



Deutsche  
Rentenversicherung

Bund

# Reha-Bericht 2024

Die **medizinische** und  
**berufliche** Rehabilitation  
der Rentenversicherung im  
Licht der Statistik.

Mit dem Fokusthema:  
**„Reha heißt das Zauberwort“:  
Medizinische Rehabilitation  
der Rentenversicherung bei  
Kindern und Jugendlichen**



# Auf einen Klick

Unser Service für Sie: Alle Abbildungen und Tabellen finden Sie online als pdf-Datei auf unserer Internetseite. Für Ihre Präsentationen und Ihre wissenschaftliche Arbeit.



Mehr Informationen:

**Ergebnisse aus Forschung und Praxis |**

**Deutsche Rentenversicherung ([deutsche-rentenversicherung.de](https://www.deutsche-rentenversicherung.de))**

# Inhalt

<b>7</b>	<b>VORWORT</b>
<b>8</b>	<b>FAKTEN IM ÜBERBLICK</b>
<b>12</b>	<b>AKTUELLE ENTWICKLUNGEN</b>
14	RECHT UND POLITIK
15	REHA-QUALITÄTSSICHERUNG
18	DIGITALISIERUNG IN DER REHABILITATION
20	SOZIALMEDIZIN
25	REHA-WISSENSCHAFTEN UND NEUE KONZEPTE
<b>40</b>	<b>REHABILITATION IM LICHT DER STATISTIK</b>
<b>42</b>	<b>MEDIZINISCHE REHABILITATION: UMFANG UND STRUKTUR</b>
42	ANTRÄGE, BEWILLIGUNGEN UND DURCHGEFÜHRTE LEISTUNGEN
44	VERSCHIEDENE FORMEN DER REHABILITATION
47	NACHSORGE – FÜR EINE NACHHALTIGERE REHABILITATION
49	GESUND BLEIBEN – LEISTUNGEN ZUR PRÄVENTION
51	SPEKTRUM DER INDIKATIONEN
51	SPEKTRUM DER INDIKATIONEN IN 2023 – NACH GESCHLECHT UND REHA- FORM
53	ALTERSSPEZIFISCHE BETRACHTUNG
<b>56</b>	<b>MEDIZINISCHE REHABILITATION: PROZESS UND ERGEBNIS</b>
56	ZUFRIEDENHEIT AUS PERSPEKTIVE DER REHABILITANDINNEN UND REHABILITANDEN
58	BEHANDLUNGSERFOLG AUS SICHT DER REHABILITANDINNEN UND REHABILITANDEN
59	THERAPEUTISCHE VERSORGUNG – DOKUMENTATION DER KTL
61	REHA-THERAPIESTANDARDS – ANFORDERUNGEN AN DIE REHABILITATION
65	PEER REVIEW – REHABILITATION AUS SICHT DER EXPERTINNEN UND EXPERTEN
68	ERFOLG DER REHABILITATION – SOZIALMEDIZINISCHER VERLAUF
<b>70</b>	<b>MEDIZINISCHE REHABILITATION: REHA-EINRICHTUNGEN</b>
70	ANZAHL STATIONÄRER REHA-FACHABTEILUNGEN

<b>72</b>	<b>BERUFLICHE REHABILITATION: UMFANG UND STRUKTUR</b>
72	ANTRÄGE, BEWILLIGUNGEN UND DURCHGEFÜHRTE LEISTUNGEN FÜR LTA
74	ZEITLICHE ENTWICKLUNG
76	SPEKTRUM DER LEISTUNGEN
77	BERUFLICHE BILDUNG – SPEKTRUM DER INDIKATIONEN
78	BERUFLICHE BILDUNG – ALTERSSPEZIFISCHE INANSPRUCHNAHME
<b>80</b>	<b>BERUFLICHE REHABILITATION: PROZESS UND ERGEBNIS VON BILDUNGSLEISTUNGEN</b>
80	ABSCHLUSS DER BERUFLICHEN BILDUNGSLEISTUNGEN
81	STATUS NACH BERUFLICHEN BILDUNGSLEISTUNGEN
<b>83</b>	<b>AUFWENDUNGEN FÜR REHABILITATION</b>
83	AUFWENDUNGEN IN 2023
84	ENTWICKLUNG DER AUFWENDUNGEN AB 2006
85	VERGLEICH ZU WEITEREN AUSGABEN DER RENTENVERSICHERUNG
<b>86</b>	<b>IM FOKUS</b>
88	„REHA HEISST DAS ZAUBERWORT“
<b>104</b>	<b>ANHANG</b>
104	DATENQUELLEN



Gundula Roßbach



Brigitte Gross

# Vorwort

Rehabilitation trägt wesentlich dazu bei, die Gesundheit, die Unabhängigkeit und die Lebensqualität von Menschen, die unter gesundheitlichen Einschränkungen leiden, zu verbessern und ihre Wiedereingliederung in die Gesellschaft zu unterstützen. Die Rentenversicherung bietet verschiedene Leistungen an, um Menschen, die wegen einer chronischen Erkrankung oder einer Behinderung ihre Arbeit nur zum Teil oder gar nicht mehr ausüben können, zu unterstützen und ihnen die Rückkehr ins Erwerbsleben zu ermöglichen.

Mit dem aktuellen Reha-Bericht möchten wir Ihnen die wichtigsten Daten, Fakten und Entwicklungen zur Rehabilitation der Rentenversicherung vorstellen. Das Leistungsgeschehen in der medizinischen und in der beruflichen Rehabilitation wird transparent und nachvollziehbar dargestellt, um der Bedeutung für die Versicherten, aber auch für die Gesellschaft, gerecht werden zu können. Ausführliche Informationen zur Rehabilitation, sowohl zu Umfang und Struktur der medizinischen und beruflichen Rehabilitation, als auch zu Prozess und Ergebnis der Reha-Leistungen sind hier zentral. Die routinemäßig erhobenen Statistikdaten der Rentenversicherung für das Jahr 2023 und die Ergebnisse der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung bilden dafür die Basis.

Den Fokus legt dieser Reha-Bericht auf unsere Zukunft – die Kinder und Jugendlichen in Deutschland. Wie geht es ihnen nach den Jahren der Pandemie? Aufgezeigt wird u. a. das Verhalten der Inanspruchnahme von Reha-Leistungen für Kinder und Jugendliche im Jahr 2023, aber auch aufgrund welcher Erkrankungen sie in die Reha gehen. Publiziert werden hier zudem die Ergebnisse der Instrumente zur Qualitätssicherung. In 2023 wurde der wissenschaftlich überarbeitete Qualitätssicherungsbericht zur Befragung der Kinder und Jugendlichen wieder eingeführt, um Zufriedenheit und Behandlungserfolg aus dieser Perspektive zu beleuchten.

In den ausgewählten „Aktuellen Entwicklungen“ zur Rehabilitation aus den Bereichen Recht und Politik, Qualitätssicherung, Sozialmedizin, Digitalisierung in der Rehabilitation und Reha-Forschung berichten wir über Fortschritte in der Prävention, in der Digitalisierung und in der Forschung.

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

  
Gundula Roßbach

  
Brigitte Gross

# Fakten im Überblick

## Medizinische Rehabilitation

**16 %**

ambulante  
**Leistungen**

Ein Großteil der Reha-Leistungen wird stationär erbracht. Der Anteil der ambulanten Leistungen liegt mit rund 156.000 Fällen bei 16 %.

**83 %**

nach **zwei Jahren**  
**erwerbsfähig**

Rehabilitation wirkt: Zwei Jahre nach einer medizinischen Reha-Leistungen waren 83 % im Erhebungszeitraum 2022 erwerbsfähig. Das Geschlechter-Verhältnis ist hier ausgeglichen.

Mehr als 1,6 Millionen Anträge auf medizinische Rehabilitation wurden 2023 bei der Rentenversicherung gestellt. Das sind über 10 % mehr als im Vorjahr.

Genau 993.775 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation führte die Rentenversicherung in 2023 durch.

Auf die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen entfielen 31.100 Leistungen. Der prozentuale Anteil von Kinder- und Jugendrehabilitationen an allen Reha-Leistungen der Rentenversicherung lag auch in 2023 bei 3 %.

Die ambulanten Reha-Leistungen machten 16 % aller medizinischen Reha-Leistungen in 2023 aus. Der überwiegende Teil medizinischer Rehabilitation erfolgt jedoch nach wie vor stationär.

Die Anschlussrehabilitation (AHB) umfasste mit 346.453 Leistungen mehr als ein Drittel aller medizinischen Reha-Leistungen (36 %).

Zur Reha-Nachsorge führte die Rentenversicherung 259.396 Leistungen nach § 17 Sozialgesetzbuch (SGB) VI durch. Rund 30 % nahmen eine Nachsorge in Anspruch.

**40.858**

Menschen erhielten  
Wiedereingliederung

40.858 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erhielten 2023 durch die stufenweise Wiedereingliederung Unterstützung bei ihrer Rückkehr in den Beruf.

**54 Jahre** sind  
Frauen und Männer  
im Altersdurchschnitt

Frauen (54,5 Jahre) und Männer (54,6 Jahre) waren in der medizinischen Rehabilitation in 2023 durchschnittlich fast gleich alt.

40.858 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erhielten 2023 durch die stufenweise Wiedereingliederung Unterstützung bei ihrer Rückkehr in den Beruf. In den zwei Jahren nach ihrer medizinischen Rehabilitation in 2020 waren 83 % der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erwerbsfähig. Das bedeutet, die Versicherten stehen dem Arbeitsmarkt zur Verfügung. Das Geschlechterverhältnis ist hier fast ausgeglichen: 83 % der Männer und 81 % der Frauen.

Die häufigsten Reha-Indikationen waren orthopädische und rheumatische Erkrankungen: Auf sie entfielen stationär mehr als ein Drittel der Reha-Leistungen bei Frauen mit 36 % und bei Männern mit 33 %. Im ambulanten Bereich machten orthopädische und rheumatische Erkrankungen bei Frauen 73 % der Reha-Leistungen im ambulanten Bereich aus. Bei Männern lag der Anteil bei 67 %.

Mit steigendem Alter wird die Rehabilitation häufiger in Anspruch genommen. Frauen (54,5 Jahre) und Männer (54,6 Jahre) waren in der medizinischen Rehabilitation durchschnittlich fast gleich alt.

Die durchschnittliche Dauer einer stationären medizinischen Rehabilitation wegen körperlicher Erkrankungen variierte, je nach Indikation, zwischen 22 und 30 Tagen, ohne psychische Erkrankungen.

## Berufliche Rehabilitation

**117.873**

Leistungen  
**abgeschlossen**

Von den abgeschlossenen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nahmen Männer in 2023 den Großteil in Anspruch. Frauen nutzen nur ein Drittel der LTA.

Knapp **20 %**  
der Leistungen für  
**berufliche Bildung**

Ein Fünftel aller Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben waren in 2023 Bildungsleistungen wie Umschulungen und Fortbildungen.

2023 gingen bei der Rentenversicherung 332.670 Anträge auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) ein. Bewilligt wurden 229.970 Leistungen durch die Rentenversicherung. 117.873 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wurden abgeschlossen.

Männer nahmen deutlich häufiger LTA in Anspruch als Frauen: In 2023 wurde nur etwa ein Drittel der LTA von Frauen absolviert. In der beruflichen Rehabilitation waren Frauen durchschnittlich ein Jahr jünger als Männer: Das Alter der Frauen lag in 2023 im Mittel bei 49,1 Jahren. Männer waren durchschnittlich 50,1 Jahre alt.

Etwa ein Fünftel der LTA waren in 2023 berufliche Bildungsleistungen. Orthopädische und rheumatische Erkrankungen standen als Indikation und Ursache bei beruflicher Bildung an erster Stelle. Bei Frauen traf dies in 59 % der Diagnosen zu. Bei Männern lag der Anteil mit 65 % leicht höher.

Gut drei Viertel aller Teilnehmenden schlossen ihre berufliche Bildungsleistung erfolgreich ab. Noch zwei Jahre nach Abschluss einer beruflichen Bildungsleistung nahm die pflichtversicherte Beschäftigung zu und lag bei 59 %. Sechs Monate nach einer beruflichen Bildungsleistung war knapp die Hälfte der Teilnehmenden (46 %) pflichtversicherungspflichtig beschäftigt. 12 Monate danach lag der Anteil bei 54 %.

## Aufwendungen für Rehabilitation

**7,64** Mrd. Euro  
**brutto** Aufwand für  
Reha-Leistungen

Die Rentenversicherung gab in 2023 mehr als 6 Mrd. Euro für medizinische Rehabilitation aus. Über 1,2 Mrd. Euro flossen in Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA).

**1,2** Mrd. Euro  
**Übergangsgeld** in  
2023 gezahlt

Übergangsgelder fallen, wenn Rehabilitandinnen und Rehabilitanden aufgrund länger dauernder Leistungen, dem Bezug von Krankengeld oder bei Arbeitslosigkeit keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber (mehr) haben.

Die Rentenversicherung wandte im Jahr 2023 rund 7,64 Mrd. Euro (brutto) für Rehabilitation auf. Davon flossen mehr als 6 Mrd. Euro in Leistungen für medizinische Rehabilitation. Über 1,2 Mrd. Euro wurden für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) gezahlt und rund 0,4 Mrd. Euro für Sozialversicherungsbeiträge. Von den Gesamtaufwendungen für Rehabilitation entfielen rd. 1,2 Mrd. Euro brutto auf Übergangsgelder.

Diesen Ausgaben stehen auch Einnahmen gegenüber: somit fielen in 2023 Nettoaufwendungen in Höhe von rund 7,46 Mrd. Euro an. Die Rentenversicherung blieb im Rahmen des Budgets, das ihr für Reha-Leistungen gesetzlich vorgegeben ist. Die Höhe belief sich in 2023 auf 7,689 Mrd. Euro.

Die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden leisteten in der medizinischen Rehabilitation in 2023 insgesamt Zuzahlungen in Höhe von 73,5 Mio. Euro, das sind im Durchschnitt 74 Euro pro Reha-Leistung.

# **Aktuelle Entwicklungen**



**Recht und Politik**

**Reha-Qualitätssicherung**

**Digitalisierung in der  
Rehabilitation**

**Sozialmedizin**

**Reha-Wissenschaften und  
neue Konzepte**



## Recht und Politik

### **Zuschuss zu Kosten für Energie und Wärme für rund 300 soziale Dienstleister**

Die Kosten für Wärme und Energie stiegen auch bei den Leistungserbringern sozialer Dienste im Jahr 2022 stark an. Wegen der erhöhten Preise wurde von der Bundesregierung der Hilfsfonds für Rehabilitation und Teilhabe als Entlastungsmaßnahme für soziale Dienstleister aufgelegt. Bis zum Ende der Antragsfrist im Dezember 2023 wurden rund 300 Einrichtungen, die bei der DRV Bund den Antrag gestellt hatten, mit insgesamt rund 22,5 Mio. Euro bezuschusst.

Einrichtungen der Rehabilitation und Teilhabe konnten bei der Deutschen Rentenversicherung Bund und anderen Rehabilitationsträgern einmalig einen Energiekostenzuschuss für Gas, Fernwärme und andere Brennstoffe sowie Strom beantragen. Die Höhe des Zuschusses orientierte sich an der Differenz der Gesamt-Energiekosten des Jahres 2022 im Vergleich zum Jahr 2021. Das digitale Antragsverfahren wurde aufwandsarm konzipiert.



## Reha-Qualitätssicherung

### **Kinder und Jugendliche haben (wieder) das Wort**

Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen liegt der Rentenversicherung am Herzen. Damit auch die zukünftigen Leistungstragenden der Gesellschaft gesund werden und bleiben, bietet die Rentenversicherung auch für Kinder und Jugendliche Leistungen zur medizinischen Rehabilitation an. Für eine qualitätsgesicherte Versorgung erhalten Reha-Einrichtungen für Kinder und Jugendliche regelmäßig Qualitätssicherungsberichte beispielsweise zur therapeutischen Versorgung und zu den Therapiestandards, siehe auch „Daten zur Qualitätssicherung“ auf Seite 105. Künftig wird es zusätzlich wieder einen Qualitätssicherungsbericht geben, bei dem auch Kinder und Jugendliche an der Qualitätssicherung der Rentenversicherung beteiligt werden.

In der Befragung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden können Kinder und Jugendlichen ihre Zufriedenheit mit der medizinischen Rehabilitation sowie den wahrgenommenen Behandlungserfolg einbringen. Die Fragebögen für Kinder und Jugendliche wurden umfangreich überarbeitet und neu entwickelt. Darin geben die jungen Rehabilitanden und Rehabilitandinnen ab 12 Jahren selbst Auskunft. Für die jüngeren Kinder dürfen stellvertretend die Eltern den Fragebogen ausfüllen.

Die Befragung findet acht bis zwölf Wochen nach Abschluss der Rehabilitation statt. Wer befragt wird, das wählt die Rentenversicherung zufällig aus. Gefragt wird nach Aspekten der Zufriedenheit mit der Rehabilitation und nach dem wahrgenommenen Behandlungserfolg. Die einzelnen Fragen werden bei der Auswertung zu ähnlichen Themenbereichen zusammengefasst. Daraus lassen sich die beiden Qualitätsindikatoren für Zufriedenheit und Behandlungserfolg bilden. Sie werden im Rahmen der qualitätsorientierten Einrichtungsauswahl bei der Berechnung des Parameters Qualität berücksichtigt. Bisher bestand der Parameter Qualität für Reha-Einrichtungen im Indikationsbereich der Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation nur aus zwei Indikatoren: Therapeutische Versorgung und Reha-Therapiestandards. Mit den beiden Qualitätsindikatoren aus der Befragung der

Rehabilitandinnen und Rehabilitanden hat der Parameter zukünftig vier Indikatoren, die jeweils gleich gewichtet berücksichtigt werden.

Vor dem Hintergrund der qualitätsorientierten Einrichtungsauswahl erschien die Entwicklung eines Verfahrens, das einen fairen Einrichtungsvergleich gewährleistet, von besonderer Bedeutung. Daher gehörte zur wissenschaftlichen Überarbeitung auch die Entwicklung eines statistischen Vorgehens zum Umgang mit unterschiedlichen Merkmalen der Kinder und Jugendlichen. Schließlich kommen in die Reha-Einrichtungen Kinder und Jugendliche, die sich durch verschiedenste Merkmale auszeichnen: sie sind unterschiedlich alt, Mädchen oder Jungen, kommen mit Begleitung oder ohne ihre Eltern und haben unterschiedliche Beschwerden. Genau diese Merkmale und Unterschiede können beeinflussen, wie die Fragen beantwortet werden. Da die Reha-Einrichtung darauf keinen Einfluss hat, wurden die beiden Qualitätsindikatoren jeweils um den Effekt bereinigt, den beispielsweise das Alter, das Geschlecht und die Schulbildung auf die Zufriedenheit und den Behandlungserfolg haben können. Dadurch wird sichergestellt, dass die Unterschiede zwischen den Reha-Einrichtungen auf die Qualität und nicht auf beispielsweise verschiedene Alters- und Geschlechtsverteilungen der Kinder und Jugendlichen zurückzuführen sind.

Der Bericht mit den Ergebnissen des zuletzt ausgewerteten Befragungszeitraums 2021/2022 wurde im Sommer 2024 an die Reha-Einrichtungen verschickt (siehe „Zufriedenheit aus Sicht junger Rehabilitandinnen und Rehabilitanden“ auf Seite 99 und „Behandlungserfolg aus Sicht junger Rehabilitandinnen und Rehabilitanden“ auf Seite 100). Der nächste Bericht mit den Ergebnissen des Zeitraumes 2022/2023 ist bereits in Arbeit.

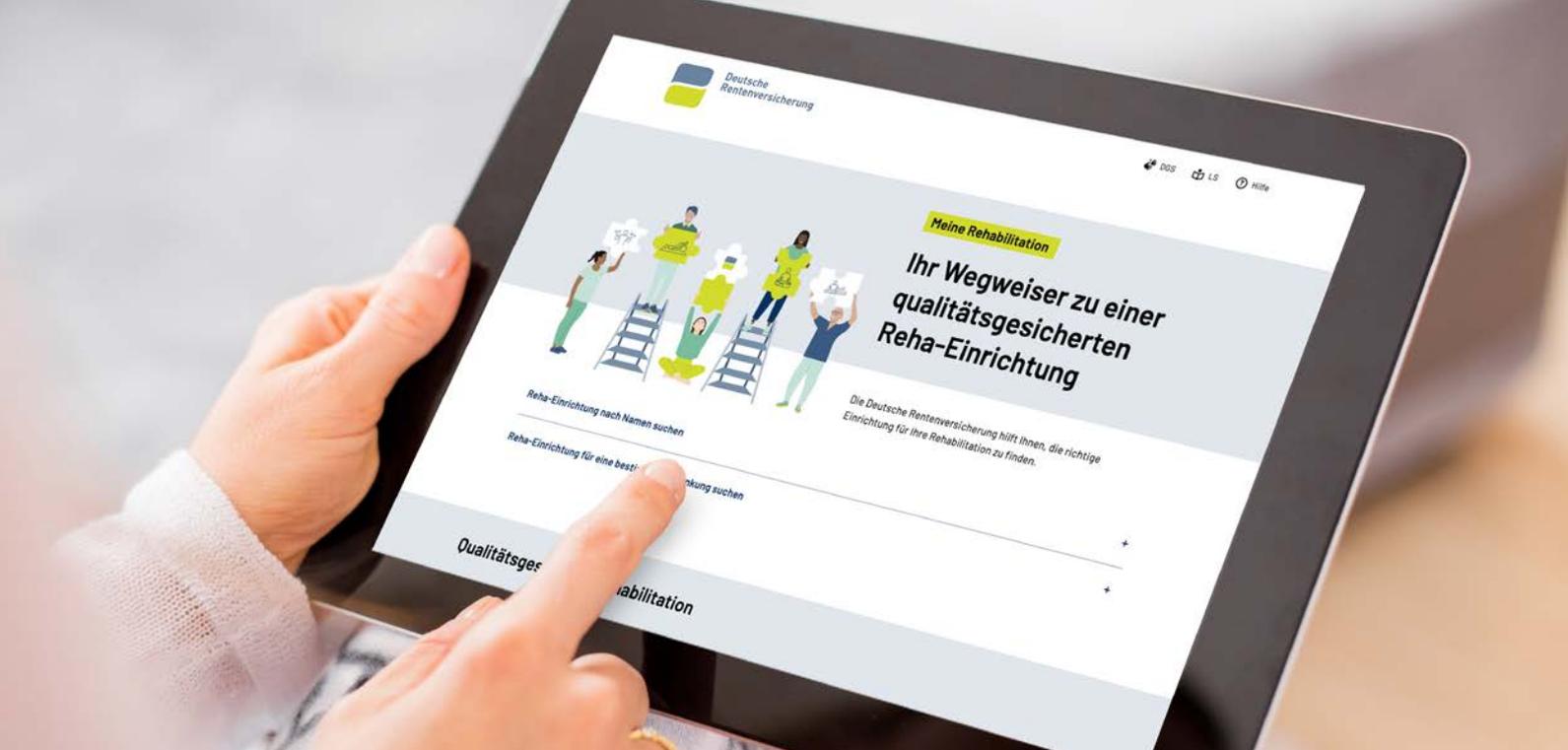




### **Qualität von Leistungen zur Prävention soll gemessen werden**

Entspannungsübungen, Ernährungstipps und Ergonomie am Arbeitsplatz: Das Präventionsprogramm der Rentenversicherung RV Fit ist ein Trainingsprogramm, das die Gesundheit in den Fokus nimmt und auf Bewegung, Ernährung und Stressbewältigung setzt. Die Teilnahme bei RV Fit ist kostenlos, aber es gelten bestimmte Voraussetzungen: Die Versicherten müssen aktuell beschäftigt sein und mindestens sechs Monate Beiträge zur Rentenversicherung geleistet haben.

Künftig soll die Qualität von Präventionsleistungen transparent und vergleichbar abgebildet werden. Dazu wurde von der Rentenversicherung ein Forschungsprojekt ausgeschrieben. Die Universität Ulm entwickelt seit April 2024 einen Fragebogen, mit dem die Leistungen aus Sicht der Präventandinnen und Präventanden systematisch beurteilt werden können. Inhaltlich sollen dabei verschiedene Aspekte von Qualität erfasst werden. Erfragt werden sollen strukturelle Merkmale der Einrichtung und Prozesse wie Organisation, Ablauf sowie Art und Umfang der Leistung. Ein besonderes Augenmerk liegt auf der Ergebnisqualität mit der Frage: Wie bewerten die Teilnehmenden den Erfolg der Maßnahme mit Blick auf einen Kompetenzzuwachs und den alltagstauglichen Nutzen? Das Projekt ist auf zwei Jahre ausgelegt. Die Ergebnisse werden demnach in 2026 erwartet.



## Digitalisierung in der Rehabilitation

### Qualitätsdaten im Netz: Internetauftritt ausgezeichnet

Das Internet-Portal „Meine Rehabilitation“ erleichtert seit Juli 2023 Interessierten die Auswahl einer geeigneten Rehabilitationseinrichtung, die spezifisch auf ihre gesundheitlichen Bedürfnisse zugeschnitten ist. Die Rentenversicherung wurde im Frühjahr 2024 für den Internetauftritt mit dem Preis der Internationalen Vereinigung für Soziale Sicherheit (IVSS) ausgezeichnet. Geehrt wurde die herausragende Umsetzung guter Praktiken in der sozialen Sicherheit, speziell für die Implementierung und fortlaufende Optimierung des Portals.

