnung der Einzeldiagnosen erreicht. Die zeitlichen Entwicklungen in den einzelnen Diagnosegruppen gehen bei Frauen und Männern in die gleiche Richtung.

Krankheitsspektrum im Jahr 2018

Vergleicht man die aktuelle Verteilung der Diagnosen in der medizinischen Rehabilitation in 2018 getrennt nach stationärer und ambulanter Reha-Form, stellt sich das Krankheitsspektrum unterschiedlich dar.

Abb. 2 Krankheitsspektrum in der medizinischen Rehabilitation Erwachsener¹ (ambulant und stationär): 2000 und 2018

Anteile Reha-Leistungen in %



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

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

** ohne Sucht

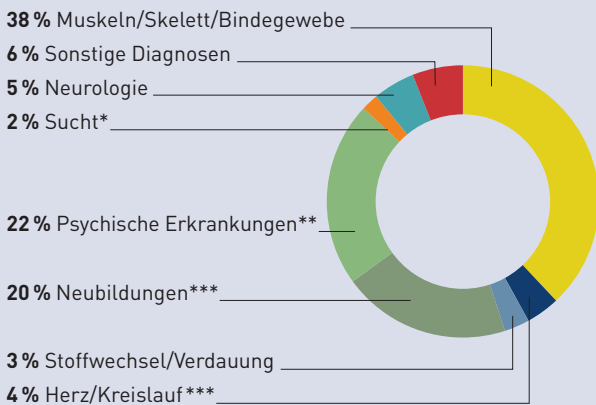
*** ohne neurologische Krankheitsbilder

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

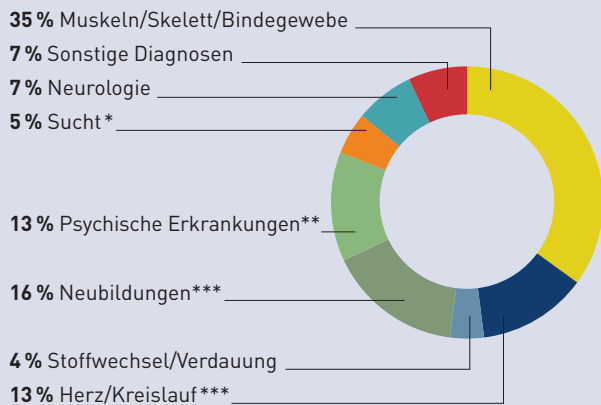
Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2000 und 2018

Abb. 3 Stationäre medizinische Rehabilitation 2018¹: Krankheitsspektrum² (Anteile Reha-Leistungen in %)

Frauen



Männer



¹ ab 2016 neue ICD-10-Zuordnung einzelner Diagnosen

² ohne Fälle, bei denen die 1. Diagnose noch nicht erfasst ist

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

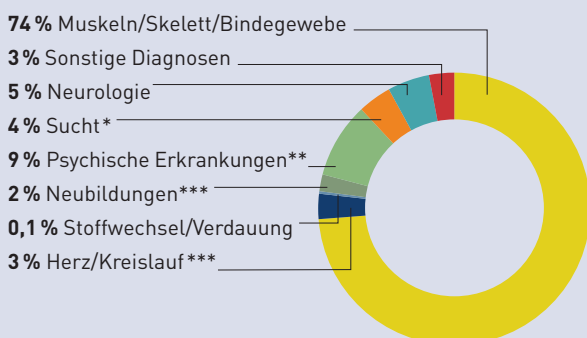
** ohne Sucht

*** ohne neurologische Krankheitsbilder

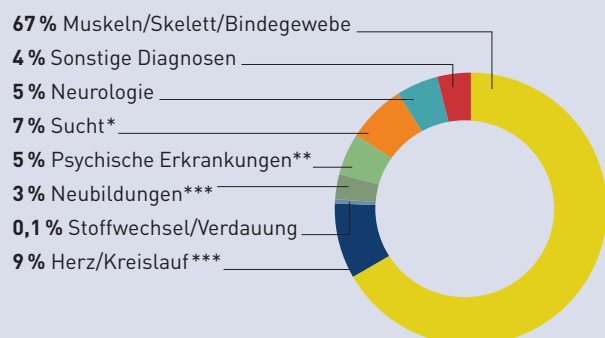
Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2018

Abb. 4 Ambulante medizinische Rehabilitation 2018¹: Krankheitsspektrum² (Anteile Reha-Leistungen in %)

Frauen



Männer



¹ ab 2016 neue ICD-10-Zuordnung einzelner Diagnosen

² ohne Fälle, bei denen die 1. Diagnose noch nicht erfasst ist

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

** ohne Sucht

*** ohne neurologische Krankheitsbilder

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2018

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
59	Berufliche Rehabilitation
75	Aufwendungen für Rehabilitation
81	Im Fokus
81	Kinder- und Jugendrehabilitation
97	Anhang

Die Abbildungen 3 und 4 geben darüber hinaus auch Unterschiede im Krankheitsspektrum von Frauen und Männern wieder. Die dazugehörigen Zahlen und die je nach Diagnosegruppe unterschiedliche durchschnittliche Rehabilitationsdauer sind in Tabelle 4 enthalten.

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 (22 %), dicht gefolgt von Rehabilitation bei Neubildungen (20 %). Bei Männern ist der Anteil psychischer Erkrankungen mit 13 % nach wie vor deutlich geringer als bei Frauen. Dennoch liegt die medizinische Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen bei Männern nach der Rehabilitation bei Neubildungen (16 %) inzwischen zusammen mit den Herz-Kreislauf-Erkrankungen an dritter Stelle. Entwöhnungsbehandlungen (Sucht) sind bei Männern mehr als doppelt so häufig wie bei Frauen (s. Abb. 3).

Tab. 4 Ambulante und stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 2018¹: Krankheitsspektrum und Behandlungsdauer

	Insgesamt (inkl. sonst. Leistungen)	Muskeln/ Skelett/ Binde- gewebe	Herz/ Kreislauf*	Stoff- wechsel/ Verdauung	Neu- bildun- gen*	Psychische Erkran- kungen**	Sucht***	Neurologie	Sonstige Diagno- sen	Fehlende Diagno- sen****
Ambulant										
Frauen	68.928	49.124	1.759	72	1.565	6.208	2.485	3.025	2.019	2.671
Behandlungs- tage****	20,1	17,1	16,6	16,9	16,5	32,3	51,4	21,6	–	–
Männer	88.568	57.450	7.967	122	2.089	4.442	5.667	4.466	3.327	3.038
Behandlungs- tage****	20,2	17,1	16,6	16,6	16,1	36,5	45,1	21,6	–	–
Stationär										
Frauen	427.743	159.260	16.406	12.303	83.101	94.189	7.177	21.237	28.106	5.964
Pflegetage****	27,9	23,6	24,0	24,5	22,5	36,9	86,5	29,9	–	–
Männer	405.193	139.131	50.805	16.629	63.709	54.061	21.601	26.885	27.385	4.987
Pflegetage****	28,9	23,4	23,3	23,1	22,2	37,7	85,4	29,5	–	–

¹ ab 2016 neue ICD-10-Zuordnung einzelner Diagnosen

* ohne neurologische Krankheitsbilder

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

*** Entwöhnungsbehandlungen werden als eigene Maßnahmeart dokumentiert und als einzige der hier genannten Diagnosegruppen über die ICD-Diagnosen definiert.

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

***** 1. Diagnose noch nicht erfasst

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2018

Etwa 28 Tage dauert eine stationäre Rehabilitation im Schnitt.

Im Durchschnitt befinden sich Rehabilitanden 28,4 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 Diagnosegruppen zwischen 22,4 und 23,7 Tagen. Die stationäre orthopädische Rehabilitation – also bei Erkrankungen der Muskeln, des Skeletts oder des Bindegewebes – dauert durchschnittlich etwa 23,5 Tage, das sind etwas mehr als drei Wochen.

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

In der ambulanten Rehabilitation wird der weitaus überwiegende Teil der ambulanten Leistungen bei Frauen (74 %) wie bei Männern (67 %) wegen einer Erkrankung der Muskeln, des Skeletts oder des Bindegewebes durchgeführt; die Anteile sind wesentlich höher als in der stationären Rehabilitation. Dagegen werden nur 2 % (Frauen) bzw. 3 % (Männer) der ambulanten Rehabilitationsleistungen aufgrund von Neubildungen durchgeführt (s. Abb. 4).

Eine ambulante Rehabilitation hatte im Schnitt 20,2 Behandlungstage.

In Tabelle 4 sind auch die durchschnittlichen Behandlungstage für die ganztägig ambulante Rehabilitation der betrachteten Diagnosegruppen enthalten. Für eine ganztägig ambulante orthopädische Rehabilitation werden bei Frauen wie Männern durchschnittlich etwa 17 Behandlungstage benötigt. Das entspricht – bei sechs Behandlungstagen pro Woche – knapp drei Wochen und ist damit etwas kürzer als in der stationären Rehabilitation. Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen suchen im Schnitt an rund 34 Tagen die ambulante Reha-Einrichtung auf. Dabei ist die die Behandlungsdauer bei Frauen mit 32,3 Tagen deutlich niedriger als bei Männern (36,5 Tage).

Die Diagnosegruppen in der medizinischen Rehabilitation unterscheiden sich auch nach dem durchschnittlichen Alter der Rehabilitanden. Die deutlich jüngsten Rehabilitanden finden sich mit im Schnitt 43,2 Jahren in der Suchtrehabilitation (Entwöhnungsbehandlung). Rehabilitanden mit psychischen Erkrankungen (ohne Entwöhnungsbehandlungen; 50,3 Jahre) oder mit Erkrankungen des Verdauungs- und Stoffwechselsystems (50 Jahre) sind im Schnitt etwa gleich alt, gefolgt von Rehabilitanden mit neurologischen Erkrankungen (51,3 Jahre), orthopädischen Erkrankungen (52,9 Jahre) und

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
59	Berufliche Rehabilitation
75	Aufwendungen für Rehabilitation
81	Im Fokus
81	Kinder- und Jugendrehabilitation
97	Anhang

Das Durchschnittsalter in der orthopädischen Rehabilitation lag bei 52,9 Jahren, in der Suchtrehabilitation bei 43,2 Jahren.

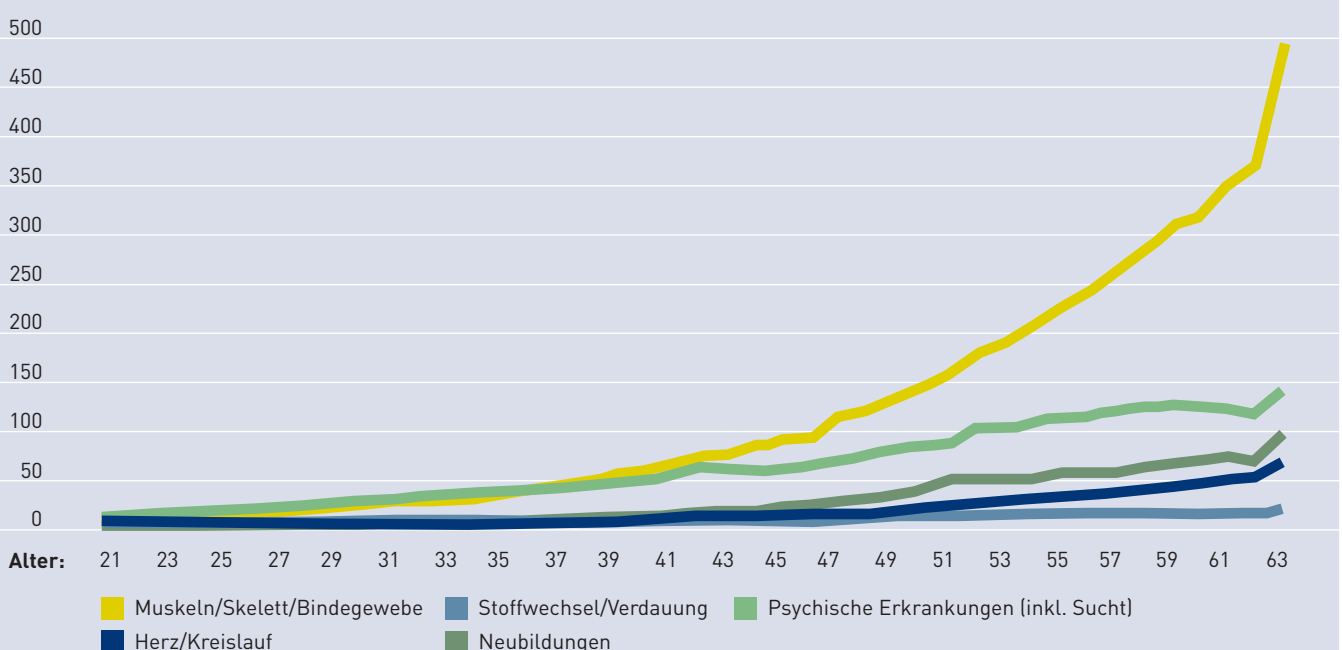
Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems (54,6 Jahre). Mit im Mittel 62,5 Jahren sind Rehabilitanden mit Krebserkrankungen mit Abstand am ältesten. Während insgesamt zahlreiche krankheitsspezifische, personenbezogene und auch gesellschaftliche Faktoren zu den Altersunterschieden zwischen den Diagnosegruppen führen können, trägt hier eine gesetzliche Regelung dazu bei: Nach § 31 SGB VI führt die Rentenversicherung eine medizinische Rehabilitation bei Rehabilitanden mit Krebserkrankungen auch dann durch, wenn diese bereits im Rentenalter sind.

Altersspezifische Inanspruchnahme

Das Durchschnittsalter von Frauen, die 2018 eine stationäre oder ambulante medizinische Rehabilitation abgeschlossen haben, liegt bei 53,5 Jahren. Männer sind mit 53,4 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 10.000 Versicherte dargestellt (Inanspruchnahmerate). Werden die Rehabilitanden mit Versicherten gleichen Alters in Beziehung gesetzt, erhält man die altersspezifische Inanspruchnahmerate (s. Abb. 5 und 6).

Abb. 5 Medizinische Rehabilitation: Altersspezifische Inanspruchnahmeraten bei Frauen 2018

Anzahl abgeschlossene Reha-Leistungen pro 10.000 Versicherte



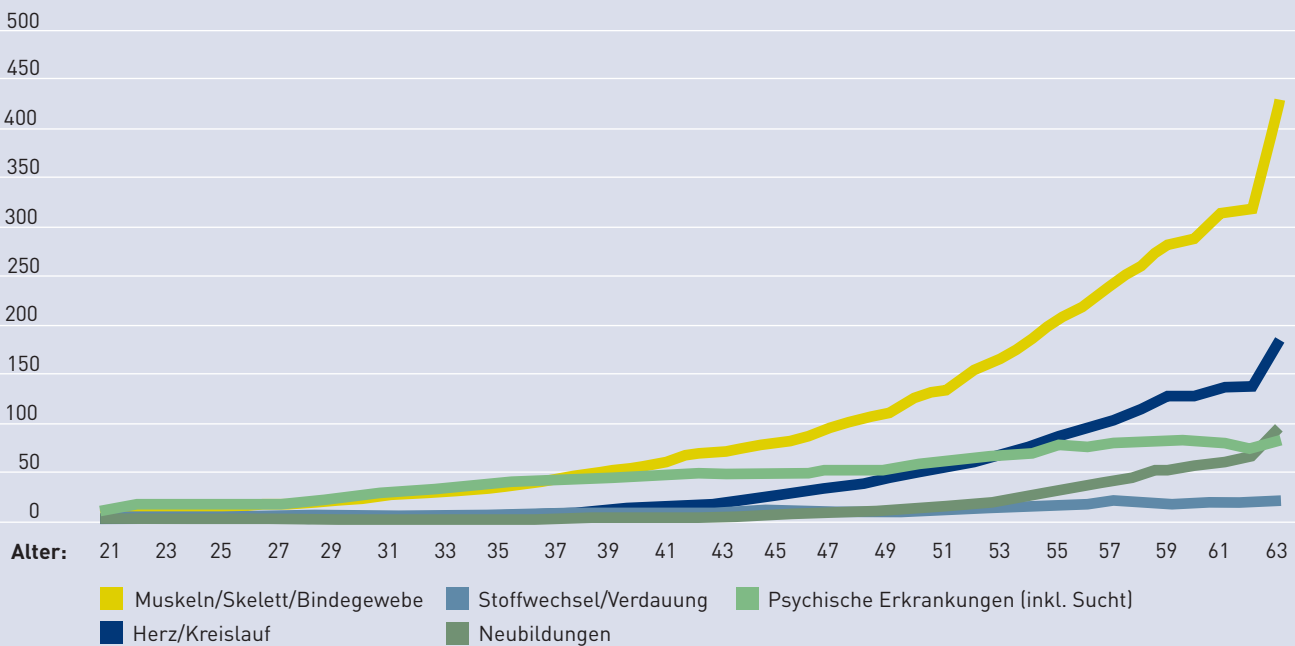
Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2018, „Versicherte“ 2017

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

Die Ergebnisse sind eindeutig: Bei allen betrachteten Diagnosegruppen steigt die Inanspruchnahme mit dem Alter. Besonders ausgeprägt ist der Anstieg bei Krankheiten der Muskeln, des Skeletts oder des Bindegewebes etwa ab dem 40. Lebensjahr, bei Frauen noch deutlich stärker 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 etwas 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 Versicherter etwa ab dem 39. 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 2018
Anzahl abgeschlossene Reha-Leistungen pro 10.000 Versicherte



Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2018, „Versicherte“ 2017

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
59	Berufliche Rehabilitation
75	Aufwendungen für Rehabilitation
81	Im Fokus
81	Kinder- und Jugendrehabilitation
97	Anhang

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.

Unterschiedliche Altersstrukturen erfordern eine altersstandardisierte Betrachtung.

Altersstandardisierung

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

Altersstandardisierte Reha-Raten sind keine wirklich beobachteten Zahlen. Sie beschreiben vielmehr, wie die Inanspruchnahmerate wäre, wenn die Altersstruktur der jeweils beobachteten Population der in der Standardpopulation entspräche. Dadurch wird eine Vergleichbarkeit über den Zeitverlauf hinweg möglich. Die Altersstandardisierung wird sowohl für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation als auch zur beruflichen Bildung eingesetzt.

Veränderungen im Reha-Bericht 2019:

- Die Standardpopulation wurde aktualisiert. Dies war notwendig, da sich die Altersverteilung mit der Anhebung des Rentenalters deutlich verändert hat. Damit haben sich die berechneten Raten sämtlicher Vorjahre im Vergleich zu vorherigen Reha-Berichten verändert und sind somit nicht mehr vergleichbar.
- Berechnung der Raten auf 10.000 Versicherte
- Darstellung der Zahlen ab 2006, Ausweitung des ausgewiesenen Altersbereichs bei der medizinischen Rehabilitation
- ausschließlich für medizinische Rehabilitationen: Die Raten für Neubildungen werden ohne die Leistungen nach § 31, d. h. ohne Rehabilitationen für Rentnerinnen und Rentner berechnet.

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).

Tabelle 5 gibt für Frauen und für Männer die altersstandardisierten Inanspruchnahmeraten insgesamt sowie für die wichtigsten fünf Diagnosegruppen zwischen 2006 und 2018 wieder.

Die Inanspruchnahmeraten von Frauen und Männern gleichen sich langsam an.

Zu Beginn dieses Zeitraums in 2006 haben in Deutschland altersstandardisiert rund 266 von 10.000 versicherten Frauen und etwa 248 von 10.000 versicherten Männern eine medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung in Anspruch genommen. 2018 liegen die Raten etwas niedriger (Frauen etwa 259 und Männer etwa 241 von 10.000 Versicherten). Für Frauen ist damit in 2018 die niedrigste Inanspruchnahme seit 2006 zu verzeichnen. Nach einem Anstieg der Inanspruchnahmeraten bis 2010 sinkt die Inanspruchnahme seit 2013 kontinuierlich (zur Änderung der standardisierten Raten im Vergleich zu vorherigen Reha-Berichten durch die Verwendung einer neuen Standardisierungspopulation siehe Info-Box S. 37).

Betrachtet man zum Vergleich die Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation in diesem Zeitraum in absoluten Zahlen (vgl. Tab. 2, S. 27), dann liegen diese Zahlen – ohne Altersstandardisierung – für 2018 deutlich über denen von 2006. Das Sinken der altersstandardisierten Raten bei steigenden absoluten Zahlen ist auf die veränderte Altersstruktur der Versichertenpopulation

Tab. 5 Ambulante und stationäre medizinische Leistungen 2006–2018 nach ausgewählten Diagnosegruppen pro 10.000 Versicherte (altersstandardisiert¹, Frauen und Männer)

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

■ Frauen □ Männer

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

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

** Ab 2016 neue ICD-10 Zuordnung einzelner Diagnosen

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

**** Neubildungen ohne Leistungen nach § 31, d. h. ohne Rentner

Quelle: Statistiken „Rehabilitation“ 2006–2018, Statistiken „Versicherte“ 2005–2017

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
59	Berufliche Rehabilitation
75	Aufwendungen für Rehabilitation
81	Im Fokus
81	Kinder- und Jugendrehabilitation
97	Anhang

zurückzuführen. So kamen zum Beispiel die geburtenstarken Jahrgänge aus den 1960er Jahren zunehmend in das Alter, in dem sie vermehrt Rehabilitation benötigen.

Bei den Krankheiten der Verdauungsorgane sowie den Neubildungen sind die altersstandardisierten Inanspruchnahmeraten im beobachteten Zeitraum rückläufig, wenn auch mit kleinen Schwankungen. Bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen bleiben die Inanspruchnahmeraten seit 2007 relativ stabil. Die Inanspruchnahmeraten bei den Krankheiten der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes sinken zwischen 2009 und 2015 mit leichten Schwankungen langsam und sind seit 2016 relativ stabil. Die Steigerung von 2015 zu 2016 ist vorrangig der veränderten Zuordnung der ICD-Einzelcodes seit 2016 geschuldet (siehe Info-Box S. 23).

Für die psychischen Erkrankungen (inkl. Abhängigkeitserkrankungen) haben die altersstandardisierten Raten sowohl bei Frauen als auch bei Männern bis 2012 zugenommen. Dies zeigt, dass die Rehabilitationen wegen psychischer Erkrankungen (inkl. Abhängigkeitserkrankungen) stärker zugenommen haben, als durch die veränderte Versichertenpopulation zu erwarten war. Seitdem haben die altersstandardisierten Raten bei psychischen Erkrankungen für Frauen und Männern wieder etwas abgenommen, wobei sie in den letzten Jahren relativ stabil sind.

Die Inanspruchnahmerate bei psychischen Erkrankungen hat sich stabilisiert.



Medizinische Rehabilitation: Prozess und Ergebnis

Der folgende Berichtsteil behandelt die Ergebnisse der Instrumente und Verfahren der Reha-Qualitätssicherung (Reha-QS) der Deutschen Rentenversicherung. Diese beziehen sich auf Reha-Einrichtungen bzw. deren krankheitsspezifische Fachabteilungen, die federführend durch die Deutsche Rentenversicherung belegt werden (s. S. 98).

Aus Sicht der Rehabilitanden – Rehabilitandenzufriedenheit

Die Zufriedenheit der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden wird mit einem Fragebogen erfasst (s. Info-Box). Neben der Gesamtzufriedenheit mit dem Aufenthalt in der Reha- Einrichtung wird detailliert 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.