Das Portal „Meine Rehabilitation“ soll umfassend über die Ergebnisse der Qualitätssicherung informieren, die von der Rentenversicherung für Reha-Einrichtungen durchgeführt werden. Die Daten aus den verschiedenen Instrumenten der Qualitätssicherung werden in einem konsolidierten Qualitätsparameter zusammengefasst und verständlich aufbereitet, siehe auch „Daten zur Qualitätssicherung“. Damit bieten sie einen Wegweiser bei der Suche nach einer passenden Einrichtung. Zusätzlich sind Informationen zu den aktuellen Wartezeiten für stationäre Behandlungsverfahren zugänglich. Außerdem enthält das Portal Angaben zu den spezifischen Krankheitsbildern, die in den jeweiligen Einrichtungen behandelt werden können, Informationen zur geografischen Lage der Einrichtungen sowie zu Kontaktmöglichkeiten. Mit diesem Service können Versicherte ein optimal auf ihre Bedürfnisse zugeschnittenes Angebot aus der Vielzahl der dargestellten Reha-Einrichtungen auswählen.



Gundula Roßbach, Präsidentin der Deutschen Rentenversicherung Bund (zweite von rechts), nahm die Auszeichnungen entgegen.

Nachdem das Portal im Sommer 2023 online gegangen war, konnten bis Mai 2024 insgesamt mehr als 650.000 Besuche gezählt werden. Das digitale Angebot wird kontinuierlich weiterentwickelt. Die Suchfunktion auf der Startseite wurde aktualisiert, damit sich Einrichtungen über den Namen der Klinik, die ICD-Codes, den Ortsnamen und die Postleitzahl finden lassen. Neben Verbesserungen der Visualisierungen und der Aktualisierung der Kontaktinformationen für die Einrichtungen wurden auch größere Projekte umgesetzt. So gibt es nun zum Beispiel eine mobile Ansicht. Während im Juli 2023 nur knapp ein Viertel (39 %) das Portal über ein mobiles Endgerät aufrief, waren es im Mai 2024 bereits mehr als die Hälfte der Nutzenden (54 %).



Zur Internetseite:  
**[Meine-Rehabilitation.de](https://www.meine-rehabilitation.de)**



## Sozialmedizin

### **Impuls für eine bessere Gesundheit – Ü45-Check jetzt auch online**

Stress und Belastungen im Berufsleben können im zunehmenden Alter erschöpfend wirken. Kleine Zipperlein setzen ein und können als Warnzeichen des Körpers verstanden werden. Wer sie ignoriert, setzt seine Arbeitskraft aufs Spiel. Um dem entgegenzuwirken hat der Gesetzgeber im Dezember 2016 die berufsbezogene Gesundheitsuntersuchung Ü45-Check ins Leben gerufen. Der rechtliche Rahmen: Mit § 14 Absatz 3 SGB VI wurde im Zuge des Flexirentengesetzes eine neue Gesetzesgrundlage geschaffen, die auf das Präventionsgesetz Bezug nimmt. Das Flexirentengesetz trat im Dezember 2016 in Kraft. Der Ü45-Check leitet sich ab aus Art. 1 Flexirentengesetz, § 14 Abs. 3 SGB VI.

Der Ü45-Check ist eine berufsbezogene Gesundheitsuntersuchung, die von der Rentenversicherung in verschiedenen wissenschaftlichen Modellprojekten entwickelt wurde. Analysiert wurden beispielsweise die Zugangswege zu den Versicherten. Aber auch die Form der Durchführung des Checks wurde erprobt. In Kooperation mit der Pädagogischen Hochschule Freiburg wurden die Ergebnisse der einzelnen Projekte in einer wissenschaftlichen Übersicht zusammengefasst.



Als Ü45-Check der Rentenversicherung wurde gemeinsam mit der Charité-Universitätsmedizin Berlin ein Screening-Fragebogen für den Bedarf an Teilhabeleistungen entwickelt und validiert. Der Check gibt Auskunft über die individuelle momentane Gesundheit – bezogen auf Belastungen in Beruf und Alltag. Er operationalisiert den Bedarf an Teilhabeleistungen verlässlich auf Basis eines definierten Berechnungsschlüssels. Die sieben einfachen Fragen zu körperlicher und psychischer Gesundheit sind jetzt auf den Internetseiten der Rentenversicherung veröffentlicht. Wer Interesse hat, kann hier kostenfrei und unkompliziert eine erste Einschätzung zur eigenen Gesundheit einholen. Das individuelle Ergebnis und eine Empfehlung, ob Handlungsbedarf besteht, wird sofort angezeigt. Verknüpft sind dabei gleich die passenden Anträge auf Prävention und Rehabilitation der Rentenversicherung. Mit dem folgenden QR-Code können Sie sofort loslegen!



Zum Ü45-Check:  
[Prävention | Ü45-Check | Deutsche Rentenversicherung](#)  
[\[deutsche-rentenversicherung.de\]](https://www.deutsche-rentenversicherung.de)

#### **Für RV Fit auch in Nachsorge-Einrichtungen trainieren**

Das Präventionsprogramm RV Fit ist ein kostenfreies Trainingsprogramm mit Elementen zu Bewegung, Ernährung und Stressbewältigung für ein ganzheitlich verbessertes Lebensgefühl. Es wurde speziell für Berufstätige entwickelt und setzt sich aus vier Phasen zusammen: Start, Training, Eigenaktivität und Refresher. Nach Abschluss der drei- bis fünftägigen Startphase trainieren die Versicherten drei Monate lang möglichst wohnort- oder arbeitsplatznah ein- bis zweimal pro Woche im Rahmen der Trainingsphase. Bislang gab es allerdings ein sehr begrenztes Angebot an Einrichtungen für die Trainingsphase, so dass für viele Versicherten die Wege zu den Trainingsorten zu weit entfernt waren.



Um bundesweit mehr Menschen mit Angeboten für die Trainingsphase zu erreichen, können bereits seit Sommer 2023 trainingstherapeutische Nachsorgeeinrichtungen, die so genannten T-RENA®-Einrichtungen, nach ihrer Zulassung Kurse für die Trainingsphase anbieten.

### **Fachtagung Prävention: RV Fit und innovative Ansätze diskutiert**

„Prävention vor Rehabilitation vor Rente“: Damit Versicherte länger gesund für die Arbeitswelt von morgen sein können, ist Prävention ein zentraler Baustein der Strategie der Rentenversicherung. Das Angebot innovativer konzeptioneller Impulse für die Prävention, die Darstellung neuer Ideen zur Weiterentwicklung des Programmes RV Fit und der fachliche Austausch zwischen Rentenversicherungsträgern, Leistungserbringern und Forschenden zählten zu den Zielen der ersten Fachtagung Prävention der Rentenversicherung, die im April 2024 in Erkner stattfand. Brigitte Gross, Direktorin der Deutschen Rentenversicherung, betonte in ihrer Einführung die zunehmende Bedeutung der rentenversicherungsweiten Prävention und deren Potenzial zur Weiterentwicklung. Vor dem Hintergrund aktueller gesellschaftspolitischer Herausforderungen hob sie hervor, dass die Präventionsangebote der Rentenversicherung zukunftsfest aufgestellt und flächendeckend verfügbar sein sollten.

Dr. Lena Tepohl, Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung Ulm, verglich in ihrem Vortrag „Passt RV Fit für jeden?“ die Evaluationsergebnisse verschiedener RV Fit-Settings und zeigte anhand mehrerer Gesundheitsparameter die positiven Effekte des Programms auf. Einen Einblick in das Thema psychische Gesundheit gab Dr. Natalia Wege von der Universität Düsseldorf, die das RV Fit-Programm Psychosomatik einer ambulanten Reha Einrichtung vorstellte und mögliche Fallstricke aufzeigte. Dr. Manuela Richter-Werling vom Verein Irrsinnig Menschlich e. V. wagte mit ihrem Input zur besonderen Problemlage psychischer Belastungen in Berufsschule und Beruf einen Blick über den Tellerrand. Dr. med. Beatrix Böllhoff von der Rentenversicherung problematisierte in ihrem Beitrag die kontinuierliche Zunahme von Übergewicht und Adipositas in der Gesellschaft und warf die Frage nach der Rolle und den Möglichkeiten von RV Fit auf.

Melanie Dold vom Verein der Ersatzkassen (vdek) erläuterte die Aufgaben der Zentralen Prüfstelle Prävention und stellte die zertifizierten Präventionsangebote aus dem Handlungsfeld Ernährung der Gesetzlichen Krankenkassen vor. Wie ein proaktiver Zugang zur Prävention seitens der Rentenversicherung gelingen kann, präsentierte Karin Klopsch von der Rentenversicherung. Sie stellte vielfältige Aktivitäten und Kooperationen des rentenversicherungseigenen Firmenservices vor.

Einblicke in weitere innovative Präventionsansätze abseits von RV Fit eröffnete Michael Holzer von der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG), der eine Krisenhotline vorstellte, die auf die besonderen Lebenssituationen der landwirtschaftlich Versicherten zugeschnitten ist. Der erfolgreiche und inzwischen institutionalisierte aufsuchende Präventionsansatz zum Erreichen vulnerabler Zielgruppen wurde von Dr. Anna Streber, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), präsentiert. In drei konzeptionell ausgerichteten Arbeitskreisen diskutierten die Teilnehmenden spezifische Strategien zur Bewältigung psychischer Belastungen, auf übergewichtige und adipöse Menschen zugeschnittene Präventionsansätze und Wege zur Ansprache und Aktivierung vulnerabler Versichertengruppen.

### **Aus der Erwerbsminderungsrente zurück in den Beruf mit der Arbeitserprobung**

Wer aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr arbeiten kann und das Rentenalter noch nicht erreicht hat, kann mit einer Erwerbsminderungsrente aufgefangen werden. Die Rente wegen voller Erwerbsminderung (EM) ersetzt das Einkommen.

Führende Diagnosegruppe bei EM-Renten sind psychische Erkrankungen. Der sozialmedizinische Verlauf differenziert nach Indikation zeigt deutliche Unterschiede in den Erwerbsverläufen wie in Abbildung 13 auf Seite 68 zu sehen ist. So erhielten 14 % der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden trotz einer psychosomatischen-psychotherapeutischen Rehabilitation im Jahr 2020 im Anschluss eine EM-Rente.

Menschen, die eine zeitlich befristete Rente wegen Erwerbsminderung beziehen, wieder in den Arbeitsmarkt einzugliedern, erwies sich in der Vergangenheit als schwierig. Wer bei einem Arbeitsversuch scheitert, muss einen erneuten Antrag auf EM-Rente stellen, um den Status und die finanzielle Absicherung wiederzuerlangen. Die Sorge um den Entzug hinderte viele neben dem Krankheitsverlauf und der subjektiven Prognose der Erwerbsfähigkeit das Arbeiten zu versuchen.

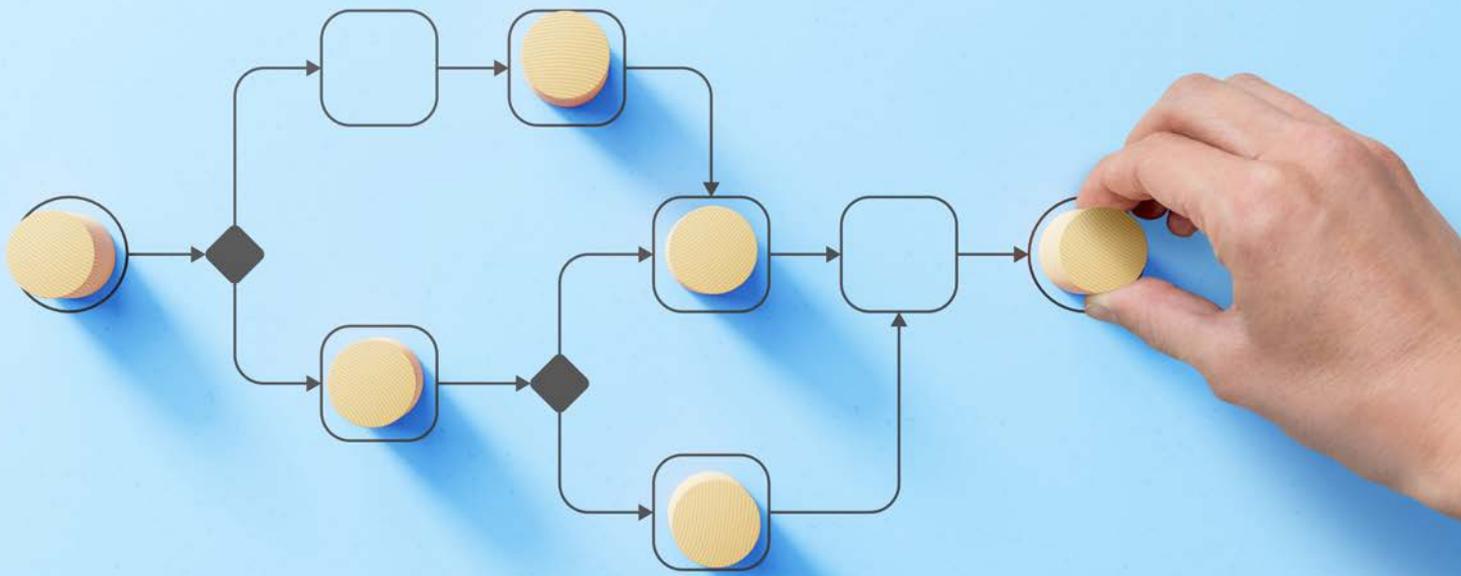
Der Gesetzgeber hat zum 1. Januar 2024 eine rechtliche Grundlage geschaffen, um Menschen mit einer EM-Rente bei der Rückkehr in den Arbeitsmarkt weitgehender als bisher zu unterstützen. § 43 Sozialgesetzbuch (SGB) VI wurde um Absatz 7 erweitert.

### Die gesetzliche Grundlage der Arbeitserprobung

- Im Januar 2024 wurde die rentenunschädliche Arbeitserprobung durch die Ergänzung des § 43 SGBVI um den 7. Absatz gesetzlich verankert.
- Darin heißt es:  
Wird neben einer Rente nach Absatz 1 oder 2 unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes eine Erwerbstätigkeit ausgeübt, deren Umfang das der Rentengewährung zugrunde liegende zeitliche Leistungsvermögen überschreitet, besteht für einen Zeitraum von regelmäßig sechs Monaten ab Beginn der Ausübung weiterhin Anspruch auf die gewährte Rente.

Wer eine EM-Rente bezieht, kann testen, ob der gesundheitliche Zustand es zulässt, dass wieder oder mehr gearbeitet wird. Die EM-Rente bleibt im Erprobungszeitraum und auch nachträglich bestehen. In der Regel dauert die Arbeitserprobung sechs Monate, kann aber im Einzelfall beispielsweise bei einem Arbeitsplatzwechsel verlängert werden. Die Arbeitserprobung muss nicht beantragt, aber der Rentenversicherung mitgeteilt werden.

Diese gesetzliche Neuerung einer abgesicherten Arbeitserprobung bietet auch sozialmedizinisch die Möglichkeit, Faktoren einer erfolgreichen Rückkehr in das Erwerbsleben unter Alltagsbedingungen festzustellen. Daraus können weiteres proaktives Handeln abgeleitet und Erkenntnisse zu konkreten Teilhabebedarfen gewonnen werden.



## Reha-Wissenschaften und neue Konzepte

### Neue Rahmenbedingungen für Modellprojekte zur Erprobung der DigiFlexReha

Der Digitalisierung kommt weltweit eine stetig wachsende Bedeutung in allen Bereichen des Lebens zu, auch in der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Digitale Technologien bieten Chancen für die Weiterentwicklung der Teilhabeleistungen der Rentenversicherung: Angebote werden flexibler, wenn die digitale Technik die räumlichen Barrieren überwinden kann. Die Flexibilität kann die Inanspruchnahme erleichtern und manchmal sogar überhaupt erst ermöglichen. Im Fokus der Weiterentwicklung steht dabei immer der Mensch, an den Bedürfnissen der Versicherten werden die Leistungen ausgerichtet.

Die Rentenversicherung ist bestrebt, die Durchführung therapeutischer Leistungen mittels digitaler Anwendungen zu unterstützen. Ein Vorbild ist hier die Nachsorge: Mit der wachsenden Verbreitung der digitalen Reha-Nachsorge hat die digitale Leistungserbringung hier bereits Einzug erhalten, siehe auch „Nachsorge – für eine nachhaltigere Rehabilitation“. Bei den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gibt es noch Entwicklungspotentiale.

Um künftig medizinische Rehabilitation mit digitalen Elementen gezielt in Modellprojekten zu erproben, wurden Eckpunkte definiert, um medizinischen Rehabilitationseinrichtungen und Anbietern digitaler Leistungen Orientierung zu geben und die Qualität der neuen Leistungsform sicherzustellen. Die Rentenversicherung hat dafür Rahmenbedingungen zur Erprobung einer digital flexibilisierten medizinischen Rehabilitation (DigiFlexReha) erarbeitet.

Eine Umsetzung von Konzepten für die DigiFlexReha ist als befristetes Modellprojekt möglich. Denkbar sind hybride Formen, in der ein Anteil der Therapien wie beispielsweise Vorträge, Einzel- und Gruppengespräche durch die Nutzung digitaler Technologien örtlich

beziehungsweise zeitlich ungebunden, flexibel genutzt werden kann. Auf Basis aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse werden zunächst zwei Typen der digital flexibilisierten medizinischen Rehabilitation unterschieden, die in das Setting einer herkömmlichen medizinischen Rehabilitation eingebettet sind. Die beiden Typen geben zunächst einen Rahmen vor, der auf der Basis der Projekte definiert wurde. Auch andere Ausprägungen einer DigiFlexReha können und sollen in Modellprojekten erprobt werden.

### Typen der digital flexibilisierten medizinischen Rehabilitation

1. Typ I: DigiFlexReha mit digitalen Zeitfenstern: Einzelne Therapien, die bisher analog erbracht wurden, werden digital durchgeführt. Maximaler Zeitumfang der digitalen Durchführung „am Stück“ ist ein Tag.
2. Typ II: DigiFlexReha mit digitaler Phase: Hier wird die erste Phase der medizinischen Rehabilitation in Präsenz in der Rehabilitationseinrichtung durchgeführt, die zweite Phase ortsunabhängig außerhalb der Rehabilitationseinrichtung digital.



Präsenz in der Reha-Einrichtung



ortsunabhängige, digitale Durchführung

**DigiFlexReha Typ I**



Präsenz in der Reha-Einrichtung



ortsunabhängige, digitale Durchführung

**DigiFlexReha Typ II**

Eine von der Rentenversicherung geförderte Studie der Universität Lübeck um Prof. Dr. Matthias Bethge zeigte, dass eine hybride Rehabilitation, die eine Rückenschule digital umsetzte, mit einer Rehabilitation, bei der dieselbe Rückenschule auf herkömmliche Weise in Präsenz durchgeführt wurde, nicht unterlegen war. Eine weitere von der Rentenversicherung geförderte Studie der Universität Lübeck um Prof. Dr. Ruth Deck untersucht aktuell, ob eine psychosomatische Rehabilitation auch hybrid angeboten werden kann. Die Idee: die finale Woche der stationären Rehabilitation wird von der Klinik nach Hause verlegt, in ein rein digitales Therapie-Setting. Die erforderlichen Inhalte und Therapiebausteine werden online zur Nutzung auf dem Computer oder mobilen Endgeräten bereitgestellt. Für therapeutische Sitzungen, Beratungen und Aktivitäten können sich die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die an der digitalen Woche teilnehmen, live in die Klinik schalten. Zwischenergebnisse weisen auf die Machbarkeit und Akzeptanz seitens der Versicherten und Rehabilitationseinrichtung hin.

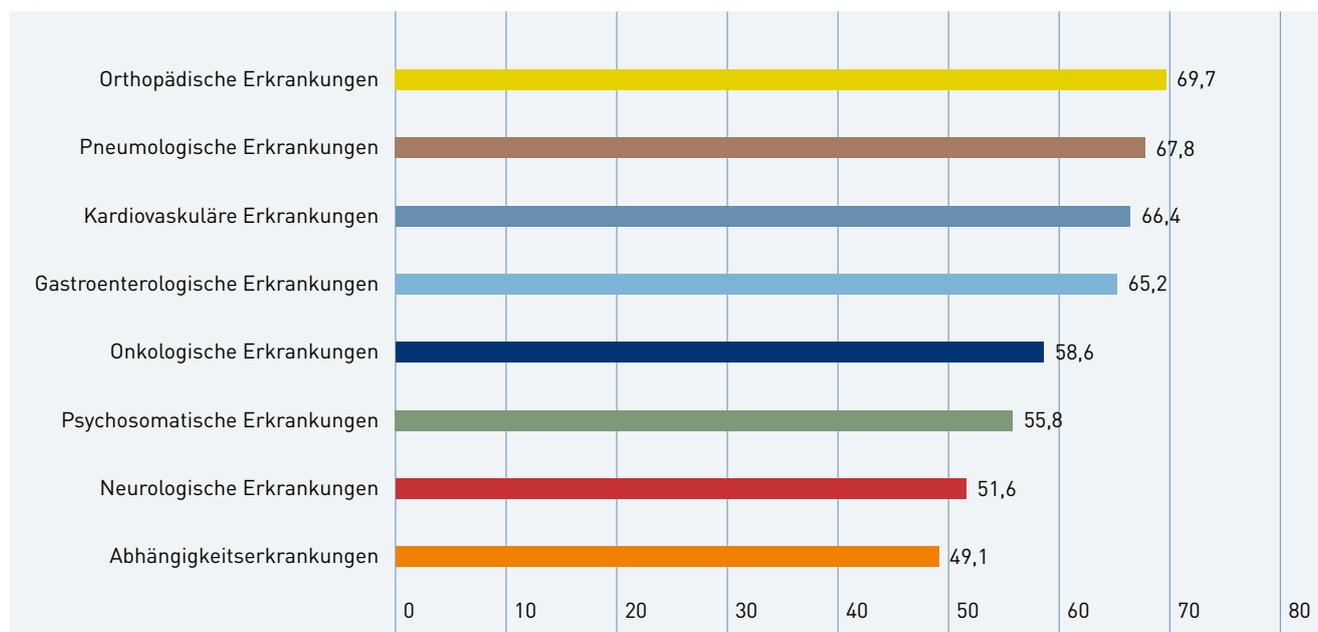


Mehr zur DigiFlexReha:

[www.deutsche-rentenversicherung.de/digiflexreha](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/digiflexreha) |

Deutsche Rentenversicherung ([deutsche-rentenversicherung.de](http://deutsche-rentenversicherung.de))

**Abbildung 01: Quote der stabilen Beschäftigung ein Jahr nach Teilnahme an einer medizinischen Rehabilitation (Angaben in %)**



Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis; Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit abgeschlossener Rehabilitation im Jahr 2017 bzw. 2016

### Medizinische Rehabilitation wirkt: Über die Hälfte arbeitet danach wieder

Die erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung nach einer Rehabilitation ist ein bedeutender Erfolgsfaktor für die Rentenversicherung. In einer Veröffentlichungsreihe hat die Rentenversicherung detaillierte und repräsentative Erkenntnisse zur beruflichen Situation der Versicherten nach einer medizinischen Rehabilitation für alle relevanten Erkrankungsgruppen ermittelt. Die Analysen basieren auf den Daten, die der Rentenversicherung vorliegen, siehe auch „Kurz erklärt: Routinedaten der Rentenversicherung“.

Einbezogen wurden die Daten aller Rehabilitationsleistungen eines bestimmten Kalenderjahrs, je nach Erkrankung 2016 bzw. 2017. Gemessen wurde die stabile Beschäftigung nach der Rehabilitation. Sie liegt vor, wenn Menschen ein Jahr nach Ende der Rehabilitation durchgängig mindestens vier aufeinander folgende Monate sozialversicherungspflichtig beschäftigt waren. Die Daten zeigen, dass ein Jahr nach einer medizinischen Rehabilitation je nach Erkrankung zwischen 49 % und 70 % der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden wieder in einer stabilen Beschäftigung waren wie „Abbildung 01: Quote der stabilen Beschäftigung ein Jahr nach Teilnahme an einer medizinischen Rehabilitation (Angaben in %)“ zeigt.

Weitere Analysen verdeutlichen, dass eine stabile Beschäftigung nach der Reha nicht nur von der Erkrankung, sondern auch von individuellen Faktoren abhängt. Es stellte sich heraus: Menschen mit höherem Einkommen vor der Reha haben – unabhängig von der Art der Erkrankung – eine höhere Chance, auch nach der Reha wieder stabil zu arbeiten. Zudem ist die Dauer der Arbeitsunfähigkeit vor der Rehabilitation ein wichtiger Einflussfaktor: Versicherte mit weniger Fehltagen vor der Rehabilitation hatten bessere Chancen auf eine stabile Beschäftigung im Anschluss.

Die Untersuchungen machen deutlich, dass es vielen Menschen gelingt, nach einer medizinischen Rehabilitation wieder erfolgreich in Arbeit zu kommen. Sie zeigen aber auch, bei welchen Personengruppen eine Weiterentwicklung der Rehabilitation geboten ist. Genau hier setzen die Aktivitäten der verschiedenen Initiativen der Rentenversicherung zur Weiterentwicklung ihrer Leistungen an. Dazu gehören das Programm „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“, siehe auch „rehapro: 64 Modellprojekte der Rentenversicherung“ und zur Strategie der Weiterentwicklung der Prävention und Rehabilitation: „Länger gesund für die Arbeitswelt von morgen: Filme zur Strategie online“. Die vollständigen Analysen können der Fachzeitschrift „Die Rehabilitation“ entnommen werden.