Zufriedenheit und Behandlungserfolg aus Rehabilitandensicht sind wichtig.

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 die Zufriedenheit mit der medizinischen Rehabilitation sowie den wahrgenommenen Behandlungserfolg. Die Befragung erfolgt kontinuierlich: Monatlich werden jeweils rund 20 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden pro Reha-Fachabteilung zufällig ausgewählt, acht bis zwölf Wochen nach ihrer Rehabilitation angeschrieben und zu ihrer Einschätzung der Rehabilitation befragt. Jährlich werden insgesamt etwa 125.000 Fragebögen verschickt. Für körperliche und psychische Erkrankungen (inkl. Abhängigkeitserkrankungen), für die stationäre und die ambulante Rehabilitation sowie für Kinder und Jugendliche gibt es jeweils unterschiedliche Fragebögen.

Jede Reha-Fachabteilung erhält die Ergebnisse der Befragung ihrer Rehabilitanden in Form eines fachabteilungsvergleichenden QS-Berichts. Um den Vergleich der Fachabteilungen möglichst fair zu gestalten, findet das sogenannte Verfahren der Risiko-Adjustierung Anwendung. Dabei werden die Ergebnisse der Befragung um den Einfluss vorbestehender Rehabilitandenmerkmale (z. B. Bildung, Geschlecht, Alter), die zu unterschiedlichen Bewertungen der Rehabilitation führen können, bereinigt. In einem wissenschaftlich begleiteten Projekt wurde das bestehende Verfahren der Adjustierung überarbeitet (vgl. S. 15).

Die Rehabilitation bei körperlichen Erkrankungen wird als „gut“ bewertet.

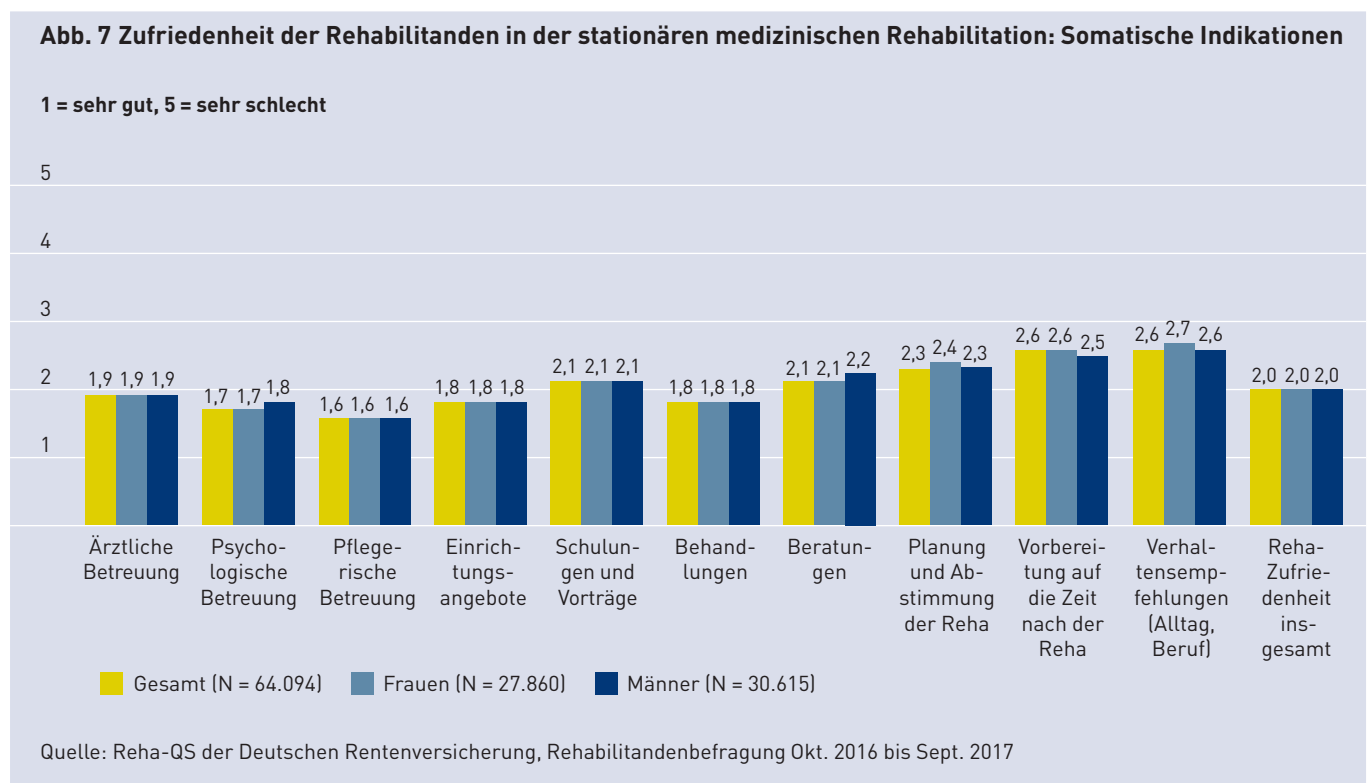
Wie zufrieden sind Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die körperlich (somatisch) erkrankt sind, mit ihrer stationären medizinischen Rehabilitation? Abbildung 7 gibt einen Überblick.

Die Rehabilitanden bewerten ihre Rehabilitation auf einer Skala von „1“ für sehr gut bis „5“ für sehr schlecht. Die von den Rehabilitanden berichtete Zufriedenheit mit der stationären somatischen Rehabilitation insgesamt liegt im Durchschnitt bei 2,0 und ist damit als gut zu bewerten („Reha-Zufriedenheit insgesamt“). Zu der hohen Gesamtzufriedenheit scheint vor allem das Reha-Team beizutragen (pflegerische, psychologische und ärztliche Betreuung). Am zufriedensten sind Rehabilitanden mit der Betreuung durch die Pflegekräfte, sie bewerten diesen Bereich im Durchschnitt mit 1,6.

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

Es gibt kaum Geschlechtsunterschiede in den Bewertungen.

Geschlechtsunterschiede spielen bei der Zufriedenheit der Rehabilitanden in der somatischen Rehabilitation kaum eine Rolle. So bewerteten Frauen die in



4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
59	Berufliche Rehabilitation
75	Aufwendungen für Rehabilitation
81	Im Fokus
81	Kinder- und Jugendrehabilitation
97	Anhang

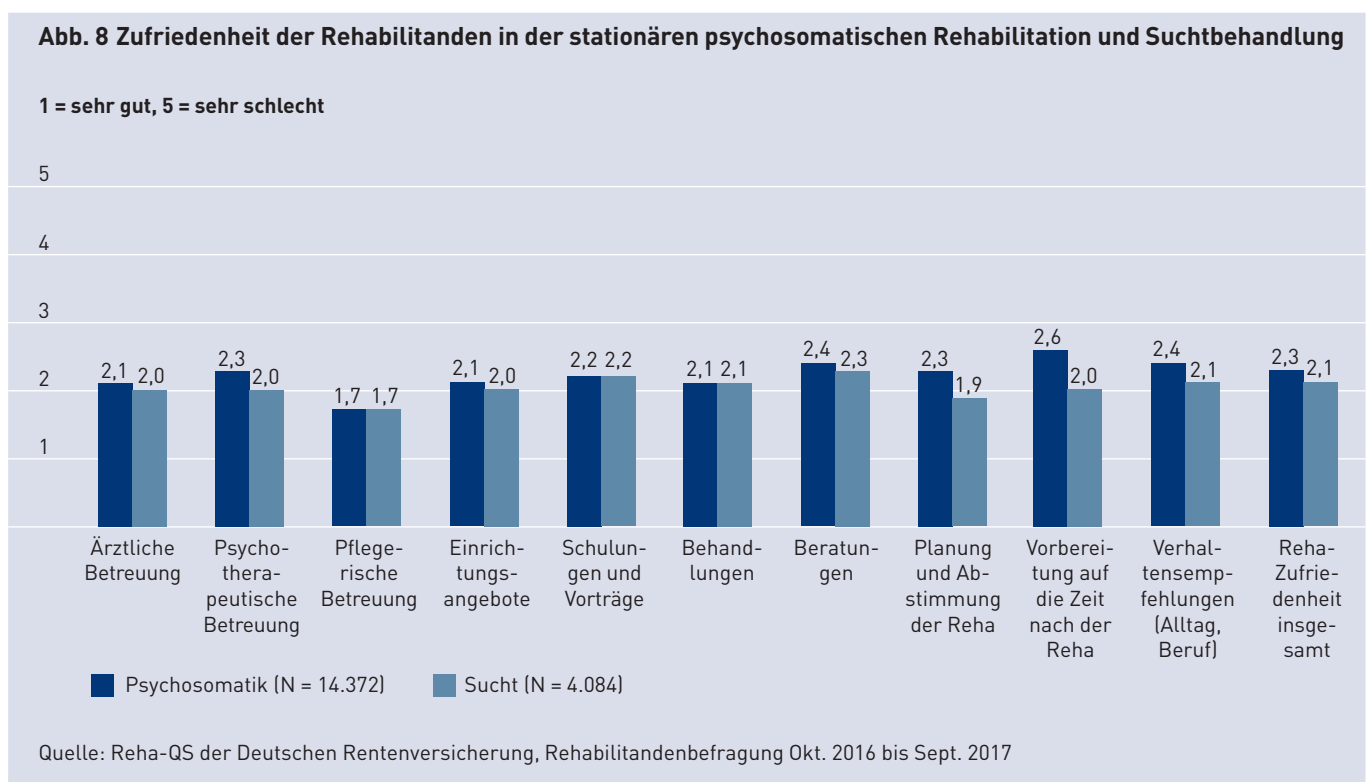
Die Zufriedenheit mit der Suchtbehandlung ist höher als mit der psychosomatischen Rehabilitation.

der Rehabilitation erhaltene „psychologische Betreuung“ und die „Beratungen“ etwas besser als Männer. Männer hingegen bewerten die Bereiche „Planung und Abstimmung der Reha“, „Vorbereitung auf die Zeit nach der Reha“ und „Verhaltensempfehlungen für Alltag und Beruf“ etwas besser.

Psychische Erkrankungen und Suchterkrankungen sind ebenfalls ein häufiger Grund für eine Rehabilitation (s. Abb. 3 und Abb. 4). Abbildung 8 stellt die Rehabilitandenzufriedenheit in der stationären psychosomatischen Rehabilitation und der stationären Sucht-Rehabilitation gegenüber. Die von den Rehabilitanden angegebene Zufriedenheit sowohl mit der psychosomatischen Rehabilitation als auch mit der Suchtbehandlung insgesamt lautet im Durchschnitt „gut“, wobei die Rehabilitanden der Suchtbehandlung ihre Leistungen insgesamt etwas besser bewerten (2,3 bzw. 2,1).

Therapeutische Versorgung – KTL-Dokumentation

Die Berichterstattung der Reha-Qualitätssicherung zur therapeutischen Versorgung basiert auf der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL). Sie richtet sich an Reha-Fachabteilungen der Deutschen Rentenversicherung, für die mindestens 25 Reha-Entlassungsberichte mit gültigen KTL-Codierungen elektronisch erfasst wurden. Bewertet wird die therapeutische Versorgung anhand der Leistungsdauer, Leistungsmenge und Leistungsverteilung (s. Info-Box S. 44).



Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL)

Für jede Rehabilitandin bzw. jeden Rehabilitanden der Deutschen Rentenversicherung 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.

2019 erhielten 1.378 Reha-Fachabteilungen eine Auswertung der KTL-Daten aus ihren Reha-Entlassungsberichten des Jahres 2017. Tabelle 6 gibt einen Überblick über die therapeutische Versorgung.

Eine Rehabilitation beinhaltet pro Woche durchschnittlich 18,9 Stunden Therapiezeit bei 31,8 Leistungen.

Insgesamt hat im Jahr 2017 jede Rehabilitandin bzw. jeder Rehabilitand während der Rehabilitation im Durchschnitt 31,8 über die KTL erfasste Leistungen pro Woche erhalten, die sich auf 18,9 Stunden Therapiezeit pro Woche verteilen. Zusätzlich gibt die Tabelle an, wie viele Rehabilitanden mindestens eine Leistung aus dem jeweiligen KTL-Kapitel erhalten haben. 100 % der Rehabilitanden

Tab. 6 Therapeutische Versorgung in den durch die Rentenversicherung belegten Reha-Fachabteilungen 2017

Kapitel der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL)	pro Rehabilitand		Rehabilitanden mit mindestens einer Leistung*	
	Dauer (Std.) pro Woche	Leistungen pro Woche	Anzahl	Anteil
A - Sport und Bewegungstherapie	4,8	7,6	795.475	98 %
B - Physiotherapie	2,5	5,0	716.564	88 %
C - Information, Motivation, Schulung	2,5	3,5	808.957	100 %
D - Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie	0,6	1,1	754.670	93 %
E - Ergotherapie, Arbeitstherapie und andere funktionelle Therapien	1,8	2,3	560.544	69 %
F - Klinische Psychologie, Neuropsychologie	2,1	2,5	711.089	88 %
G - Psychotherapie	4,0	3,6	199.367	25 %
H - Reha-Pflege und Pädagogik	0,7	2,4	694.999	86 %
K - Physikalische Therapie	2,0	5,5	705.759	87 %
L - Rekreationstherapie	2,6	3,4	522.563	64 %
M - Ernährungsmedizinische Leistungen	1,1	2,3	616.419	76 %
Insgesamt	18,9	31,8	811.388	100 %

* Mehrfachnennungen möglich; N = 811.388 stationäre und ambulante Reha-Leistungen
Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2017

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
59	Berufliche Rehabilitation
75	Aufwendungen für Rehabilitation
81	Im Fokus
81	Kinder- und Jugendrehabilitation
97	Anhang

bekamen mindestens eine Schulung, einen Vortrag oder eine andere Leistung aus dem Kapitel C – Information, Motivation und Schulung. Aus dem Kapitel G – Psychotherapie erhielten insgesamt nur 25 % der Rehabilitanden mindestens eine Leistung. Der vergleichsweise geringe Anteil ist darauf zurückzuführen, dass psychotherapeutische Leistungen hauptsächlich in der psychosomatischen Rehabilitation und bei Entwöhnungsbehandlungen erbracht werden, einem im Vergleich zur somatischen Rehabilitation kleineren Indikationsbereich.

Die medizinische Rehabilitation beinhaltet ein breites Leistungsspektrum.

In Tabelle 6 wird deutlich, wie breit gefächert (multimodal) die therapeutische Versorgung in der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung ist. Behandlungsschwerpunkte sind Information, Motivation und Schulung (z. B. standardisierte Schulung bei Hypertonie, ärztliche sozialmedizinische Beratung) sowie Sport- und Bewegungstherapie (z. B. Ausdauertraining, Muskelkrafttraining), und auch physiotherapeutische Behandlungen sowie psychologische und neuropsychologische Leistungen (z. B. Entspannungstraining, Hirnleistungstraining, Musik-, Kunst- und Gestaltungstherapie).

Reha-Therapiestandards – Anforderungen an eine gute Rehabilitation

Die Therapie erfolgt auf evidenzbasierter Grundlage.

Die Deutsche Rentenversicherung fördert seit 1998 die Entwicklung und den Einsatz von Reha-Therapiestandards (RTS). Ziel der Reha-Therapiestandards ist es, die Behandlung häufig in der Rehabilitation vorkommender Krankheitsbilder (Indikationen) auf eine evidenzbasierte Grundlage zu stellen. Die Reha-Therapiestandards legen fest welche und wie viele Leistungen eine Versicherte oder ein Versicherter der Deutschen Rentenversicherung im Rahmen der Behandlung eines bestimmten Krankheitsbildes während der Rehabilitation mindestens erhalten soll (vgl. Info-Box S. 46). Die ersten Reha-Therapiestandards wurden im Jahr 2007 in der medizinischen Rehabilitation eingeführt und sind seitdem fester Bestandteil der Reha-Qualitätssicherung.

Bislang gibt es Reha-Therapiestandards für folgende Indikationen:

Reha-Therapiestandards (Stand 2019)

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

Im Rahmen des Projektes „Aktualisierung der Reha-Therapiestandards“ wurden von 2013 bis 2015 alle Reha-Therapiestandards grundlegend überarbeitet und an den aktuellen wissenschaftlichen Forschungsstand sowie an die neuen

Reha-Konzepte angepasst. Nach dem Übergangsjahr 2016, in dem die aktualisierten Reha-Therapiestandards eingeführt wurden, sind diese seit 2017 in der medizinischen Rehabilitation verbindlich.

Reha-Therapiestandards ergänzen die Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften.

Reha-Therapiestandards

Die Reha-Therapiestandards (RTS) sind Teil der externen Reha-Qualitätssicherung. Sie tragen ganz wesentlich dazu bei, das therapeutische Versorgungsgeschehen transparent zu machen. Sie stellen die therapeutische Versorgung auf eine wissenschaftliche Grundlage und können Defizite in der Versorgung aufzeigen. Die Anforderungen an eine Rehabilitation werden für alle Reha-Therapiestandards in den sogenannten „Evidenzbasierten Therapiemodulen“ (ETM) einheitlich festgelegt. Sie definieren für das entsprechende Krankheitsbild die therapeutischen Inhalte und Leistungen, deren Wirksamkeit evidenzbasiert ist. Die Reha-Therapiestandards für „Depressive Störungen“ umfassen z. B. insgesamt 11 evidenzbasierte Therapiemodule, die ETM 01 bis ETM 11. Dazu gehören u. a. „ETM 01 - Einzelpsychotherapie“, „ETM 04 - Entspannungsverfahren“ oder „ETM 10 - Leistungen zur sozialen und beruflichen Integration“.

Für jedes ETM werden alle in Frage kommenden therapeutischen Leistungen angegeben. Zudem werden eine Mindestdauer und ggf. eine Mindesthäufigkeit festgelegt, mit der diese therapeutischen Leistungen im Rehabilitationsprozess berücksichtigt werden müssen. Schließlich wird vorgegeben, welcher Prozentsatz an Rehabilitandinnen und Rehabilitanden den Mindestanforderungen entsprechend behandelt werden soll. Dieser Mindestanteil ist je nach Therapiemodul unterschiedlich. Die Mindestanteile beruhen auf Schätzungen von Expertinnen und Experten aus der Reha-Praxis. Gleichzeitig bleibt den Reha-Einrichtungen immer genug Raum um individuelle Probleme und Einzelfälle zu berücksichtigen, da nie 100 % der Rehabilitanden in einer vorgegebenen Form behandelt werden müssen. Mindestanteil, Mindestdauer und Mindesthäufigkeit definieren die untere Grenze des Leistungskorridors für eine adäquate Rehabilitation und sollten deshalb nicht unterschritten werden.

Beispielhaft werden im Folgenden aktuelle Ergebnisse zu den Reha-Therapiestandards „Hüft- und Knie-TEP (Totalendoprothese, d. h. künstlicher Gelenkersatz)“ sowie „Brustkrebs“ vorgestellt. In den Abbildungen 9 und 10 werden für die einzelnen evidenzbasierten Therapiemodule jeweils der Prozentanteil der Rehabilitanden, für die die Mindestanforderungen laut Reha-Therapiestandards voll erfüllt wurden („IST“), dem geforderten Mindestprozentanteil gegenübergestellt („SOLL“).

Die Reha-Therapiestandards „Knie- und Hüft-TEP“ beziehen sich auf Rehabilitandinnen und Rehabilitanden nach Knie- und Hüft-TEP. Die Auswertung umfasst alle Personen (nur Anschlussrehabilitation, AHB), die im Jahr 2017 eine Rehabilitation mit einer entsprechenden Diagnose aus dem Geltungsbereich

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
59	Berufliche Rehabilitation
75	Aufwendungen für Rehabilitation
81	Im Fokus
81	Kinder- und Jugendrehabilitation
97	Anhang

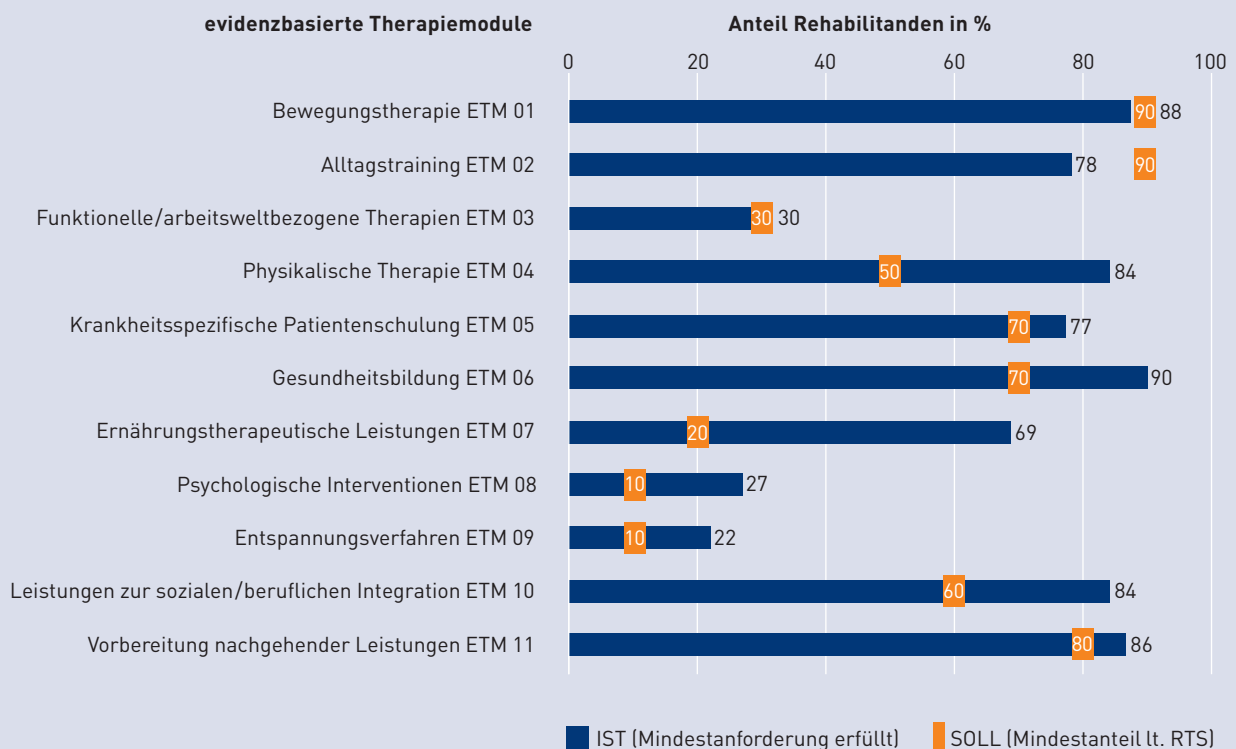
dieser Reha-Therapiestandards beendet haben und deren Behandlungsdauer zwischen 18 und 42 Tagen lag. Dies waren insgesamt 58.058 Rehabilitanden aus 326 Fachabteilungen.

Die Mindestanforderungen wurden in fast allen Bereichen erfüllt.

Die Mindestanforderungen wurden in fast allen evidenzbasierten Therapiemodulen der Reha-Therapiestandards „Knie- und Hüft-TEP“ erfüllt. Verbesserungspotential zeigt sich in dem Therapiemodul Alltagstraining (ETM 02). 90 % der Rehabilitanden sollen insgesamt mindestens 30 Minuten pro Woche Leistungen aus diesem Modul erhalten. Dies wurde jedoch nur bei 78 % der Rehabilitanden erreicht und weist auf Verbesserungspotenzial hin (s. Abb. 9).

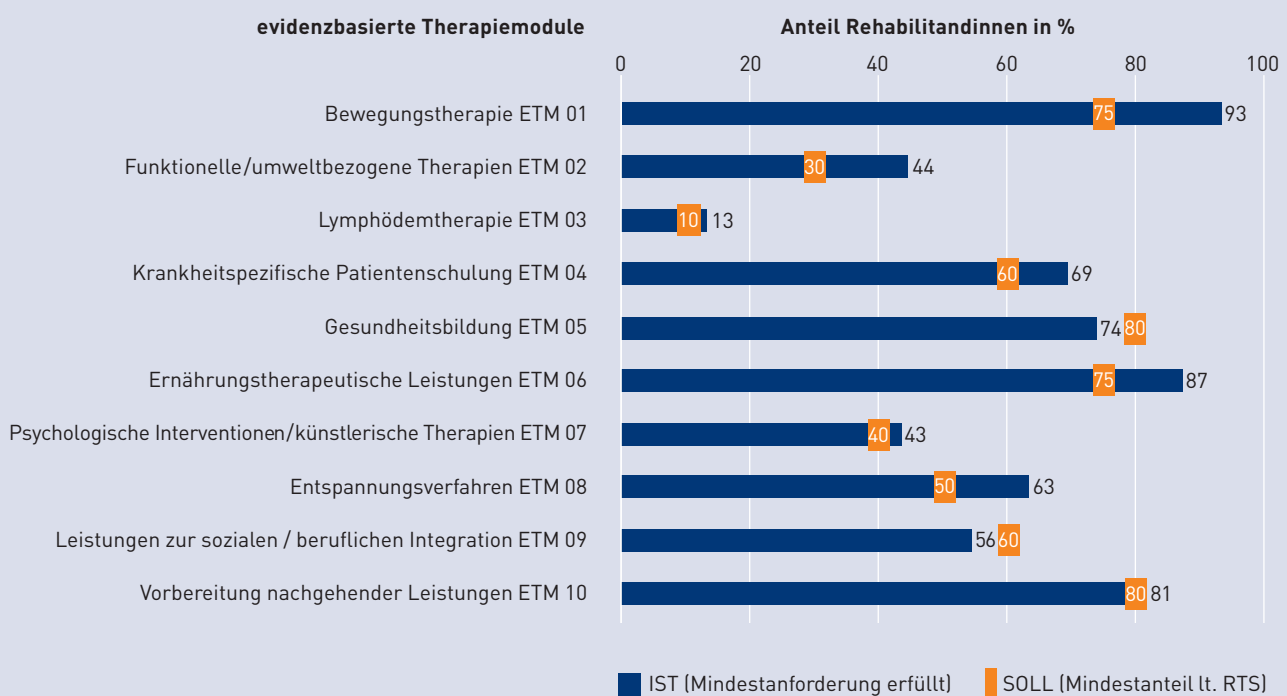
Als weiteres Beispiel werden die Ergebnisse der Reha-Therapiestandards „Brustkrebs“ dargestellt. Insgesamt wurden 36.462 Fälle aus 98 Fachabteilungen ausgewertet, die im Jahr 2017 eine Rehabilitation mit der Erstdiagnose „Bösartige Neubildung der Brustdrüse“ (nur Rehabilitandinnen) abgeschlossen haben und deren Behandlungsdauer zwischen 18 und 42 Tagen lag.

Abb. 9 Therapeutische Behandlung nach den Reha-Therapiestandards „Hüft- und Knie-TEP“ 2017¹



¹ Rehabilitanden, die im Jahr 2017 eine medizinische Rehabilitation im Geltungsbereich der Reha-Therapiestandards (RTS) „Hüft- und Knie-TEP“ beendet haben, N = 58.058
Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2017

Abb. 10 Therapeutische Behandlung nach den Reha-Therapiestandards „Brustkrebs“ 2017¹



¹ Rehabilitandinnen, die im Jahr 2017 eine medizinische Rehabilitation im Geltungsbereich der Reha-Therapiestandards (RTS) „Brustkrebs“ beendet haben, N = 36.462

Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2017

Die in den evidenzbasierten Therapiemodulen der Reha-Therapiestandards „Brustkrebs“ festgelegten Mindestanforderungen wurden für fast alle Therapiebereiche erfüllt. Lediglich in den Bereichen Gesundheitsbildung (ETM 05) und Leistungen zur sozialen und beruflichen Integration (ETM 09) wurden die Mindestanforderungen laut Reha-Therapiestandards knapp nicht erreicht (s. Abb. 10).

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

Behandlungserfolg aus Rehabilitandensicht

Der Erfolg einer medizinischen Rehabilitation ist von zentraler Bedeutung. Dieser lässt sich zum einen durch die subjektive Einschätzung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden (Rehabilitandenbefragung) näher beschreiben (Abb. 11 und 12). Eine weitere Möglichkeit bieten die Routinedaten der

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
59	Berufliche Rehabilitation
75	Aufwendungen für Rehabilitation
81	Im Fokus
81	Kinder- und Jugendrehabilitation
97	Anhang

Deutschen Rentenversicherung. Sie ermöglichen es, objektiv darzustellen, wie viele pflichtversicherte Rehabilitanden nach Abschluss der Rehabilitation im Erwerbsleben verbleiben (s. Info-Box S. 51 und Abb. 13 und 14).

Rehabilitanden werden nicht nur nach der Zufriedenheit mit ihrer Rehabilitation gefragt, sondern auch nach dem subjektiven Erfolg der durchgeführten Rehabilitation (s. Info-Box S. 41). Die Befragten beurteilen ihren Gesundheitszustand und ihre Leistungsfähigkeit, indem sie sich an den Zustand vor der Rehabilitation erinnern: „Wenn Sie jetzt noch einmal an Ihre Zeit vor der Rehabilitation denken, haben sich Ihre Beschwerden durch die Rehabilitation verbessert?“.

Drei von vier Rehabilitanden berichten eine Besserung ihrer psychosomatischen Beschwerden.

Abbildung 11 zeigt, welche Bereiche der Gesundheit sich aus Sicht der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden durch eine stationäre somatische Rehabilitation verbessert haben: Drei Viertel der Rehabilitanden (75 %) berichten von einer Besserung ihrer psychosomatischen Beschwerden wie zum Beispiel Erschöpfung, Niedergeschlagenheit, Nervosität oder innere Unruhe. 73 % der Rehabilitanden 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 (Besserung des gesundheitsförderlichen Verhaltens). 70 % der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden geben eine Besserung ihres allgemeinen Gesundheitszustands an. 67 % erleben sich als leistungsfähiger in Beruf und Alltag und 75 % beurteilen die Rehabilitation insgesamt als erfolgreich. Im Geschlechtervergleich bewerten Frauen den Erfolg der Rehabilitation über alle Bereiche hinweg etwas positiver. Besonders deutlich ist dieser Unterschied hinsichtlich der Besserung der psychosomatischen Beschwerden (Frauen: 78 % vs. Männer: 73 %) und der Besserung körperlicher Beschwerden (Frauen: 67 % vs. Männer: 62 %).

Abbildung 12 veranschaulicht den subjektiv wahrgenommenen Behandlungserfolg in der stationären psychosomatischen Rehabilitation und der stationären Suchtbehandlung. Die Mehrheit der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sieht die durchgeführte Rehabilitationsleistung als insgesamt erfolgreich an. Dieser Anteil ist bei Versicherten, die eine Suchtbehandlung in Anspruch nehmen, mit 75 % höher als bei Versicherten mit einer psychosomatischen Rehabilitation (63 %).

Langfristige Abstinenz erscheint mehr als zwei Drittel der Suchtkranken machbar.

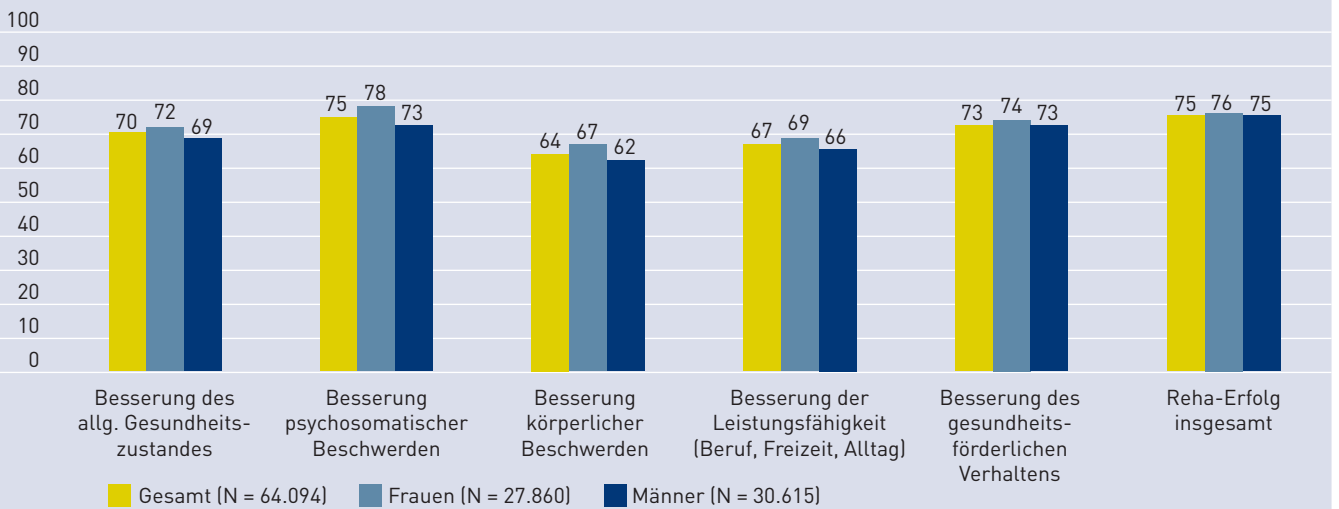
Die Abstinenz vom Suchtmittel ist, zusammen mit der beruflichen (Wieder-) Eingliederung, das wichtigste Ziel der Sucht- bzw. Entwöhnungsbehandlung. Eine kurzfristige Abstinenz gelingt 92 % der Abhängigkeitserkrankten. Immerhin 69 % der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden gehen davon aus, langfristig abstinent zu bleiben.

Behandlungserfolg – Sozialmedizinischer Verlauf

Die Erwerbsfähigkeit dauerhaft zu erhalten, ist ein Hauptziel der Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung. Der Erfolg einer Rehabilitation wird nicht nur subjektiv von den Rehabilitanden selbst eingeschätzt. Er lässt sich auch

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

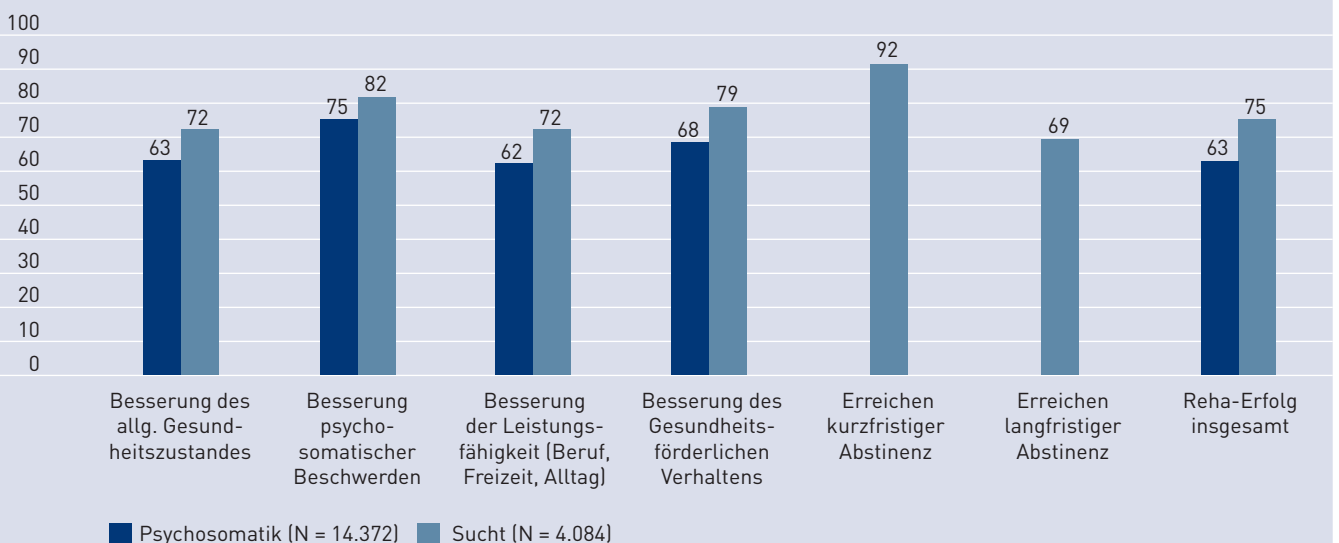
Anteile Rehabilitanden in %



Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Rehabilitandenbefragung Okt. 2016 bis Sept. 2017

Abb. 12 Behandlungserfolg aus Sicht der Rehabilitanden in der stationären Psychosomatik und Suchtbehandlung

Anteile Rehabilitanden in %



Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Rehabilitandenbefragung Okt. 2016 bis Sept. 2017

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
59	Berufliche Rehabilitation
75	Aufwendungen für Rehabilitation
81	Im Fokus
81	Kinder- und Jugendrehabilitation
97	Anhang

Routinedaten geben Aufschluss über den Erfolg der Rehabilitation.

objektiv an der Anzahl der Rehabilitanden messen, die nach dem Ende der Rehabilitationsleistung möglichst dauerhaft in das Berufsleben zurückkehren. Man spricht hier auch vom „Return to Work“ (RTW). Dieser Erwerbsverlauf nach medizinischer Rehabilitation, der sogenannte Sozialmedizinische Verlauf (SMV), wird auf Grundlage der Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung erfasst (s. Info-Box S. 23 und 51).

Sozialmedizinischer Verlauf

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

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

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

Grundlage für die Analysen ist die Reha-Statistik-Datenbasis (RSD), die das Rehabilitations- und Berentungsgeschehen im Zeitverlauf wiedergibt (s. Anhang S. 97).

Abbildung 13 zeigt den Erwerbsverlauf von pflichtversicherten Rehabilitanden, die ihre Rehabilitation im Jahr 2015 abgeschlossen haben. Insgesamt 14 % der Personen scheidern in den zwei Jahren nach ihrer medizinischen Rehabilitation aus dem Erwerbsleben aus: 7 % erhalten eine Erwerbsminderungsrente (EM-Rente), 6 % eine Altersrente und 1 % versterbt aus dem Erwerbsleben heraus.

In den zwei Jahren nach Rehabilitation sind 86 % der Rehabilitanden weiterhin erwerbsfähig.

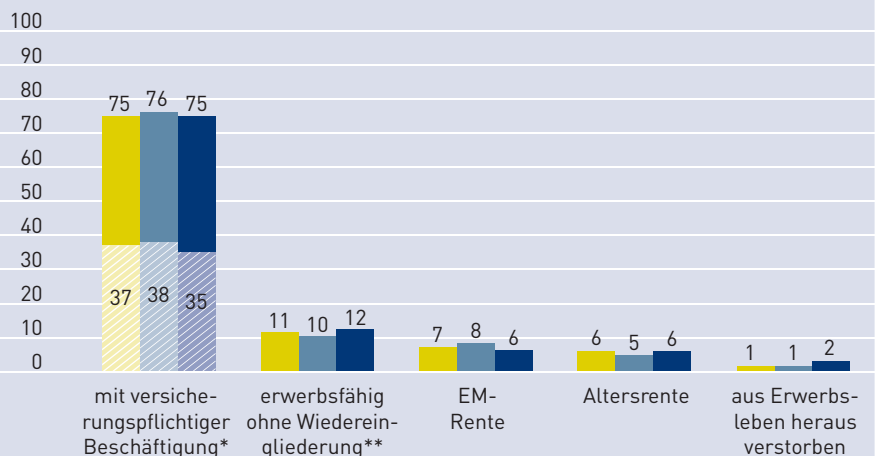
Bei 86 % der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden wird das Ziel, die Erwerbsfähigkeit zu erhalten, erreicht (Zusammenfassung der Kategorien „mit versicherungspflichtiger Beschäftigung“ und „erwerbsfähig ohne Wiedereingliederung“): 75 % der Personen sind in dem Zeitraum versicherungspflichtig beschäftigt (mindestens einen Monat). Etwa die Hälfte der versicherungspflichtig Beschäftigten, d. h. insgesamt 37 %, sind sogar über alle 24 Monate hinweg durchgängig beschäftigt. Als erwerbsfähig gelten weitere 11 % der Rehabilitanden, auch wenn für sie in den zwei Jahren nach Abschluss der

Rehabilitation keine Beitragszahlungen aufgrund einer versicherungspflichtigen Beschäftigung vorliegen („erwerbsfähig ohne Wiedereingliederung“, siehe auch Info-Box S. 51).

Das Ergebnis verdeutlicht den zumindest mittelfristigen 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.

Abb. 13 Sozialmedizinischer 2-Jahres-Verlauf nach medizinischer Rehabilitation in 2015 (pflichtversicherte Rehabilitanden)

Anteile Rehabilitanden in %



Etwa die Hälfte der versicherungspflichtig Beschäftigten sind durchgängig beschäftigt.

■ durchgängig beschäftigt

■ alle Rehabilitanden (N = 776.821) ■ Frauen (N = 382.205) ■ Männer (N = 394.616)

* mindestens für einen Monat Beiträge aus versicherungspflichtiger Beschäftigung

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

Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2010–2017

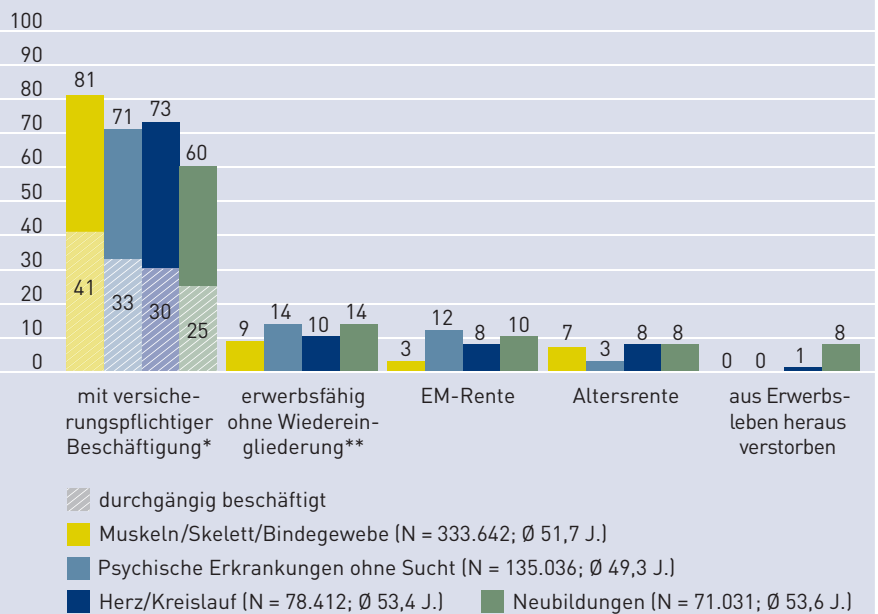
Die Erwerbsfähigkeit unterscheidet sich deutlich zwischen den Erkrankungen.

Betrachtet man den sozialmedizinischen Verlauf differenziert nach Diagnosegruppen, zeigen sich deutliche Unterschiede in den Erwerbsverläufen (s. Abb. 14). So sind in den zwei Jahren nach einer orthopädischen Rehabilitation (Muskeln/Skelett/Bindegewebe) mit 81 % wesentlich mehr Personen versicherungspflichtig beschäftigt als beispielsweise nach einer onkologischen Rehabilitation (60 %, Neubildungen). Nur ein Viertel der Rehabilitanden einer onkologischen Rehabilitation ist durchgängig beschäftigt – ein deutlich geringerer Anteil als bei Rehabilitanden anderer Indikationen. Diese Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen werden vor allem durch die krankheitsspezifischen Verläufe verursacht, die insbesondere bei Tumorerkrankungen ungünstiger sind als bei vielen anderen Erkrankungen. Dies spiegelt sich auch in der deutlich höheren Sterblichkeit (8 %) von onkologischen Rehabilitanden wider.

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
59	Berufliche Rehabilitation
75	Aufwendungen für Rehabilitation
81	Im Fokus
81	Kinder- und Jugendrehabilitation
97	Anhang

Abb. 14 Sozialmedizinischer 2-Jahres-Verlauf nach medizinischer Rehabilitation in 2015 für verschiedene Diagnosegruppen (pflichtversicherte Rehabilitanden)

Anteile Rehabilitanden in %



* mindestens für einen Monat Beiträge aus versicherungspflichtiger Beschäftigung

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

Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2010–2017



Medizinische Rehabilitation: Reha-Einrichtungen

Medizinische Rehabilitation wird überwiegend in Vertragseinrichtungen durchgeführt.

Es gibt mehr als 1.100 stationäre Vorsorge- und Reha-Einrichtungen in Deutschland.

2018 belegte die Rentenversicherung rund 65.500 Betten in Reha-Einrichtungen.

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

Einen ersten Eindruck über die Größenordnung der Reha-Einrichtungen geben Zahlen des Statistischen Bundesamtes. 2017 gab es demnach in Deutschland 1.142 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 Pflegetagen (Behandlungsdauer) des gleichen Jahres und geteilt durch 365 Tage (Berechnungszeitraum). Für das Jahr 2018 wurde demnach rechnerisch ein Bedarf an rund 64.600 Betten ermittelt. Dieser Bedarf wird überwiegend in Vertragseinrichtungen gedeckt (50.674 Betten). Etwa 22 % der durch die Rentenversicherung belegten Betten steht in eigenen Einrichtungen der Rentenversicherung (14.538) zur Verfügung. Insgesamt wurden in den eigenen Einrichtungen 15.438 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: In den Bundesländern Bayern und Baden-Württemberg werden mit Abstand die meisten stationären Reha-Leistungen durchgeführt, gefolgt von Hessen und Nordrhein-Westfalen. In Stadtstaaten findet die wohnortnahe ambulante Rehabilitation zunehmend Verbreitung.

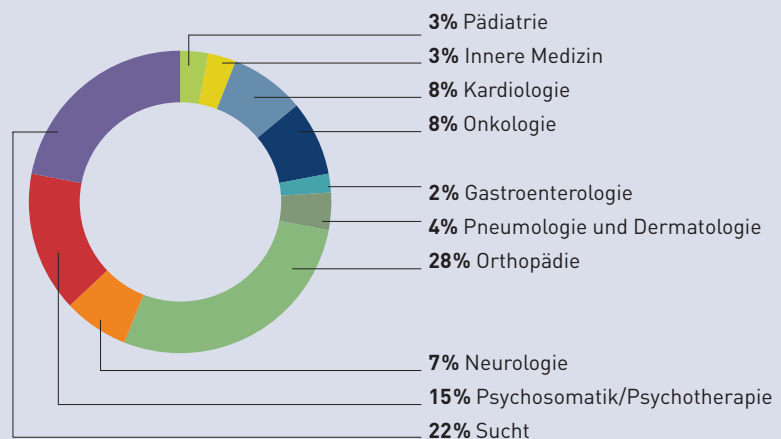
1.284 stationäre Fachabteilungen nehmen an der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung teil.