### **Länger gesund für die Arbeitswelt von morgen: Filme zur Strategie online**

Deutschland wird älter, Arbeitskräfte werden weniger, die Arbeitswelt wandelt sich – das ist jetzt schon spürbar. Für eine auch künftig leistungsfähige Arbeitswelt müssen Prävention und Rehabilitation zum selbstverständlichen und lebenslangen Bestandteil von Erwerbsbiografien werden. Das Ziel der Rentenversicherung ist ein Präventions- und Rehabilitationssystem, das stärker den Menschen sieht: mit seinen individuellen Bedürfnissen, seinen gesundheitlichen und sozialen Problemen, den unterschiedlichen Zugangsbarrieren zu Prävention und Rehabilitation.

Die Förderung der beruflichen Teilhabe gehört zum gesetzlichen Auftrag der Deutschen Rentenversicherung. Im Strategiepapier zur Weiterentwicklung von Prävention und Rehabilitation ist dargestellt, wie die Rentenversicherungsträger die Weiterentwicklung ihrer Präventions- und Reha-Leistungen innerhalb ihrer regionalspezifischen Vielfalt vorantreiben wollen. Das gemeinsame Strategiepapier ist eine einheitliche Positionierung der Rentenversicherung zu den vielfältigen gesellschaftlichen und rechtlichen Entwicklungen, die die Prävention und Rehabilitation betreffen. Es soll eine sinnvolle Priorisierung von Entwicklungsarbeiten unterstützen und eine fortlaufende Überprüfung und Anpassung anhand definierter Zielbilder ermöglichen. Die rechtlichen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen werden skizziert und die Grundsätze der Reha-Strategie vorgestellt. Den Kern des Papiers bilden die strategischen Zielsetzungen der Rentenversicherung in fünf Zielbereichen, deren Bedeutung konkreter erläutert wird. Die Zielbilder sind in Form übergeordneter Visionen und spezifischerer Missionen formuliert. Die fünf Ziele werden in fünf Filmbeiträgen verständlich erklärt und sind online abrufbar.



Zu den Filmen des Strategiepapiers:  
**Ergebnisse | Deutsche Rentenversicherung**  
**([deutsche-rentenversicherung.de](https://www.deutsche-rentenversicherung.de))**



### rehapro: 64 Modellprojekte der Rentenversicherung

Noch bis 2028 fördert das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) mit dem Programm „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“ innovative Projekte aus dem Bereich von Sozialgesetzbuch (SGB) II und SGB VI. Neue Ansätze sollen mit dem Ziel erprobt werden, die Kosten der Eingliederungshilfe zu dämpfen und die Zugänge in die Erwerbsminderungsrenten zu reduzieren.



Seit 2018 wurden drei Förderaufrufe gestartet. Die Rentenversicherung beteiligt sich mit 64 Modellprojekten an dem Förderprogramm. Die Zielsetzung für die Modellprojekte ist, den Verbleib im Erwerbsleben zu fördern und damit den Zugang in Erwerbsminderungsrenten zu dämpfen. In Kooperation mit anderen Sozialversicherungsträgern werden innovative Ansätze erprobt. Für Menschen, die durch mehrere Beeinträchtigungen in ihrer Teilhabe eingeschränkt sind, kann beispielsweise eine persönliche Begleitung im Rahmen eines Fallmanagements erfolgsversprechend sein. Wie das gelingen kann, wird in den Projekten zum Teil untersucht.

Mit anderen Ansätzen wird erprobt, Menschen so früh wie möglich zu erreichen, damit diese durch Leistungen zur Teilhabe unterstützt werden können und gar nicht erst aus dem Arbeitsleben herausfallen. In einem Projekt wird untersucht, ob die Zahlung von finanziellen Prämien die Motivation stärkt, im Erwerbsleben zu verbleiben.

### Strategien, um das Spektrum der Leistungen zu verbessern:

- Bestehende Leistungsangebote werden weiterentwickelt durch: die Flexibilisierung der Leistungserbringung, auch durch die Digitalisierung, und die Verknüpfung bisher getrennter Leistungsbereiche.
- Außerdem werden flankierend Ansätze entwickelt, um mit anderen Partnern stärker im Kooperation Innovationen zu etablieren. Dazu zählt die engere Zusammenarbeit mit Jobcentern in den rechtskreisübergreifenden Projekten. Unter anderem werden verbesserte Verfahrensabläufe zwischen den Rentenversicherungsträgern und Jobcentern entwickelt. Außerdem soll die Vernetzung mit sozialräumlichen, betrieblichen Akteurinnen und Akteuren sowie Kooperationspartnern im Gesundheitswesen, beispielsweise Arbeitgebern /Betrieben, niedergelassenen Ärzten, Krankenkassen, Beratungsstellen, Selbsthilfe, verbessert werden.

Bis 2025 wird die Förderung für die überwiegende Anzahl von Projekten der Rentenversicherung aus dem ersten Förderaufruf auslaufen. Ein Teil der Projekte möchte die mit den Fördergeldern aufgebauten, bewährten Strukturen aufrechterhalten, weil die neuen Ansätze erfolgreich sind. Für die Fortführung gilt es nun außerhalb der Förderung neue Wege zu beschreiten. Für die Umsetzung vor Ort und gegebenenfalls eine bundesweite Verbreitung erfolgreicher innovativer Ansätze arbeiten die Mitarbeitenden der Rentenversicherung intern eng zusammen.



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

### Transferorientierte Versorgungsforschung: Zwei Projekte sind gestartet

Zwei von der Rentenversicherung finanzierte Projekte des 2019 begonnenen Förderschwerpunkts Transferorientierte Versorgungsforschung zusammen mit dem Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) starteten 2024 in die zweijährige Transferphase. Bereits Anfang 2024 hat das Projekt „Implementierung von Praxisempfehlungen für die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation in psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen (MBOR-PRIME)“ von Prof. Dr. Matthias Bethge, Universität zu Lübeck, und Prof. Dr. Markus Bassler, Hochschule Nordhausen, die Arbeit aufgenommen. Ziel des Projekts ist es, die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation in psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen möglichst konsistent auf hohem Niveau zu implementieren. Nach Projektende stehen vielfältige Tools zur Verfügung, die es psychosomatischen Reha-Einrichtungen ermöglichen, den Implementierungsprozess selbstverantwortlich durchzuführen.

Mitte des Jahres 2024 begann das „Transferprojekt zur Studie ReNaApp: Steigerung der Langzeiteffekte onkologischer Rehabilitation durch eine Nachsorge-App (TP-ReNaApp)“ von Prof. Dr. Ruth Deck, Universität zu Lübeck. Die Entwicklung der App für Patientinnen mit Brustkrebs, die auf der Nachsorgephilosophie „Neues Credo“ basiert und auf körperliche Aktivität fokussiert, soll künftig auch für andere Indikationen nutzbar gemacht werden. Erarbeitet werden alle Materialien, die zur eigenständigen Umsetzung der Intervention in die Fläche erforderlich sind wie beispielsweise das Transfermanual und Schulungsvideos.



### „rehabilitätsnah“: Von Fußabdrücken und Forschung, die Spuren hinterlässt

Mit wissenschaftlicher Nachhaltigkeit und Forschung, die Spuren hinterlässt, beschäftigte sich Dr. Marco Streibelt in 2024 in der Staffel des „rehabilitätsnah“-Podcasts. Seinen ökologischen Fußabdruck nahm er dabei genauso in den Blick wie den seiner Gäste. Brigitte Gross, Direktorin der Deutschen Rentenversicherung Bund, die er in der Auftaktfolge interviewt hat, verrät, wie klein ihr privater Fußabdruck ist. Hochskaliert auf die Behörde der Rentenversicherung, die mit ihren Leistungen zur Altersversorgung und gesellschaftlicher Teilhabe per se nachhaltig ist, sprach Brigitte Gross auch über Gesundheit, motivierte Mitarbeitende, Überzeugungsarbeit und Haltung.

Dr. Marco Streibelt nahm das Publikum in einer „rehabilitätsnah“-Folge mit auf eine Reise. Von Berlin aus machte er sich im Zug auf nach Göttingen, um einen Wegbereiter der evidenzbasierten Medizin in Deutschland zu treffen: Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe. Zusammen mit dem jetzigen Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach gehörte der Mediziner und Soziologe damals zu einer kleinen interdisziplinären Arbeitsgemeinschaft, die sich mit der Evidenzbasierung der Medizin beschäftigte und ein Netzwerk gründete. Über Gegenwind, die Motivation, die Würdigung eines Lebenswerkes und natürlich über Ethik und Evidenzbasierung sprach Dr. Marco Streibelt mit dem innovativen Kopf der Rehabilitationsforschung, der Spuren in der Wissenschaftsgeschichte hinterlassen hat.

Über menschliches Handeln und den moralischen Kompass diskutierte Dr. Marco Streibelt mit Prof. Dr. Gerhard Reese, Psychologe und Professor für Umweltpsychologie an der Universität Kaiserslautern-Landau. Ob die Welt dem Untergang geweiht ist, was auf individueller und was auf systemischer Ebene getan werden sollte, und was Klimaangst und Ökotrauer sind, erklärt Reese ausführlich. Wie umweltfreundlich der Wissenschaftler lebt und forscht, wie sein moralischer Kompass bei Schokolade aussieht und welche Guilty Pleasures Gerhard Reese hat, verriet er ebenfalls.

Die Ausgaben des „rehabilitätsnah“-Podcasts erschienen von Februar bis Dezember 2024 monatlich. Zu hören sind die Folgen aber weiterhin – unabhängig von Zeit und Ort auf den Internetseiten der Rentenversicherung und auf allen gängigen Streaming-Plattformen. Hören Sie rein. Die neue Staffel des Podcasts „rehabilitätsnah“ startet im Februar 2025.



Hören Sie rein:  
**„rehabilitätsnah“ | Deutsche Rentenversicherung**  
**([deutsche-rentenversicherung.de](https://deutsche-rentenversicherung.de))**



Im „rehabilitätsnah“-Live-Stream stellen Forschende ihre Ergebnisse vor.

### „rehabilitätsnah“-OpenMic: Ergebnisse werden live diskutiert

Die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus dem Forschungsschwerpunkt zur Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation präsentieren die ersten Ergebnisse aus den geförderten Projekten seit Sommer 2024 exklusiv im Rahmen einer digitalen Ringvorlesungsreihe im Live-Stream. Im OpenMic-Format stellen die Teams erste Erkenntnisse der wissenschaftlichen Studien vor, die in dem Forschungsschwerpunkt gefördert werden. Die Öffentlichkeit hat damit die Chance, die Forschenden auf der virtuellen Bühne über eine Videokonferenz-Plattform zu erleben, direkt Fragen zu stellen und mit ihnen über wissenschaftliche Fragestellungen, Methoden und Ergebnisse zu diskutieren.

Im Juni 2024 referierten Verena Kakuschke und Prof. Dr. Joachim Thomas von der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt über die „Analyse und Optimierung von Schnittstellen in der beruflichen Rehabilitation von Alkoholabhängigkeitserkrankten“. Sie sprachen über Zugangswege und Barrieren sowie bio-psycho-soziale und umweltbedingte Einflussfaktoren, die im Zusammenhang mit dem Rehabilitationsprozess stehen. Die persönliche Wahrnehmung der Betroffenen in Bezug auf ihre Übergangserfahrungen und Versorgungswünsche wurden ebenfalls thematisiert. Im November 2024 präsentierten Prof. Dr. Dieter Röh, Silke Werner und Sina Jädicke, HAW Hamburg, Ergebnisse des Projektes „Netzwerke und Kooperationen in der beruflichen Rehabilitation“.

Die „Zugänge psychisch Kranker in das BTZ und ihre Wege in Qualifizierung und Arbeit“ stellten Prof. Dr. Ernst von Kardorff und Niklas Tibbe, Berliner Werkstatt für Sozialforschung, im Dezember 2024 vor. Im Frühjahr 2025 wird die digitale Reihe mit neuen Terminen fortgesetzt.



### Jahrestreffen des Forschungsschwerpunktes berufliche Rehabilitation in Erkner

Der Arbeitsmarkt in Deutschland hat Konjunktur, und Fachkräfte werden händeringend gesucht. Doch trotz verstärkter Bemühungen zur Integration bleibt die Quote von arbeitslosen Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen konstant hoch, beschreibt Dr. Jannis Hergesell vom Forschungsnetzwerk Alterssicherung der Rentenversicherung ein Phänomen. In seiner Keynote „Im betrieblichen Alltag bleiben (?)“ sprach er beim Vernetzungstreffen des Forschungsschwerpunktes zur Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation im Juni 2024 in Erkner über Akteurinnen und Akteure, Routinen und Integrationsprozesse im Betrieb. Bereits zum dritten Mal hatten sich die Beteiligten dort zum Netzwerken und wissenschaftlichen Austausch getroffen.

In dem rentenversicherungsübergreifenden Forschungsschwerpunkt werden neun Projekte gefördert, die wissenschaftliche Methoden einsetzen, um die Situation in der beruflichen Rehabilitation präziser zu beschreiben und zu erklären, damit sich Entwicklungen besser vorhersagen und Ansatzpunkte für Veränderungen finden lassen. Untersucht wird in den Projekten das Management von Zugangswegen in die berufliche Rehabilitation und bei den Übergängen zwischen den Leistungen, die Relevanz komplexer und diskontinuierlicher Fallgestaltungen, die Rolle bestimmter Berufsgruppen und die Bedeutung der von ihnen erbrachten Leistungen.

Dr. Jannis Hergesell gab in seinem Impulsvortrag aus soziologischer Perspektive einen Einblick, welche Hindernisse, aber auch Potentiale für Arbeitgeber bestehen, die gesundheitlich beeinträchtigte Arbeitnehmende neu einstellen oder weiterbeschäftigen wollen. Er präsentierte Erkenntnisse des Forschungsprojektes „Eine Typologie der Arbeitsbeziehungen zwischen Arbeitgebern und gesundheitlich beeinträchtigten Personen (ERMTYP)“, in dem er mit Prof. Dr. Nina Baur, Cornelia Thierbach, Vanessa Uloth und Peter Fauth an der Technischen Universität (TU) Berlin gearbeitet hatte.

Betriebe seien als Orte der Integration bisher vom Hilfesystem nur unterkomplex „versorgt“, konstatierte Hergesell. Differenzierte Hilfen nach Betriebsgrößen, Branchen und Problemstellungen mit individuellen, niedrighschwelligem und vor allem aufsuchenden Unterstützungsangeboten durch Reha-Beraterinnen und -Berater, Case-Management, Integrationsfachdienste und Jobcoaches seien nötig. Lokale Vorgesetzte müssten einbezogen werden beim sukzessiven Einbinden von relevanten Akteurinnen und Akteuren auf allen Ebenen der betrieblichen und außerbetrieblichen Hilfen, plädierte Hergesell. In einem anschließenden Workshop eruierte er unterstützt von Cornelia Thierbach, TU Berlin, mit den Forschenden in Erkner die Frage: „Stay at anstatt Return to Work? Warum Betriebe Mitarbeitende mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen eher halten als neu einstellen“.

Dr. Marco Streibelt von der Deutschen Rentenversicherung diskutierte mit den Teilnehmenden in Erkner in einem Workshop über ein Modell zu generischen Erfolgsfaktoren der beruflichen Wiedereingliederung. Er stellte ein wissenschaftlich erarbeitetes Modell der beruflichen Wiedereingliederung nach chronischer Erkrankung vor. Im Zentrum der anschließenden Diskussion stand das zentrale und vielleicht überraschende Ergebnis seiner Forschung: Die entscheidenden Einflüsse auf dem Weg zurück in Arbeit sind generisch, treten also bei allen Erkrankungen mehr oder weniger stark auf. Die Konsequenz daraus sind noch stärker an der Teilhabe und weniger an konkreten Erkrankungen ausgerichtete Strategien in der beruflichen Rehabilitation, siehe auch „Medizinische Rehabilitation wirkt: Über die Hälfte arbeitet danach wieder“.

Mit dem jährlichen Vernetzungstreffen in Erkner wurde seit 2022 ein Raum geschaffen, damit die Forschenden und die Vertreterinnen und Vertreter der beteiligten Rentenversicherungsträger sich austauschen können. Die Forschenden stellten den Stand ihrer aktuellen Arbeit vor und präsentierten ihre Ergebnisse. Ende 2024 beendeten drei Projekte ihre Untersuchungen, ein viertes Ende Januar 2025. Vier weitere Projekte schließen im Dezember 2025 ihre Arbeit ab und das neunte und letzte Projekt dann Ende 2026. Am 19. September 2025 ist eine wissenschaftliche Abschlusstagung des Forschungsschwerpunktes in Halle/Saale geplant.



Beim Netzwerktreffen im Juni 2024 diskutierten die Forschenden erste Ergebnisse.



Mehr Informationen:

**Forschung | Netzwerken in der beruflichen Rehabilitationsforschung | Deutsche Rentenversicherung ([deutsche-rentenversicherung.de](https://www.deutsche-rentenversicherung.de))**

### LEArNCOFFEE: Mut zur Fehlerkultur in der Wissenschaft

Was ist, wenn die Realität in die Forschung grätscht und die sorgfältig überlegten Pläne durchkreuzt? Wie reagieren, wenn vorab genau kalkulierte Zahlen und Größen plötzlich nicht mehr passen – während die Projektzeit läuft und die Uhr tickt? Auf dem 33. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium in Bremen sprachen beim LEArN COFFEE die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus dem Forschungsschwerpunkt zur Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation mit Dr. Marco Streibel über konkrete Herausforderungen, die während der Projektlaufzeit auftraten. Was ist passiert? Was hat das für das Projekt bedeutet? Welche (guten oder schlechten) Lösungen wurden gefunden bzw. waren realisierbar? Welche Auswirkungen hatte das auf die Forschungsfragen und die Methode? Und welchen Impact hat das Ereignis auf die zukünftige wissenschaftliche Arbeit?



Mit dem Ziel, eine offene und sanktionsfreie Fehlerkultur zu entwickeln, diskutierten die Forschenden lösungsorientiert und effizient darüber, welche Chancen im Scheitern liegen. Die Rekrutierung von Teilnehmenden und Kooperationspartnern bei Forschungsprojekten, die Zusammenarbeit im Projektbeirat, die Kalkulation von Ressourcen bei partizipativer Forschung, Methode und Feldzugang waren ausgewählte Aspekte, die in den Projekten während der Laufzeit Schwierigkeiten verursachten und für die kluge Lösungen gefunden werden mussten. Wie das gelungen ist, hören Sie auch in einer Folge des Wissenschaftspodcasts „rehalitätsnah“.



Hören Sie rein:  
**„rehalitätsnah“ | Deutsche Rentenversicherung**  
**([deutsche-rentenversicherung.de](https://www.deutsche-rentenversicherung.de))**

**Studie untersucht, warum die Babyboomer früher in Rente gehen wollen**

Seit 2011 begleitet die Studie „Medizinische Rehabilitation und Rückkehr in Arbeit in der älter werdenden Erwerbsbevölkerung – eine Untersuchung mit der lidA-Kohortenstudie (lidA 4 – leben in der Arbeit)“ von Prof. Dr. Hans-Martin Hasselhorn, Universität Wuppertal, die Generation der Babyboomer in persönlichen Interviews auf ihrem Weg vom Arbeitsleben in den Ruhestand. Und seit 2021 fördert die Rentenversicherung die lidA-Studie im Hinblick auf die Erhebung neuer Sachverhalte und auch neuer Befragungsgruppen.

Zum Zeitpunkt der Erhebungsphase der vierten Welle in den Jahren 2022 und 2023 hatte die älteste Kohorte der Studie (Jahrgang 1959) mit 63 Jahren ein Alter erreicht, in dem sich einige bereits im frühen Ruhestand befanden, andere dagegen noch erwerbstätig waren. Gleichzeitig wird der neu hinzugefügten Kohorte der in 1971 Geborenen eine Altersgruppe untersucht, die auf die Generation der Babyboomer folgt und 2022/23 ungefähr das Alter hatte (51 Jahre), das die 1959 Geborenen zu Beginn der lidA-Studie hatten (52 Jahre).

### Wer sind die Babyboomer?

- Menschen, die in Deutschland von Mitte der 1950er bis Ende der 1960er Jahre geboren wurden, werden als die Generation der Babyboomer bezeichnet.
- Der Geburtsjahrgang 1964 ist laut Demografieportal mit 1,35 Millionen Personen der geburtenstärkste Jahrgang seit 1945.



Prof. Dr. Hans Martin Hasselhorn und Dr. Melanie Ebener erzählen im Podcast „rehalitätsnah“ von den Ergebnissen der lidA-Studie.

Einige Kernbefunde aus der Erwerbsperspektive der älteren sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten sind: Die meisten Babyboomer würden gern frühzeitig aus dem Erwerbsleben ausscheiden. Gleichzeitig scheint sich ein Teil der 1971 Geborenen bereits darauf einzustellen, etwas länger erwerbstätig zu sein. Bei den Gründen für den gewünschten frühen Erwerbsausstieg dominiert der Wunsch nach Selbstbestimmung im Leben und damit ein selbst definierter Ausstiegszeitpunkt. Die Gründe ‚belastende Arbeit‘ und ‚gesundheitliche Probleme‘ folgen. Die Bereitschaft, unter bestimmten Umständen länger als momentan gewünscht erwerbstätig zu bleiben, ist verbreitet – insbesondere dann, wenn der Einzelne mehr Einfluss auf die Gestaltung der eigenen Arbeit besitzt.

Im Rahmen des Projektes wird ein so genannter Scientific Use File (SUF) erstellt. Im SUF werden Befragungsdaten des lidA-Projekts aller Wellen und die Prozessdaten der Rentenversicherung datenschutzgerecht zusammengeführt. Sie werden über das Forschungsdatenzentrum der Rentenversicherung weiteren Forschenden zugänglich sein.

Hören Sie rein: Prof. Dr. Hans Martin Hasselhorn und Dr. Melanie Ebener berichten in einer Folge des Podcasts „rehalitätsnah“ von ihrem Projekt, ersten Ergebnissen und darüber, warum zwei Drittel der Befragten der lidA-Studie angaben, dass sie nur bis zu einem Alter von höchstens 64 Jahren arbeiten möchten. Zu hören ist das Interview auf allen gängigen Podcast-Plattformen wie Spotify, Apple und Deezer und der Internetseite der Rentenversicherung.



Hören Sie rein:  
**„rehalitätsnah“ | Deutsche Rentenversicherung**  
([deutsche-rentenversicherung.de](https://www.deutsche-rentenversicherung.de))



### **Neue Broschüre: Wie gehe ich mit pandemiebedingten Herausforderungen um?**

Die Pandemie um das SARS-CoV-2-Virus ging auch für die rehabilitative Versorgung mit einer Vielzahl von Einschränkungen und Veränderungen einher. Prof. Dr. Patrick Brzoska, Universität Witten/Herdecke, und sein Team hatten in der Studie „Medizinische Rehabilitation in Zeiten von SARS-CoV-2. Eine Mixed-Method-Studie zu Herausforderungen und Bewältigungsstrategien aus intersektionaler Multi-Stakeholder-Perspektive (ReCoVer)“ Strategien zum Umgang mit der Pandemie ermittelt und diskutiert. Einbezogen wurden Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis sowie Rehabilitationsträger. Die Studienergebnisse mündeten in einen Handlungskatalog, der Optionen zur Bewältigung von Herausforderungen durch Pandemien und andere Public-Health-Krisen in der medizinischen Rehabilitation umfasst. Der Handlungskatalog liegt nun als Broschüre der Rentenversicherung vor. Er ist online verfügbar.