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 1.284 Fachabteilungen an der Reha-Qualitätssicherung durch die Rentenversicherung teil. Darüber hinaus wurden die ambulanten Reha-Zentren in das Qualitätssicherungsprogramm integriert.

Stationäre Fachabteilungen	Anzahl
Orthopädie	367
Sucht	277
Neurologie	96
Psychosomatik/Psychotherapie	187
Onkologie	106
Kardiologie	99
Innere Medizin	35
Pneumologie/Dermatologie	45
Gastroenterologie	29
Pädiatrie	43
Summe Fachabteilungen	1.284

Abb. 15 Fachabteilungen in stationären Reha-Einrichtungen (N = 1.284)



Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Einrichtungsdatenbank (QS-REDA) 2019

In Abb. 15 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 zwischen fünf und sechs Wochen, Entwöhnungsbehandlungen wiederum können mehrere Monate dauern (s. Tab. 4, S. 33). Analog zur geringeren Häufigkeit entsprechender Erkrankungen in der Rehabilitation, ist der Anteil gastroenterologischer, pneumologischer und dermatologischer Fachabteilungen bzw. der inneren Medizin klein (2 % - 4 %). Die Fachabteilungen, die Kinder- und Jugendrehabilitationen (Pädiatrie) durchführen, machen ebenfalls nur einen Anteil von 3 % aus (s. Abb. 15).



Berufliche Rehabilitation: Umfang und Struktur

Die berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung zielt ebenso wie medizinische Reha-Leistungen auf eine dauerhafte Eingliederung von Menschen mit chronischen Krankheiten oder Behinderungen in das Erwerbsleben. Das Spektrum dieser Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) der Rentenversicherung ist breit gefächert (s. Info-Box). Auch für die berufliche Rehabilitation stellt die Routinestatistik der Rentenversicherung (s. Info-Box S. 23 und S. 97) 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 2018 reichten die Versicherten 434.534 Anträge auf LTA bei der Rentenversicherung ein (wobei ein Versicherter auch mehrere Leistungen gleichzeitig beantragen kann). 64 % der erledigten Anträge wurden bewilligt, 28 % abgelehnt und 9 % anderweitig erledigt, z. B. an den letztlich zuständigen Rehabilitationsträger weitergeleitet. Die Ablehnungen erfolgten zu 73 % aus medizinischen Gründen. In den restlichen Fällen waren zumeist versicherungsrechtliche Voraussetzungen nicht erfüllt. 2 % der bewilligten Leistungen traten die Versicherten nicht an, häufig wegen familiärer Probleme oder einer Verschlechterung ihres Gesundheitszustands.

434.534 Anträge auf LTA wurden in 2018 gestellt.

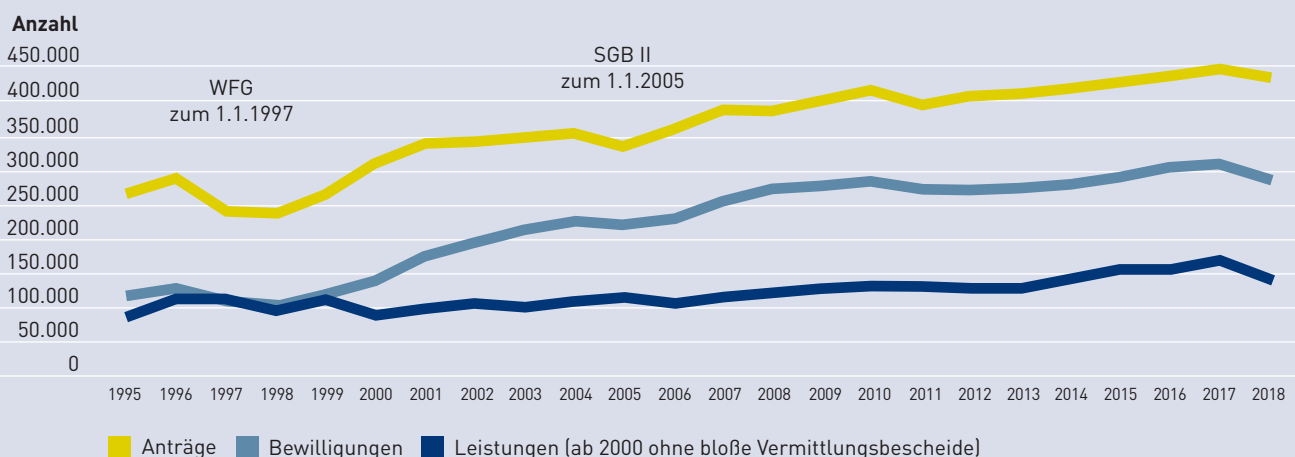
Unschärfen ergeben sich bei statistischen Betrachtungen eines Kalenderjahres durch wechselnde Bezugsgrößen: Beispielsweise werden Anträge eines Jahres nicht immer im gleichen Jahr erledigt. Manchmal vergeht nach einer Beantragung eine gewisse Zeit, bis eine Leistung abgeschlossen wird, beispielsweise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

Die Zahl der Anträge, Bewilligungen und abgeschlossenen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unterliegt wie bei medizinischen Leistungen (vgl. Abb. 1, S. 24) zeitlichen Schwankungen, wenn auch nicht so ausgeprägt (s. Abb. 16). Von 1995 bis 2018 ist die Zahl der Anträge von etwa 264.000 auf fast 435.000 und damit auf mehr als das 1,5-fache gestiegen. Die Zahl der Bewilligungen hat sich in diesem Zeitraum mehr als verdoppelt.

Dagegen beträgt die Zahl der abgeschlossenen Leistungen im Jahr 2018 wiederum nur etwas mehr als das 1,5-fache des Jahres 1995. Die Diskrepanz zwischen Bewilligungen und abgeschlossenen Leistungen ist im Wesentlichen auf die Vermittlungsbescheide zurückzuführen, die zwar bewilligt werden, sich aber seit 2000 nicht in einer vergleichbar höheren Zahl abgeschlossener Leistungen niederschlagen. Vermittlungsbescheide sind eine Zusage weiterer Leistungen für den Fall, dass Versicherte nach einer beruflichen Umschulung einen Arbeitsplatz finden, der ihren krankheitsbedingten Beeinträchtigungen gerecht wird. Ein Teil dieser Vermittlungsbescheide mündet jedoch nicht in eine Leistung, da kein geeigneter Arbeitsplatz gefunden wird.

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

Abb. 16 Teilhabe am Arbeitsleben: Anträge, Bewilligungen und abgeschlossene Leistungen 1995–2018



WFG = Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz; SGB = Sozialgesetzbuch

Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2019

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
59	Berufliche Rehabilitation
75	Aufwendungen für Rehabilitation
81	Im Fokus
81	Kinder- und Jugendrehabilitation
97	Anhang

Anträge und Bewilligungen sowie zeitlich verzögert auch die abgeschlossenen beruflichen Leistungen zurück.

In den Folgejahren – mit Ausnahme der Jahre 2005 und 2011– zeigt sich bis 2017 wieder ein kontinuierlicher Anstieg von Anträgen und Bewilligungen. Für die abgeschlossenen Leistungen ist diese Entwicklung ähnlich – wenn auch auf einem niedrigeren Niveau (s. Abb. 16). Der Rückgang der Anträge auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) in 2005 lässt sich unter anderem auf die Einführung des SGB II (Grundsicherung für Arbeitsuchende) mit einer veränderten Zuständigkeit für Langzeitarbeitslose und auch deren Rehabilitation zurückführen.

Seit 2017 sinken Anträge und Bewilligungen.

Seit 2017 gehen Anträge und stärker noch Bewilligungen und abgeschlossene Leistungen wieder deutlicher zurück. Von 2017 auf 2018 sind die Antragszahlen um 3,6 % gesunken. Ebenso sind die Bewilligungen (-8,2 %) und vor allem durchgeführten Leistungen (-13,9 %) erheblich zurückgegangen (s. Tab. 7). Dies ist in hohem Maße auf einen Rückgang bei den Leistungen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes zurückzuführen (von 53 % in 2017 auf 48 % in 2018).

Tab. 7 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben: Anzahl der Anträge, Bewilligungen und abgeschlossenen Leistungen 2017 und 2018

	Anträge	Bewilligungen	Leistungen
2017	450.601	309.015	165.980
2018	434.534	283.728	142.917
Veränderungsrate 2017–2018	-3,6 %	-8,2 %	-13,9 %

Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2019

Zeitliche Entwicklung

Tabelle 8 unterlegt die zeitliche Entwicklung der abgeschlossenen LTA mit Zahlen. In dem hier dargestellten Zeitraum von 2006 bis 2018 werden im Jahr 2018 mit 142.917 weniger LTA abgeschlossen als in 2017, die Zahlen gehen auf das Niveau von 2014 zurück. Nach dem leichten Rückgang von 2005 auf 2006 wegen der Einführung des Sozialgesetzbuches (SGB) II (s. o.), nehmen die abgeschlossenen LTA bis 2010 wieder deutlich zu. Der erneute Rückgang in 2011 und 2012 ist zu einem großen Anteil auf die in diesen Jahren rückläufige Entwicklung der LTA bei Frauen zurückzuführen. Von 2013 bis 2017 steigen die abgeschlossenen Leistungen wieder an. Dies zeigt sich sowohl bei Männern als auch bei Frauen.

Zwar ist die Anzahl abgeschlossener Leistungen bei Frauen in 2018 etwa 1,4-fach so hoch wie in 2006, dennoch absolvieren sie 2018 immer noch deutlich weniger LTA als Männer: Etwa ein Drittel der LTA wird in 2018 von Frauen in Anspruch genommen. Während sich das Verhältnis von Frauen

Männer nehmen LTA häufiger wahr als Frauen.

und Männern von 2006 (33 %) bis 2017 (37 %) zugunsten der Frauen verschoben hat (mit einem Anteil von 38 % in 2010), hat dies mit dem Rückgang der abgeschlossenen Leistungen im letzten Jahr wieder das Niveau von 2006 mit 33 % erreicht. Die Inanspruchnahme ist in der beruflichen Rehabilitation demnach noch immer zu Gunsten der Männer verschoben.

Tab. 8 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 2006–2018

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

* 2016 und 2017: korrigierte Zahlen aufgrund einer Übererfassung im Statistikband
Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2006–2018

Der Schwerpunkt von LTA liegt auf Leistungen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes.

Leistungsspektrum

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben umfassen ganz unterschiedliche Leistungen, mit denen die Rentenversicherung individuell und flexibel auf die unterschiedlichen Bedürfnisse der Versicherten und ihrer Arbeitgeber reagiert (s. Abb. 17).

Die Verteilung der verschiedenen LTA fällt bei Frauen und Männern in 2018 etwas unterschiedlich aus: Leistungen zur Erhaltung oder Erlangung 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 38 % und Männern mit 53 % den größten Leistungsbereich dar. Gegenüber 2017 ist diese Leistungsart bei Frauen um 13 Prozentpunkte gesunken, während sie bei Männern annähernd gleich bleibt.

28.104 Leistungen zur beruflichen Bildung wurden in 2018 erbracht.

Einen weiteren großen Block bilden Leistungen zur beruflichen Bildung, die für Frauen (25 %) mittlerweile eine größere Bedeutung haben als für Männer (17 %). Hierbei stehen vor allem Weiterbildungen (Umschulung, Fortbildung)

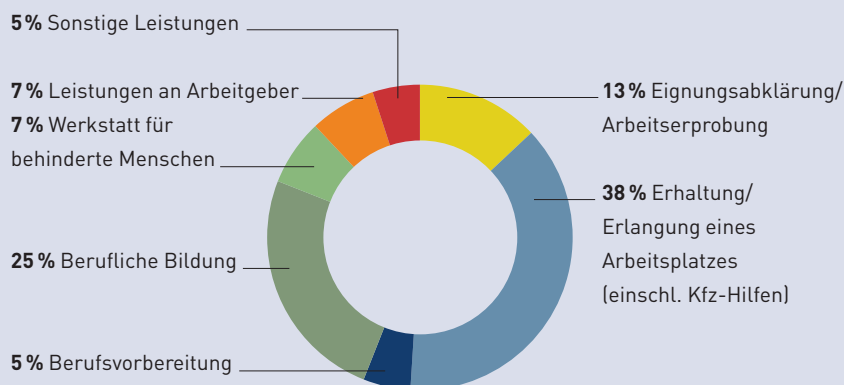
4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
59	Berufliche Rehabilitation
75	Aufwendungen für Rehabilitation
81	Im Fokus
81	Kinder- und Jugendrehabilitation
97	Anhang

und berufliche Anpassung im Vordergrund. Vergleicht man jedoch die Anzahlen der beruflichen Bildungsleistungen von 2017 und 2018, zeigt sich, dass Frauen in 2018 sogar etwas weniger Bildungsleistungen in Anspruch nehmen als in 2017. Der gestiegene Anteil der Bildungsleistungen ist der stark gesunkenen Gesamtzahl der LTA bei Frauen geschuldet, was vorrangig durch den Rückgang der Leistungen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes hervorgerufen wird.

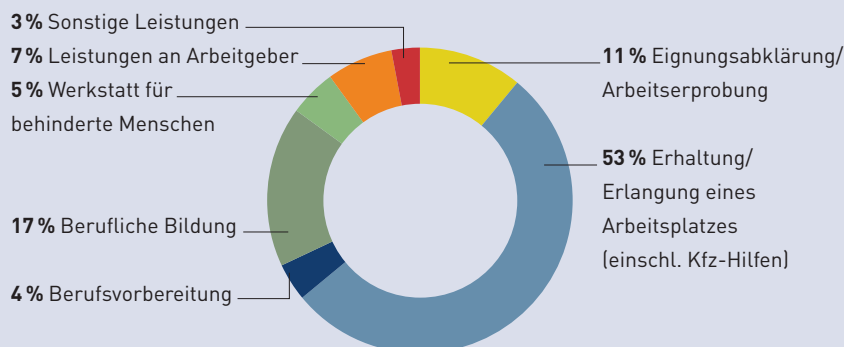
Für Frauen und Männer ungefähr gleich bedeutsam sind die Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen (Frauen 7 %, Männer 5 %), zur Berufsvorbereitung (5 % bzw. 4 %), zur Eignungsabklärung und Arbeitserprobung (13 % bzw. 11 %) sowie Leistungen an Arbeitgeber (7 %). Bei den Leistungen an Arbeitgeber ist zwar der Arbeitgeber der Begünstigte, beantragt werden

Abb. 17 Spektrum der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei Frauen und Männern 2018 – abgeschlossene Leistungen

Frauen: 46.951 Leistungen



Männer: 95.966 Leistungen



Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2018

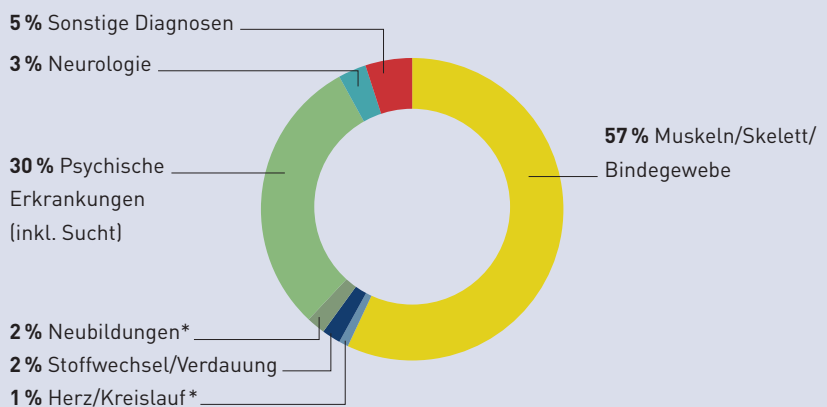
sie jedoch von den Versicherten. Diese Leistungen unterstützen Arbeitgeber darin, behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen wieder ins Arbeitsleben einzugliedern.

Berufliche Bildung – Krankheitsspektrum

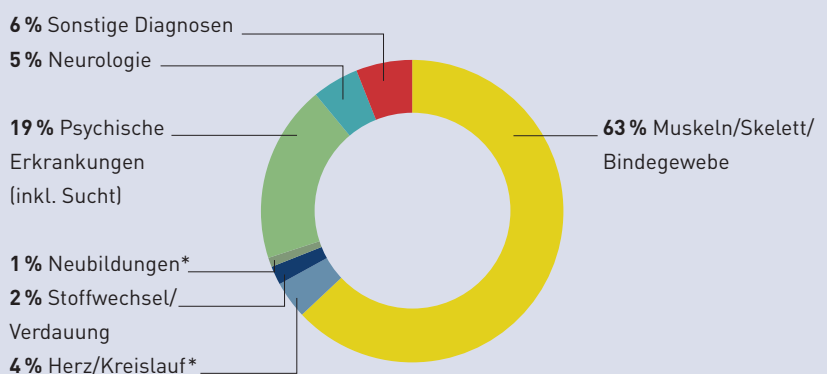
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind sehr vielfältig. Sie reichen von finanziellen Zuschüssen bis hin zur beruflichen Umschulung, die mehrere Jahre dauern kann. Die folgende Darstellung konzentriert sich auf berufliche

Abb. 18 Krankheitsspektrum bei Bildungsleistungen von Frauen und Männern 2018¹ – abgeschlossene Leistungen²

Frauen: 11.621 Leistungen



Männer: 16.483 Leistungen



Berufliche Bildungsleistungen erfolgen vor allem wegen orthopädischer und psychischer Erkrankungen.

¹ ab 2016 neue ICD-10-Zuordnung einzelner Diagnosen

² ohne Fälle, bei denen die 1. Diagnose noch nicht erfasst ist

* ohne neurologische Krankheitsbilder

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2018

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
59	Berufliche Rehabilitation
75	Aufwendungen für Rehabilitation
81	Im Fokus
81	Kinder- und Jugendrehabilitation
97	Anhang

Bildungsleistungen, die aufgrund der langen Dauer sehr kostenintensiv sind (s. Info-Box S. 66).

Knapp ein Drittel der beruflichen Bildungsleistungen erfolgen bei Frauen aufgrund von psychischen Erkrankungen.

Vor allem zwei Diagnosegruppen führen zu beruflichen Bildungsleistungen (s. Abb. 18). 57 % der beruflichen Bildungsleistungen für Frauen und sogar 63 % der für Männer gehen 2018 auf Krankheiten der Muskeln, des Skeletts oder des Bindegewebes zurück. Ebenfalls von erheblicher Bedeutung sind die psychischen Erkrankungen, insbesondere bei Frauen. Knapp ein Drittel (30 %) ihrer Bildungsleistungen erfolgt aufgrund psychischer Erkrankungen, bei Männern sind dies mit 19 % deutlich weniger. Die leichte Steigerung bei den Krankheiten der Muskeln, des Skeletts oder des Bindegewebes gegenüber 2015 basiert auch auf der besseren Zuordnung der Einzeldiagnosen zu den Diagnosegruppen seit 2016 (s. auch Info-Box S. 23). 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 %).

Berufliche Bildung

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. 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.

Qualifizierungsleistungen

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

Berufliche Bildung – alterspezifische Inanspruchnahme

Rehabilitanden, die Bildungsleistungen in Anspruch nehmen, sind im Durchschnitt wesentlich jünger als Rehabilitanden in der medizinischen Rehabilitation (s. S. 35 und 36). Das Durchschnittsalter von Frauen, die in 2018 eine berufliche Bildungsleistung abgeschlossen haben, liegt bei 46,5 Jahren. Männer waren mit im Durchschnitt 45,9 Jahren etwa gleich alt. Betrachtet man alle LTA, liegt der Altersdurchschnitt höher als in der Teilgruppe der beruflichen Bildungsleistungen (Frauen 47,6 Jahre, Männer 48,4 Jahre).

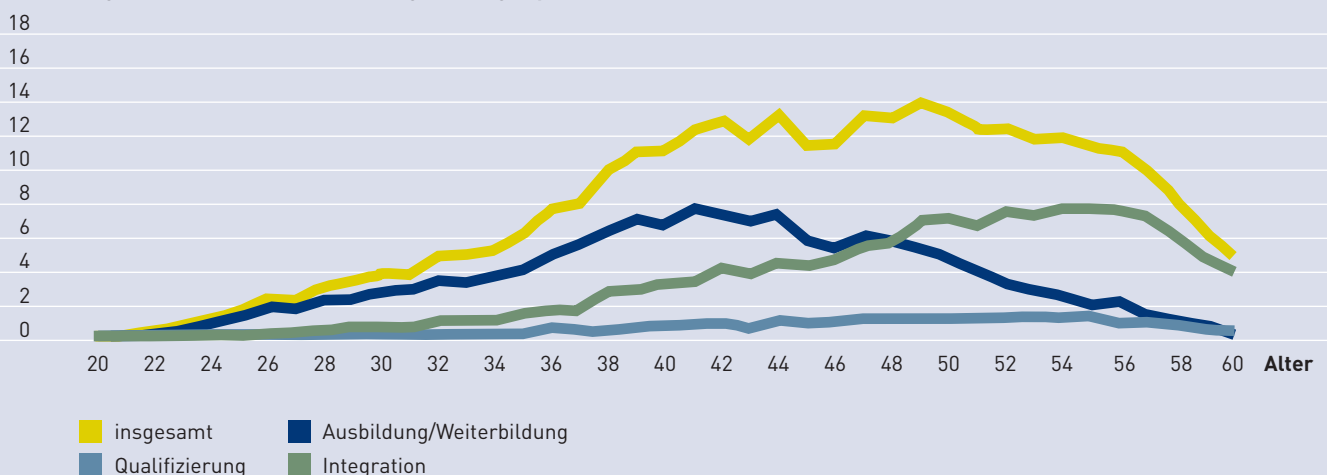
Auch die Inanspruchnahme beruflicher Bildungsleistungen hängt, wie die Inanspruchnahme medizinischer Reha-Leistungen, mit dem Alter zusammen. Die Inanspruchnahme wird als Inanspruchnahmerate dargestellt, d. h. als Leistungen pro 10.000 Versicherte. Werden die Rehabilitanden zu Versicherten gleichen Alters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

Aus- und Weiterbildungen steigen im Jahr 2018 bis zum Alter von 39 Jahren relativ stetig an (7,2 Rehabilitanden auf 10.000 Versicherte). Auch mit 41 Jahren (mit dem Maximum von knapp acht Rehabilitanden auf 10.000 Versicherte) und mit 44 Jahren (7,5 Rehabilitanden auf 10.000 Versicherte) gibt es weitere Spitzen. Anschließend sinkt die altersspezifische Inanspruchnahme deutlich (s. Abb. 19). Aus- und Weiterbildungen werden damit am häufigsten bei Versicherten zwischen 39 und 44 Jahren durchgeführt. Diese relativ kostenintensiven Leistungen – vor allem Umschulungen mit einer Dauer von

Weiterbildungen werden am häufigsten im Alter von 39 bis 44 Jahren durchgeführt.

Abb. 19 Berufliche Bildungsleistungen: Altersspezifische Inanspruchnahmeraten 2018

Anzahl abgeschlossene berufliche Bildungsleistungen pro 10.000 Versicherte



Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2018, „Versicherte“ 2017

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
59	Berufliche Rehabilitation
75	Aufwendungen für Rehabilitation
81	Im Fokus
81	Kinder- und Jugendrehabilitation
97	Anhang

Integrationsleistungen haben ihr Maximum bei 54 Jahren, Qualifizierungen bei 55 Jahren.

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 54 Jahren (knapp acht auf 10.000 Versicherte gleichen Alters); in höherem Alter sinkt die Inanspruchnahme dann wieder. Bei den Qualifizierungsleistungen gibt es ebenfalls einen – wenngleich moderaten – Anstieg der Inanspruchnahme mit zunehmendem Alter bis etwa 55 Jahre (1,5 auf 10.000 Versicherte gleichen Alters). In den letzten Jahren verschiebt sich die Inanspruchnahme der Bildungsleistungen insgesamt wie auch bei den unterschiedlichen Leistungsarten zunehmend auf die höheren Altersstufen.

Berufliche Bildung – altersstandardisierte Inanspruchnahme

Wie im vorhergehenden Abschnitt dargestellt, gibt es einen Zusammenhang zwischen der Nutzung der unterschiedlichen Bildungsleistungen und dem Alter der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden. Um die Inanspruchnahme dieser Leistungen in verschiedenen Jahren mit einander vergleichen zu können, wird

Die altersstandardisierte Inanspruchnahme von Qualifizierungen und Weiterbildungen ist zurückgegangen.

Tab. 9 Leistungen zur beruflichen Bildung 2006–2018 nach Art der Bildungsleistung (altersstandardisiert – Leistungen pro 10.000 Versicherte¹)

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

■ Frauen □ Männer

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

Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2006-2018, „Versicherte“ 2005-2017

das Verfahren der Altersstandardisierung angewandt (s. Info-Box S. 37). Die altersstandardisierten Inanspruchnahmeraten für die Jahre 2006 bis 2018 sind getrennt für Frauen und Männer in Tabelle 9 wiedergegeben (s. S. 67).

Die altersstandardisierte Inanspruchnahme ist sowohl bei Qualifizierungsleistungen als auch bei Weiterbildungen von 2017 auf 2018 zurückgegangen, und zwar für Frauen und Männer. Ausschließlich die Inanspruchnahme von Integrationsleistungen hat von 2017 auf 2018 etwas zugenommen. Die Inanspruchnahme von Bildungsleistungen schwankt im betrachteten Zeitraum bei Frauen zwischen 5,8 (in 2007) und 7,5 (in 2010, 2016 und 2017) Leistungen, bei Männern zwischen 8,7 (in 2018) und 11,4 (in 2010) Leistungen pro 10.000 Versicherte.

Geschlechtsspezifische
Unterschiede verringern sich.

In 2018 liegt die Inanspruchnahme bei Frauen mit 6,8 pro 10.000 Versicherte zwar etwas über der Rate im Jahr 2006 (6,0), jedoch niedriger als in 2015 bis 2017 (7,2 bzw. 7,5). Bei Männern ist sie mit 8,7 pro 10.000 Versicherte auf dem tiefsten Stand seit 2006 (10,9) (zur Änderung der standardisierten Raten im Vergleich zu vorherigen Reha-Berichten durch die Verwendung einer neuen Standardisierungspopulation siehe Info-Box S. 37). Die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Inanspruchnahme gleichen sich gegenüber 2006 relativ kontinuierlich an, wobei dies eher der sinkenden Inanspruchnahme bei Männern und weniger der steigenden Inanspruchnahme bei Frauen geschuldet ist.



Berufliche Rehabilitation: Prozess und Ergebnis von Bildungsleistungen

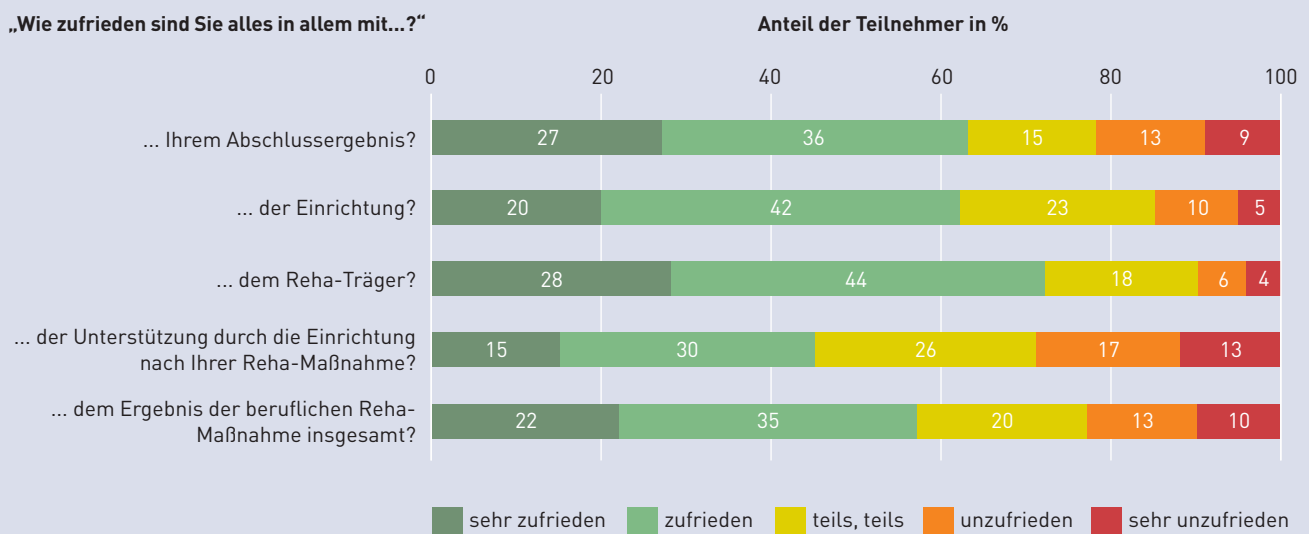
Die Deutsche Rentenversicherung hat zur Sicherung der Qualität der beruflichen Rehabilitation (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) ein umfassendes Qualitätssicherungs-Konzept entwickelt (s. S. 98). Der folgende Berichtsteil behandelt die Ergebnisse der eingesetzten Instrumente und Verfahren. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) sind Angebote der beruflichen Rehabilitation und sollen die dauerhafte Wiedereingliederung von Versicherten mit chronischen Krankheiten oder Behinderungen in das Erwerbsleben ermöglichen (s. Info-Box S. 59). Dazu gehören berufliche Bildungsleistungen, die u. a. aus einer neuen Ausbildung oder Umschulung bestehen können (s. Info-Box S. 66).

Teilnehmer bewerten ihre Bildungsleistungen.

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. Die Befragung bezieht sich auf den Verlauf der Bildungsleistung (z. B. die individuelle Förderung während der Maßnahme) und auf

Abb. 20 Allgemeine Zufriedenheit der Teilnehmer¹ mit der beruflichen Bildungsleistung



¹ alle Teilnehmer, die eine berufliche Bildungsleistung im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung (N = 9.294) oder der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (N= 685) im Jahr 2016 abgeschlossen haben, gesamt (N=9.979)

Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Teilnehmerbefragung, Abschlusszeitraum 2016

Berufliche Rehabilitation: Prozess und Ergebnis von Bildungsleistungen

deren Ergebnis (z. B. erfolgreicher Abschluss oder Wiedereingliederung in das Erwerbsleben nach Ende der Rehabilitation).

In die Auswertung des Befragungszeitraums Februar 2016 bis Januar 2017 gingen die Angaben von 9.979 Teilnehmerinnen und Teilnehmern einer beruflichen Bildungsleistung ein. Für 8.077 davon liegen zusätzlich ergänzende Angaben aus den Routinedaten der Rentenversicherung vor, die weitergehende Analysen ermöglichen. Jeder Rentenversicherungsträger und jede Bildungseinrichtung, aus der mindestens zwölf Teilnehmende den Fragebogen ausgefüllt haben, erhält einen vergleichenden Bericht zur Qualitätssicherung mit einer Auswertung der Teilnehmerurteile. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer einer beruflichen Bildungsleistung bewerten mit ihrem Fragebogen verschiedene Aspekte ihrer Reha-Maßnahme wie z. B. den Reha-Träger oder die Reha-Einrichtung auf einer Skala von 1 für „sehr zufrieden“ bis 5 für „sehr unzufrieden“ (2 für „zufrieden“, 3 für „teils, teils“, 4 für „unzufrieden“).

Die Mehrheit ist mit ihren Bildungsleistungen zufrieden.

Der überwiegende Teil der Befragten (72 %) ist vor allem mit dem Reha-Träger (sehr) zufrieden (Zusammenfassung der Kategorien „sehr zufrieden“ und „zufrieden“, s. Abb. 20, S. 69). Ebenfalls gut bewertet werden das Abschlussergebnis der Rehabilitation (63 %) und die Bildungseinrichtung (62 %). Mehr als die Hälfte der Teilnehmerinnen und Teilnehmer (57 %) sind mit dem Ergebnis der beruflichen Reha-Maßnahme insgesamt sehr zufrieden bzw. zufrieden (22 % und 35 %). Am schlechtesten bewerten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Unterstützung durch die Einrichtung im Anschluss an die Reha-Maßnahme. Weniger als die Hälfte sind (sehr) zufrieden (45 %), fast ein Drittel der Befragten (30 %) gibt an, unzufrieden oder sogar sehr unzufrieden zu sein (17 % und 13 %).

Tab. 10 Eingliederung der Teilnehmer in den Arbeitsmarkt

	Frauen	Männer
	% der jeweils Antwortenden	
Zum Zeitpunkt der Befragung berufstätig oder schon einmal nach Abschluss der Bildungsleistung berufstätig	66 %	61 %
Von diesen geben an:		
...ein unbefristetes Arbeitsverhältnis	50 %	54 %
Die Qualifizierung war...		
...eine notwendige Voraussetzung	44 %	39 %
...eine wichtige Hilfe	33 %	34 %
...von geringer Bedeutung	8 %	9 %
...ohne Bedeutung	8 %	10 %
...keine Einschätzung möglich	7 %	9 %

Quelle: Teilnehmerbefragung, Abschlusszeitraum 2016, (N = 9.979)

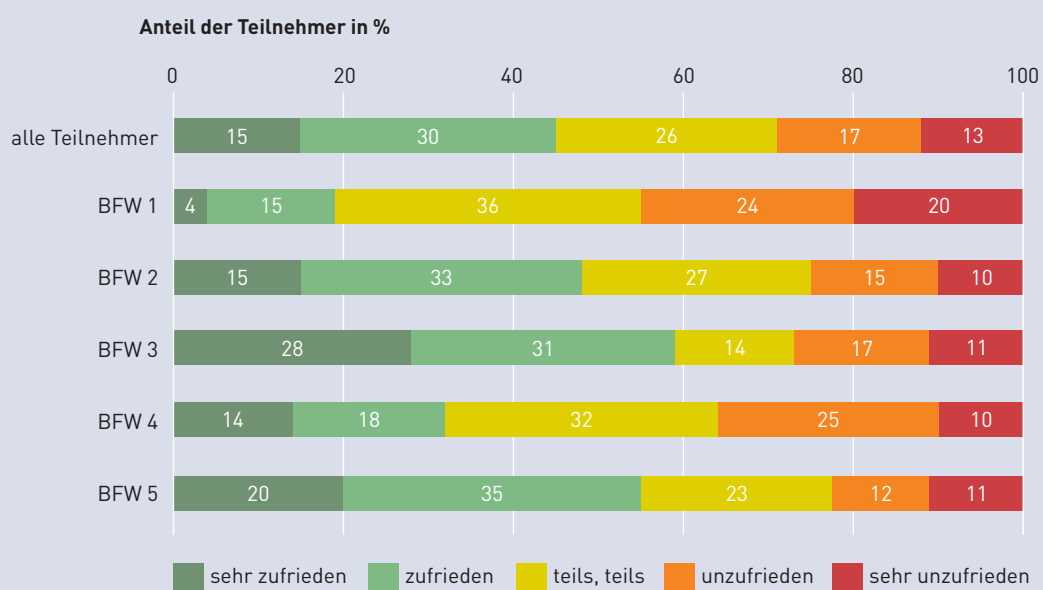
4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
59	Berufliche Rehabilitation
75	Aufwendungen für Rehabilitation
81	Im Fokus
81	Kinder- und Jugendrehabilitation
97	Anhang

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

Der Fragebogen thematisiert auch die Eingliederung in den Arbeitsmarkt nach der Rehabilitation (s. Tab. 10). Fast zwei Drittel der Befragten 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. Ungefähr drei Viertel der Berufstätigen bezeichnen die Bildungsleistung als notwendige Voraussetzung bzw. als wichtige Hilfe zur Erlangung des Arbeitsplatzes (Frauen: 77 %, Männer: 73 %).

Weitere Analysen zur Wiedereingliederung zeigen, dass über 60 % ihre Tätigkeit direkt im Anschluss an die Bildungsleistung aufnehmen. Ansonsten dauert es im Schnitt zwei Monate bis zur ersten Arbeitsaufnahme nach Ende der Bildungsleistung. Absolventen von Bildungsleistungen, die zum Befragungszeitpunkt nicht berufstätig sind, geben als wesentliche Gründe einen schlechten regionalen Arbeitsmarkt (Frauen und Männer gleichermaßen 44 %), einen verschlechterten Gesundheitszustand (48 % bzw. 49 %) sowie mangelnde Unterstützung bei der Stellensuche an (31 % bzw. 35 %) (nicht in der Tabelle).

Abb. 21 Allgemeine Zufriedenheit der Teilnehmer¹ „... mit der Unterstützung durch die Einrichtung nach der Reha-Maßnahme“: fünf Berufsförderungswerke (BFW)² im Vergleich



¹ alle Teilnehmer, die eine berufliche Bildungsleistung im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung (N = 9.294) oder der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (N= 685) im Jahr 2016 abgeschlossen haben, gesamt (N=9.979)

² ausgewählte Berufsförderungswerke mit mind. 100 Teilnehmern, die im Jahr 2016 eine berufliche Bildungsleistung in der entsprechenden Einrichtung abgeschlossen haben

Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Teilnehmerbefragung, Abschlusszeitraum 2016

Berufliche Rehabilitation: Prozess und Ergebnis von Bildungsleistungen

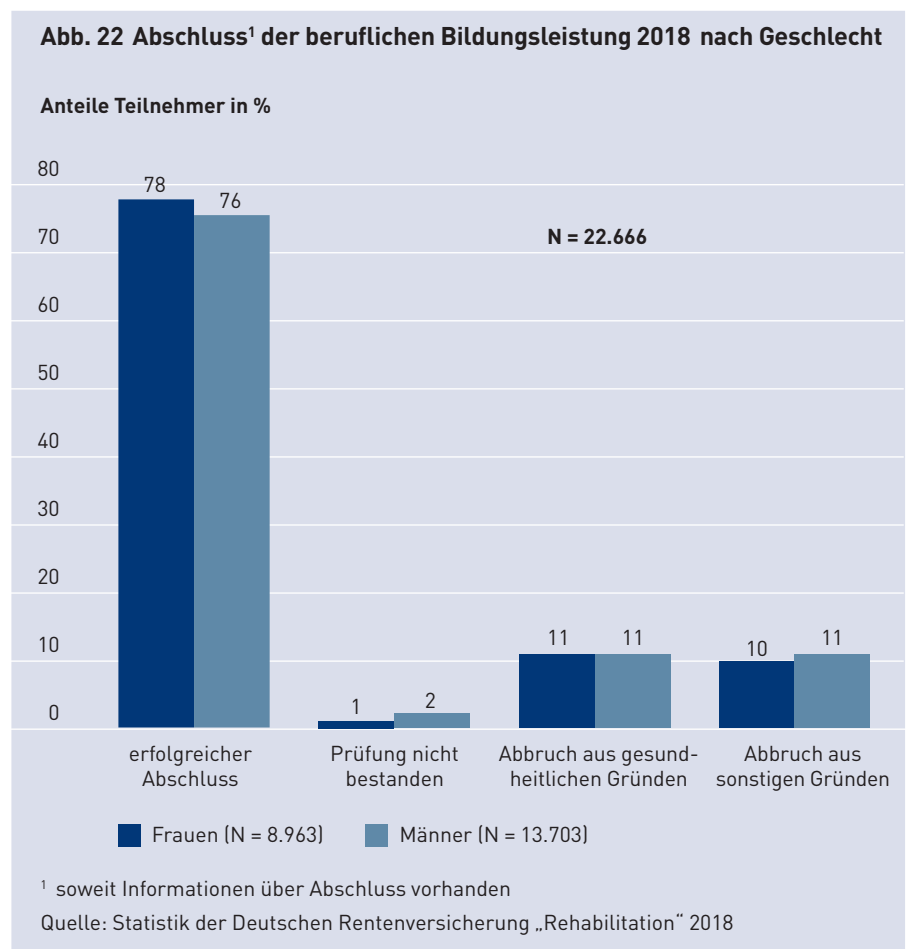
Die Zufriedenheit der Teilnehmer fällt in den einzelnen Einrichtungen unterschiedlich aus.

In Abbildung 21 (s. S. 71) wird dargestellt, wie die Teilnehmenden die Unterstützung durch die Bildungseinrichtung nach der Rehabilitation bewerten. Dafür werden fünf ausgewählte Berufsförderungswerke (BFW, Bildungseinrichtungen für Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit erhöhtem Förderbedarf) gegenübergestellt. Es zeigen sich deutliche Einrichtungsunterschiede: Während in BFW 1 nur 19 % der Teilnehmenden (sehr) zufrieden sind, sind in BFW 3 sogar 59 % der Teilnehmenden (sehr) zufrieden.

Abschluss der beruflichen Bildungsleistungen

Berufliche Bildungsleistungen haben die Herstellung der Teilhabe am Erwerbsleben zum Ziel. Eine wichtige Voraussetzung dafür ist der erfolgreiche Abschluss der Rehabilitationsleistung. Mehr als drei Viertel der Teilnehmerinnen und Teilnehmer schlossen ihre Bildungsleistung im Jahr 2018 erfolgreich ab, rund 28 % davon mit einem staatlich anerkannten Abschluss. Etwa jeder Fünfte bricht die Bildungsleistung ab, davon etwas mehr als die Hälfte aus gesundheitlichen Gründen (s. Abb. 22). Meist beenden die Versicherten selbst die Bildungsleistung vorzeitig, selten der Rentenversicherungsträger (nicht in der Abbildung).

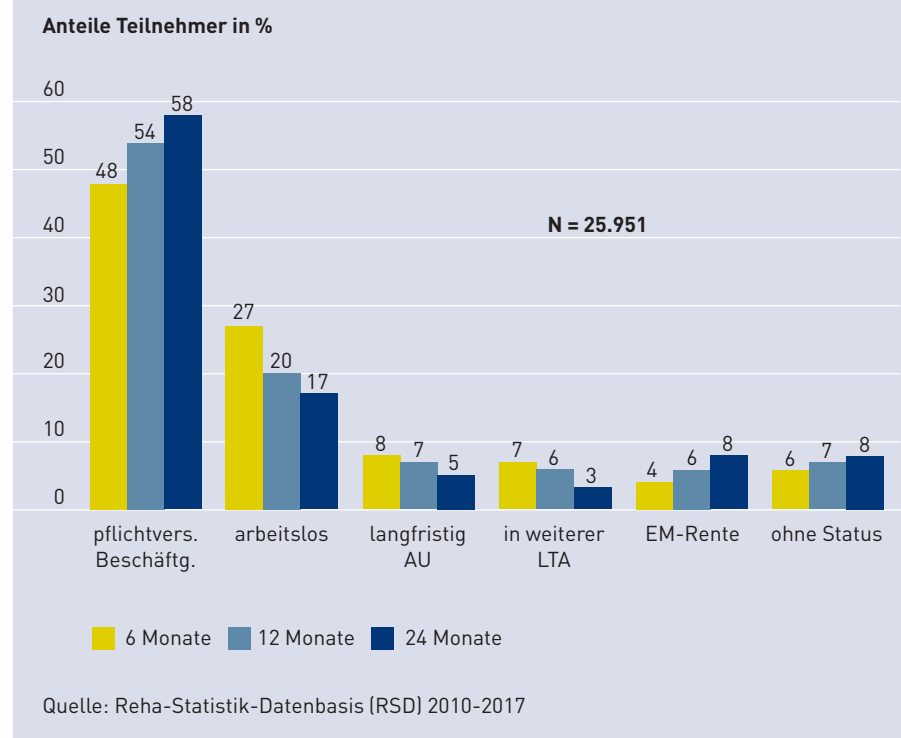
Drei Viertel der beruflichen Bildungsleistungen werden erfolgreich abgeschlossen.



Wiedereingliederungsstatus nach beruflichen Bildungsleistungen

Der Erfolg der beruflichen Bildungsleistungen bemisst sich wesentlich an dem Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, der anschließend dauerhaft erwerbstätig ist. Die Routinedaten der Rentenversicherung ermöglichen dazu eine objektive Betrachtung über zwei Jahre nach Abschluss der Bildungsleistung.

Abb. 23 Wiedereingliederungsstatus im 6., 12. und 24. Monat nach beruflicher Bildungsleistung im Jahr 2015



Die Beschäftigungsquote nimmt auch zwei Jahre nach der Bildungsleistung noch zu.

Die berufliche Wiedereingliederung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die 2015 ihre Bildungsleistung abgeschlossen haben, nimmt im Verlauf der beiden folgenden Jahre zu (s. Abb. 23): Sind im sechsten Monat nach Ende der Bildungsleistung 48 % pflichtversichert beschäftigt, erhöht sich dieser Anteil nach zwei Jahren auf rund 58 %. Im selben Zeitraum sinkt der Anteil der Arbeitslosen von anfänglich 27 % auf 17 %. Der Anteil der langfristig Arbeitsunfähigen (langfristig AU) nimmt im Nachbetrachtungszeitraum von 8 % auf 5 % ab. Während ein Jahr nach der Bildungsleistung noch etwa 6 % der Personen an einer weiteren LTA-Maßnahme teilnehmen, liegt dieser Anteil nach zwei Jahren bei 3 %. Hingegen steigt der Anteil derjenigen Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die eine Erwerbsminderungsrente (EM-Rente) im Anschluss an ihre Bildungsleistung erhalten von 4 % auf 8 %. Für insgesamt 8 % liegen am Ende des zweiten Jahres nach der beruflichen Rehabilitation keine Angaben vor, zum Beispiel weil sie als Selbständige keine Beiträge an die Rentenversicherung zahlen.

Berufliche Rehabilitation: Prozess und Ergebnis von Bildungsleistungen

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 58 %, Frauen 59 %). Unterschiede finden sich bei der Nicht-Beschäftigung: Männer sind etwas häufiger arbeitslos (Männer 19 %, Frauen 14 %). Der Anteil an EM-Renten ist bei Frauen hingegen mit 10 % höher als bei Männern mit 7 % (nicht in der Abbildung).

Der Wiedereingliederungsstatus bildet nur bedingt die Qualität einer Einrichtung ab, da eine Wiedereingliederung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden auch von Faktoren abhängt, auf die die Einrichtung keinen Einfluss hat, wie z. B. die regionale Arbeitsmarktlage, aber auch Bildungsstatus und Einkommen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer.



Aufwendungen für Rehabilitation

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

2018 gab die Rentenversicherung rd. 6,76 Mrd. € für Rehabilitation aus.

Aufwendungen im Jahr 2018

2018 gab die Deutsche Rentenversicherung insgesamt ca. 6,76 Mrd. € für Rehabilitation aus (Bruttoaufwendungen, siehe Tab. 11). Da diesen Ausgaben auch Einnahmen, z. B. aus Zuzahlungen der Versicherten gegenüberstehen, entstanden 2018 Nettoaufwendungen in Höhe von rund 6,59 Mrd. € (siehe Tab. 12, S. 78). Dies entspricht einer Steigerungsrate von 3,2 % von 2017 auf 2018. Damit blieb die Rentenversicherung wieder im Rahmen des Budgets, das ihr für Reha-Leistungen gesetzlich vorgegeben ist und für 2018 auf 6,928 Mrd. € festgesetzt wurde.