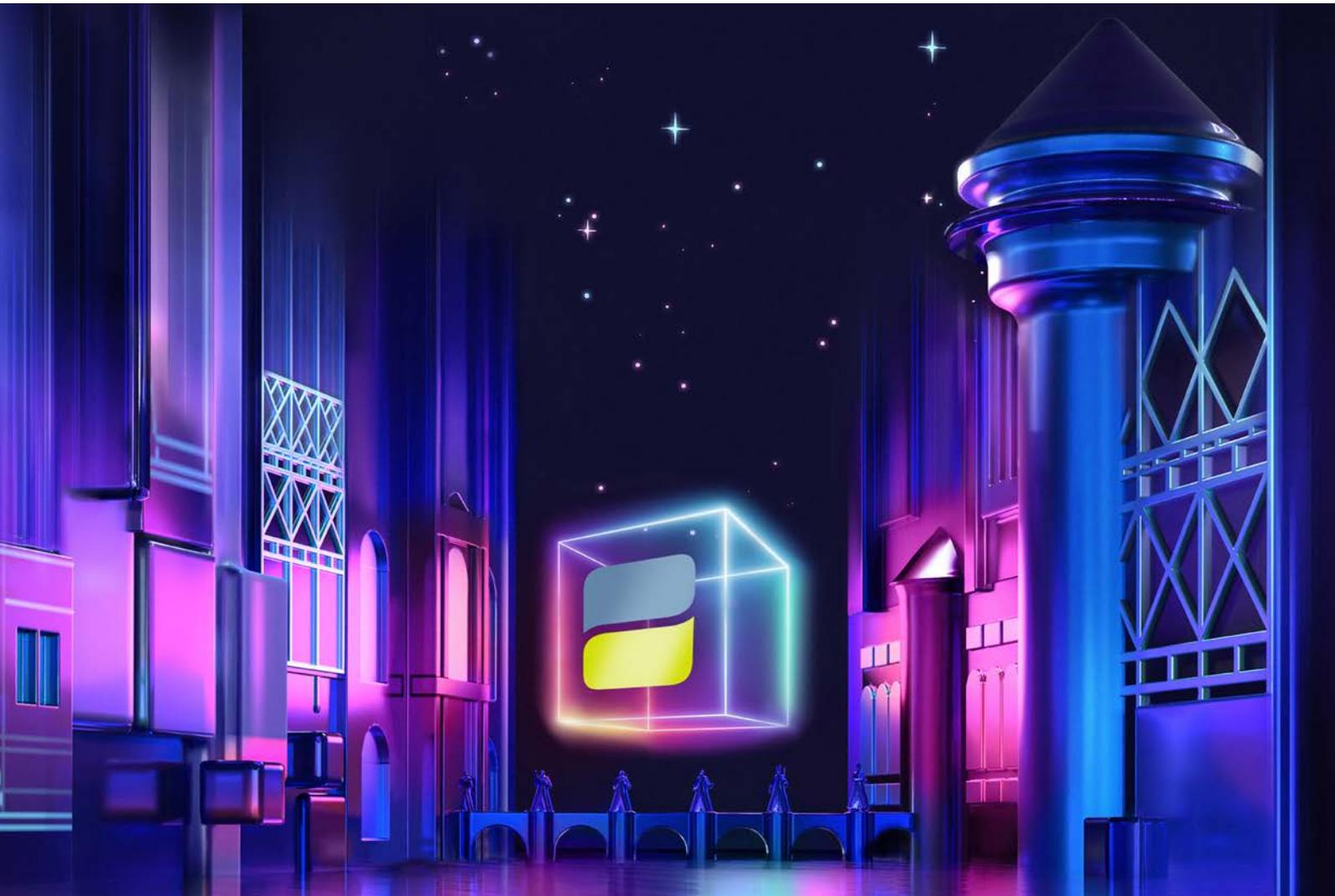
Zur digitalen Broschüre:  
**Diversitätssensible Versorgung in der Rehabilitation |**  
**Deutsche Rentenversicherung (deutsche-rentenversicherung.de)**

# 34. Reha-Wissenschaftliches Kolloquium

Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung

**Mensch trifft Maschine – digitale Chancen  
in Prävention und Rehabilitation nutzen**

18. bis 20. März 2025 | Nürnberg



Deutsche Rentenversicherung Bund  
Deutsche Rentenversicherung Nordbayern

In Zusammenarbeit mit: Deutsche Gesellschaft für  
Rehabilitationswissenschaften (DGRW)



Deutsche  
Rentenversicherung





Gundula Roßbach, Präsidentin der Rentenversicherung, begrüßte das Publikum zu Deutschlands größtem Reha-Kongress.

### Sozial-ökologische Transformation: Was kann das Reha-System beitragen?

„Nachhaltigkeit und Teilhabe: ökologisch – ökonomisch – sozial“: Unter diesem Motto fand das 33. Rehabilitationswissenschaftliche Kolloquium im März 2024 im Bremen mit einem neuen Besucherrekord statt. Mehr als 1.600 Expertinnen und Experten tauschten sich vor dem Hintergrund der sozial-ökologischen Transformation darüber aus, was das deutsche Rehabilitationssystem zum Klimaschutz beitragen kann, wie sich Versorgungs- und Therapiebedarfe durch den Klimawandel verändern, wie Rehabilitandinnen und Rehabilitanden im Umgang mit klimabezogenen Gesundheitsrisiken unterstützt werden können und welche Optimierungspotenziale in Reha-Kliniken dahingehend existieren.

In ihrer Eröffnungsrede betonte Gundula Roßbach, Präsidentin der Deutschen Rentenversicherung Bund, dass Nachhaltigkeit auch als Generationenvertrag verstanden werden könne. Die Art und Weise, wie wir heute mit unseren Ressourcen umgehen, werde über Wohlstand und Perspektiven zukünftiger Generationen entscheiden. Die Rehabilitation beschäftige sich per se damit, wie Menschen ihre Ressourcen einsetzen können, um trotz chronischer Erkrankungen wieder am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu können. Damit leiste sie einen wichtigen Beitrag zur sozialen Absicherung und zum sozialen Frieden in der Gesellschaft. Für eine lebenswerte Zukunft sei es wichtig, neben sozialen und ökonomischen Aspekten die Ökologie verstärkt in den Blick zu nehmen. Mit ihrer Nachhaltigkeitsstrategie wolle die Rentenversicherung daher künftig Wege gehen, die wirtschaftlich effizient, sozial gerecht und ökologisch tragfähig sind.

Prof. Dr. Claudia Hornberg, die als Vorsitzende des Sachverständigenrats für Umweltfragen die Bundesregierung berät, erklärte in ihrer Keynote eindringlich, warum eine intakte Umwelt die Voraussetzung für die menschliche Gesundheit sei. Konsequenterweise Klimaschutz- und Klimaanpassungsmaßnahmen seien deshalb notwendig, um Gesundheit und Wohlbefinden zu schützen und zu erhalten. Der Umweltpsychologe Prof. Dr. Gerhard Reese von der Rheinland-Pfälzischen Technischen Universität Kaiserslautern-Landau beschäftigte sich in seinem Vortrag mit der Frage, wie wir beim Thema Nachhaltigkeit die Lücke zwischen Überzeugung und Verhalten verkleinern können. Seine Prämisse dabei lautete, dass Verhalten immer auch eine Funktion des sozialen und gesellschaftlichen Umfelds ist. Gerade die globalen Krisen wie aktuell die Klimakrise würden individuelle, aber vor allem systemische Veränderungen erfordern.

Das Rehabilitationswissenschaftliche Kolloquium ist der wichtigste Kongress für Rehabilitationsforschung im deutschsprachigen Raum. Ziel der Veranstaltung ist der Austausch über aktuelle Forschungsergebnisse und innovative Konzepte zur wissenschaftlich fundierten Weiterentwicklung von Teilhabeleistungen. Das 33. Reha-Kolloquium wurde von der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen und der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW) veranstaltet.

Ausblick: Die 34. Ausgabe des Reha-Kolloquiums findet vom 18. bis 20. März 2025 in Nürnberg statt.



Mehr zum Kolloquium:  
[www.reha-kolloquium.de](http://www.reha-kolloquium.de)

# **Rehabilitation im Licht der Statistik**



**Medizinische Rehabilitation**

**Berufliche Rehabilitation**

**Aufwendungen für  
Rehabilitation**



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

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

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

Wer eine medizinische Rehabilitation (siehe Info-Box „Kurz erklärt: Medizinische Rehabilitation“ auf Seite 50) in Anspruch nehmen möchte, muss zunächst selbst die Initiative ergreifen und einen Antrag stellen. Dies geschieht beispielsweise auf hausärztlichen Rat und mit Unterstützung von Medizinerinnen und Medizinern. Die Rentenversicherung prüft, ob sie zuständig ist, ob die medizinische Notwendigkeit besteht und, ob Antragstellende die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllen. Ist die medizinische Rehabilitation bewilligt, kann sie ambulant oder stationär durchgeführt werden. Doch nicht jede bewilligte Maßnahme wird auch in Anspruch genommen, beispielsweise weil sich die gesundheitliche Situation des Versicherten in der Zwischenzeit verschlechtert hat. Es können auch berufliche und familiäre Gründe dagegen sprechen. In 2023 wurde knapp ein Zehntel (8,8 %) der bewilligten Anträge nicht in Anspruch genommen.

74 % der bearbeiteten Anträge bewilligt

Über 1,6 Mio. Anträge auf medizinische Rehabilitation wurden bei der Rentenversicherung in 2023 gestellt. Das ist eine Steigerung um über 10 % im Vergleich zum Vorjahr wie Tabelle 01 auf Seite 44 zeigt. 74 % der in 2023 bearbeiteten Anträge wurden bewilligt, etwa 12 % wurden abgelehnt, die restlichen knapp 14 % der bearbeiteten Anträge wurden zu einem der anderen Rehabilitationsträger, der für den entsprechenden Fall zuständig ist, weitergeleitet.

**Kurz erklärt: Routinedaten der Rentenversicherung**

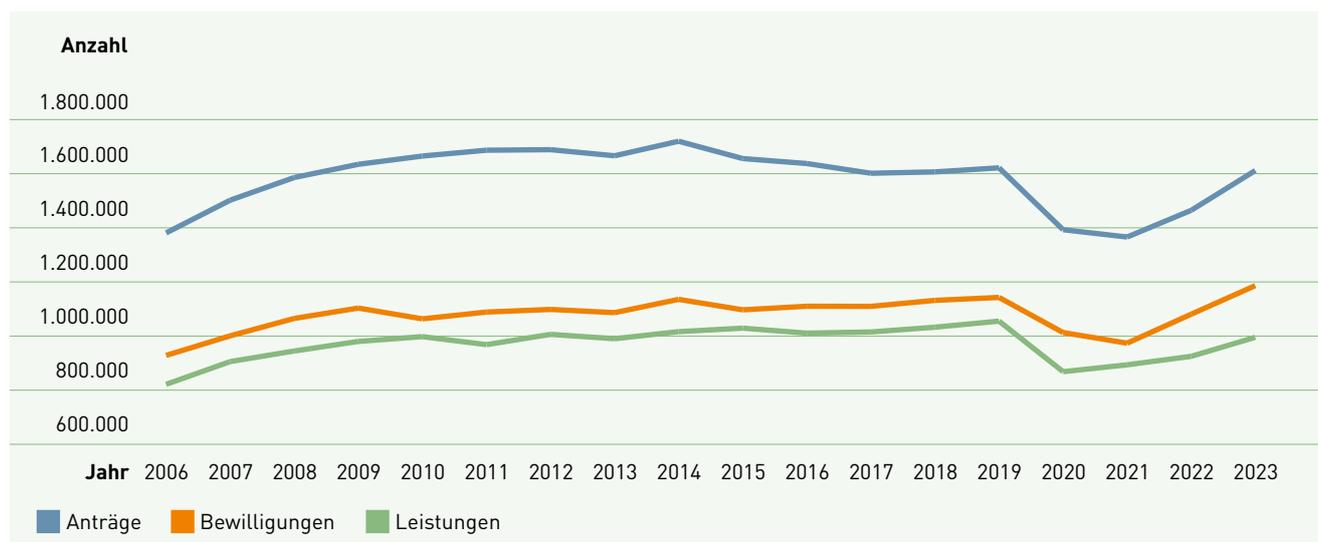
Grundlage der statistischen Daten sind die Verwaltungsvorgänge bei den Rentenversicherungsträgern. Sie werden auch prozessproduzierte Daten genannt. Dazu gehören u. a. die Mitteilung der Rentenversicherungsbeiträge durch die Unternehmen, die Arbeitnehmende beschäftigen, die Erfassung von Anträgen und Bescheiden (Reha, Rente) oder auch die Informationen aus dem ärztlichen Entlassungsbericht nach einer durchgeführten Rehabilitation.

In den Routinedaten werden auch die Rehabilitationsdiagnosen verschlüsselt, um Einzeldiagnosen zu gruppieren. Bis Ende 2020 wurden diese Einzeldiagnosen in Diagnosegrundgruppen zusammengefasst, die sich eng an den Kapiteln der ICD-10-GM (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification) orientierten. Sie bildeten die Grundlage für die statistischen Auswertungen. Zum 1. Januar 2021 erfolgte innerhalb der Rentenversicherung der Wechsel auf Indikationsgruppen. Im Reha-Bericht 2022 sind sie erstmals aufgenommen. Im vorliegenden Reha-Bericht 2024 wird das erneut fortgesetzt. Wegen dieser Änderung sind Vergleiche mit den berichteten Daten der Vorjahre nur eingeschränkt möglich. Die „Altersstandardisierte Inanspruchnahme“ wird in der Publikation „Rentenversicherung in Zeitreihen“ (siehe Seite 105) berichtet.

„Abbildung 02: Medizinische Rehabilitation – Anträge, Bewilligungen und abgeschlossene Leistungen 2006–2023“ auf Seite 44 zeigt die zeitliche Entwicklung von Anträgen, Bewilligungen und durchgeführten medizinischen Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung. Gewählt wurde der Zeitraum von 2006 bis 2023. Rund 1,2 Mio. Leistungen wurden in 2023 bewilligt und knapp 1 Mio. Leistungen in Anspruch genommen. Der Verlauf der Grafik zeigt Schwankungen über die Zeit: 2014 konnten bisher die höchsten Antragszahlen (etwa 1.724.000) registriert werden. Nachdem die Antragszahlen zwischen 2015 und 2017 leicht zurück gingen, gab es in 2018 und 2019 einen leichten Anstieg. Bedingt durch die SARS-CoV-2-Pandemie reduzierten sich die Anträge in den Jahren 2020 und 2021. Seit 2022 ist ein Aufwärtstrend zu beobachten, der sich in 2023 fortsetzte. Mit der Höhe der gestellten Anträge stieg auch die Anzahl der Bewilligungen mit einem Plus von knapp 10 % gegenüber dem Vorjahr und die durchgeführten Leistungen mit einem Zuwachs von rund 8 % deutlich an.

Grundsätzlich unterliegen die Anzahlen der Anträge, Bewilligungen und durchgeführten Leistungen im Zeitverlauf Schwankungen. Die Zahl der Bewilligungen ist im Zeitverlauf betrachtet seit 2009, abgesehen von geringen Veränderungen, relativ konstant. Meist folgen die Bewilligungen und durchgeführten Leistungen zeitversetzt dem Verlauf der Anträge. Eine Verzögerung kann jedoch dadurch zustande kommen, dass spät im Jahr gestellte Anträge erst im Folgejahr bewilligt, beziehungsweise bewilligte Rehabilitationsleistungen erst im Folgejahr angetreten werden. Tabelle 01 verdeutlicht die Änderung der Anzahl von Anträgen, Bewilligungen und abgeschlossenen Leistungen in 2023 im Vergleich zum vorangegangenen Jahr 2022: Die Anträge stiegen in 2023 im Vergleich zum Vorjahr um 10,1 %, und die Bewilligungen um 9,9 %. Die durchgeführten Reha-Leistungen stiegen um 7,7 % an.

Abbildung 02: Medizinische Rehabilitation – Anträge, Bewilligungen und abgeschlossene Leistungen 2006–2023



Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2024

Tabelle 01: Medizinische Rehabilitation – Anzahl der Anträge, Bewilligungen und abgeschlossenen Leistungen in 2022 und 2023

Jahr	Anträge	Bewilligungen	Leistungen
2022	1.466.865	1.079.864	922.820
2023	1.615.094	1.186.291	993.775
Veränderung von 2022 zu 2023 in Prozent	+ 10,1 %	+ 9,9 %	+ 7,7 %

Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2024

### Verschiedene Formen der Rehabilitation

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

Für ausgewählte Indikationen wird die ganztägig ambulante Rehabilitation angeboten. Bei dieser Form der medizinischen Rehabilitation kommen die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden nur tagsüber in die Rehabilitationseinrichtung. Mehrere wissenschaftliche Studien belegen, dass die ambulante Rehabilitation in dafür geeigneten Fällen ebenso gute Behandlungserfolge vorweisen kann wie eine stationäre Rehabilitation.

**Tabelle 02: Abgeschlossene Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 2006–2023: stationär und ambulant für Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche**

Jahr	Insgesamt*	Stationäre Leistungen für Erwachsene		Ambulante Leistungen für Erwachsene		Kinder- und Jugendlichenrehabilitation	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
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 %
2019	1.054.012	850.842	81 %	162.275	15 %	33.421	3 %
2020	865.673	695.105	80 %	139.808	16 %	23.876	3 %
2021	891.176	711.637	80 %	142.455	16 %	28.295	3 %
2022	922.820	739.832	80 %	143.750	16 %	29.144	3 %
2023	993.775	791.269	80 %	156.073	16 %	31.100	3 %

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

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

Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2006–2024

Reha überwiegend stationär

Der überwiegende Teil medizinischer Rehabilitation erfolgt nach wie vor stationär. Zwischen 2006 und 2022 ging der relative Anteil der stationären Leistungen schrittweise zurück. Das zeigt Tabelle 02. 2006 lag der Anteil bei 86 %, inzwischen sind es konstante 80 %. 791.269 stationäre Leistungen wurden 2023 erbracht.

Die absolute Anzahl an ambulanten Leistungen für Erwachsene ist nach einem Einbruch der Zahlen in 2020, der durch die pandemische Lage erklärt werden kann, seit 2021 wieder im leichten Aufwärtstrend. In 2023 machten die ambulanten Leistungen mit rund 156.000 abgeschlossenen Rehabilitationen 16 % aller medizinischen Rehabilitationsleistungen aus.

**Tabelle 03: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 2006–2023: besondere Reha-Formen für Erwachsene**

Jahr	Insgesamt*	Anschlussrehabilitation (AHB)	Neubildungen (amb./stat./§§ 15 + 31)	Medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen (inkl. ambulant)			
2006	781.990	242.145	31 %	149.300	19 %	49.526	6 %
2007**	865.759	268.379	31 %	158.284	18 %	56.393	7 %
2008	905.054	275.756	30 %	160.707	18 %	55.963	6 %
2009	942.081	293.173	31 %	164.825	17 %	57.456	6 %
2010	961.931	318.118	33 %	170.658	18 %	56.997	6 %
2011	935.404	327.357	35 %	163.946	18 %	53.965	6 %
2012	972.514	328.940	34 %	159.493	16 %	54.142	6 %
2013	957.568	328.703	34 %	152.562	16 %	51.211	5 %
2014	983.379	337.618	34 %	152.260	15 %	50.485	5 %
2015	996.479	346.579	35 %	157.626	16 %	46.986	5 %
2016	979.392	353.695	36 %	150.462	15 %	43.744	4 %
2017	982.769	364.069	37 %	151.610	15 %	43.065	4 %
2018	998.537	364.746	37 %	151.348	15 %	43.205	4 %
2019	1.020.591	371.701	36 %	157.049	15 %	43.125	4 %
2020	841.797	326.934	39 %	120.853	14 %	38.819	5 %
2021	862.881	321.107	37 %	120.970	14 %	39.183	5 %
2022	893.676	324.926	36 %	123.128	14 %	36.932	4 %
2023	962.675	346.453	36 %	130.598	14 %	37.821	4 %

\* Ab 2016 grundsätzlich einschließlich Mischfälle

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

Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2006–2024

Der prozentuale Anteil von Kinder- und Jugendrehabilitationen an allen Reha-Leistungen der Rentenversicherung rangierte in den vergangenen zehn Jahren konstant bei 3 %, siehe Tabelle 02 auf Seite 45. Die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen wurde bis Ende 2016 nur stationär durchgeführt. Seit Inkrafttreten des Flexirentengesetzes im Dezember 2016 kann die Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen auch ambulant erbracht werden (siehe Box „Kurz erklärt: Medizinische Rehabilitation“ auf Seite 50). Auf 31.100 Leistungen stieg die Anzahl im Bereich der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen. Nach dem Rückgang der Zahlen um fast 10.000 Fälle von 2019 auf das Pandemie-Jahr 2020, ist ein Anstieg erkennbar, der sich auch in 2023 fortsetzt.

Werden Rehabilitationsleistungen nur für Erwachsene betrachtet, lassen sich zeitliche Veränderungen bei besonderen Leistungsformen unterscheiden, wie in Tabelle 03 auf Seite 46 dargestellt. Rehabilitationsleistungen bei Neubildungen (in ca. 95 % der Fälle bei bösartigen Neubildungen) lagen in 2023 bei 14 %. Somit war rund jede siebte medizinische Rehabilitation für Erwachsene eine onkologische Reha-Leistung (über 130.000 Leistungen).

AHB mit Anteil  
von 36 %

Die Anzahl der Anschlussrehabilitationen (AHB) lag 2023 bei knapp 346.000 Leistungen. Damit stellte die AHB in 2023 einen Anteil von 36 %.

Bei der Anzahl von medizinischen Rehabilitationen bei Abhängigkeitserkrankungen ist in 2022 im Vergleich zum Vorjahr ein leichter Zuwachs erkennbar. Mit über 37.800 erbrachten Leistungen machen sie 4 % der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Erwachsenen aus wie in Tabelle 03 auf Seite 46 dargestellt.

Nach einer medizinischen Rehabilitation können manche Versicherte ihre berufliche Tätigkeit nicht sofort in vollem Umfang wieder aufnehmen. Seit Einführung des SGB IX kann die Rentenversicherung bei stufenweiser Wiedereingliederung unmittelbar nach der medizinischen Rehabilitation Übergangsgeld als Entgeltersatzleistung zahlen. Die Teilnehmenden der stufenweisen Wiedereingliederung werden dann schrittweise, in der Regel mit ansteigender Stundenzahl, an die volle Arbeitsbelastung herangeführt. Eine stufenweise Wiedereingliederung kann bis zu sechs Monate dauern. Im Jahr 2023 unterstützte die Rentenversicherung auf diese Weise in 40.858 Fällen den (Wieder-) Einstieg in die berufliche Tätigkeit.

### Nachsorge – für eine nachhaltigere Rehabilitation

Mit einer medizinischen Rehabilitation, die in der Regel etwa drei Wochen dauert, können manche Reha-Ziele wie beispielsweise die Stabilisierung von Beweglichkeit, Koordination, Kraft und Ausdauer nicht vollständig erreicht werden. Ebenso können notwendige Änderungen des Lebensstils wie mehr Bewegung und Änderung des Ernährungsverhaltens bei den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden nur angestoßen werden. Um die Reha-Erfolge langfristig zu sichern, gibt es Nachsorgeleistungen. Bei vielen körperlichen und psychischen Erkrankungen ist eine Reha-Nachsorge sinnvoll: beispielsweise die Intensivierte Reha-Nachsorge (IRENA®) für verschiedene Indikationen, wenn ein multimodaler Bedarf in unterschiedlichen Therapiefeldern besteht, oder die psychosomatische Reha-Nachsorge (Psy-RENA®) speziell für psychische Erkrankungen. Die Zahl der Nachsorgeleistungen der Rentenversicherung nach § 17 Sozialgesetzbuch (SGB) VI lag in 2023 bei knapp 260.000. Hinzu kommen über 27.000 Leistungen für Rehabilitationssport nach § 64 Abs. 1 Nr. 3 des SGB VI sowie über 1.600 Funktionstrainingsmaßnahmen nach § 64 Abs. 1 Nr. 4 des SGB VI.

Seit 2019 gilt das bundesweit einheitliche Rahmenkonzept zur Reha-Nachsorge. Seitdem konnte die Zahl der durchgeführten Reha-Nachsorgen kontinuierlich gesteigert werden. 2019 schloss sich noch an jede siebte medizinische Rehabilitation eine Nachsorge an (ca. 14 %). 2022 wurde bereits nach mehr als jeder fünften Rehabilitation eine Nachsorge durchgeführt (ca. 21 %) und in 2023 nach jeder vierten Rehabilitation.

**Kernangebote in der Nachsorge**

- IRENA® – Intensivierte Rehabilitationsnachsorge: Das ganzheitliche Nachsorgeangebot zielt auf die Stabilisierung Ihrer Erwerbsfähigkeit ab. Sport- und Bewegungstherapie, Physiotherapie sind ein Therapiefeld. Klinische Psychologie, Arbeitstherapie, Klinische Sozialarbeit bilden einen Bereich. Information/Motivation/Schulung, Ernährungsmedizin gehören zum dritten Therapiefeld.
- Psy-RENA® – Psychosomatische Rehabilitationsnachsorge: Sie soll im Anschluss an eine psychosomatische Rehabilitation dabei unterstützen, die erlernten Verhaltensweisen und Strategien zur Stress- und Konfliktbewältigung und im Alltag und im Berufsleben umzusetzen.
- T-RENA® – Trainingstherapeutische Rehabilitationsnachsorge bei Einschränkungen am Haltungs-/Bewegungsapparat: Trainingangebote, um die körperliche Leistungsfähigkeit nach der medizinischen Rehabilitation wieder herzustellen.

Tabelle 04 zeigt die Entwicklung der Reha-Nachsorge von 2019 bis 2023. Insgesamt ist die Anzahl der Leistungen in den drei Kernangeboten kontinuierlich gestiegen. Vergleicht man die Anzahl von Präsenz und digitale Angebote so ist die Zunahme der digitalen Angebote über den Betrachtungszeitraum erheblich ausgeprägter. Dass sich die Nachsorge insgesamt seit 2019 verdoppelt hat und in 2023 von jeder/jedem Vierten in Anspruch genommen wird, liegt sowohl an der Etablierung und konsequenten Umsetzung des rentenversicherungswest einheitlichen Verfahrens bei der Zulassung, Empfehlung und Durchführung der Reha-Nachsorge als auch in der Akquise, Schulung und Zulassung neuer Anbieter. Mehr Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit sowie die Anerkennung digitaler Angebote und somit die Steigerung der Nachsorge auch für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die an Präsenznachsorge nicht teilnehmen können bzw. wollen, sind weitere Gründe für den Erfolg.

**Tabelle 04: Reha-Nachsorge-Leistungen: Digital und Präsenz – Entwicklung von 2019 bis 2023**

	Präsenz	Digital								
	2019		2020		2021		2022		2023	
IRENA®	92.421	194	86.071	875	86.464	1.983	83.197	5.771	91.748	16.424
T-RENA®	28.014	42	42.340	84	66.502	121	87.333	358	119.224	573
Psy-RENA®	8.539	20	16.102	32	13.951	97	16.715	600	20.149	1.604
Gesamt	128.974	256	144.513	991	166.917	2.201	187.245	6.729	231.121	18.601

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2019 bis 2023, ohne Nachsorge bei Abhängigkeitserkrankungen und Kinder-Nachsorge

Trainingstherapeutische Nachsorge in Präsenz hat sich (trotz Pandemie) seit 2019 mehr als vervierfacht. Auch die Anzahl der im digitalen Setting erbrachten T-RENA® Leistungen ist stark angestiegen, spielt jedoch mit 573 durchgeführten Leistungen in 2023 eine untergeordnete Rolle. Während sich die Zahl Psy-RENA® Leistungen in Präsenz in 2020 zunächst nahezu verdoppelt hatte, ist sie in 2021 deutlich gesunken, erreichte aber in 2022 wieder das Niveau von 2020. In 2023 konnten 20.149 Psy-RENA® Leistungen in Präsenz gezählt werden. Digitale psychosomatische Nachsorge scheint eine Alternative zu sein, die auch im Vergleich zum Vorjahr von 600 auf 1.604 Leistungen zulegte.