Die Aufwendungen für Rehabilitation enthalten neben den Kosten, die in den Reha-Einrichtungen anfallen, auch Entgeltersatzleistungen (Übergangsgelder) und Sozialversicherungsbeiträge für Rehabilitanden (s. Tab. 11). Von den

Tab. 11 Aufwendungen¹ für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben 2006–2018 in Mio. €

Jahr	Aufwendungen für Rehabilitation insgesamt*	Medizinische und sonst. Leistungen	Übergangsgeld für med. und sonst. Leistungen	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	Übergangsgelder bei LTA	Sozialversicherungsbeiträge
2006	4.726,1	2.965,3	389,2	689,3	412,9	269,4
2007	4.860,3	3.130,1	408,8	682,6	381,6	257,2
2008	5.115,9	3.319,3	427,1	724,1	382,8	262,6
2009	5.434,3	3.470,4	462,0	769,5	424,7	307,7
2010	5.559,3	3.510,0	504,1	811,0	450,7	283,6
2011	5.657,8	3.596,6	525,7	804,3	423,9	307,3
2012	5.861,5	3.741,8	620,5	759,6	411,9	327,4
2013	5.841,0	3.722,2	589,7	766,6	427,5	334,5
2014	6.030,8	3.815,4	618,8	800,9	445,1	350,0
2015	6.208,3	3.909,4	635,5	838,0	457,7	366,9
2016	6.364,0	4.014,1	651,9	865,1	465,7	366,5
2017	6.550,3	4.152,2	667,3	874,4	464,3	391,8
2018	6.756,6	4.339,2	699,0	878,3	449,7	390,1

¹ Bruttoaufwendungen, d. h. Reha-Ausgaben zuzügl. Erstattungen

* ab 2011 ist das „Persönliche Budget“ in der Spaltensumme enthalten (2018: 0,5 Mio. €)

Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2019

Aufwendungen entstehen für Reha-Leistungen, aber auch für Übergangsgeld.

Gesamtaufwendungen für Rehabilitation in 2018 entfielen rd. 1,15 Mrd. € brutto (17 %) auf Übergangsgelder, die zum Beispiel dann anfallen, wenn Rehabilitanden aufgrund von länger dauernden Leistungen, dem Bezug von Krankengeld oder bei Arbeitslosigkeit keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber (mehr) haben. Umgekehrt leisteten die Rehabilitanden in der medizinischen Rehabilitation 2018 insgesamt 66,2 Mio. € Zuzahlungen, das sind im Durchschnitt 64 € pro Reha-Leistung.

Eine stationäre Rehabilitation bei körperlichen Erkrankungen kostete 2018 im Schnitt 3.112 €, eine ambulante Rehabilitation 1.828 €.

Für eine einzelne stationäre medizinische Rehabilitation bei körperlichen Erkrankungen betragen die direkten Behandlungskosten – ohne ergänzende Leistungen wie Übergangsgeld oder Reisekosten – im Jahr 2018 im Schnitt 3.112 €. Ambulant erbrachte Reha-Leistungen bei körperlichen Erkrankungen kosteten durchschnittlich 1.828 €. 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 7.193 € pro stationärer Rehabilitation deutlich höher, was sich durch ihre längere Dauer, vor allem bei Suchterkrankungen, erklärt.

Entwicklung der Aufwendungen ab 2006

Tabelle 11 (s. S. 75) gewährt einen differenzierten Einblick zu den Kosten nach Leistungsgruppen ab 2006. Abbildung 24 gibt die Entwicklung der Aufwendungen ab 2000 wieder.

2018 steigen die Ausgaben erneut.

Die Aufwendungen für Rehabilitation insgesamt (brutto, inkl. Sozialversicherungsbeiträge) nehmen seit 2006 insgesamt kontinuierlich zu. In 2018 steigen sie im Vergleich zu den beiden Vorjahren erneut deutlich an und fallen damit um rund 43 % höher aus als im Jahr 2006 (s. Tab. 11). Die Aufwendungen der beiden Jahre 2006 und 2018 sind aufgrund der zu berücksichtigenden Preissteigerungen jedoch nicht direkt vergleichbar.

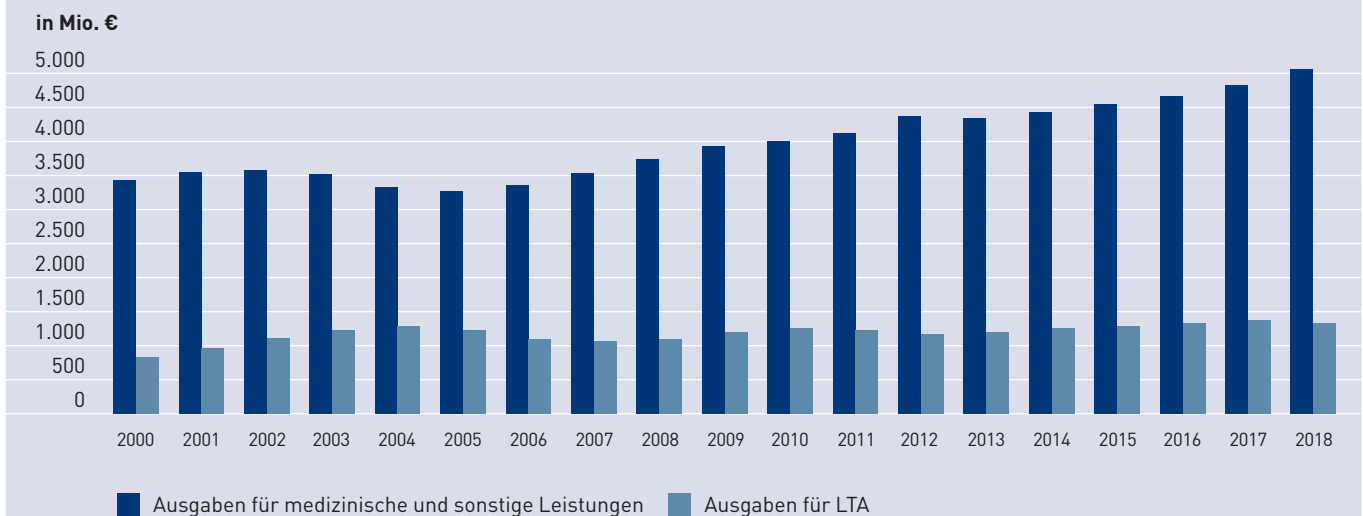
Im Zeitraum 2000 bis 2018 haben sich die Aufwendungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und für medizinische Rehabilitationsleistungen teilweise gegenläufig entwickelt (s. Abb. 24). In den Jahren 2000 bis 2003 steigen die Ausgaben sowohl für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben als auch 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 von 2008 bis 2016 mit leichten Schwankungen wieder zu. Von 2017 auf 2018 gehen die Aufwendungen für LTA wieder leicht zurück.

Die Ausgaben für medizinische Rehabilitation liegen 2018 50 % über denen in 2006.

Die Aufwendungen für medizinische Rehabilitation steigen dagegen seit 2006 kontinuierlich an, seit 2013 sogar deutlich. Gegenüber 2006 haben sich die Aufwendungen für medizinische und sonstige Reha-Leistungen inkl. Über-

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
59	Berufliche Rehabilitation
75	Aufwendungen für Rehabilitation
81	Im Fokus
81	Kinder- und Jugendrehabilitation
97	Anhang

Abb. 24 Aufwendungen¹ für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben 2000-2018



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

Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2019

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

gangsgeld in 2018 um etwa 50 % und diejenigen für LTA inkl. Übergangsgeld um 20 % erhöht (siehe Tab. 11).

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

Insgesamt hat sich im betrachteten Zeitraum das Verhältnis zwischen den Aufwendungen für medizinische Rehabilitation und berufliche Rehabilitation zugunsten ersterer verändert: Lag im Jahr 2006 das Verhältnis noch bei 3 zu 1, lag es 2018 bei etwa 3,8 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

Tab. 12 Ausgaben der gesetzlichen Rentenversicherung 2018 nach Ausgabearten in Mio. €

Ingesamt	Rehabilitation*	Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit	Altersrenten	Hinterbliebenenrenten	sonst. Ausgaben (v. a. KVdR**)	Verwaltungs- und Verfahrenskosten
307.851	6.589	18.876	214.938	43.288	20.179	3.981
100,0 %	2,1 %	6,1 %	69,8 %	14,1 %	6,6 %	1,3 %

* Nettoaufwendungen, d. h. nach Abzug von Einnahmen/Erstattungen
 ** KVdR = Krankenversicherung der Rentner
 Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung – Rechnungsergebnisse 2018

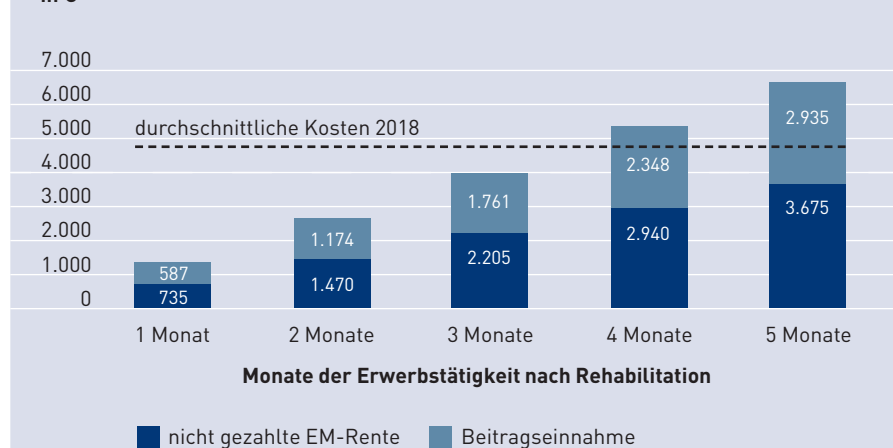
Berentung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit abzuwenden oder zumindest aufzuschieben. In Tabelle 12 werden die Aufwendungen für Rehabilitation den Aufwendungen der Rentenversicherung insgesamt sowie für verschiedene Rentenarten gegenüber gestellt.

Ausgaben für Rehabilitation entsprachen 2018 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 2018 mit 2,1 % nur einen geringen Anteil aller Aufwendungen der Rentenversicherung. Die Nettoaufwendungen für Rehabilitation stehen zu denjenigen für Erwerbsminderungsrenten (6,1 %) etwa im Verhältnis von 1 zu 2,9.

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

in €



4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
59	Berufliche Rehabilitation
75	Aufwendungen für Rehabilitation
81	Im Fokus
81	Kinder- und Jugendrehabilitation
97	Anhang

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

Rehabilitation rechnet sich – Amortisationsmodell 2018

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 sowie ergänzende Leistungen wie z. B. Übergangsgelder) und den Nutzen für die Rentenversicherung (s. Abb. 25).

Die Rehabilitation rechnet sich für die Rentenversicherung.

Dies sind auf der Kostenseite die Aufwendungen für die medizinische Rehabilitation, die 2018 im Durchschnitt rd. 4.833 € 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 587 € und spart gleichzeitig die Erwerbsminderungsrente mit einer durchschnittlichen Höhe im Rentenzugang von 735 €; zusammen ergibt sich also ein Nutzen von 1.322 € pro Monat. Im Ergebnis zeigen diese – zugegeben groben – Überlegungen, dass sich die medizinische Rehabilitation bereits in kurzfristiger Perspektive bezahlt macht, wenn sie die Erwerbsminderung um rund vier Monate hinausschiebt.

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



Gestärkt ins Leben: Kinder- und Jugendrehabilitation der Rentenversicherung

Pia Zollmann
Sabine Erbstößer

Kinder in Deutschland haben mehrheitlich einen guten Gesundheitszustand.

Aus Sicht ihrer Eltern haben 96 % der Kinder und Jugendlichen in Deutschland im Alter von 3 bis 17 Jahre einen „guten“ oder „sehr guten“ Gesundheitszustand. Dies ergibt die Elternbefragung der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (KiGGS, 2. Welle, Robert Koch-Institut, 2018). Der Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen in Deutschland kann demnach grundsätzlich als gut bezeichnet werden.

Dennoch können bei Kindern und Jugendlichen gesundheitliche Beeinträchtigungen vorliegen. So leiden der gleichen Studie zufolge etwa 17 % der Kinder und Jugendlichen bis 17 Jahre an chronischen allergischen Krankheiten wie Heuschnupfen, Neurodermitis, Asthma bronchiale oder einem allergischen Kontaktekzem. Jungen sind deutlich häufiger von Heuschnupfen und Asthma bronchiale betroffen, Mädchen etwas häufiger von Neurodermitis und einem Kontaktekzem.

Allergische Erkrankungen, psychische Auffälligkeiten und Übergewicht sind die häufigsten gesundheitlichen Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen.

Viele psychische Störungen im Erwachsenenalter haben ihren Ursprung in der Kindheit und Jugend. Knapp ein Fünftel (17 %) der Kinder und Jugendlichen zeigt Anhaltspunkte für psychische Auffälligkeiten, wobei dies für Jungen häufiger zutrifft als für Mädchen. Zwar sind emotionale und verhaltensbedingte Probleme im Kindes- und Jugendalter nicht unbedingt stabil: Psychische Auffälligkeiten verschwinden bei jedem zweiten Kind innerhalb eines Jahres. Bei einem Teil der Kinder können sie aber längere Zeit andauern oder sich im Laufe der Entwicklung verstärken.

Darüber hinaus sind etwa 15 % der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren übergewichtig bzw. leiden an einer Adipositas (starkes Übergewicht). Diese Kinder und Jugendlichen haben häufig Folgeerkrankungen wie zum Beispiel erhöhten Blutdruck, Störungen des Fettstoffwechsels oder des Glukosestoffwechsels. Im Erwachsenenalter tragen sie ein höheres Risiko für weitere Begleiterkrankungen wie zum Beispiel Diabetes mellitus oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Derartige gesundheitliche Beeinträchtigungen sind auch von der sozialen Lage abhängig. Sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche haben häufig einen schlechteren Gesundheitszustand als Kinder mit einem besseren sozioökono-

Krankheiten können sich bis in das Erwachsenenalter auswirken.

Die schulische und berufliche Integration wird durch eine Rehabilitation unterstützt.



kinderreha.driv.info

Es stehen spezialisierte Einrichtungen zur Verfügung.

mischen Status. Dies zeigt sich besonders häufig bei psychischen Auffälligkeiten, aber auch bei Adipositas. Die Auswirkungen sozialer Benachteiligung auf die Gesundheit betreffen Mädchen und Jungen gleichermaßen.

Krankheiten im Kindes- und Jugendalter erfordern auch deshalb besondere Beachtung, weil sie die Entwicklung beeinträchtigen und sich nicht nur auf die aktuelle Lebensqualität, sondern auch auf Gesundheit, Lebensqualität und Leistungsfähigkeit im Erwachsenenalter auswirken können. Um dies zu verhindern, gilt es, rechtzeitig und angemessen zu intervenieren und zu behandeln. Das Robert-Koch-Institut mahnt daher 2018 an: „Um allen Kindern und Jugendlichen ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen, sollten Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention bereits früh im Lebenslauf ansetzen und zielgruppenbasiert zugeschnitten werden.“

Hier setzen die Leistungen zur Kinder- und Jugendrehabilitation der Rentenversicherung an. Gerade für Kinder ist die medizinische Rehabilitation ein wichtiges Instrument. Die Rehabilitation unterstützt die Integration in Schule und Ausbildung sowie die spätere Eingliederung in das Erwerbsleben und nimmt einen großen Stellenwert in der gesundheitlichen Versorgung ein.

Das Ziel der Kinder- und Jugendrehabilitation der Rentenversicherung ist es, den Folgen chronischer Erkrankungen entgegenzuwirken, um eine spätere Teilhabe am Erwerbsleben zu ermöglichen. Unter Gleichaltrigen und mit einem persönlichen Therapieplan lernen Kinder und Jugendliche, wie sie im Alltag mit ihrer Erkrankung umgehen können. Bestandteil des Rehabilitationskonzepts ist die enge Einbindung der Kinder und Jugendlichen in ihren rehabilitativen Prozess. Hierzu zählen auch die Erstellung eines individuellen Rehabilitationsplans und die gemeinsame Festlegung der Rehabilitationsziele. Um Schuldefizite während der Rehabilitation zu vermeiden, erhalten Schulkinder begleitenden Unterricht in den Hauptfächern, zusammen mit Kindern derselben Klassenstufe und desselben Schultyps. Dies trägt ebenfalls den individuellen Bedürfnissen der Kinder und Jugendlichen Rechnung.

Die Kinder- und Jugendrehabilitation ist zuzahlungsfrei. Die Kosten für Anreise, Unterkunft, Verpflegung, ärztliche Betreuung, therapeutische Leistungen und medizinische Anwendungen für Kinder und Jugendliche werden übernommen. Kinder können auf Kosten der Rentenversicherung durch eine Bezugsperson, in der Regel ein Elternteil, begleitet werden, wenn dies für die Durchführung oder den Erfolg der Leistung zur Kinderrehabilitation notwendig ist. Hiervon ist u. a. auszugehen, wenn das Kind noch keine 12 Jahre alt ist.

Einrichtungen und Angebote

Die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen ist fest integriert in die medizinische Versorgung in Deutschland und ein wichtiger Bestandteil der Leistungen der Deutschen Rentenversicherung. Für die Durchführung der

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
59	Berufliche Rehabilitation
75	Aufwendungen für Rehabilitation
81	Im Fokus
81	Kinder- und Jugendrehabilitation
97	Anhang

Pädiatrische Reha-Fachabteilungen



<https://www.kinder-und-jugendreha-im-netz.de>

Kinder und Jugendliche erhalten individuell maßgeschneiderte Angebote.

Rehabilitation werden bundesweit 43 spezialisierte pädiatrische Fachabteilungen belegt (siehe S. 56), davon vier rentenversicherungseigene Einrichtungen.

Einrichtungen für die Kinder- und Jugendrehabilitation sind speziell auf die Bedürfnisse ihrer jungen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ausgerichtet und erfüllen hohe Anforderungen. Hierzu gehören räumliche und personelle Vorgaben ebenso wie Anforderungen an die therapeutischen Angebote. Sämtliche Rehabilitationen für Kinder und Jugendliche werden ausschließlich in Rehabilitationseinrichtungen mit definierten Qualitätsstandards durchgeführt, deren Konzept, fachärztliche Besetzung sowie weitere personelle, apparative und räumliche Ausstattung auf die jeweilige Erkrankung der Kinder zugeschnitten sind. Die Einrichtungen der Kinder- und Jugendrehabilitation nehmen – wie auch die Einrichtungen für Erwachsene – an der externen Qualitätssicherung der Rentenversicherung teil (s. S. 41).

Das therapeutische Angebot ist vielfältig und interdisziplinär und setzt sich neben den ärztlichen und diagnostischen Leistungen u. a. zusammen aus Sport- und Bewegungstherapie, Physiotherapie, Information und Schulung zur Erkrankung, Ergotherapie, Psychologie und Psychotherapie, Ernährungsmedizin oder Reha-Pflege und Pädagogik. Je nach Einrichtungskonzepten werden beispielsweise gemeinsames Kochen in der Lehrküche, Musiktherapie oder auch tiergestützte Therapie angeboten. Auch für diese therapeutischen Leistungen gibt es Vorgaben, die die hohen Qualitätsstandards der Rehabilitation sichern. So ist – indikationsspezifisch – vorgegeben, wie häufig ein therapeutisches Angebot stattfinden und wie lange es dauern soll (s. Info-Box S. 44). Die Zusammenstellung der einzelnen therapeutischen Leistungen orientiert sich an den medizinischen Notwendigkeiten, aber auch an den Wünschen und Vorlieben des einzelnen Kindes oder Jugendlichen.

Bislang wurden Kinder- und Jugendrehabilitationen nur stationär durchgeführt. Seit Ende 2016 können sie auch in ambulanter Form erbracht werden. Ebenfalls seit Ende 2016 können von der Rentenversicherung auch für Kinder und Jugendliche Nachsorgeleistungen nach einer medizinischen Rehabilitation erbracht werden, wenn sie zur Sicherung des Rehabilitationserfolges erforderlich sind. Derzeit werden die entsprechenden Angebote zur ambulanten Rehabilitation sowie zur Nachsorge aufgebaut (siehe auch S. 11).

Ablauf einer Kinder- und Jugendrehabilitation

Eine Kinder- und Jugendrehabilitation dauert in der Regel vier bis sechs Wochen. Die Dauer kann bei sozialmedizinischer Notwendigkeit und unter Berücksichtigung der Besonderheiten des Einzelfalls angepasst werden. Dies sichert einen nachhaltigen Behandlungserfolg.

In der Rehabilitationseinrichtung erfolgen als erstes eine Eingangsuntersuchung, eine Diagnosestellung und ein Gespräch mit dem Facharzt. Darauf basierend wird zusammen mit dem Kind und dessen Eltern oder dem Jugendlichen ein individueller Therapieplan erstellt. Bei der Kombination der ein-

zernen Therapieelemente wird dafür gesorgt, dass die Kinder und Jugendlichen nach aktuellem medizinischen Standard durch ein multiprofessionelles Reha-Team mit Fachärzten, Therapeuten und Pflegepersonal umfassend und einzelfallbezogen behandelt werden.

Die Kinder und Jugendlichen erhalten einen persönlichen Therapieplan.

Dieser Therapieplan ist abhängig von der jeweiligen Erkrankung und den persönlichen Interessen der jungen Rehabilitanden. Er enthält neben den erkrankungsspezifischen medizinischen Therapien beispielsweise auch psychologische, pädagogische, physiotherapeutische oder berufsorientierte Leistungen (z. B. Bewegungstherapie, Physiotherapie, Ernährungsberatung, Ergotherapie, Entspannungstherapie, Sozialberatung oder Arbeitsplatztraining).

Rehabilitation unterstützt beim Umgang mit der Krankheit im Alltag.

Die Therapien finden in der Regel in Gruppen von etwa gleichaltrigen Kindern oder Jugendlichen statt. Damit ist auch der ebenfalls wichtige Erfahrungsaustausch zwischen den Kindern und Jugendlichen sichergestellt. Die Kinder und Jugendlichen (und auch ihre Begleitpersonen) lernen, mit der Krankheit umzugehen und sie in ihren Alltag zu integrieren. Dies fördert u. a. auch die individuelle Entwicklung von Selbstständigkeit und Selbstwertgefühl.

Zusammen mit den Kindern und Jugendlichen (und ggf. den Begleitpersonen) werden auch Ziele für die Rehabilitation festgelegt. Die therapeutischen und persönlichen Ziele werden im Verlauf der Rehabilitation immer wieder überprüft und bei Bedarf auch gemeinsam angepasst.

Damit Schulkinder so wenig Unterrichtsstoff wie möglich versäumen, erhalten sie neben der Therapie außerdem Unterricht in den Hauptfächern. Dabei arbeiten sie möglichst mit dem Lehrmaterial der Heimatschule. Da auch der Spaß nicht zu kurz kommen darf, wird von den Reha-Einrichtungen zusätzlich eine Vielzahl von Freizeitaktivitäten angeboten.

An die Rehabilitation kann sich jetzt auch eine Nachsorgeleistung anschließen.

Am Ende der Rehabilitation erfolgen eine ärztliche Abschlussuntersuchung und ein Abschlussgespräch. Hier werden die therapeutischen und persönlichen Reha-Erfolge besprochen und es wird erörtert, wie es nach der Rehabilitation weitergehen soll. So können Empfehlungen für die Heimkehr und den Umgang mit der Erkrankung im gewohnten Umfeld sowie die weiteren therapeutischen Maßnahmen festgehalten werden. Es kann sich ggf. an die Rehabilitation auch eine Reha-Nachsorgeleistung der Rentenversicherung anschließen, wenn dies notwendig ist, um die Reha-Erfolge zu vertiefen und zu stabilisieren (s. Tab. 15).

Entwicklung der Kinder- und Jugendrehabilitation im Zeitverlauf

Die Entwicklung der Kinder- und Jugendrehabilitation ist in Abb. 26 dargestellt. Die Anzahl der Leistungen ist jeweils für Mädchen und Jungen in Balken dargestellt, die dazugehörige Skala befindet sich auf der linken Seite. Die altersstandardisierten Raten sind als Linien dargestellt, deren Skala befindet sich auf der rechten Seite (zu altersstandardisierten Raten vgl. auch Info-Box S. 37).

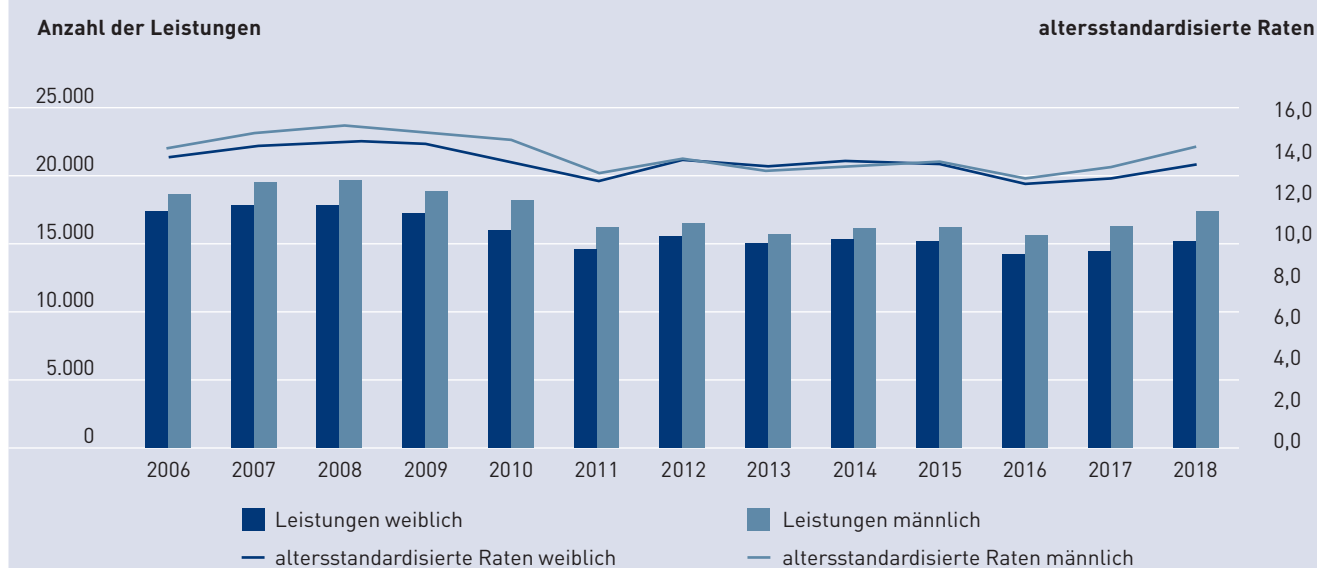
4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
59	Berufliche Rehabilitation
75	Aufwendungen für Rehabilitation
81	Im Fokus
81	Kinder- und Jugendrehabilitation
97	Anhang

Betrachtet man die Anzahl der medizinischen Rehabilitationen für Kinder und Jugendliche im Zeitverlauf, so sind von 2006 bis 2018 deutliche Schwankungen bei den abgeschlossenen Leistungen zu erkennen. Während die Anzahl der medizinischen Rehabilitationen von 2006 bis 2008 von 36.443 auf 37.568 anstieg, setzte nachfolgend ein deutlicher Rückgang bis 2016 auf 29.815 abgeschlossene Leistungen ein (s. Abb. 26). Auch wenn sich in den beiden letzten Jahren ein erneuter Anstieg auf 32.755 Rehabilitationen für das Jahr 2018 zeigt, liegt die Zahl der Rehabilitationen in 2018 dennoch um 10 % niedriger als in 2006.

Die Inanspruchnahme von Kinder- und Jugendrehabilitation hat sich seit 2006 verringert.

Dieser Rückgang ist zu einem erheblichen Teil auf demografische Effekte zurückzuführen: Wird die Inanspruchnahme um demografische Effekte bereinigt, ergibt sich ein Rückgang von nur 1,5 %. Jungen nehmen medizinische Rehabilitation etwas häufiger in Anspruch als Mädchen (s. Abb. 26): Von 10.000 Jungen und Mädchen nehmen in 2018 14,1 Jungen und 13,3 Mädchen eine Rehabilitation in Anspruch. Die altersstandardisierte Inanspruchnahme von Jungen liegt von 2006 bis 2011 und wieder seit 2016 über der von Mädchen, 2012 bis 2015 war die Inanspruchnahme annähernd gleich. Vergleicht man die altersstandardisierten Inanspruchnahmeraten von 2018 mit denen von 2006, ist die Inanspruchnahme von Jungen gleich geblieben, während sich die der Mädchen im Zeitverlauf etwas verringert hat (-3,4 %).

Abb. 26 Entwicklung der medizinischen Rehabilitationen für Kinder und Jugendliche – Leistungen und altersstandardisierte Raten auf 10.000 Kinder und Jugendliche



Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2006 bis 2018, Statistisches Bundesamt – Bevölkerung am Jahresende 2005 bis 2017; Standardpopulation: Männliche und weibliche Kinder und Jugendliche am Jahresende 2005; Wechsel in der Bevölkerungsfortschreibung vom Zensus 1987 (BRD)/1990 (DDR) auf den Zensus 2011. Die Unterschiede wurden anhand der zwei überschneidenden Jahre 2011 und 2012 geprüft und erwiesen sich für diese Bevölkerungsgruppe als gering.

Krankheitsspektrum in der Kinder- und Jugendrehabilitation

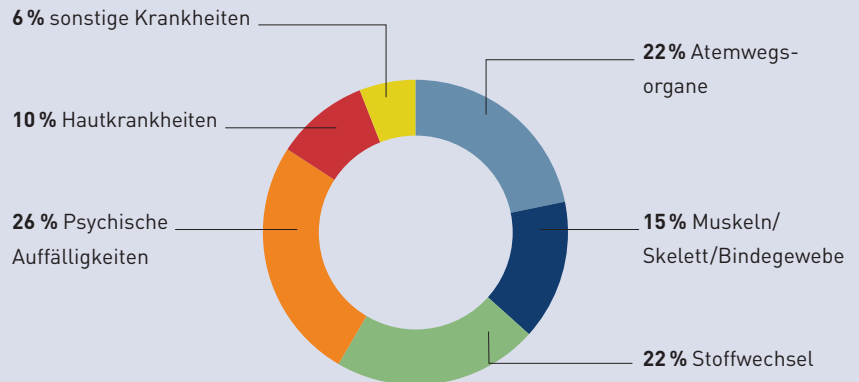
Ähnlich wie bei den eingangs berichteten Krankheitshäufigkeiten von Kindern und Jugendlichen in der Bevölkerung, werden Kinder- und Jugendrehabilitationen der Rentenversicherung vor allem wegen Krankheiten der Atemwegsorgane, des Stoffwechsels und wegen psychischer Auffälligkeiten durchgeführt. Im Jahr 2018 waren psychische Auffälligkeiten mit 29 % die häufigste Diagnosegruppe. Geschlechtsspezifisch zeigt sich, dass Jungen mit 32 % häufiger wegen psychischer Auffälligkeiten in die medizinische Rehabilitation kommen als Mädchen mit 26 % (siehe Abb. 27).

Den zweiten Rang belegen Krankheiten der Atemwegsorgane: Ein Viertel der Kinder und Jugendlichen führt deswegen ihre medizinische Rehabilitation

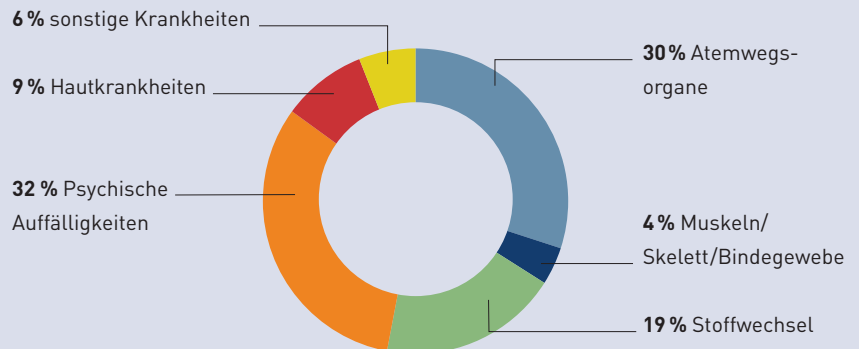
Jungen sind häufiger wegen psychischer Auffälligkeiten und Atemwegserkrankungen in Rehabilitation, Mädchen wegen Übergewichts.

Abb. 27 Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen 2018: Krankheitsspektrum¹

weiblich



männlich



¹ ohne Fälle, bei denen die Diagnose noch nicht erfasst ist
Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2018

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
59	Berufliche Rehabilitation
75	Aufwendungen für Rehabilitation
81	Im Fokus
81	Kinder- und Jugendrehabilitation
97	Anhang

durch. Jungen nehmen mit einem Anteil von 30 % häufiger eine Rehabilitation wegen Atemwegserkrankungen in Anspruch als Mädchen (22 %). Auf Asthma bronchiale entfallen knapp drei Viertel der Atemwegserkrankungen.

Krankheiten des Stoffwechsels finden sich mit 21 % auf dem dritten Rang. Mädchen sind von Stoffwechselerkrankungen mit 22 % etwas stärker betroffen als Jungen (19 %). Von den Stoffwechselerkrankungen entfallen 88 % auf Adipositas (d. h. starkes Übergewicht). Bei Mädchen führt zudem eine Erkrankung der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes deutlich häufiger als bei Jungen zur Inanspruchnahme einer Rehabilitation (15 % vs. 4 %). Dies ist überwiegend dem Vorliegen von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens, z. B. einer Skoliose (Verkrümmung der Wirbelsäule zur Seite) zuzuschreiben.

Das heutige Krankheitsspektrum in der Kinder- und Jugendrehabilitation unterscheidet sich deutlich von demjenigen des Jahres 2006: Damals waren Krankheiten der Atmungsorgane, vor allem Asthma bronchiale, mit 33 % die häufigste Diagnose. Von psychischen Auffälligkeiten war nur ein Anteil von ca. 20 % der Mädchen und Jungen betroffen.

Neben der Grunderkrankung bestehen häufig Begleiterkrankungen.

Bei vielen Kindern und Jugendlichen treten neben ihrer Grunderkrankung eine oder mehrere Begleiterkrankungen (Komorbiditäten) auf. Hiervon sind drei Viertel der Kinder und Jugendlichen betroffen. Vielfach stammen die Begleiterkrankungen aus der gleichen Diagnosegruppe wie die Grunderkrankung oder sind mit der Grunderkrankung verwandt: So wird bei 28 % der Kinder und Jugendlichen mit Asthma bronchiale auch eine Dermatitis (d. h. eine entzündliche Reaktion der Haut bzw. ein Ekzem) in der Rehabilitation mitbehandelt. Umgekehrt hat knapp ein Fünftel der Kinder und Jugendlichen, die wegen einer Hauterkrankung eine Rehabilitation durchführen, Asthma bronchiale als Begleiterkrankung.

Es gibt aber auch weitere Kombinationen von Diagnosen. So weisen 32 % der Kinder und Jugendlichen mit Adipositas als Grunderkrankung darüber hinaus psychische Auffälligkeiten als Begleiterkrankung auf. Weitere 6 % leiden noch an einer primären oder sekundären Hypertonie (d. h. Bluthochdruck).

Soziodemografische Merkmale von Kindern und Jugendlichen

Im Jahr 2018 haben insgesamt 32.757 Kinder und Jugendliche eine medizinische Rehabilitation in Anspruch genommen, wobei Jungen mit einem Anteil von 54 % eine solche Leistung etwas häufiger in Anspruch nehmen als Mädchen (s. Tab. 13). Mädchen sind im Schnitt 11 Jahre alt und damit etwa ein Jahr älter als Jungen.

Fast zwei Drittel der Kinder und Jugendlichen sind 6 bis 15 Jahre alt. Der Anteil der Jüngsten bis 5 Jahre beträgt 20 %, der Anteil der Ältesten ab 16 Jahren umfasst 16 %. In geringem Ausmaß (2 %) wird eine Kinder- und Jugendrehabilitation auch für junge Menschen zwischen 20 und 27 Jahren durchgeführt.

Kinder und Jugendliche mit ausländischer Staatsbürgerschaft nehmen Rehabilitation kaum in Anspruch.

Die Inanspruchnahme von Kindern und Jugendlichen mit einer ausländischen Staatsbürgerschaft ist mit 0,1 % verschwindend gering. Im Vergleich dazu liegt der Ausländeranteil von Kindern und Jugendlichen im Alter bis unter 18 Jahren in der Bevölkerung bei 10 %. Die Inanspruchnahme der Rehabilitation durch Kinder und Jugendliche mit ausländischer Staatsbürgerschaft liegt damit noch unter der ebenfalls unterdurchschnittlichen Inanspruchnahme der medizinischen Rehabilitation durch Erwachsene mit ausländischer Staatsbürgerschaft.

Kinder und Jugendliche aus den neuen Bundesländern nehmen vergleichsweise häufiger eine medizinische Rehabilitation in Anspruch: Ihr Anteil beträgt 29 %, obwohl nur 14 % der Kinder und Jugendlichen im Alter bis unter 18 Jahren in den neuen Bundesländern leben.

Tab. 13 Soziodemografische Merkmale von Kindern und Jugendlichen mit Rehabilitationen in 2018

Anteile in %	
Anzahl	32.757
Geschlecht: weiblich	46
geschlechtsneutral¹	0
Alter	
Mittelwert (Jahre)	10
darunter: Jungen	
Mittelwert (Jahre)	10
darunter: Mädchen	
Mittelwert (Jahre)	11
bis 5 Jahre	20
6 bis 8 Jahre	20
9 bis 11 Jahre	17
12 bis 15 Jahre	27
16 Jahre und älter	16
Staatsangehörigkeit	
ausländisch	0,1
Region	
neue Bundesländer	29

Ein Fünftel der Kinder in der Rehabilitation ist höchstens fünf Jahre alt.

¹ Anzahl geschlechtsneutraler Kinder/Jugendlicher: 2

Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2018

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
59	Berufliche Rehabilitation
75	Aufwendungen für Rehabilitation
81	Im Fokus
81	Kinder- und Jugendrehabilitation
97	Anhang

Die meisten Kinder- und Jugendrehabilitationen werden 2018 noch stationär erbracht.

Durchführung der Kinder- und Jugendrehabilitation

Die meisten Rehabilitationen für Kinder und Jugendliche werden stationär erbracht (99 %, s. Tab. 14). Zwar können diese Leistungen seit Ende 2016 auch ambulant durchgeführt werden, jedoch müssen die entsprechenden Angebote zunächst entwickelt werden. Sie stehen erst nach und nach flächendeckend zur Verfügung (siehe auch S. 11). Daher ist die Inanspruchnahme dieser Angebote bisher noch gering (unter 1 %). Die durchschnittliche Dauer der Kinder- und Jugendrehabilitation in 2018 liegt bei 30 Tagen.

Eine stationäre Kinder- und Jugendrehabilitation dauert im Schnitt 30 Tage.

Tab. 14 Art der Durchführung der Kinder- und Jugendrehabilitationen in 2018

Anteile in %

Durchführung

stationäre Leistung	99
ambulante Leistung	1

Reha-Dauer (Tage)

	30
--	----

Begleitperson

mindestens 1 Begleitperson	68
darunter: zur An- und Abreise	20

Disease Management Programme (DMP)

DMP-Patient	2
-------------	---

Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2018

Viele vor allem jüngere Kinder werden während der Rehabilitation durch z. B. ein Elternteil begleitet.

Kinder können für die gesamte Dauer der Rehabilitation begleitet werden (z. B. von einem Elternteil oder einer anderen Bezugsperson), wenn dies für die Durchführung oder den Erfolg der Rehabilitation erforderlich ist. Dies betrifft insbesondere Kinder unter zwölf Jahren. Für Kinder unter 15 Jahren ist zudem eine Begleitung für An- und Abreise möglich. Gut zwei Drittel der Kinder und Jugendlichen werden durch mindestens eine Bezugsperson begleitet: etwa die Hälfte davon bei der Rehabilitation selbst und 20 % bei der An- und Abreise zur Reha-Einrichtung (s. Tab. 14).

Etwa 2 % der Kinder und Jugendlichen in einer Rehabilitation haben im Jahr 2018 auch an einem Disease-Management-Programm teilgenommen. Disease-Management-Programme (DMP) sind strukturierte Behandlungsprogramme, die chronisch Kranken dabei helfen sollen, die Erkrankung effektiv zu kontrollieren und die Lebensqualität zu erhalten und zu verbessern. Am DMP für Asthma bronchiale und am DMP für Diabetes mellitus Typ 1 können auch Kinder und Jugendliche teilnehmen.

Therapeutische Versorgung in der Kinder- und Jugendrehabilitation

Die therapeutische Versorgung ist auf die speziellen Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen ausgerichtet. Die therapeutischen Leistungen im Rahmen einer Rehabilitation werden entsprechend den individuellen Bedarfen zusammengestellt, die sich aus der Grunderkrankung und aus den Wünschen der Rehabilitanden ergeben. Das breite Leistungsangebot wird durch verschiedene Berufsgruppen gestaltet, z. B. Physiotherapie, Sporttherapie, Ergotherapie, Psychologie oder Ernährungsberatung. Die therapeutische Versorgung wird auch in der Kinder- und Jugendrehabilitation mit Hilfe der Klassifikation therapeutischer Angebote (KTL) dokumentiert (Stand 2015; s. Info-Box S. 44). Die KTL fasst die einzelnen Angebote zu Gruppen (Kapiteln) zusammen.

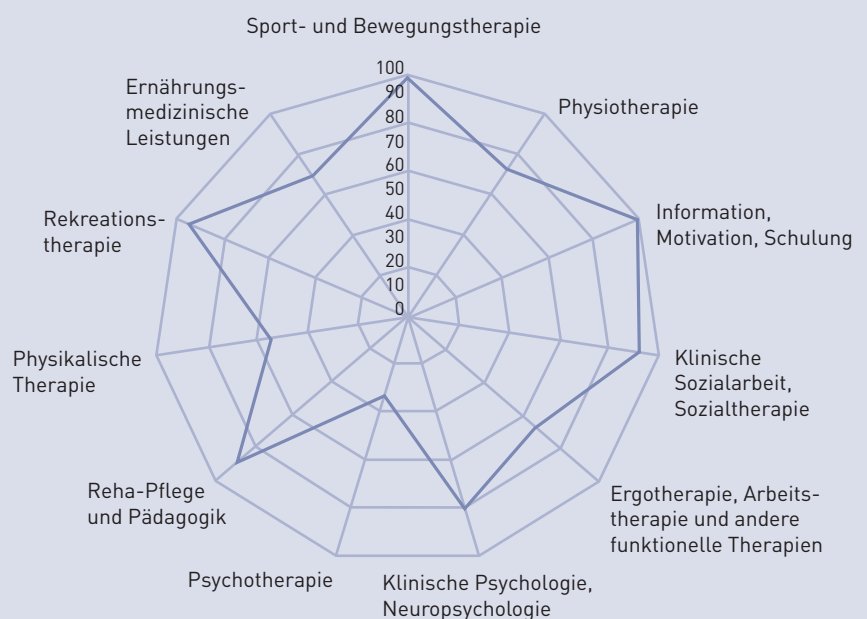
Kinder und Jugendliche absolvieren in der Woche im Schnitt 24 Stunden Therapie.

Auf dem therapeutischen Wochenplan der Kinder und Jugendlichen stehen durchschnittlich 36 therapeutische Leistungen, die insgesamt 24 Stunden Therapiezeit beanspruchen. Abb. 28 zeigt, wie hoch der Anteil von Kindern und Jugendlichen ist, die mindestens eine therapeutische Leistung aus dem jeweiligen Kapitel erhalten. Nahezu alle Kinder und Jugendliche erhalten im Lauf ihrer Rehabilitation mindestens eine Leistung zur Information, Motiva-

Sport- und Bewegungstherapie sowie Information und Schulung erhalten nahezu alle Kinder und Jugendlichen.

Abb. 28 Therapeutische Versorgung¹ in der medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen

Anteile Rehabilitanden² in %



¹ kodiert nach der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL), Version 2015

² Anteil von Rehabilitanden mit einer Leistung aus dem jeweiligen KTL-Kapitel

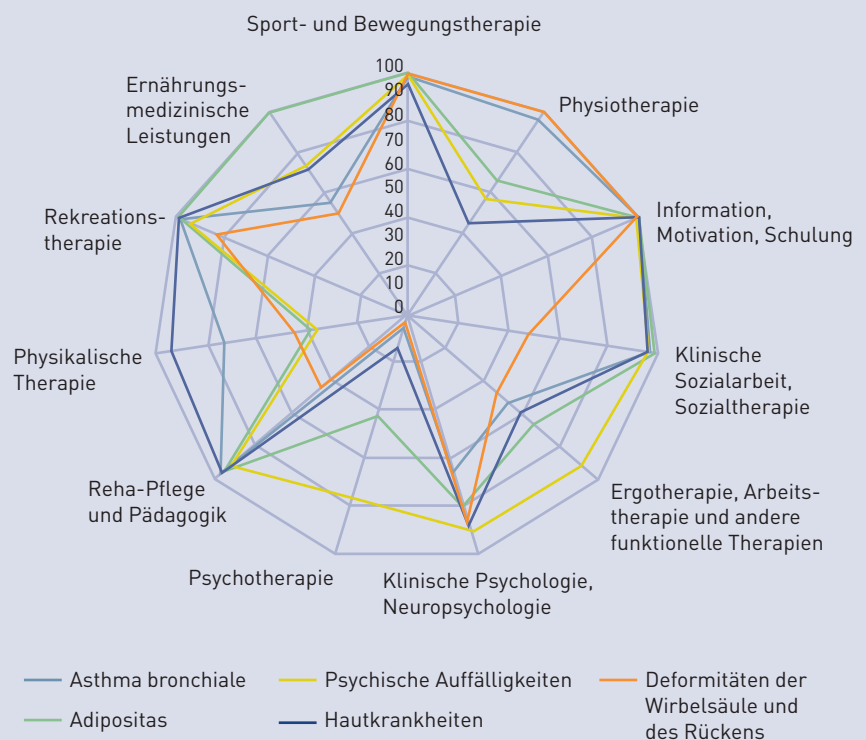
Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2018

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
59	Berufliche Rehabilitation
75	Aufwendungen für Rehabilitation
81	Im Fokus
81	Kinder- und Jugendrehabilitation
97	Anhang

tion und Schulung (s. Abb. 28). Diese Leistungen zielen darauf ab, die Kinder und Jugendlichen umfassend über ihre Erkrankung zu informieren und sie im Umgang mit der Erkrankung anzuleiten. Leistungen aus der Sport- und Bewegungstherapie werden ebenfalls von nahezu allen Kindern und Jugendlichen in Anspruch genommen.