Die IRENA® Leistungen schafften nach einem Rückgang in den Jahren 2020 bis 2022, der vermutlich auf die Pandemie, den Fachkräftemangel sowie den Ausbau anderer Nachsorgemöglichkeiten zurückzuführen ist, in 2023 erneut einen Anstieg. 91.748 Leistungen in Präsenz wurden erbracht. Mehr als 16.400 IRENA® Leistungen wurden 2023 digital durchgeführt. Das ist eine enorme Steigerung zum Vorjahr mit rund 5.700 Leistungen.

### Gesund bleiben – Leistungen zur Prävention

Eine weitere Leistung im Angebot der Rentenversicherung sind die Präventionsleistungen, die für Versicherte erbracht werden, die unter ersten gesundheitlichen Beeinträchtigungen leiden (§ 14 Abs. 1 SGB VI). Eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit ist bei diesen Leistungen keine Voraussetzung (siehe auch Box „Kurz erklärt: Medizinische Rehabilitation“ auf Seite 50). Die Leistungen sollen zur Verhaltensprävention frühzeitig ansetzen und die Versicherten dabei unterstützen, selbstständig und eigenverantwortlich einen gesundheitsförderlichen Lebensstil zu entwickeln. Die Entstehung und Ausbildung chronischer Erkrankungen, insbesondere der sogenannten Zivilisationskrankheiten, soll damit möglichst vermieden werden. Der Grundsatz der Rentenversicherung heißt hier: Prävention vor Rehabilitation vor Rente. Tabelle 05 zeigt den deutlichen Anstieg der Anträge auf 50.540 in 2023, im Vergleich zum Vorjahr nahezu eine Verdoppelung. Ebenso verdoppelte sich die Zahl der Bewilligungen (40.814) sowie der Leistungen (11.972) in 2023.

**Tabelle 05: Prävention – Anzahl, Bewilligungen und abgeschlossene Leistungen in 2022 und 2023**

Jahr	Anträge	Bewilligungen	Leistungen
2022	27.013	22.518	6.040
2023	50.540	40.814	11.972
Veränderung von 2022 zu 2023 in Prozent	+ 87,1 %	+ 81,3 %	+ 98,2 %

Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2024

### **Kurz erklärt: Medizinische Rehabilitation**

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

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

#### **Stationäre und ganztägig ambulante medizinische Rehabilitation, d. h. in einer Klinik oder tagsüber in Wohnortnähe**

- Anschlussrehabilitation (AHB), etwa nach Herzinfarkt, unmittelbar nach der Akutbehandlung
- Leistungen wegen psychischer Erkrankungen
- Medizinische Rehabilitation bei Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit
- Stationäre und ambulante Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen

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

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

#### **Präventionsleistungen**

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

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

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

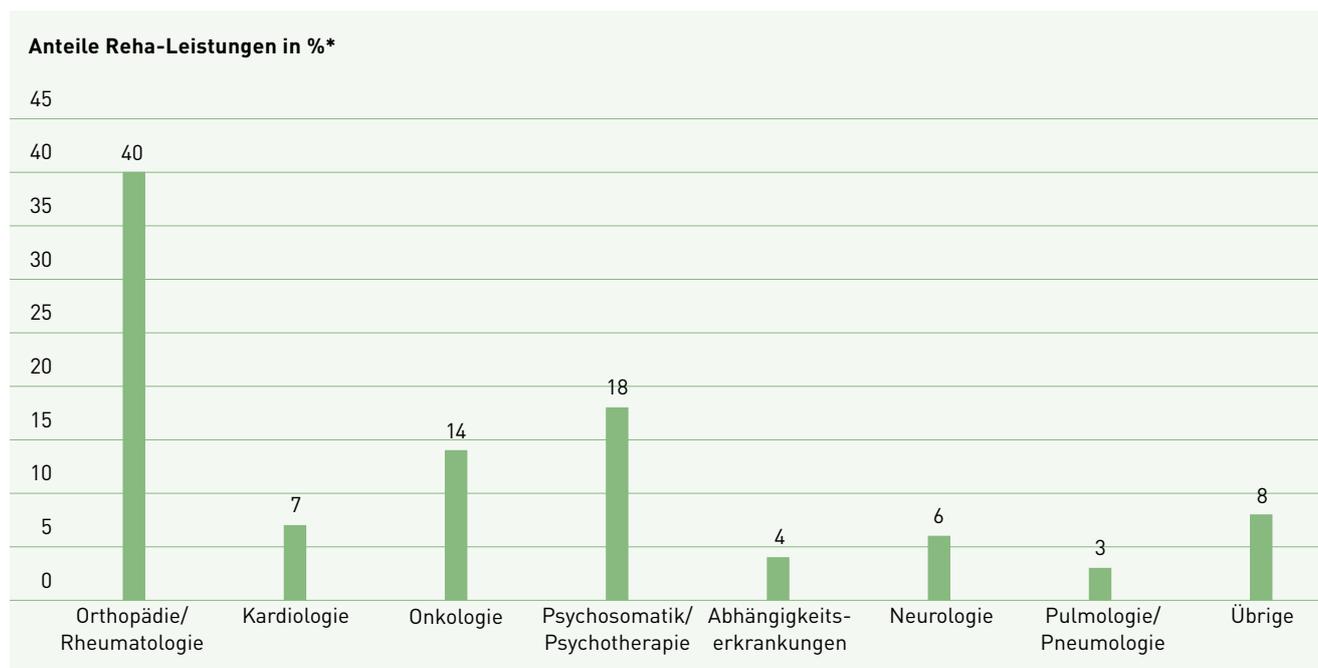
#### **Ergänzende Leistungen**

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

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

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

Abbildung 03: Spektrum der Indikationen in der medizinischen Rehabilitation Erwachsener: 2023



\* ambulant und stationär

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

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2023

40 % mit ortho-  
pädischer  
Erkrankung

### Spektrum der Indikationen

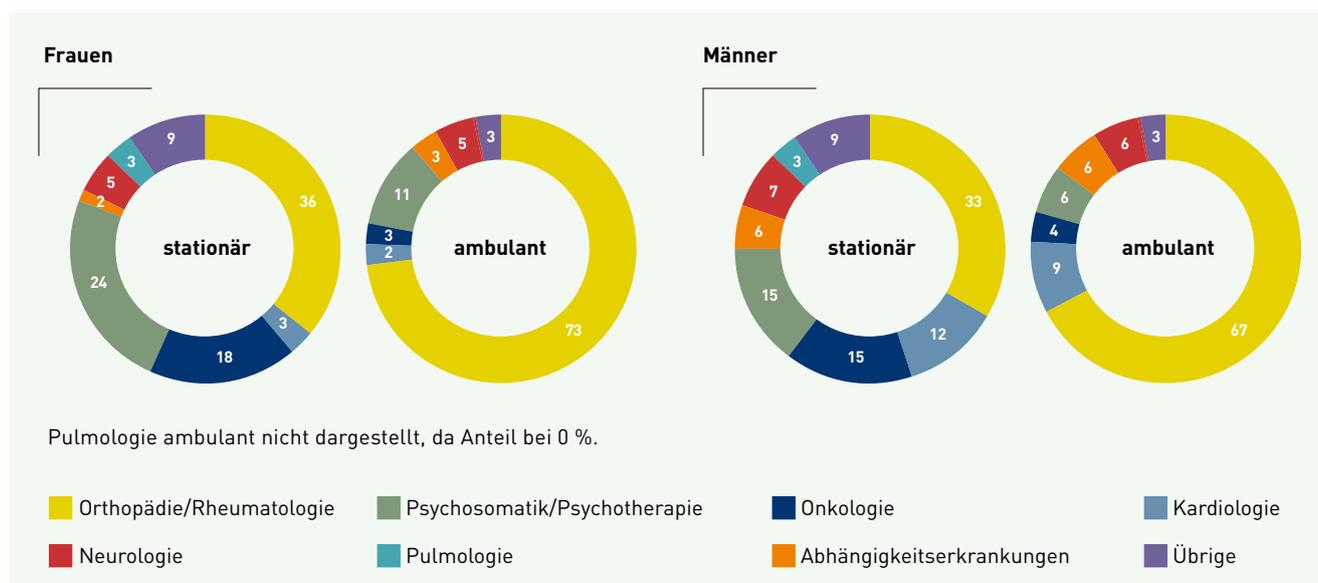
Werden stationäre und ambulante Leistungen zusammen betrachtet, unterscheiden sich die medizinischen Rehabilitationen der einzelnen Indikationen wie Abbildung 03 auf Seite 51 aufzeigt. Mit 40 % stellen die Rehabilitationen der orthopädischen und rheumatischen Indikationen in 2023 die größte Gruppe dar. Rehabilitationen der psychosomatischen Indikationen bilden in 2023 mit 18 % die zweitgrößte Gruppe.

Onkologische Erkrankungen machten in 2023 14 % des Spektrums der Indikationen aus. Mit 3 % reiht sich die Pulmologie in die Übersicht ein.

### Spektrum der Indikationen in 2023 – nach Geschlecht und Reha-Form

Wird die aktuelle Verteilung der Indikationen in der medizinischen Rehabilitation in 2023 getrennt nach Geschlecht und stationärer bzw. ambulanter Reha-Form verglichen, ergibt sich ein differenziertes Bild wie Abbildung 04 auf Seite 52 aufzeigt. Die dazugehörigen durchschnittlichen Rehabilitationsdauern sind in Tabelle 06 auf Seite 53 enthalten. In den Daten der Deutschen Rentenversicherung wird seit 2018 auch das offiziell dritte Geschlecht „divers“ erhoben. Aus methodischen und datenschutzrechtlichen Gründen können diese geringen Zahlen, die noch im einstelligen Bereich liegen, nicht dargestellt werden. Solange die Anzahl der Fälle so gering ist, werden sie bei der Auswertung der Statistiken der Deutschen Rentenversicherung den Frauen zugeordnet.

Abbildung 04: Stationäre und ambulante Reha 2023: Spektrum der Indikationen nach Geschlecht



Hinweis: In den Daten der Deutschen Rentenversicherung wird das offiziell dritte Geschlecht „divers“ erhoben. Aus methodischen und datenschutzrechtlichen Gründen werden diese geringen Fallzahlen jedoch nicht statistisch ausgewertet, sondern dem weiblichen Geschlecht zugeordnet.  
 Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2023

Eine stationäre medizinische Rehabilitation erhielten in 2023 Frauen (36 %) wie Männer (33 %) zu mehr als einem Drittel wegen orthopädischer und rheumatischer Erkrankungen. Bei der stationären medizinischen Rehabilitation ist der Anteil der Frauen in der psychosomatischen Indikation (24 %) deutlich höher als bei den Männern (15 %). Im Gegensatz dazu ist der Anteil der Männer in der kardiologischen Indikation (12 %) und bei der Rehabilitation der Abhängigkeitserkrankungen (6 %) höher als bei den entsprechenden Indikationen bei den Frauen (3 %, respektive 2 %).

Ein ähnliches Bild zeichnet sich in der ambulanten medizinischen Rehabilitation ab. Generell ist der Anteil der orthopädischen bzw. rheumatischen Indikationen in der ambulanten Rehabilitation bei Frauen (73 %) und Männern (67 %) nahezu doppelt so groß wie in der stationären Rehabilitation, siehe Abbildung 04 zeigt die Unterschiede zwischen den Geschlechtern in der stationären und ambulanten Rehabilitation im Spektrum der Indikationen für das Jahr 2023.

Stationäre Rehabilitation im Schnitt 28,5 Tage

Im Jahr 2023 befanden sich Rehabilitandinnen im Durchschnitt 28 Tage und Rehabilitanden 29 Tage in ihrer stationären medizinischen Rehabilitation, die auch Samstag und Sonntag einbeziehen. Die durchschnittliche Behandlungsdauer im Spektrum der Indikationen ist in Tabelle 06 auf Seite 53 dargestellt. Betrachtet man die einzelnen Indikationen dauerten stationäre orthopädische und rheumatologische sowie kardiologische Rehabilitationen bei Frauen und Männern durchschnittlich 23 bzw. 24 Tage. Demgegenüber bedürfen stationäre Reha-Leistungen aufgrund von psychischen (psychosomatischen) Diagnosen im Mittel 37 Tage bei Frauen und Männern. Eine stationäre Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen nimmt unabhängig vom Geschlecht durchschnittlich 90 Tage in Anspruch.

**Tabelle 06: Stationäre und ambulante medizinische Rehabilitation 2023: Durchschnittliche Behandlungsdauer im Spektrum der Indikationen**

	Insgesamt (inkl. sonst. Leistungen)	Orthopädie/ Rheuma- tologie	Kardiologie	Onkologie	Psycho- somatik/ Psycho- therapie**	Abhängig- keitserkran- kungen	Neurologie	Pulmologie	Übrige*
<b>Behandlungstage / stationär</b>									
<b>Frauen</b>	28	24	24	22	37	90	30	24	27
<b>Männer</b>	29	23	23	22	37	90	30	24	25
<b>Behandlungstage / ambulant</b>									
<b>Frauen</b>	21	17	18	17	34	54	22	18	19
<b>Männer</b>	21	17	17	16	38	50	22	17	19

\* gewichtet aus fehlenden und restlichen Indikationen

stationär: inkl. Wochenende; ambulant: Behandlungstage, an denen die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sich ganztägig in der ambulanten Reha-Einrichtung aufhalten.

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

\*\* auch andere Maßnahmentearten wie Rehabilitation psychisch Erkrankter (RPK) enthalten

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2024

Ambulante  
Reha im Schnitt  
21 Tage

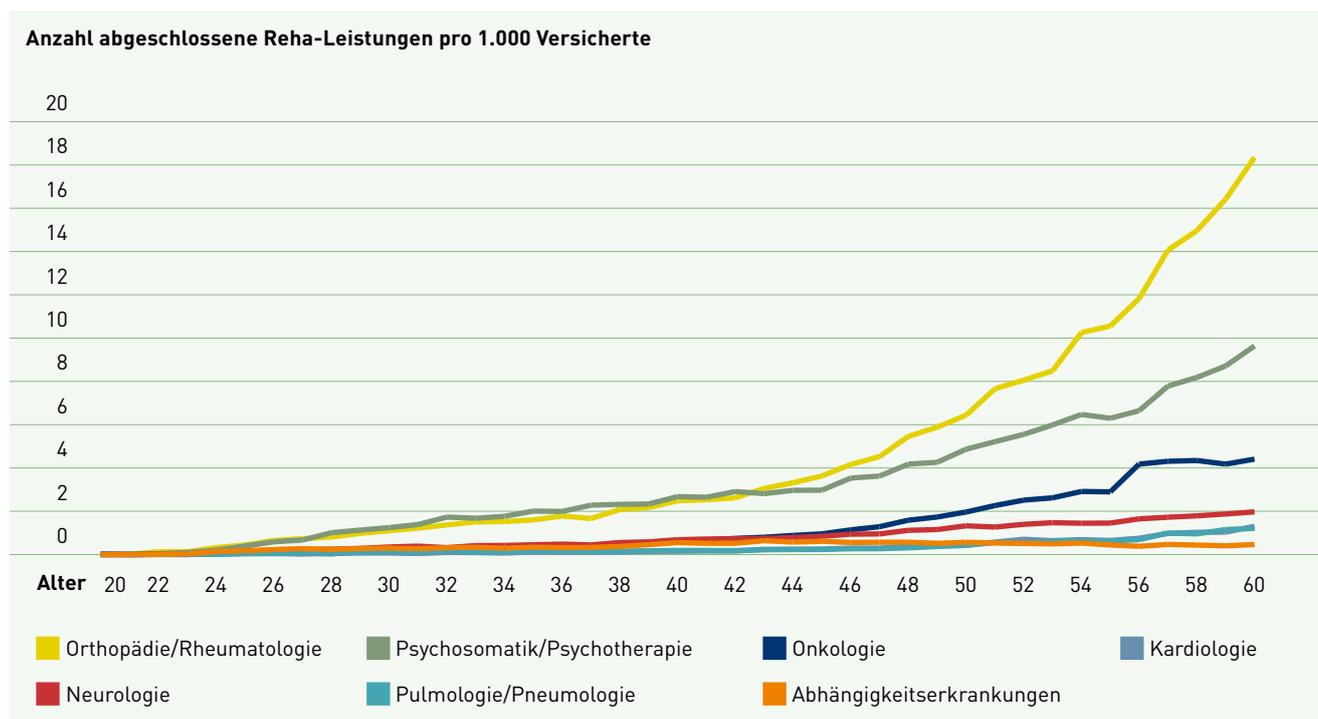
In der ambulanten Rehabilitation werden die Behandlungstage gezählt, an denen sich die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ganztägig in der Reha-Einrichtung aufhalten. In Tabelle 06 auf Seite 53 sind die durchschnittlichen Behandlungstage für die ganztägig ambulante Rehabilitation der betrachteten Diagnosegruppen enthalten. Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug im Jahr 2023 21 Tage für Frauen und für Männer. Für eine ganztägig ambulante orthopädische Rehabilitation wurden bei Frauen wie Männern durchschnittlich etwa 17 Behandlungstage benötigt. Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit psychischen Erkrankungen suchten die ambulante Reha-Einrichtung im Schnitt länger auf als solche mit orthopädischen Diagnosen. Dabei war die Behandlungsdauer bei Frauen mit 34 Tagen deutlich niedriger als bei Männern mit 38 Tagen. Eine ambulante Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen dauerte hingegen bei Frauen durchschnittlich 54 Tage, bei Männern 50 Tage.

### Altersspezifische Betrachtung

Das Durchschnittsalter von Frauen und Männern, die eine stationäre medizinische Rehabilitation abgeschlossen haben, lag in 2023 bei 55 Jahren. Demgegenüber lag das Durchschnittsalter in der ambulanten Rehabilitation bei beiden Geschlechtern bei 52 Jahren.

Werden die Diagnosegruppen in der medizinischen Rehabilitation betrachtet, lassen sich Unterschiede im durchschnittlichen Alter der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden feststellen. Mit 43,2 Jahren war das Durchschnittsalter in der Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen deutlich jünger als in anderen Indikationen. Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit psychischen Erkrankungen waren im Mittel 51,9 Jahre, gefolgt von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit neurologischen Erkrankungen (52,5 Jahre), orthopädischen und rheumatischen Erkrankungen (54,5 Jahre) und kardiologischen Erkrankungen (55,6 Jahre). Mit im Mittel 62,6 Jahren waren Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit onkologischen Erkrankungen mit Abstand am ältesten. Während insgesamt

Abbildung 05: Medizinische Rehabilitation: Altersspezifische Inanspruchnahmeraten bei Frauen 2023



Hinweis: In den Daten der Deutschen Rentenversicherung wird das offiziell dritte Geschlecht „divers“ erhoben. Aus methodischen und datenschutzrechtlichen Gründen werden diese geringen Fallzahlen jedoch nicht statistisch ausgewertet, sondern dem weiblichen Geschlecht zugeordnet.  
Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2023, „Versicherte“ 2022

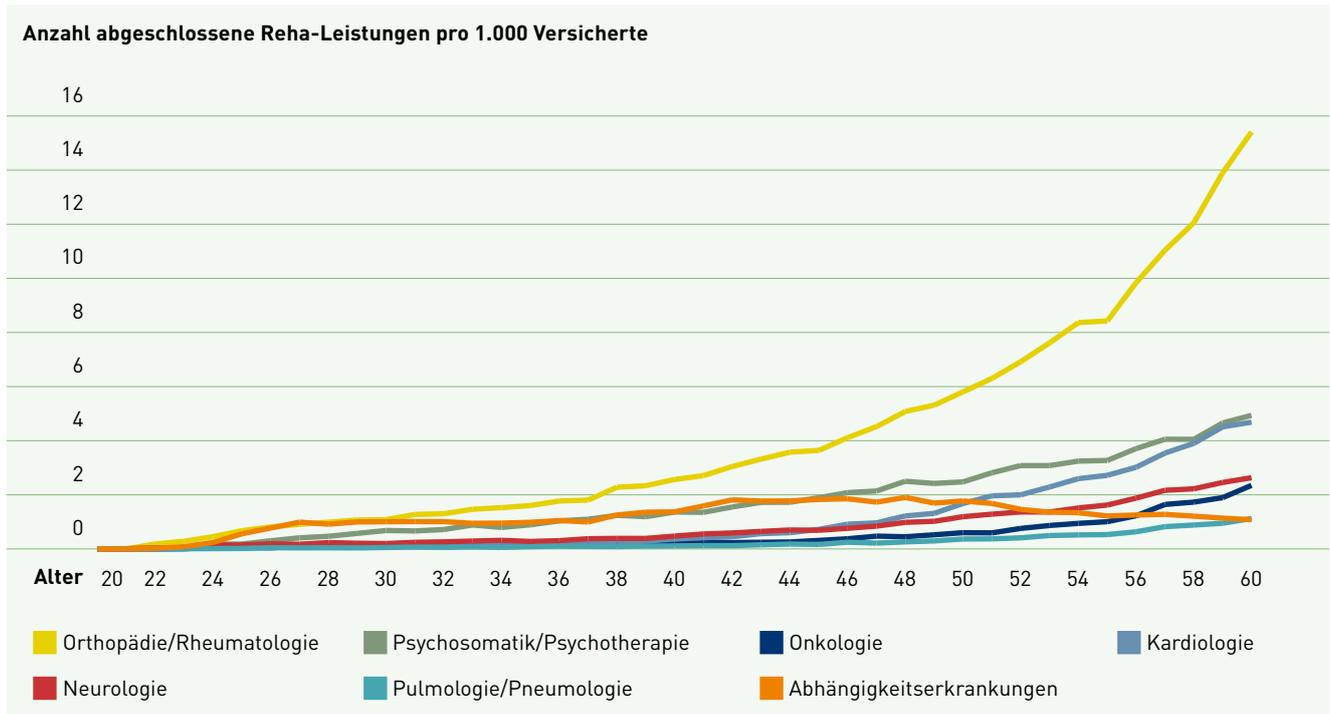
zahlreiche krankheitsspezifische, personenbezogene und auch gesellschaftliche Faktoren zu den Altersunterschieden zwischen den Diagnosegruppen führen können, trägt hier eine gesetzliche Regelung dazu bei: Nach § 31 SGB VI führt die Rentenversicherung eine medizinische Rehabilitation bei Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Krebserkrankungen auch dann durch, wenn sie bereits im Rentenalter sind.

Mehr chronische Erkrankungen im Alter

Grundsätzlich nimmt mit dem Alter die Zahl chronisch Erkrankter zu. Ebenso werden mit höherem Alter mehr medizinische Rehabilitationsleistungen in Anspruch genommen. Die altersspezifische Inanspruchnahme wird ermittelt, indem die Zahl der abgeschlossenen Rehabilitationen je 1.000 Versicherte für jedes Alter getrennt ermittelt wird, wie Abbildung 05 auf Seite 54 und Abbildung 06 auf Seite 55 darstellen.

Es zeigt sich ein klarer Zusammenhang der Inanspruchnahme von Reha-Leistungen mit zunehmenden Alter. Bei allen betrachteten Diagnosegruppen stieg die Inanspruchnahme mit dem Alter. Besonders ausgeprägt war der Anstieg bei orthopädischen und rheumatischen Erkrankungen. Etwa ab dem 40. Lebensjahr stieg die Anzahl abgeschlossener Reha-Leistungen pro 1.000 Versicherten, bei Frauen deutlich stärker als bei Männern. Bei onkologischen Diagnosen erhöhte sich die Inanspruchnahme ebenfalls mit fortschreitendem Alter. Bei Frauen und Männern ist dieser Anstieg etwa um das 50. Lebensjahr erkennbar.

Abbildung 06: Medizinische Rehabilitation: Altersspezifische Inanspruchnahmeraten bei Männern 2023



Inanspruchnahme steigt mit Alter

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



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

Der folgende Berichtsteil behandelt die Ergebnisse der Instrumente und Verfahren der Reha-Qualitätssicherung (Reha-QS) der Deutschen Rentenversicherung, siehe „Daten zur Qualitätssicherung“ auf Seite 105. Diese beziehen sich auf Reha-Einrichtungen bzw. deren krankheitsspezifische Fachabteilungen, die von der Deutschen Rentenversicherung belegt werden und am Qualitätssicherungsprogramm der Deutschen Rentenversicherung teilnehmen, siehe „Medizinische Rehabilitation: Reha-Einrichtungen“ auf Seite 70.

### **Zufriedenheit aus Perspektive der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden**

Die Zufriedenheit der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden wird mit einem Fragebogen erfasst, siehe Info-Box „Kurz erklärt: Befragung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden“ auf Seite 57. Neben der Gesamtzufriedenheit mit dem Aufenthalt in der Reha-Einrichtung wird detailliert nach einzelnen Aspekten der Reha 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.

### Kurz erklärt: Befragung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden

Bei der Qualitätsbewertung der Rehabilitation ist es der Rentenversicherung ein zentrales Anliegen, auch die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden einzubinden. Seit 1997 können sie sich durch Ausfüllen eines Fragebogens an der Qualitätssicherung beteiligen. Diese Befragung 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 130.000 Fragebögen ausgewertet. Für körperliche und psychische Erkrankungen, inklusive Abhängigkeitserkrankungen, für die stationäre und die ambulante Rehabilitation sowie für Kinder und Jugendliche gibt es jeweils unterschiedliche Fragebögen.