Abb. 29 Therapeutische Versorgung¹ in der medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen für ausgewählte Erkrankungen

Anteile Rehabilitanden² in %



¹ Kodierte nach der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL), Version 2015

² Anteil von Rehabilitanden mit einer Leistung aus dem jeweiligen KTL-Kapitel

Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis [RSD] 2018

Die therapeutische Versorgung ist erkrankungsspezifisch unterschiedlich.

Auch Anregungen für eine gesunde Freizeitgestaltung stehen auf dem Therapieplan: Fast alle Kinder und Jugendlichen erhalten Rekreationstherapie.

Auch stehen häufig therapeutische Leistungen aus den Kapiteln Rekreationstherapie (Anregungen für eine befriedigende und gesunde Freizeitgestaltung) und klinischer Sozialarbeit und Sozialtherapie auf dem Therapieplan: Sie werden jeweils von mehr als 90 % der Kinder und Jugendlichen genutzt. Es werden außerdem für 89 % der jungen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden Leistungen der Reha-Pflege und Pädagogik erbracht. Dagegen benötigen nur 34 % der Kinder und Jugendlichen psychotherapeutische Leistungen, und 54 % der Rehabilitanden erhalten Leistungen der physikalischen Therapie.

Sowohl die Zusammensetzung der Therapie als auch die wöchentliche Anzahl von Therapiestunden (nicht in der Abbildung gezeigt) unterscheiden sich z. T. erheblich je nach Grunderkrankung (s. Abb. 29). Unabhängig von der Erkrankung nehmen alle Kinder und Jugendlichen Leistungen der Sport- und Bewegungstherapie sowie zur Information, Motivation und Schulung in Anspruch. Kinder und Jugendliche mit Adipositas erhalten mit knapp 5 Stunden wöchentlich die meisten Therapien aus der Sport- und Bewegungstherapie. Für Kinder und Jugendliche mit Asthma bronchiale oder Hautkrankheiten sind es mit ungefähr 4 Stunden wöchentlich Leistungen aus dem KTL-Kapitel Information, Motivation und Schulung.

Physiotherapie erhalten nahezu alle jungen Rehabilitanden mit Asthma bronchiale (97 %) bzw. Deformitäten der Wirbelsäule oder des Rückens (100 %). Bei den anderen Indikationen liegt dieser Anteil nur zwischen 45 % (Hautkrankheiten) und 67 % (Adipositas).

Ein hoher Anteil der Kinder und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten bekommt Leistungen zur klinischen Psychologie (92 %) sowie Leistungen zur Psychotherapie (77 %) verordnet. Auch Kinder und Jugendliche mit Adipositas erhalten solche Leistungen wesentlich häufiger als die anderen Rehabilitanden (klinischen Psychologie: 80 %, Psychotherapie: 42 %). Pro Woche stehen insgesamt 2,8 Stunden dieser Leistungen bei den psychischen Auffälligkeiten und 1,4 Stunden bei Adipositas auf dem Therapieplan.

Alle Kinder und Jugendliche mit Adipositas nehmen zudem an ernährungsmedizinischen Leistungen mit durchschnittlich 4 Stunden pro Woche teil. Stehen psychische Auffälligkeiten im Fokus der medizinischen Rehabilitation, erhalten 91 % der Rehabilitanden Leistungen der Ergotherapie, Arbeitstherapie oder andere funktionelle Therapien mit durchschnittlich etwa 3 Stunden wöchentlich.

Tab. 15 Empfehlungen am Ende der Kinder- und Jugendrehabilitation in 2018

Empfehlungen	Anteile in %
diagnostische Klärung	8
Kontrolle Laborwerte/ Medikamente	19
stationäre Behandlung/Operation	0
Suchtberatung	0
psychologische Beratung/ Psychotherapie	13
Heil- und Hilfsmittel inkl. Physiotherapie und Ergotherapie	23
Rehabilitationssport	1
Funktionstraining	0
Reha-Nachsorge	1
Selbsthilfegruppe	5
Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2018	

Empfehlungen für die Zeit nach der Rehabilitation

Im ärztlichen Entlassungsbericht werden am Ende der medizinischen Rehabilitation Empfehlungen gegeben, die die weitere Behandlung betreffen und die Teilhabe im Alltag und am Schulunterricht unterstützen (s. Tab. 15).

Insbesondere wird den Kindern und Jugendlichen die Nutzung von Heil- und Hilfsmitteln einschließlich Physio- und Ergotherapie empfohlen (23 %). Am häufigsten wird diese Empfehlung für Kinder und Jugendliche mit Deformitäten der Wirbelsäule – insbesondere Skoliose – ausgesprochen (86 %). Ebenfalls recht häufig wird die Kontrolle von Laborwerten bzw. Medikamenten (19 %) oder eine psychologische Beratung bzw. Psychotherapie angeregt (13 %). Die Empfehlung einer psychologischen Beratung bzw. Psychotherapie betrifft mit 37 % vor allem Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten. Eine Empfehlung zur weiteren diagnostischen Klärung erhalten 8 % der Kinder und Jugendlichen. Die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe wird 5 % der Mädchen und Jungen in der medizinischen Rehabilitation empfohlen, davon insbesondere Kindern und Jugendlichen mit Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens (60 %).

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
59	Berufliche Rehabilitation
75	Aufwendungen für Rehabilitation
81	Im Fokus
81	Kinder- und Jugendrehabilitation
97	Anhang

Seit Ende 2016 können auch Nachsorgeleistungen für Kinder und Jugendlichen von den Reha-Einrichtungen empfohlen werden, wenn sie zur Sicherung des Rehabilitationserfolgs erforderlich sind. Entsprechende Angebote müssen jedoch zunächst entwickelt werden. Sie stehen erst nach und nach flächendeckend zur Verfügung (siehe auch S. 11). Daher ist die Empfehlung dieser Angebote bisher noch sehr gering (1 %).

Behandlungserfolg aus Sicht von Ärzten, Eltern und jugendlichen Rehabilitanden

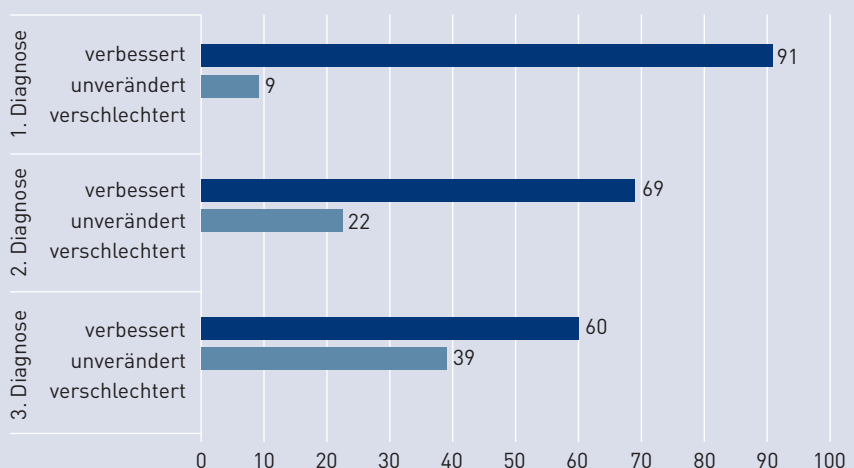
Bei den meisten Kindern und Jugendlichen verbessert sich die Grunderkrankung während der Rehabilitation.

Die Ärztin oder der Arzt der Reha-Einrichtung schätzt im Entlassungsbericht ein, wie erfolgreich die Rehabilitation war (s. Abb. 30). Der Rehabilitationserfolg wird gerade für die Grunderkrankung (1. Diagnose bei Entlassung) besonders positiv eingeschätzt: Für 91 % der Kinder und Jugendlichen haben sich aus Sicht der Ärzte die Erkrankung und ihre Folgen verbessert. Für die restlichen 9 % ist das gesundheitliche Problem unverändert. Bezogen auf die Begleiterkrankungen ist der Behandlungserfolg nicht ganz so positiv: Bei 22 % (2. Diagnose bei Entlassung) bzw. bei 39 % (3. Diagnose bei Entlassung) der Kinder und Jugendlichen ist das gesundheitliche Problem unverändert. Eine Verschlechterung der gesundheitlichen Probleme wird von den Reha-Ärzten nur in Einzelfällen beobachtet.

Im Rahmen des Qualitätssicherungsprogramms der Deutschen Rentenversicherung werden regelmäßig auch Befragungen zum Rehabilitationserfolg und zur Zufriedenheit mit bestimmten Einzelaspekten der Kinder- und Jugendrehabilitation durchgeführt. Für Kinder bis 11 Jahren werden deren Eltern

Abb. 30 Behandlungserfolg der Kinder- und Jugendrehabilitation aus ärztlicher Sicht (Entlassungsbericht)

Angaben in %



Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2018

Auch Kinder, bzw. deren Eltern und Jugendliche werden zu ihrer Rehabilitation befragt.

Etwa vier Fünftel bewerten die Rehabilitation insgesamt als erfolgreich.

Die Zufriedenheit mit der Rehabilitation ist hoch.

befragt, Jugendliche ab 12 Jahren geben die Auskunft selbst. Die Befragten bewerten den Erfolg ihrer Rehabilitation bzw. der ihres Kindes auf einer Skala von „1“ für „deutlich verbessert“ bis „5“ für „deutlich verschlechtert“. Für die Abbildung wurden die ersten beiden Kategorien („deutlich verbessert“ und „etwas verbessert“) zusammengefasst.

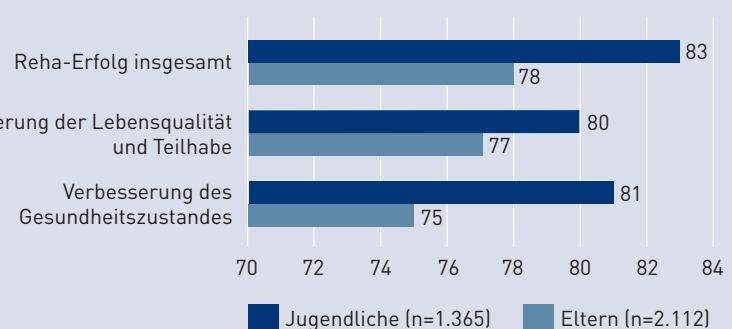
In der Befragung der Eltern und Jugendlichen von 2015/2016 zeigt sich, dass der Behandlungserfolg von der Mehrheit relativ positiv bewertet wird (s. Abb. 31), wobei die Beurteilungen der Jugendlichen durchweg positiver ausfallen als die der Eltern von Kindern bis zu 11 Jahren. Für über 80 % der Jugendlichen war die Rehabilitation insgesamt erfolgreich ebenso wie die Teilaspekte „Verbesserung der Lebensqualität und Teilhabe“ sowie „Verbesserung des Gesundheitszustands“. Entsprechend würden 83 % der Jugendlichen die jeweilige Reha-Einrichtung weiterempfehlen.

Betrachtet man die Bewertungen der Eltern von Kindern bis zu 11 Jahren, so halten 78 % die Reha insgesamt für gut, eine Verbesserung der Lebensqualität und der Teilhabe können 77 % und eine Verbesserung des Gesundheitszustands 75 % erkennen. Insgesamt würden 75 % der Eltern die jeweilige Reha-Einrichtung weiterempfehlen.

Auch zur Zufriedenheit mit der Rehabilitation und verschiedenen Teilaspekten wurden Eltern und Jugendliche befragt (s. Abb. 32). Hier wurde die Bewertung auf einer Skala von „1“ für „sehr gut“ bis „5“ für „sehr schlecht“ abgegeben. Die Rehabilitation insgesamt erhielt von Eltern wie von Jugendlichen die Beurteilung 1,9 und ist damit als gut zu bewerten („Zufriedenheit mit der Reha insgesamt“). Bei den Teilaspekten schnitten die Behandlungen am besten ab. Sie erhielten von den Eltern die Beurteilung 1,6 und von den

Abb. 31 Behandlungserfolg aus Sicht von Jugendlichen und Eltern

Angaben in %

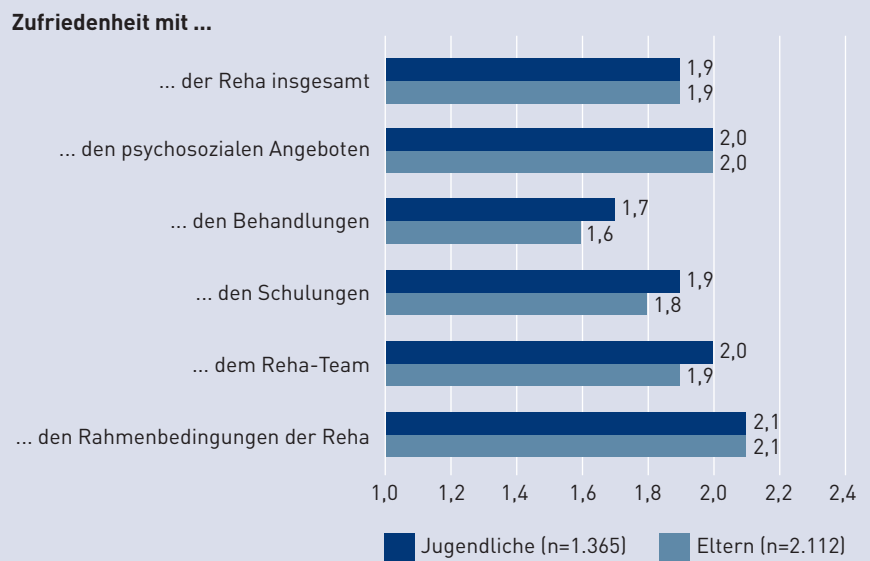


Quelle: Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung: Befragung der Eltern von Kindern bis einschließlich 11 Jahren sowie von Jugendlichen ab 12 Jahren, Befragungszeitraum Okt. 2015 bis Sept. 2016

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
59	Berufliche Rehabilitation
75	Aufwendungen für Rehabilitation
81	Im Fokus
81	Kinder- und Jugendrehabilitation
97	Anhang

Am besten schneiden die Behandlungen ab.

Abb. 32 Zufriedenheit mit der Rehabilitation aus Sicht von Jugendlichen und Eltern



Quelle: Befragung der Eltern von Kindern bis einschließlich 11 Jahren sowie Befragung von Jugendlichen ab 12 Jahren, Befragungszeitraum 1.10.2015 bis 30.09.2016

Jugendlichen die Beurteilung 1,7. Ebenfalls gut bewertet wurden Schulungen (Eltern: 1,8, Jugendliche: 1,9). Das Reha-Team, psychosoziale Angebote und die Rahmenbedingungen der Rehabilitation erhielten etwas niedrigere Bewertungen von etwa 2,0.

Fazit

Die medizinische Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen bildet ein wichtiges Element im Leistungsspektrum der Rentenversicherung. Um den häufig chronisch kranken Kinder und Jugendlichen die möglichst uneingeschränkte Teilhabe an Schule, Ausbildung und am späteren Erwerbsleben zu ermöglichen, ist es von großer Bedeutung, frühzeitig ihren Gesundheitszustand zu stabilisieren und zu verbessern. Die Kinder- und Jugendrehabilitation leistet hier einen wichtigen Beitrag in der Gesundheitsversorgung.

Rehabilitation fördert Teilhabe.

Wohnortnahe Rehabilitation verbessert die Vernetzung mit Familie, Schule und Ausbildung.

In spezialisierten Einrichtungen erfolgt eine zielgruppenspezifische, bisher primär stationäre Rehabilitation. Mit der Einführung des Flexirentengesetzes 2016 wurde der Rentenversicherung jedoch ein größerer Gestaltungsspielraum im Bereich der Kinder- und Jugendrehabilitation eingeräumt. Als Alternative zur stationären Rehabilitation können die Leistungen nunmehr auch ambulant – ganztägig ambulant oder als Kombination aus ganztägig ambulanten und stundenweisen ambulanten Modulen – erbracht werden. Damit ist eine wohnortnahe Rehabilitation der Kinder und Jugendlichen möglich, die sich mit der Schule oder der Ausbildungsstätte der Kinder und Jugendlichen, mit

den behandelten Ärzten und nicht zuletzt mit der Familie besser vernetzen kann. Außerdem können jetzt auch Leistungen zur Nachsorge erbracht werden, die dabei helfen, den Rehabilitationserfolg zu stabilisieren, wenn dies erforderlich ist. Die Rentenversicherung steht damit vor der Herausforderung, die entsprechenden ambulanten und Nachsorgeangebote qualitativ hochwertig zu entwickeln und flächendeckend zur Verfügung zu stellen.

Eine weitere Herausforderung stellt der Rückgang der Kinder- und Jugendrehabilitation seit knapp zehn Jahren dar. Nach unseren Ergebnissen ist dieser Rückgang hauptsächlich demografisch bedingt: Die Anzahl von Kindern und Jugendlichen in der Gesamtbevölkerung hat gegenüber 2005 um 8 % abgenommen. Zudem ist aber im gleichen Zeitraum der Anteil von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund um 23 % gestiegen, die Kinder- und Jugendrehabilitation wird jedoch von Kindern und Jugendlichen mit ausländischer Staatsangehörigkeit nur äußerst selten in Anspruch genommen. Gerade bei dieser Gruppe dürfte der bestehende Bedarf nicht gedeckt sein.

Die Rentenversicherung hat daher ihre Öffentlichkeitsarbeit zur Kinder- und Jugendrehabilitation verstärkt. Sie stellt beispielsweise Informationen in den wichtigsten der in Deutschland gesprochenen Sprachen auf ihrer Website zur Verfügung (u. a. in arabisch, englisch, französisch, türkisch oder wie links abgebildet auch in vietnamesisch). Zudem wird in einem Forschungsvorhaben eine umfangreiche Informationskampagne entwickelt, durchgeführt und evaluiert, um den Anteil von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in der rehabilitativen Versorgung zu erhöhen. Auch wurden 2018 beispielsweise bundesweit Kinder- und Jugendärzte angeschrieben und über die Kinder- und Jugendrehabilitation informiert. Seit 2017 steigen die Anzahl der Anträge sowie die (alterstandardisierte) Inanspruchnahme der Kinder- und Jugendrehabilitation wieder.



kinderreha.driv.info

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
59	Berufliche Rehabilitation
75	Aufwendungen für Rehabilitation
81	Im Fokus
81	Kinder- und Jugendrehabilitation
97	Anhang

Datenquellen

Grundlage des Reha-Berichts 2019 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 2019 wurden die folgenden jährlichen Statistiken über Routinedaten der Rentenversicherung herangezogen sowie Sonderauswertungen durchgeführt:

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

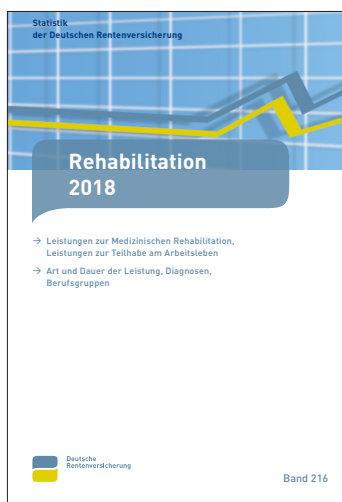
Rehabilitation

Statistik der Deutschen Rentenversicherung
Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund
Ausgaben für die Jahre 2006 bis 2018

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 2005 bis 2017





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

Rentenversicherung in Zeitreihen

Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund

Ausgabe 2019

DRV-Schriften, Band 22

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

Daten zur Qualitätssicherung

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

Im Reha-Bericht 2019 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)
- **Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL):** individuell erbrachte therapeutische Leistungen werden mit der KTL während einer Rehabilitation dokumentiert (s. S. 43 ff.)
- **Reha-Therapiestandards (RTS):** formulieren wissenschaftlich fundierte Anforderungen für die therapeutische Ausgestaltung der Rehabilitation (s. S. 45 ff.)

4	Vorwort
6	Fakten im Überblick
9	Aktuelle Entwicklungen
23	Rehabilitation im Licht der Statistik
23	Medizinische Rehabilitation
59	Berufliche Rehabilitation
75	Aufwendungen für Rehabilitation
81	Im Fokus
81	Kinder- und Jugendrehabilitation
97	Anhang

- **Rehabilitandenbefragung:** regelmäßig werden Rehabilitanden zur Zufriedenheit mit ihrer Rehabilitation sowie zu deren Erfolg befragt (s. S. 41 und 48 ff.)
- **Sozialmedizinischer Verlauf (SMV):** bildet anhand von Routinedaten den Erwerbsverlauf nach medizinischer Rehabilitation ab, der Auskunft über deren Erfolg gibt (s. S. 51 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. 69 ff.)
- **Ergebnis der beruflichen Bildungsleistung:** ausgewertet werden Routinedaten zum Abschluss der Rehabilitation (s. S. 72 f.)
- **Sozialmedizinischer Status (SMS):** bildet anhand von Routinedaten den Erwerbsstatus in unterschiedlichen Monaten nach beruflicher Bildungsleistung ab, der Auskunft über deren Erfolg gibt (s. S. 73 f.)

Informationen zur Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung finden Sie auf der Internetseite 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
E-Mail: reha-wissenschaften@drv-bund.de

Bezug

www.reha-berichte-drv.de

Koordination

Sabine Erbstößer, Dr. Marco Streibelt, reha-wissenschaften@drv-bund.de
Bereich Reha-Wissenschaften
Robert Simon, reha-qs-daten@drv-bund.de
Bereich Reha-Qualitätssicherung

Statistische Daten

Thomas Bütetisch, statistik-blnd@drv-bund.de
Bereich Statistische Analysen
Pia Zollmann, reha-wissenschaften@drv-bund.de
Bereich Reha-Wissenschaften
Angela Kranzmann, Aleksandra Jaworek, reha-qs-daten@drv-bund.de
Bereich Reha-Qualitätssicherung

Mitwirkende

Wir danken folgenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für ihre Mitwirkung:
Carolin Canan Ågren, Dr. Larissa Beck, Dr. Dörte Bernhard,
Dr. Silke Brüggemann, Anja Druckenmüller, Dr. Johannes Falk,
Dr. Alba Fishta, Agnes Gregorkiewicz, Dr. Karen Hemmrich,
Dr. Guy Oscar Kamga Wambo, Dr. Anne-Kathrin Mayer, Dr. Stefanie Martin,
Anke Mitschele, Barbara Müller-Simon, Dr. Margarete Ostholt-Corsten,
Katrin Parthier, Verena Pimmer, Maike Rabura, Marc-Alexander Schauer,
Olaf Sengpiel, Dr. Markus Thiede, Andrea Verbarg, Eva Volke

Fotos

Deutsche Rentenversicherung Bund; Adobe Stock (S. 41, 75), iStock (S. 81)

Satz und Layout

de-sign-network, Zossen & Dallgow-Döberitz

Druck

H. Heenemann GmbH & Co. KG, Berlin

Auflage

4.000
Berlin, Dezember 2019

ISSN 2193-5718 (Reha-Bericht)
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliographie.

Der Abdruck ist auszugsweise mit Quellenangabe gestattet.