Um ein umfassendes Bild zu erhalten, setzen sich die Fragebögen aus mehreren Einzelfragen zusammen, die auf verschiedene Aspekte der Rehabilitation fokussieren. Zur besseren Übersichtlichkeit sind inhaltlich ähnliche Fragen in der Ergebnisdarstellung gebündelt, z. B. als „Zufriedenheit mit der ärztlichen Betreuung“. Darüber hinaus gibt es jeweils eine abschließende Frage zur „Zufriedenheit mit der Reha insgesamt“, bzw. zum „Gesamthaften Behandlungserfolg“.

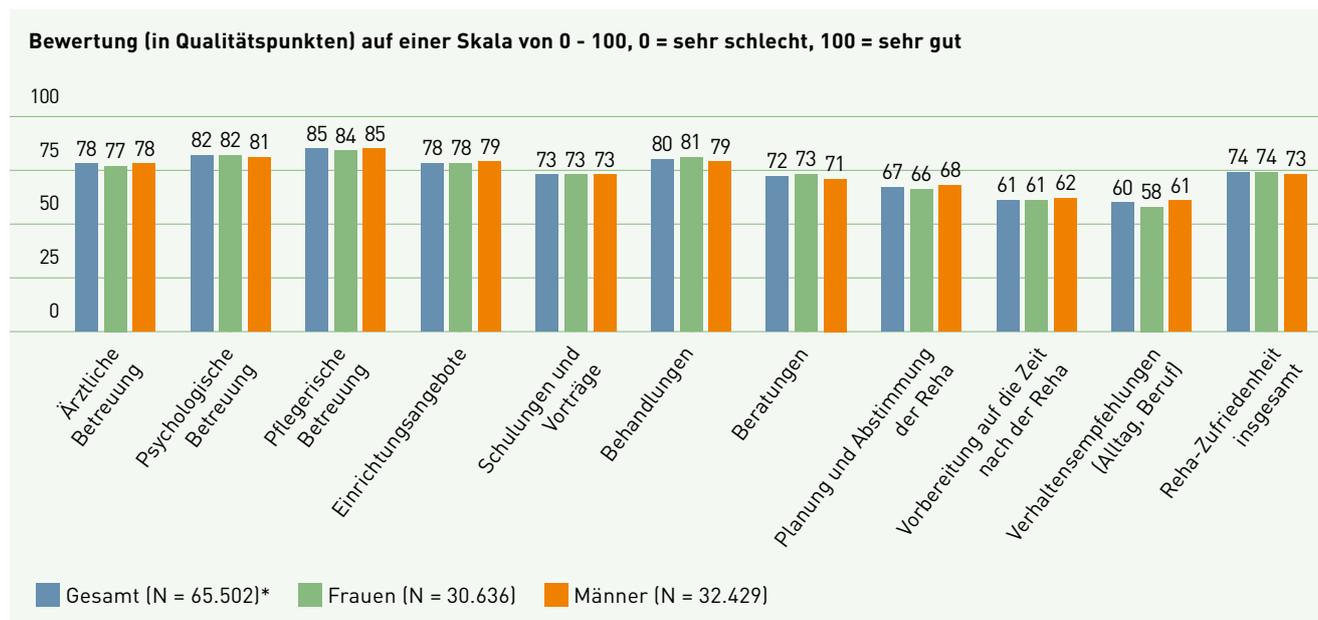
Jede Reha-Fachabteilung erhält die Ergebnisse der Befragung ihrer Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in Form eines fachabteilungsvergleichenden Qualitätssicherungsberichts. Um den Vergleich der Fachabteilungen möglichst fair zu gestalten, findet das sogenannte Verfahren der Risiko-Adjustierung Anwendung. Dabei werden die Ergebnisse der Befragung um den Einfluss vorbestehender Merkmale der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden wie beispielsweise Bildung, Geschlecht und Alter, die zu unterschiedlichen Bewertungen der Rehabilitation führen können, bereinigt. In einem wissenschaftlich begleiteten Projekt wurde das bestehende Verfahren der Adjustierung überarbeitet.

Einen Überblick über die Zufriedenheit von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die zwischen August 2021 und Juli 2022 eine stationäre Rehabilitation in den somatischen Indikationen abgeschlossen haben, gibt Abbildung 07 auf Seite 58.

Hohe Gesamt-zufriedenheit mit stationärer somatischer Reha

Acht bis zwölf Wochen nach ihrer Rehabilitation bewerteten die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden diese im Fragebogen auf einer Skala von „1“ bis „5“. Diese Bewertung wird im Rahmen der Auswertung zur besseren Vergleichbarkeit in Qualitätspunkte (QP) umgerechnet. 100 Qualitätspunkte stehen für ein sehr gut, 0 Qualitätspunkte für sehr schlecht. Die von den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden berichtete Zufriedenheit mit der stationären somatischen Rehabilitation insgesamt liegt im Durchschnitt bei 74 Qualitätspunkten und ist damit als gut zu bewerten („Reha-Zufriedenheit insgesamt“). Zu der hohen Gesamtzufriedenheit trug vor allem das Reha-Team bei (pflegerische, psychologische und ärztliche Betreuung). Am zufriedensten waren die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit der Betreuung durch die Pflegekräfte, sie bewerteten diesen Bereich im Durchschnitt mit 85 Qualitätspunkten.

**Abbildung 07: Zufriedenheit der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in der stationären medizinischen Rehabilitation: Somatische Indikationen**



\*enthält auch Personen, bei denen keine Angabe zum Geschlecht vorliegt (N = 2.437)

Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Rehabilitandenbefragung Okt. 2021 bis Sept. 2022

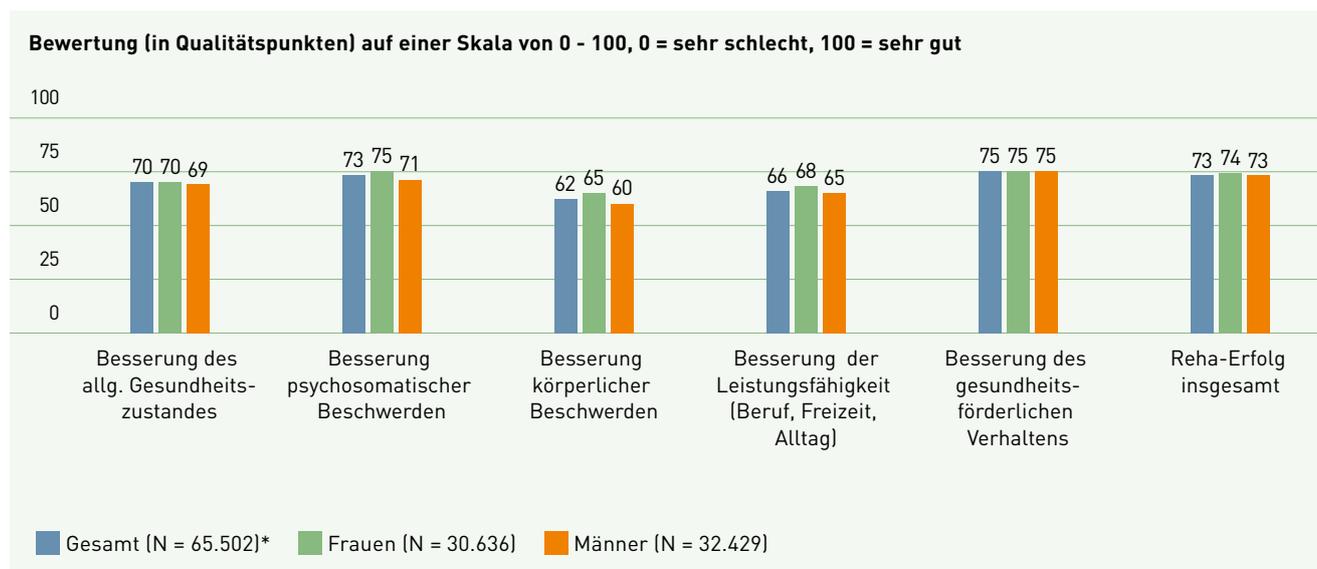
Die gesundheitsbezogenen Angebote wie z. B. Entspannungstherapien (Behandlungen) wurden mit 80 Qualitätspunkten bewertet, die Einrichtungsangebote mit 78. Die Auswertung zeigt aber auch, dass sowohl die Unterstützung für die Zeit nach der Rehabilitation (61 Qualitätspunkte) als auch die Nützlichkeit von Verhaltensempfehlungen für Alltag und Beruf (60 Qualitätspunkte) noch verbessert werden können.

Geschlechtsunterschiede spielten bei der Zufriedenheit der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in der somatischen Rehabilitation kaum eine Rolle. Während Frauen die in der Rehabilitation erhaltenen „Behandlungen“ und die „Beratungen“ etwas besser als Männer beurteilten, sind es letztere, die sich mit den Bereichen „Planung und Abstimmung der Reha“ sowie „Verhaltensempfehlungen (Alltag, Beruf)“ etwas zufriedener zeigten.

### Behandlungserfolg aus Sicht der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden

Die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden werden nicht nur nach der Zufriedenheit mit ihrer Rehabilitation gefragt, sondern auch nach dem subjektiv wahrgenommenen Erfolg der durchgeführten Rehabilitation, siehe Info-Box „Kurz erklärt: Befragung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden“ auf Seite 57. 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?“.

**Abbildung 08: Behandlungserfolg aus Sicht der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in der stationären medizinischen Rehabilitation: Somatische Indikationen**



\*enthält auch Personen, bei denen keine Angabe zum Geschlecht vorliegt (N = 2.437)

Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Rehabilitandenbefragung Okt. 2021 bis Sept. 2022

Bewertung des Erfolgs der stationären somatischen Reha mit 73 Qualitätspunkten

Abbildung 08 auf Seite 59 zeigt, welche Bereiche der Gesundheit sich aus Sicht der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden durch eine somatische Rehabilitation verbessert haben: Der Reha-Erfolg insgesamt wurde mit 73 Qualitätspunkten bewertet. Die Besserung psychosomatischer Beschwerden (zum Beispiel Erschöpfung, Niedergeschlagenheit, Nervosität und innere Unruhe) wurde mit 73 Qualitätspunkten angegeben, während die Besserung der körperlichen Beschwerden bei 62 Qualitätspunkten lag. Die Besserung des gesundheitsförderlichen Verhaltens (z. B. die Motivation, auch nach Abschluss der Rehabilitation für die eigene Gesundheit aktiv zu werden und sich zum Beispiel einer Selbsthilfegruppe anzuschließen, Gesundheitskurse zu belegen oder sich verstärkt sportlich zu betätigen) erreichte 75 Qualitätspunkte. Geschlechterunterschiede spielten bei der Bewertung des Behandlungserfolgs eine größere Rolle als bei der Zufriedenheit mit der Rehabilitation. Am deutlichsten zeigten sich diese Unterschiede bei der Besserung der körperlichen (Frauen: 65 vs. Männer: 60 Qualitätspunkte) und auch der psychosomatischen Beschwerden (Frauen: 75 Qualitätspunkte vs. Männer: 71 Qualitätspunkte).

### Therapeutische Versorgung – Dokumentation der KTL

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, siehe auch Info-Box „Kurz erklärt: Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL)“.

### Kurz erklärt: Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL)

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

2023 erhielten 1.720 Reha-Fachabteilungen eine Auswertung der KTL-Daten aus ihren Reha-Entlassungsberichten des Jahres 2022. Insgesamt gingen 686.794 Reha-Entlassungsberichte in die Auswertungen ein. Reha-Therapiestandards – Anforderungen an die Rehabilitation auf Seite 61 gibt einen Überblick über die therapeutische Versorgung.

18,8 Stunden  
Therapiezeit pro  
Woche und Reha

Insgesamt haben im Jahr 2022 jede Rehabilitandin und jeder Rehabilitand während der Rehabilitation im Durchschnitt 32,4 über die KTL erfasste Leistungen pro Woche erhalten, die sich auf 18,8 Stunden Therapiezeit pro Woche verteilen. Zusätzlich gibt die Tabelle an, wie viele Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mindestens eine Leistung aus dem jeweiligen KTL-Kapitel erhalten haben. 100 % der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bekamen mindestens eine Schulung, einen Vortrag oder eine andere Leistung aus dem Kapitel C – Information, Motivation und Schulung. 99 % bekamen Leistungen aus dem Kapitel A – Sport- und Bewegungstherapie. Aus dem Kapitel G – Psychotherapie erhielten insgesamt 25 % der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mindestens eine Leistung.

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

Breites Spektrum  
der medizini-  
schen Reha

In Reha-Therapiestandards – Anforderungen an die Rehabilitation auf Seite 61 wird deutlich, wie breit gefächert (multimodal) die therapeutische Versorgung in der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung ist. Behandlungsschwerpunkte sind Information, Motivation und Schulung wie beispielsweise standardisierte Schulung bei Hypertonie, ärztliche sozialmedizinische Beratung sowie Sport- und Bewegungstherapie wie zum Beispiel Ausdauertraining oder Muskelkrafttraining und auch klinische Sozialarbeit und Sozialtherapie sowie psychologische und neuropsychologische Leistungen wie Entspannungstraining, Hirnleistungstraining, Musik-, Kunst- und Gestaltungstherapie.

**Tabelle 07: Anzahl und Anteil der therapeutischen Leistungen nach Inhalt, Anzahl der Leistungen und Dauer für Rehabilitationen der Deutschen Rentenversicherung im Jahr 2022**

Kapitel der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL)	Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit mindestens einer Leistung*		pro Rehabilitandin und Rehabilitand	
	Anzahl	Anteil	Leistungen pro Woche	Dauer (Std.) pro Woche
A – Sport- und Bewegungstherapie	679.757	99 %	8,0	4,9
B – Physiotherapie	610.269	89 %	4,8	2,4
C – Information, Motivation, Schulung	685.096	100 %	3,4	2,4
D – Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie	665.129	97 %	1,2	0,7
E – Ergo-, Arbeits- und andere funktionelle Therapie	532.668	78 %	2,4	1,7
F – Klinische Psychologie, Neuropsychologie	621.513	90 %	2,7	2,1
G – Psychotherapie	170.496	25 %	3,8	4,0
H – Reha-Pflege und Pädagogik	628.695	92 %	2,6	0,7
K – Physikalische Therapie	604.669	88 %	5,3	2,0
L – Rekreationstherapie	462.871	67 %	3,2	2,2
M – Ernährungsmedizinische Leistungen	544.580	79 %	1,4	0,8
Insgesamt	686.794	100 %	32,4	18,8

\* Mehrfachnennungen möglich; N = 686.794 stationäre und ambulante Reha-Leistungen  
 Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2022

### Reha-Therapiestandards – Anforderungen an die Rehabilitation

Die Reha-Therapiestandards sind als ein Teil der Reha-Qualitätssicherung mit dem Ziel konzipiert, die rehabilitative Behandlung auf eine evidenzbasierte Grundlage zu stellen. Das bedeutet, es werden Therapien mit wissenschaftlich nachgewiesener Wirksamkeit eingesetzt. Die Deutsche Rentenversicherung fördert seit 1998 die Erstellung und den Einsatz von Reha-Therapiestandards (RTS) für die medizinische Rehabilitation, siehe Info-Box „Beispielhaft werden im Folgenden aktuelle Ergebnisse zu den Reha-Therapiestandards „Chronischer Rückenschmerz“ und „Hüft- und Knie-Totalendoprothese (TEP)“ vorgestellt. Für die einzelnen evidenzbasierten Therapiemodule werden jeweils der Prozentanteil der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, für die die Mindestanforderungen laut Reha-Therapiestandards voll erfüllt wurden („IST“), dem geforderten Mindestprozentanteil gegenübergestellt („SOLL“).“ auf Seite 63.

Evidenzbasierte Grundlage für Therapien

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

### Kurz erklärt: Reha-Therapiestandards

Die Reha-Therapiestandards (RTS) sind Teil der externen Reha-Qualitätssicherung. Sie tragen ganz wesentlich dazu bei, das therapeutische Versorgungsgeschehen transparent zu machen. Die Anforderungen an eine Rehabilitation sind für alle Reha-Therapiestandards in den sogenannten „Evidenzbasierten Therapiemodulen“ (ETM) einheitlich festgelegt. Sie definieren für das entsprechende Krankheitsbild therapeutische Inhalte und Leistungen, deren Wirksamkeit evidenzbasiert ist. So beinhaltet der Reha-Therapiestandard „Koronare Herzkrankheit“ zum Beispiel insgesamt 12 evidenzbasierte Therapiemodule (ETM 01-ETM 12). Dazu gehören unter anderem „ETM 01 – Bewegungstherapie; Ausdauertraining“, „ETM 06 – Gesundheitsbildung“, „ETM 11 – Leistungen zur sozialen und beruflichen Integration“.

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

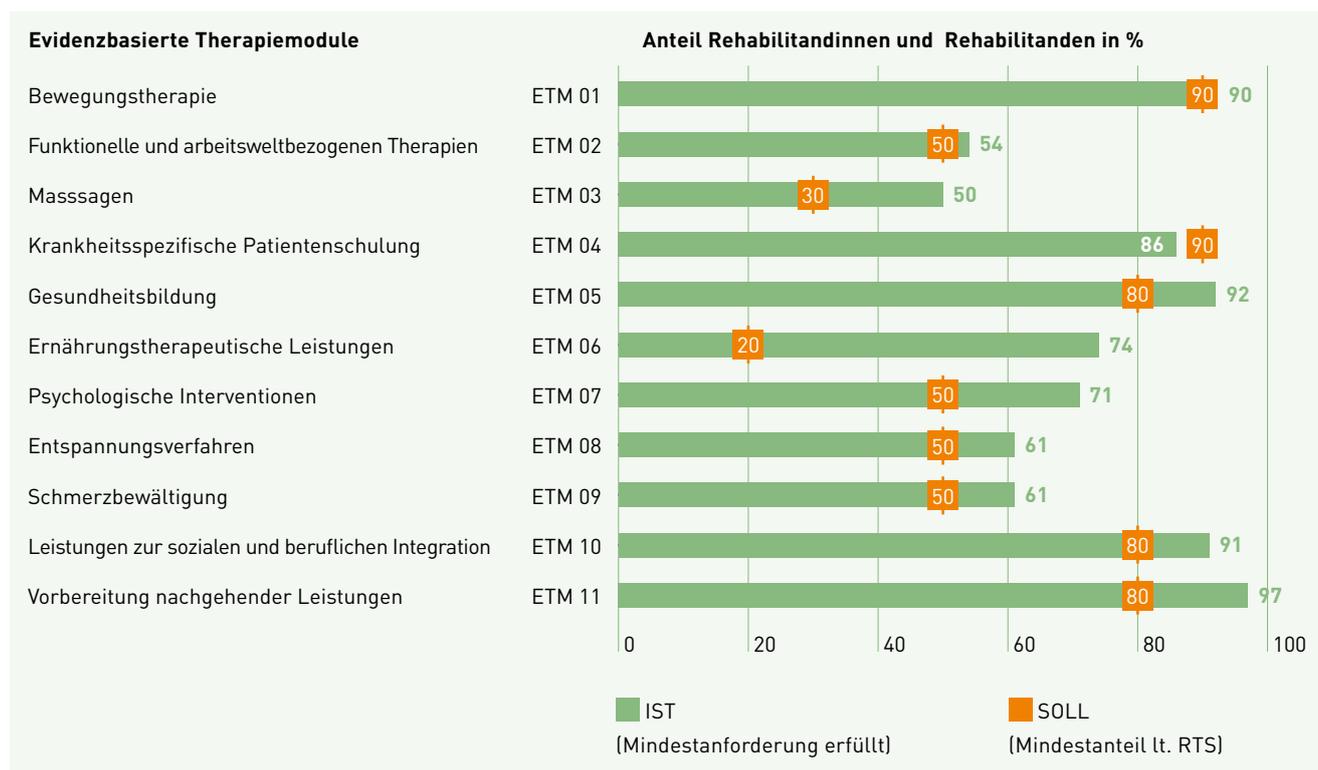
Der „Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitandinnen und Rehabilitanden“ gibt einen Prozentsatz an Rehabilitandinnen und Rehabilitanden an, die diese Mindestanforderungen erfüllen müssen.

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

### Bislang gibt es Reha-Therapiestandards für folgende Indikationen (Stand: 2020)

- 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

**Abbildung 09: Versorgung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden gemäß Reha-Therapiestandards für "Chronischer Rückenschmerz" bei Rehabilitationen der Deutschen Rentenversicherung im Jahr 2022**



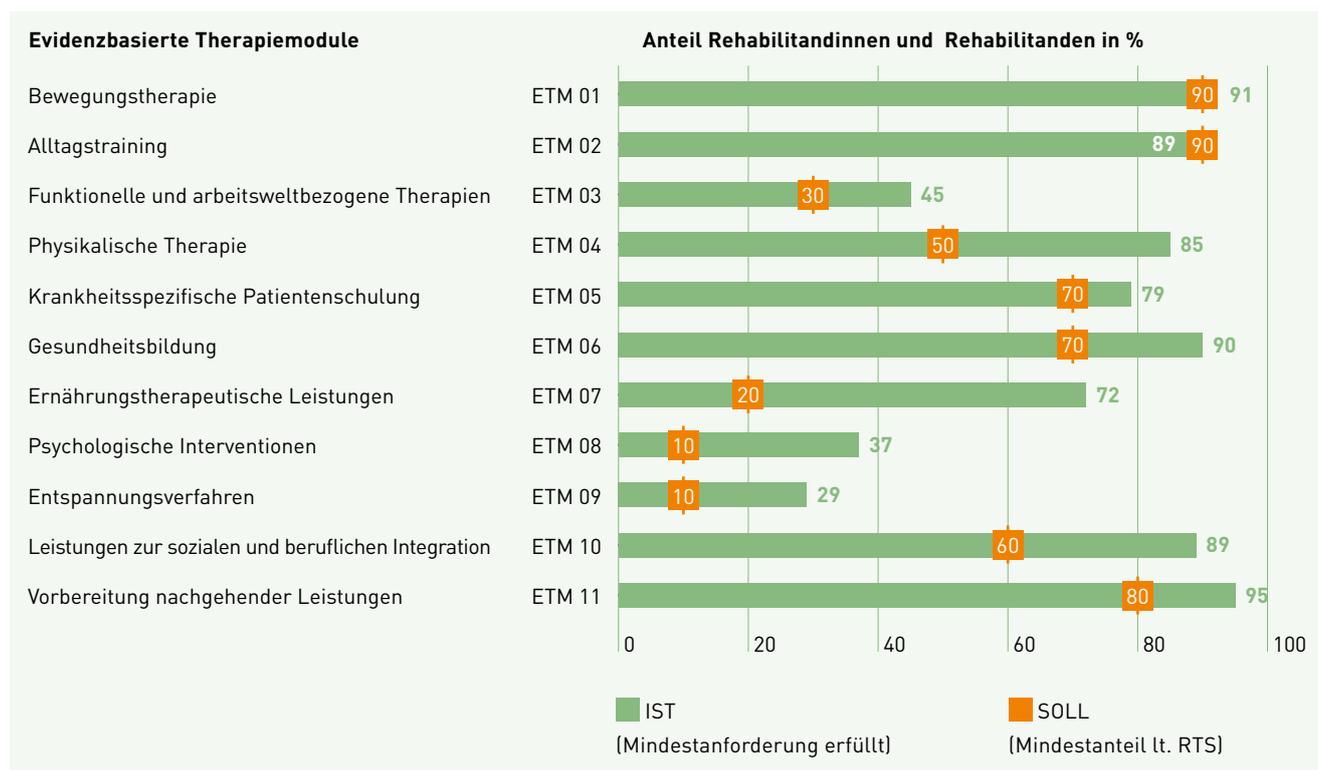
<sup>1</sup> Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die im Jahr 2022 eine medizinische Rehabilitation im Geltungsbereich des Reha-Therapiestandards „Chronischer Rückenschmerz“ beendet haben, N = 53.862  
 Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2022

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

Beispielhaft werden im Folgenden aktuelle Ergebnisse zu den Reha-Therapiestandards „Chronischer Rückenschmerz“ und „Hüft- und Knie-Totalendoprothese (TEP)“ vorgestellt. Für die einzelnen evidenzbasierten Therapiemodule werden jeweils der Prozentanteil der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, für die die Mindestanforderungen laut Reha-Therapiestandards voll erfüllt wurden („IST“), dem geforderten Mindestprozentanteil gegenübergestellt („SOLL“).

Die Auswertung zu den Reha-Therapiestandards „Chronischer Rückenschmerz“ bezieht alle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ein, die im Jahr 2022 eine Rehabilitation mit der Erstdiagnose „chronischer Rückenschmerz“ und einer Behandlungsdauer zwischen 18 und 42 Tagen beendeten, siehe Abbildung 09 auf Seite 63. Dabei handelte es sich um insgesamt 53.862 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden aus 438 Fachabteilungen.

**Abbildung 10: Versorgung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden gemäß Reha-Therapiestandards für "Hüft- und Knie-TEP" bei Rehabilitationen der Deutschen Rentenversicherung im Jahr 2022**



<sup>1</sup> Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die im Jahr 2022 eine medizinische Rehabilitation im Geltungsbereich des Reha-Therapiestandards „Hüft- und Knie-TEP“ beendet haben, N = 63.902  
 Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2022

2022 wurden in nahezu allen evidenzbasierten Therapiemodulen die festgelegten Mindestanforderungen vollständig erfüllt. Im Therapiemodul „Krankheitsspezifische Patientenschulung“ sollen 90 % der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mindestens 270 Minuten pro Rehabilitation Leistungen aus diesem Modul erhalten. Dies wurde im Jahr 2022 von 86 % der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erfüllt.

Als weiteres Beispiel werden die Ergebnisse der Reha-Therapiestandards „Hüft- und Knie-Totalendoprothese (TEP)“ dargestellt, siehe Abbildung 10 auf Seite 64. Insgesamt wurden 63.902 Rehabilitationen aus 386 Fachabteilungen ausgewertet, die im Jahr 2022 eine Rehabilitation mit einer entsprechenden Diagnose beendet haben und deren Behandlungsdauer zwischen 18 und 42 Tagen lag. Die in den evidenzbasierten Therapiemodulen der Reha-Therapiestandards „Hüft- und Knie-Totalendoprothese (TEP)“ festgelegten Mindestanforderungen wurden bis auf das ETM „Alltagstraining“ für alle Therapiebereiche vollständig erfüllt. Hier lag der Anteil von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die pro Woche mindestens 30 Minuten Leistungen aus diesem Modul erhalten sollten, mit 89 % knapp unter dem geforderten Mindestanteil von 90 %.

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

Ergebnisse werden den Reha-Fachabteilungen zurück gemeldet

### Peer Review – Rehabilitation aus Sicht der Expertinnen und Experten

Der Reha-Prozess wird im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung unter anderem mit Hilfe des Peer Review der medizinischen Rehabilitation abgebildet. Erfahrene, geschulte Chef- und Oberärztinnen und -ärzte aus Reha-Fachabteilungen – sogenannte Peers – begutachten dafür ausgewählte Reha-Fälle ihrer Fachrichtung. Auf diese Weise erhalten zum einen die Fachabteilungen eine Rückmeldung zu ihrer Prozessqualität zum anderen erfolgt über die Qualitätssicherung hinaus auch eine intensive Auseinandersetzung der teilnehmenden Peers mit Qualitätsaspekten und damit einhergehend ein Transfer in deren Einrichtungen, siehe Info-Box „Kurz erklärt: Peer Review“ auf Seite 65.

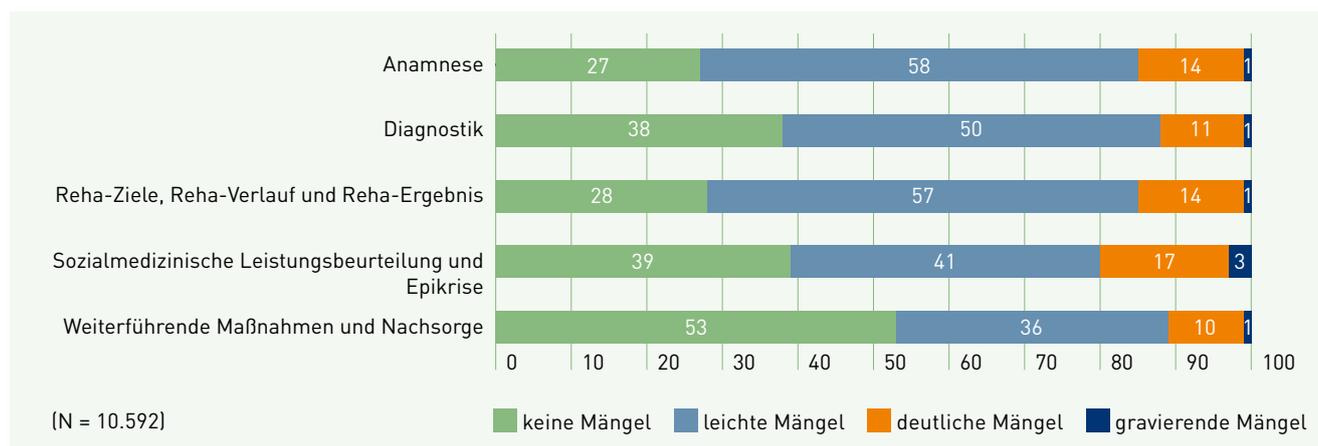
#### Kurz erklärt: Peer Review

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

Damit alle Fälle nach den gleichen Maßstäben bewertet werden, wird eine standardisierte und manualisierte Checkliste eingesetzt. Sie gibt zum einen die prozessrelevanten Merkmale und Bereiche sowie zum anderen die Bewertungsmaßstäbe vor. Betrachtet werden im Peer Review-Verfahren alle wesentlichen Bereiche des Rehabilitationsprozesses: Von der Anamnese (Krankengeschichte) über die Diagnostik bis hin zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung. Die Bereiche werden zusätzlich durch Einzelmerkmale abgebildet. Die Bewertung erfolgt mit einer vierstufigen Mängelskala (keine, leichte, deutliche, gravierende Mängel) und einer 11-stufigen Punkteskala (von 0 Punkten = „sehr schlecht“ bis zu 10 Punkten = „sehr gut“).

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

**Abbildung 11: Bewertung der Prozessbereiche im Peer Review der somatischen Indikationen**



Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Peer Review der somatischen Indikationen Bericht 2024

### Kurz erklärt: Sozialmedizinischer Verlauf

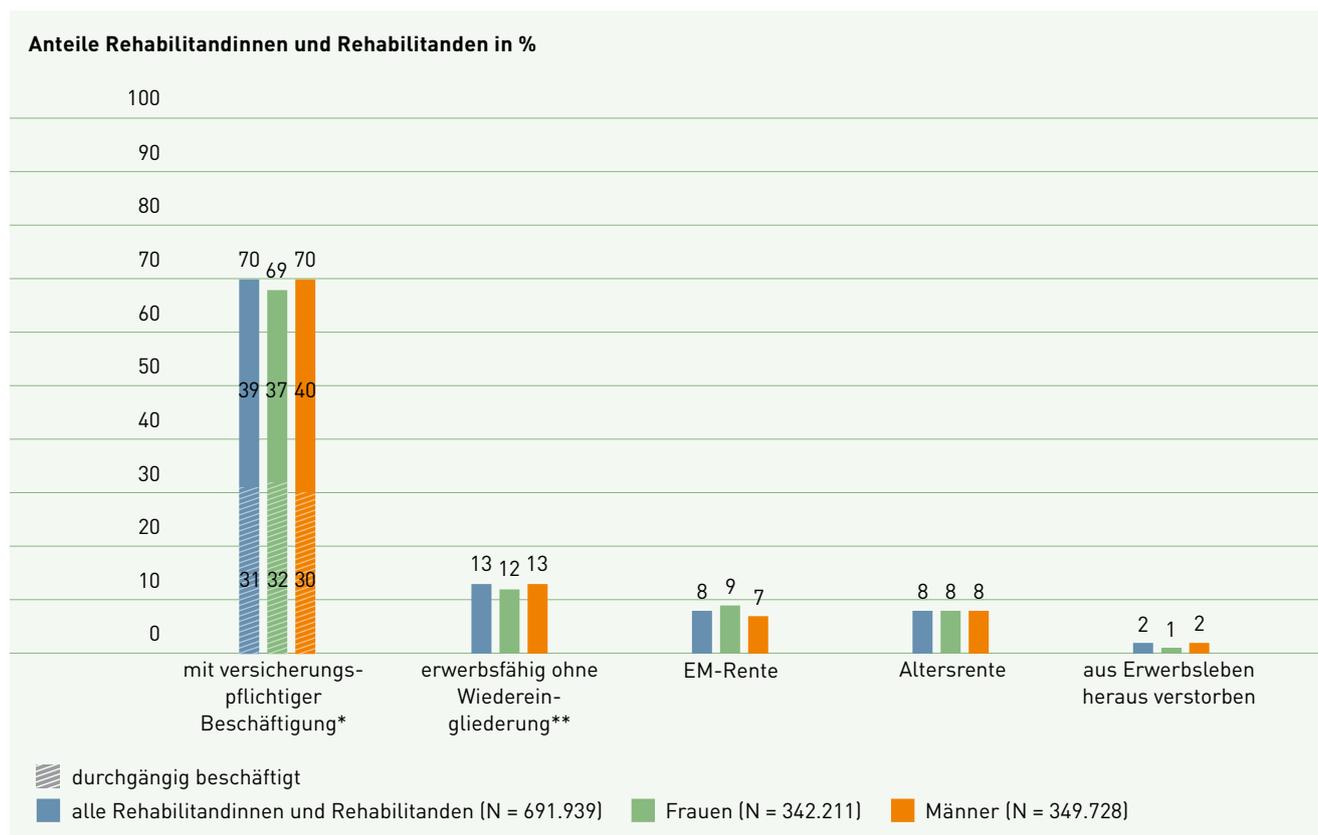
Eine Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung zielt darauf ab, eine vorzeitige Berentung der Versicherten zu vermeiden oder hinauszuschieben – sie will die Erwerbsfähigkeit der Versicherten möglichst auf Dauer erhalten. Als Indikator für die Erwerbsfähigkeit der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden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

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

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

Grundlage für die Analysen ist die Reha-Statistik-Datenbasis (RSD), die das Rehabilitations- und Berentungsgeschehen im Zeitverlauf wiedergibt (siehe „Routinedaten der Rentenversicherung“ auf Seite 104).

**Abbildung 12: Sozialmedizinischer Zwei-Jahres-Verlauf nach medizinischer Rehabilitation in 2020 (pflichtversicherte Rehabilitandinnen und Rehabilitanden)**



\* mindestens für einen Monat Beiträge aus versicherungspflichtiger Beschäftigung

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

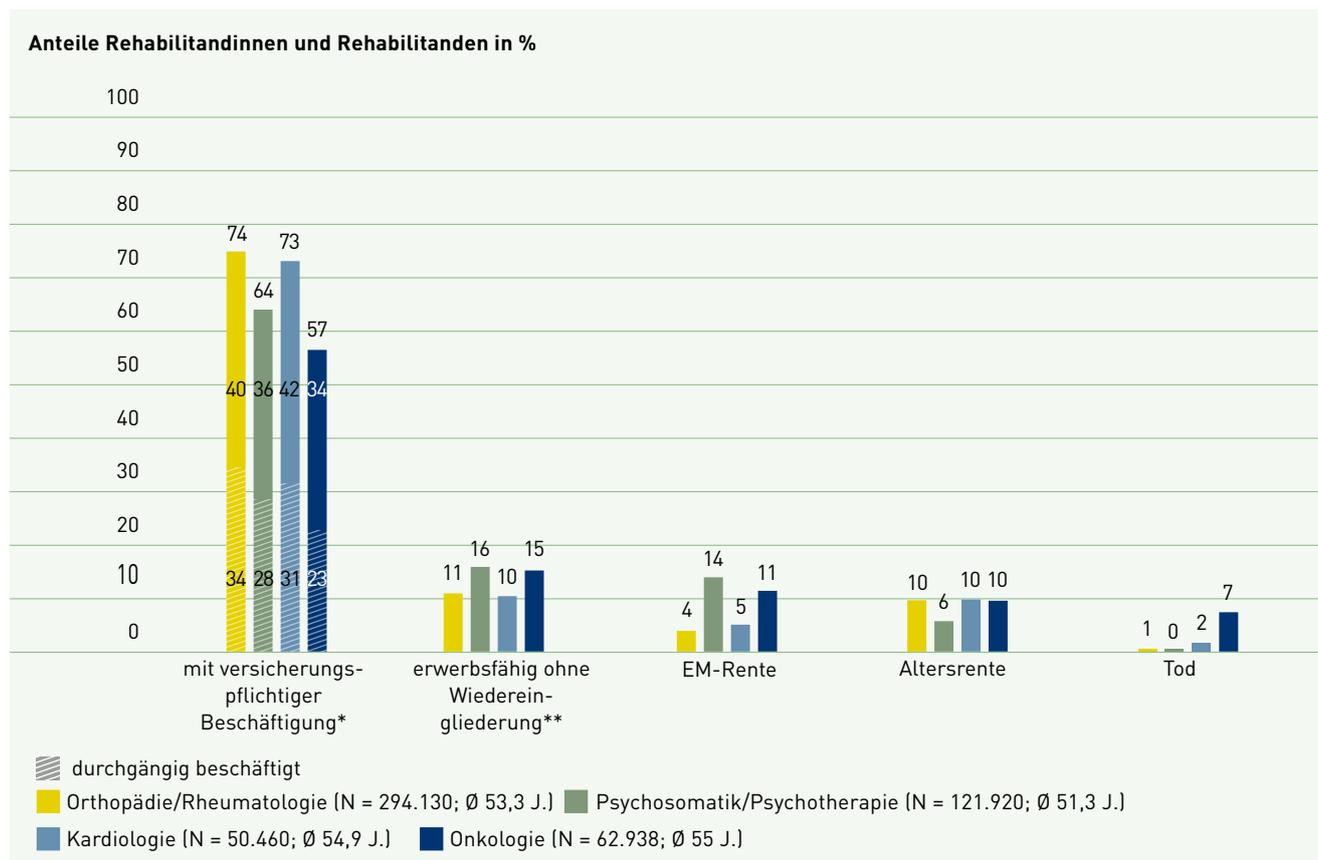
Hinweis: In den Daten der Deutschen Rentenversicherung wird das offiziell dritte Geschlecht „divers“ erhoben. Aus methodischen und datenschutzrechtlichen Gründen werden diese geringen Fallzahlen jedoch nicht statistisch ausgewertet, sondern dem weiblichen Geschlecht zugeordnet.

Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2015–2022

Am aktuellen Peer Review der somatischen Indikationen nahmen 820 Fachabteilungen teil, die zum Zeitpunkt der Ziehung am 1. September 2023 von der Deutschen Rentenversicherung federführend belegt wurden. Gegenstand der Untersuchung waren die Entlassungsberichte von medizinischen Rehabilitationsleistungen, die zwischen dem 1. Januar 2023 und dem 30. Juni 2023 abgeschlossen wurden. Insgesamt 10.592 Entlassungsberichte und bilden die Grundlage für die Bewertung der Prozessqualität.

Die Ergebnisse der Begutachtung liefern jeder teilnehmenden Fachabteilung Hinweise zu eventuellen Verbesserungsbedarfen. Daneben geben sie in der Gesamtschau darüber Auskunft, welche Aspekte des Reha-Prozesses in der medizinischen Rehabilitation insgesamt Verbesserungen bedürfen. Abbildung 11 auf Seite 66 zeigt die Bewertungen durch die Peers in den relevanten Prozessbereichen über alle begutachteten Fälle der somatischen Indikationen hinweg.

**Abbildung 13: Sozialmedizinischer Zwei-Jahres-Verlauf nach medizinischer Rehabilitation in 2020 für verschiedene Indikationen**



\* pflichtversicherte Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, mindestens einen Monat Beiträge mit versicherungspflichtiger Beschäftigung  
 \*\* Beiträge z. B. aus Arbeitslosigkeit, langfristiger Arbeitsunfähigkeit oder ohne Beiträge  
 Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2014-2022

Gute Prozessqualität in der somatischen Rehabilitation

Die Auswertung weist auf eine insgesamt gute Prozessqualität hin. Insbesondere im Bereich „Weiterführende Maßnahmen und Nachsorge“ wiesen mehr als 50 % der ausgewerteten Fälle keine Mängel auf. Der Bereich „Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung und Epikrise“ zeigte am häufigsten deutliche bzw. gravierende Mängel auf.

Routinedaten geben Aufschluss über Behandlungserfolg

**Erfolg der Rehabilitation – Sozialmedizinischer Verlauf**

Die Erwerbsfähigkeit dauerhaft zu erhalten, ist ein Hauptziel der Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung. Der Erfolg einer Rehabilitation wird nicht nur subjektiv von den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden selbst eingeschätzt. Er lässt sich auch objektiv an der Anzahl derer messen, die nach dem Ende der Rehabilitationsleistung möglichst dauerhaft in das Berufsleben zurückkehren, auch „Return to Work“ genannt. Dieser Erwerbsverlauf nach medizinischer Rehabilitation, der sogenannte Sozialmedizinische Verlauf (siehe auch Info-Box „Kurz erklärt: Sozialmedizinischer Verlauf“ auf Seite 66) wird auf Grundlage der Routinedaten (siehe Info-Box „Kurz erklärt: Routinedaten der Rentenversicherung“ auf Seite 104) erfasst.

Zwei Jahre nach  
Rehabilitation:  
83 % erwerbs-  
fähig

Der Erwerbsverlauf von pflichtversicherten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die ihre Rehabilitation im Jahr 2020 abgeschlossen hatten, wird in Abbildung 12 auf Seite 67 dargestellt. Insgesamt 18 % der Personen schieden in den zwei Jahren nach ihrer medizinischen Rehabilitation aus dem Erwerbsleben aus: 8 % erhielten eine Erwerbsminderungsrente (EM-Rente), 8 % eine Altersrente und 2 % verstarben aus dem Erwerbsleben heraus. Bei 83 % der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden (Zusammenfassung der Kategorien „mit versicherungspflichtiger Beschäftigung“ und „erwerbsfähig ohne Wiedereingliederung“) wurde das Ziel, die Erwerbsfähigkeit zu erhalten, erreicht: 70 % der Personen waren in dem Zeitraum versicherungspflichtig beschäftigt (mindestens einen Monat). Knapp die Hälfte der versicherungspflichtig Beschäftigten, d.h. insgesamt 31 %, waren über alle 24 Monate hinweg durchgängig beschäftigt. Als erwerbsfähig gelten weitere 13 % der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, auch wenn für sie in den zwei Jahren nach Abschluss der Rehabilitation keine Beitragszahlungen aufgrund einer versicherungspflichtigen Beschäftigung vorlagen („erwerbsfähig ohne Wiedereingliederung“, siehe auch Info-Box „Kurz erklärt: Sozialmedizinischer Verlauf“ auf Seite 66). Das Ergebnis verdeutlicht den zumindest mittelfristigen Erfolg der medizinischen Rehabilitation, unter Berücksichtigung, dass vor der Rehabilitation eine erheblich gefährdete oder sogar bereits geminderte Erwerbsfähigkeit vorlag. Geschlechtsspezifische Unterschiede sind kaum erkennbar.

Erwerbsfähigkeit  
unterschiedlich  
zwischen Indika-  
tionen

Bei der Betrachtung des sozialmedizinischen Verlaufs differenziert nach Indikation zeigten sich deutliche Unterschiede in den Erwerbsverläufen wie in Abbildung 13 auf Seite 68 zu sehen ist. So waren in den zwei Jahren nach einer orthopädischen oder rheumatologischen Rehabilitation mit 74 % wesentlich mehr Personen versicherungspflichtig beschäftigt als beispielsweise nach einer onkologischen Rehabilitation (57 %). Knapp ein Viertel (23 %) der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden einer onkologischen Rehabilitation war durchgängig beschäftigt – ein deutlich geringerer Anteil als bei Rehabilitandinnen und Rehabilitanden anderer Indikationen. Diese Unterschiede zwischen den Indikationen 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 (7 %) von onkologischen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden wider.



## Medizinische Rehabilitation: **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.

Knapp 1.100  
stationäre  
Vorsorge- und  
Rehabilitations-  
einrichtungen

Einen ersten Eindruck über die Größenordnung der Reha-Einrichtungen geben Zahlen des Statistischen Bundesamtes: In 2022 gab es demnach in Deutschland 1.089 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.

### **Anzahl stationärer Reha-Fachabteilungen**

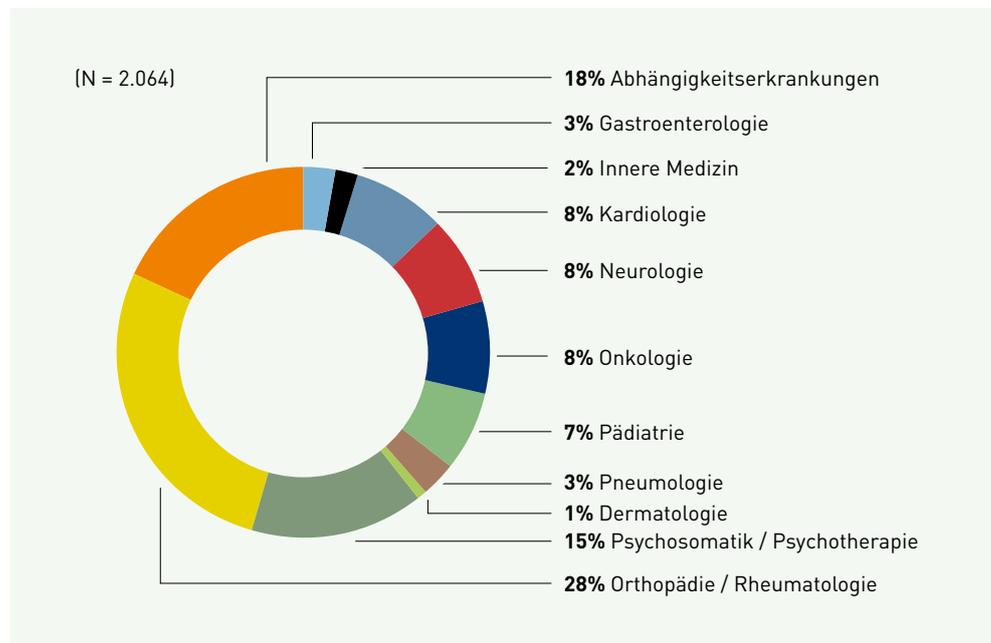
Medizinische Reha-Einrichtungen haben häufig nicht nur einen Behandlungsschwerpunkt wie beispielsweise für Kardiologie, sondern verfügen oft über verschiedene Fachabteilungen wie Kardiologie und Orthopädie. In der stationären medizinischen Rehabilitation wurden im Jahr 2024 (Stand QS-Reda, abgerufen im Juli 2024) insgesamt 2.064 stationäre Fachabteilungen von der Rentenversicherung federführend belegt. Dies beinhaltet auch Fachabteilungen, die Rehabilitationen für Kinder und Jugendliche durchführen.

Qualitätssicherung mit 2.064 stationären Fachabteilungen

In Abbildung 14 wird der prozentuale Anteil der verschiedenen stationären Fachabteilungen nach Indikation(sgebiet) dargestellt. Orthopädische sowie Fachabteilungen für medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen stellen dabei die größten Anteile. Bei der Interpretation 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 beispielsweise spezielle Fachabteilungen für medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen 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, medizinische Rehabilitationen bei Abhängigkeitserkrankungen wiederum können mehrere Monate dauern, siehe auch Tabelle 06 zur durchschnittlichen Behandlungsdauer auf Seite 53. Im Vergleich ist der Anteil gastroenterologischer, pneumologischer und dermatologischer Fachabteilungen bzw. der Inneren Medizin (1 % – 3 %) geringer. Die Fachabteilungen, die Kinder- und Jugendrehabilitationen (Pädiatrie) durchführen, machen inzwischen einen Anteil von 7 % aus.

Abbildung 14: Indikationen stationärer Fachabteilungen in medizinischen Reha-Einrichtungen

Stationäre Fachabteilungen	Anzahl
Gastroenterologie	70
Innere Medizin	33
Kardiologie	171
Neurologie	157
Onkologie	155
Orthopädie / Rheumatologie	580
Pädiatrie	138
Pneumologie	60
Dermatologie	14
Psychosomatik / Psychotherapie	317
Abhängigkeitserkrankungen	369
<b>Summe Fachabteilungen</b>	<b>2.064</b>



Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Einrichtungsdatenbank (QS-REDA) 2024



## 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 und Behinderungen in das Erwerbsleben. Das Spektrum dieser Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) der Rentenversicherung ist breit gefächert, siehe „Kurz erklärt: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)“ auf Seite 73. Auch für die berufliche Rehabilitation stellt die Routinestatistik der Rentenversicherung Informationen zu Anzahl, Art und Verteilung der Reha-Leistungen zur Verfügung, siehe auch Box „Kurz erklärt: Routinedaten der Rentenversicherung“ auf den Seiten 43 und 104.

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

Wie bei der medizinischen ist auch bei der beruflichen Rehabilitation, das heißt bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, zunächst die Initiative der Versicherten gefragt. Im Jahr 2023 reichten die Versicherten 332.670 Anträge auf LTA bei der Rentenversicherung ein. Zu beachten ist, dass Versicherte auch mehrere Leistungen gleichzeitig beantragen können. Knapp Dreiviertel (69,2 %) der erledigten Anträge wurden bewilligt, ein gutes Fünftel wurde (21 %) abgelehnt und rund ein Zehntel der Anträge (9,8 %) anderweitig erledigt und beispielsweise an den letztlich zuständigen Rehabilitationsträger weitergeleitet. Die Ablehnungen erfolgten zum Großteil in 67,1 % der Fälle aus medizinischen Gründen. Bei den restlichen Anträgen waren zumeist versicherungsrechtliche Voraussetzungen nicht erfüllt. 3,7 % der bewilligten Leistungen traten die Versicherten nicht an, häufig wegen familiärer Probleme oder einer Verschlechterung ihres Gesundheitszustands.

Knapp 70 % der  
Anträge bewilligt

**Kurz erklärt: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)**

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

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

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.

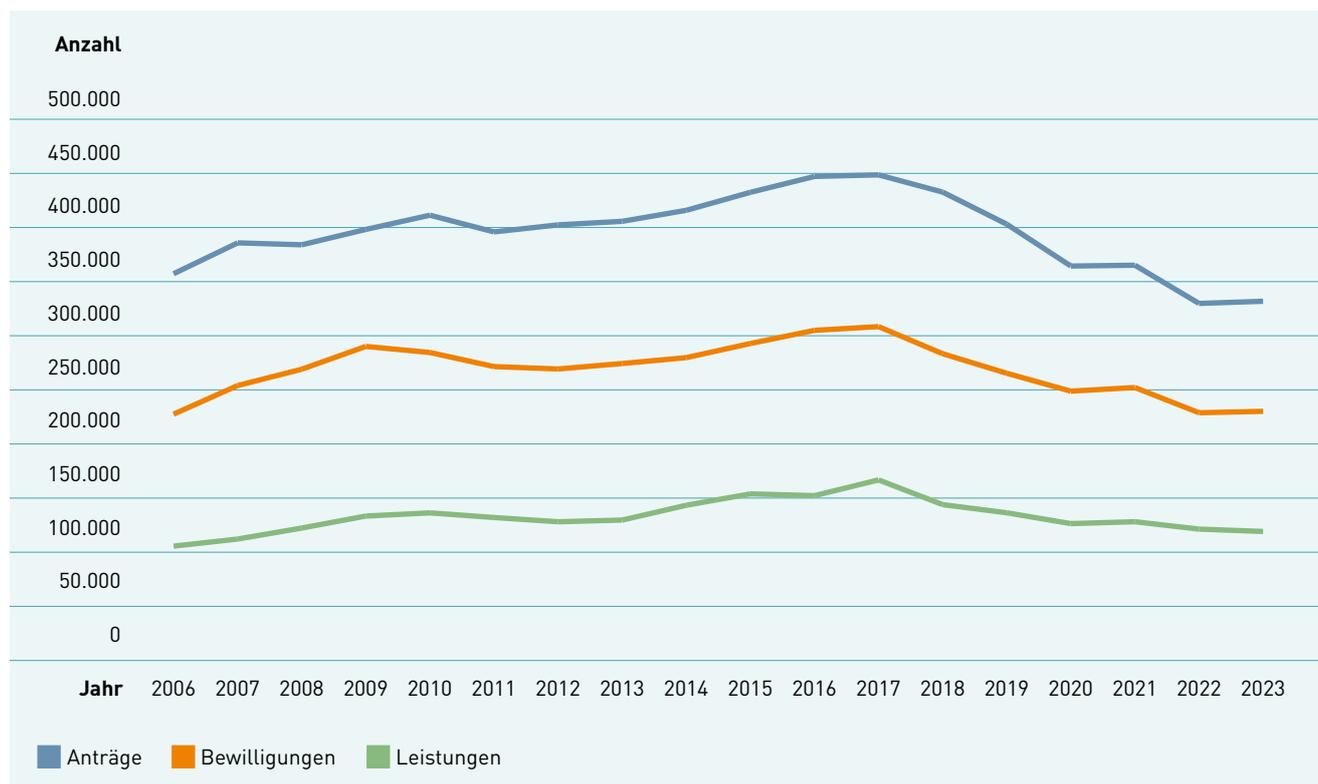
Über 332.000  
Anträge auf LTA

In 2023 konnte im Vergleich zum Vorjahr ein Zuwachs von Anträgen verzeichnet werden. Damit stieg die Anzahl der Bewilligungen und der durchgeführten Leistungen ebenfalls leicht an. Wie in Tabelle 08 auf Seite 73 zu sehen ist, gingen in 2023 über 332.000 Anträge für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ein. Knapp 230.000 Anträge wurden bewilligt und rund 118.000 Leistungen in 2023 abgeschlossen.

**Tabelle 08: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben: Anzahl der Anträge, Bewilligungen und abgeschlossenen Leistungen 2022 und 2023**

Jahr	Anträge	Bewilligungen	Leistungen
2022	330.624	228.625	120.078
2023	332.670	229.970	117.873
Veränderung von 2022 zu 2023 in Prozent	+ 0,6 %	+ 0,6 %	- 1,8 %

Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2024

**Abbildung 15: Teilhabe am Arbeitsleben – Anträge, Bewilligungen und abgeschlossene Leistungen 2006–2023**

Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2024

### Zeitliche Entwicklung

Die Zahl der Anträge, Bewilligungen und abgeschlossenen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unterliegt wie bei medizinischen Leistungen (siehe Tabelle 01 auf Seite 44) zeitlichen Schwankungen, wenn auch nicht so ausgeprägt, wie Abbildung 15 im Zeitverlauf zeigt. Erkennbar ist ein Anstieg bei den Antragszahlen zwischen 2006 und 2017. Seit 2018 kann ein schrittweiser Rückgang beobachtet werden: Anträge und Bewilligungen, aber auch abgeschlossene Leistungen reduzierten sich deutlicher. Ein Grund für den seit 2017 kontinuierlich zu beobachtenden Trend zum Rückgang der Zahlen ist ein Beschluss, einzelne Leistungen zur Erhaltung und Erlangung eines Arbeitsplatzes aus den regelhaft bewilligten technischen Arbeitshilfen zur Berufsausübung herauszunehmen. Begründet wurde die Entscheidung damit, dass die Beschaffung von beispielsweise höhenverstellbaren Schreibtischen und orthopädischen Bürostühlen zu den Pflichten des Arbeitgebers nach dem Arbeitsschutzrecht (ArbSchG) gehöre. Weitere Gründe für die Abnahme liegen in der Erholung des Arbeitsmarktes, so dass Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen auch ohne LTA einen Arbeitsplatz finden, zwischen 2020 und 2022 in der Pandemie und schließlich auch in der Entwicklung der Erwerbsbevölkerung in Deutschland in den Altersgruppen, die besonders häufig LTA in Anspruch nehmen. Da die genannten Gründe simultan auftreten und sich zum Teil überlagern, lässt sich jedoch nicht sagen, welche Ursache in welchem Ausmaß die Zahlen zur Beantragung und Inanspruchnahme von LTA beeinflusst hat.

**Tabelle 09: Abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 2006–2023**

Jahr	Insgesamt	Männer	Frauen
2006	104.159	70.193	33.966
2007	110.809	72.909	37.900
2008	121.069	77.912	43.157
2009	132.259	82.571	49.688
2010	135.211	83.608	51.603
2011	130.888	81.933	48.955
2012	126.917	82.150	44.767
2013	128.518	83.043	45.475
2014	142.323	91.494	50.829
2015	152.938	98.049	54.889
2016	151.287	98.054	53.233
2017	165.980	104.410	61.570
2018	142.917	95.966	46.951
2019	135.295	91.382	43.913
2020	125.187	84.928	40.259
2021	126.953	85.671	41.282
2022	120.078	80.018	40.060
2023	117.873	79.099	38.774

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

Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2006–2023

Die zeitliche Entwicklung der abgeschlossenen LTA ist in Tabelle 09 auf Seite 75 mit Zahlen unterlegt. In dem hier dargestellten Zeitraum von 2006 bis 2023 sind immer wieder Schwankungen zu beobachten. Bis 2010 nahmen die abgeschlossenen Leistungen deutlich zu. Der Rückgang in 2011 und 2012 konnte zu einem großen Anteil auf die in diesen Jahren rückläufige Entwicklung der LTA bei Frauen zurückgeführt werden. Von 2013 bis 2017 stiegen die abgeschlossenen Leistungen wieder an. Dies zeigte sich sowohl bei Männern als auch bei Frauen. Ab 2018 sank die Anzahl abgeschlossener LTA von Jahr zu Jahr. In 2023 konnten 117.873 abgeschlossene LTA registriert werden. Im Vergleich zum Vorjahr (120.078) ist das ein Rückgang. Sowohl bei den Frauen (38.774) als auch bei den Männern (79.099) gingen die Zahlen in 2023 zurück.

Doppelt so viele  
Männer nutzen  
LTA

Zwischen den Geschlechtern gibt es jedoch einen Unterschied in der Inanspruchnahme: Nur ein Drittel der Leistungen (33 %) wurde in 2023 von Frauen genutzt. Während sich das Verhältnis von Frauen und Männern zwischen 2006 (33 %) und 2017 (37 %) zugunsten der Frauen verschoben hatte und in 2010 mit 38 % den bisherigen Spitzenanteil erreichte, entwickelte sich der relative Wert der abgeschlossenen Leistungen seit 2018 rückläufig und pendelte sich bei rund 32 % in 2020 und 2021 ein. In 2022 gab es einen minimalen Anstieg

auf 33 % der relativen Zahlen. Die Inanspruchnahme in der beruflichen Rehabilitation bleibt weiterhin zu Gunsten der Männer verschoben. Mehr als doppelt so viele Männer wie Frauen nutzen die Angebote der Rentenversicherung zur beruflichen Rehabilitation.

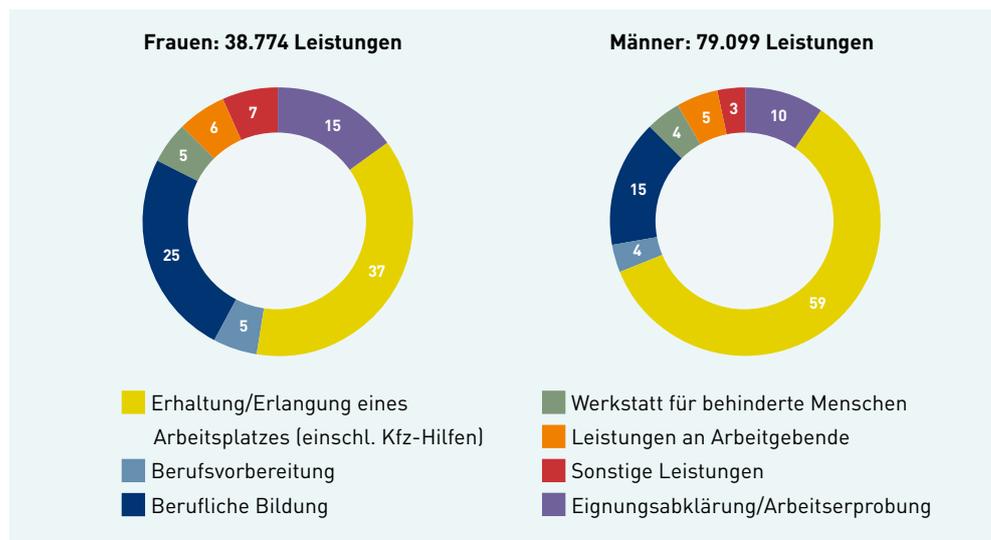
### Spektrum der Leistungen

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, siehe Abbildung 16 auf Seite 76, die das Spektrum der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei Frauen und Männern im Jahr 2023 bei den abgeschlossenen Leistungen darstellt.

Ein Viertel der Frauen nutzt berufliche Bildung

Die Verteilung der verschiedenen LTA differiert bei Frauen und Männern in 2023 geringfügig: Leistungen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes – hierzu gehören beispielsweise Hilfen zur Berufsausübung wie technische Arbeitshilfen, Kraftfahrzeughilfen wie behindertengerechte Zusatzausstattung des Kfz und Mobilitätshilfen wie Umzugskostenbeihilfe bei einer auswärtigen Arbeitsaufnahme – stellten bei Frauen mit 37 % und Männern mit 59 % den größten Leistungsbereich dar. Es folgen die Leistungen zur beruflichen Bildung, die für Frauen ein Viertel (25 %) der in Anspruch genommenen Leistungen ausmachten und bei Männern 15 %. Hierbei standen vor allem Weiterbildungen wie Umschulungen und Fortbildungen sowie die berufliche Anpassung im Vordergrund.

**Abbildung 16: Spektrum der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei Frauen und Männern 2023 – abgeschlossene Leistungen**



Hinweis: In den Daten der Deutschen Rentenversicherung wird das offiziell dritte Geschlecht „divers“ erhoben. Aus methodischen und datenschutzrechtlichen Gründen werden diese geringen Fallzahlen jedoch nicht statistisch ausgewertet, sondern dem weiblichen Geschlecht zugeordnet.  
Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2023

### Unterstützung für Unternehmen

Etwa gleich für Männer und Frauen sind die relativen Anteile von Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen: (Frauen: 5 % und Männer: 4 %), zur Berufsvorbereitung (Frauen: 5 %, Männer: 4 %), zur Eignungsabklärung und Arbeitserprobung (Frauen: 15 %, Männer: 10 %) sowie Leistungen an die Arbeitgebenden (6 % bei Frauen, 5 % bei Männern). Bei den Leistungen an die Arbeitgebenden sind zwar die Betriebe und Unternehmen die Begünstigten, beantragt werden sie jedoch von den Versicherten. Diese Leistungen unterstützen Arbeitgebende darin, behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen wieder ins Arbeitsleben einzugliedern.

### Berufliche Bildung – Spektrum der Indikationen

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

#### Berufliche Bildung

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

#### Berufliche Weiterbildung

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

#### Leistungen zur Anpassung bzw. Integration

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

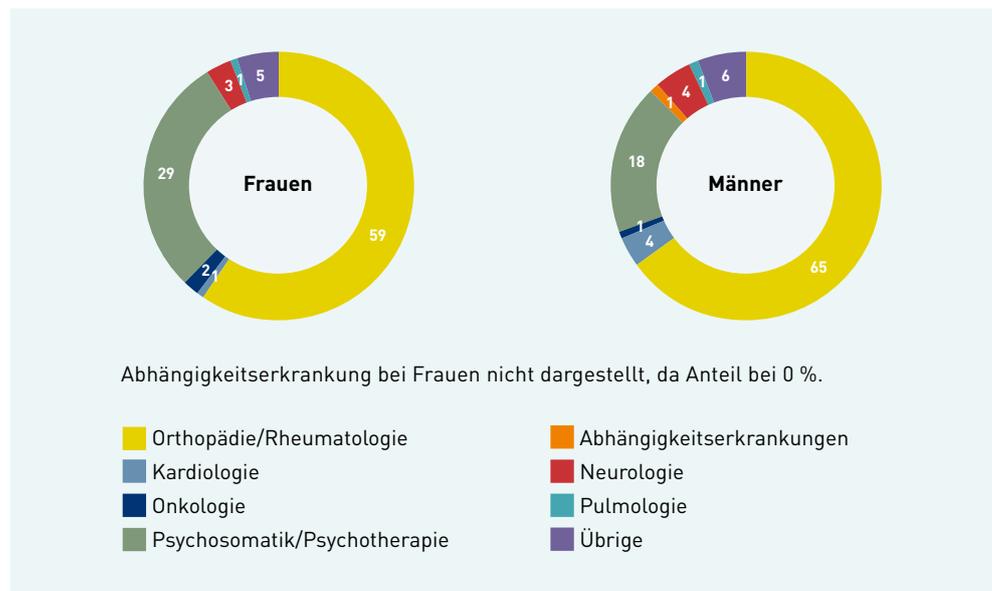
#### Qualifizierungsleistungen

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

Anzahl der Leistungen insgesamt: 21.516

Vor allem zwei Indikationsgruppen führten zu beruflichen Bildungsleistungen wie in Abbildung 17 auf Seite 78 deutlich wird. 59 % der beruflichen Bildungsleistungen für Frauen und 65 % bei Männern gingen zurück auf orthopädische und rheumatische Erkrankungen. Ebenfalls von erheblicher Bedeutung waren die psychischen Erkrankungen, insbesondere bei Frauen. Knapp ein Drittel (29 %) ihrer Bildungsleistungen erfolgte 2023 aufgrund psychischer Erkrankungen, bei Männern waren das mit 18 % deutlich weniger. Neurologische Erkrankungen spielten eine deutlich geringere Rolle: Aufgrund dieser Indikation wurden 3 % der Leistungen bei Frauen und 4 % der Leistungen bei Männern durchgeführt. Das traf auch auf kardiologische Erkrankungen zu (Frauen 1 %, Männer 4 %). Das traf auch auf kardiologische Erkrankungen zu (Frauen 1 %, Männer 4 %).

**Abbildung 17: Spektrum der Indikationen bei Bildungsleistungen von Frauen und Männern 2023 – abgeschlossene Leistungen**



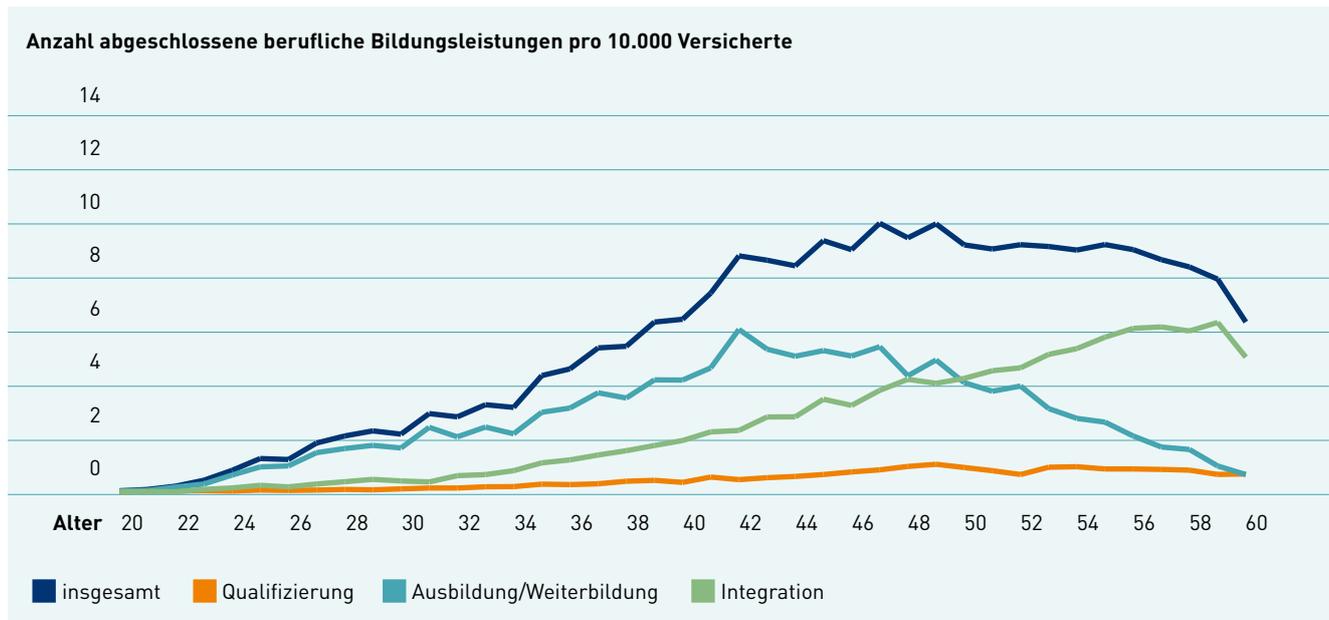
Ohne Fälle, bei denen die 1. Diagnose noch nicht erfasst ist.

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

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2023

### Berufliche Bildung – altersspezifische Inanspruchnahme

Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die Bildungsleistungen in Anspruch nahmen, waren mit Blick auf die zurückliegenden Jahre im Durchschnitt wesentlich jünger als Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in der medizinischen Rehabilitation, siehe zum Vergleich auf Seite 53. Das Durchschnittsalter von Frauen, die in 2023 eine berufliche Bildungsleistung abgeschlossen haben, lag bei 47,9 Jahren. Männer waren mit im Durchschnitt 47,4 Jahren etwas jünger. Werden alle LTA betrachtet, lag der Altersdurchschnitt höher als in der Teilgruppe der beruflichen Bildungsleistungen (Frauen: 49,1 Jahre; Männer: 50,1 Jahre).

**Abbildung 18: Berufliche Bildungsleistungen: Altersspezifische Inanspruchnahmeraten 2023**

Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2023, „Versicherte“ 2022

Weiterbildungen  
meist im  
Alter von 42 bis  
47 Jahren

Auch die Inanspruchnahme beruflicher Bildungsleistungen hängt wie die medizinischen Reha-Leistungen mit dem Alter zusammen. In Abbildung 18 auf Seite 79 wird die Inanspruchnahmerate dargestellt, d. h. als Leistungen pro 10.000 Versicherte. Die altersspezifische Inanspruchnahme wird ermittelt, indem die Zahl der abgeschlossenen Rehabilitationen je 1.000 Versicherte für jedes Alter getrennt ermittelt wird. Je nach Leistungsart ergibt sich ein unterschiedlicher altersspezifischer Verlauf bei der Inanspruchnahme beruflicher Bildungsleistungen. Bei Aus- und Weiterbildungen ist die Inanspruchnahme durch Versicherte im Alter von 42 bis 47 Jahren am größten. Leistungen zur Integration werden hingegen meist von Versicherten in einem Alter von 54 bis 59 Jahren genutzt.

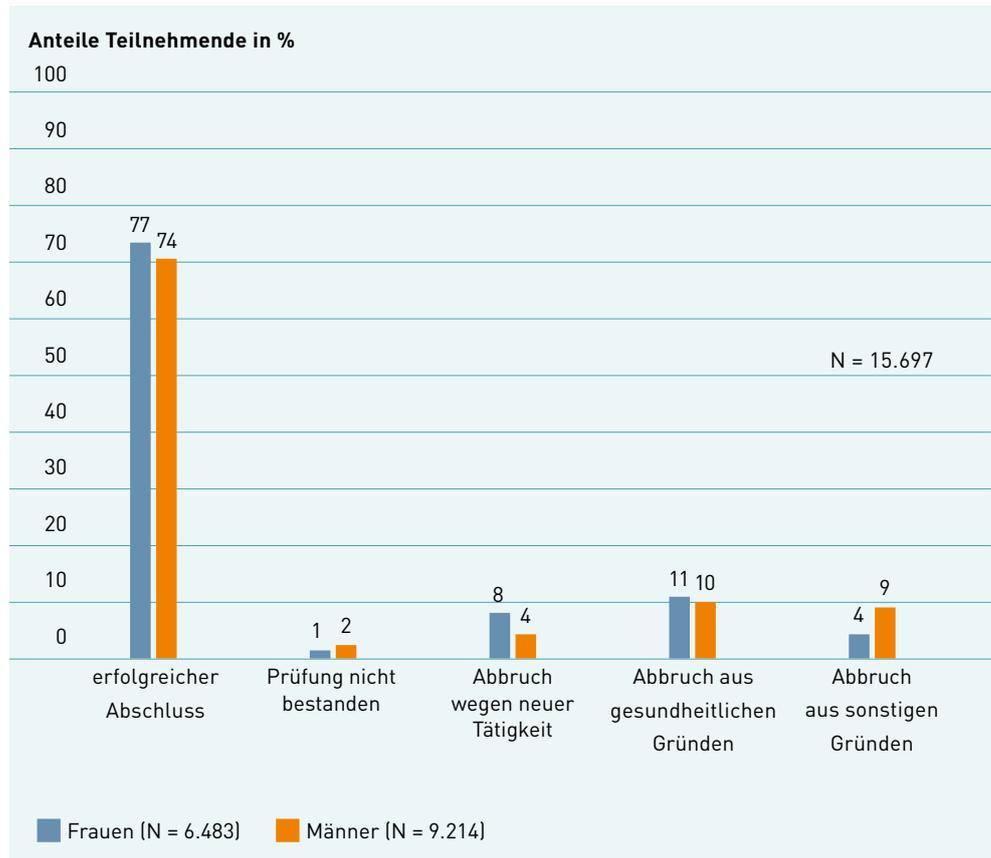


## Berufliche Rehabilitation: **Prozess und Ergebnis von Bildungsleistungen**

„Kurz erklärt: 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 (siehe auch Info-Box auf Seite 73). Dazu gehören berufliche Bildungsleistungen, die u. a. in einer Umschulung bestehen können.

### **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. Das Ergebnis der absolvierten Bildungsleistung lässt sich mit Routinedaten (siehe „Kurz erklärt: Routinedaten der Rentenversicherung“ auf Seite 43) der Rentenversicherung abbilden. Mehr als drei Viertel der Teilnehmerinnen (77 %) und Teilnehmer (74 %) schlossen ihre berufliche Bildungsleistung danach im Jahr 2023 erfolgreich ab wie Abbildung 19 zum Abschluss der beruflichen Bildungsleistung im Jahr 2023 nach Geschlecht auf Seite 81 zeigt. Rund 22 % der Männer und 19 % der Frauen erreichten einen staatlich anerkannten Abschluss. Etwa jede/r Vierte brach die Bildungsleistung ab. Ein Abbruch geschah meist aus gesundheitlichen Gründen, aber auch wegen Aufnahme einer Beschäftigung.

**Abbildung 19: Abschluss der beruflichen Bildungsleistung 2023 nach Geschlecht**

Soweit Informationen über Abschluss vorhanden

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

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2023

### Status nach beruflichen Bildungsleistungen

Der Erfolg der beruflichen Bildungsleistungen bemisst sich aus Sicht der Rentenversicherung wesentlich an dem Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, der anschließend (dauerhaft) sozialversicherungspflichtig erwerbstätig ist. Die Routinedaten der Rentenversicherung ermöglichen dazu eine objektive Betrachtung im Zeitverlauf. Nachfolgend wird ein Zeitfenster von zwei Jahren nach Abschluss der im Jahr 2020 beendeten Bildungsleistungen ausgewertet.

Wie Abbildung 20 auf Seite 82 zeigt, nimmt die berufliche Wiedereingliederung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Verlauf der folgenden zwei Jahre kontinuierlich zu: Sind sechs Monate nach Ende der Bildungsleistung 46 % der Teilnehmenden sozialversicherungspflichtig beschäftigt, liegt dieser Anteil nach zwei Jahren bei 59 %. Im selben Zeitraum sinkt der Anteil der Arbeitslosen von anfänglich 28 % auf 15 %. Der Anteil der langfristig arbeitsunfähigen Personen („langfristig AU“) nimmt im Nachbetrachtungszeitraum von 9 % nach sechs Monaten auf 6 % nach zwei Jahren ab. Parallel dazu steigt der Anteil derjenigen, die eine Erwerbsminderungsrente (EM-Rente) erhalten von 4 % nach sechs Monaten auf 9 % nach zwei Jahren.

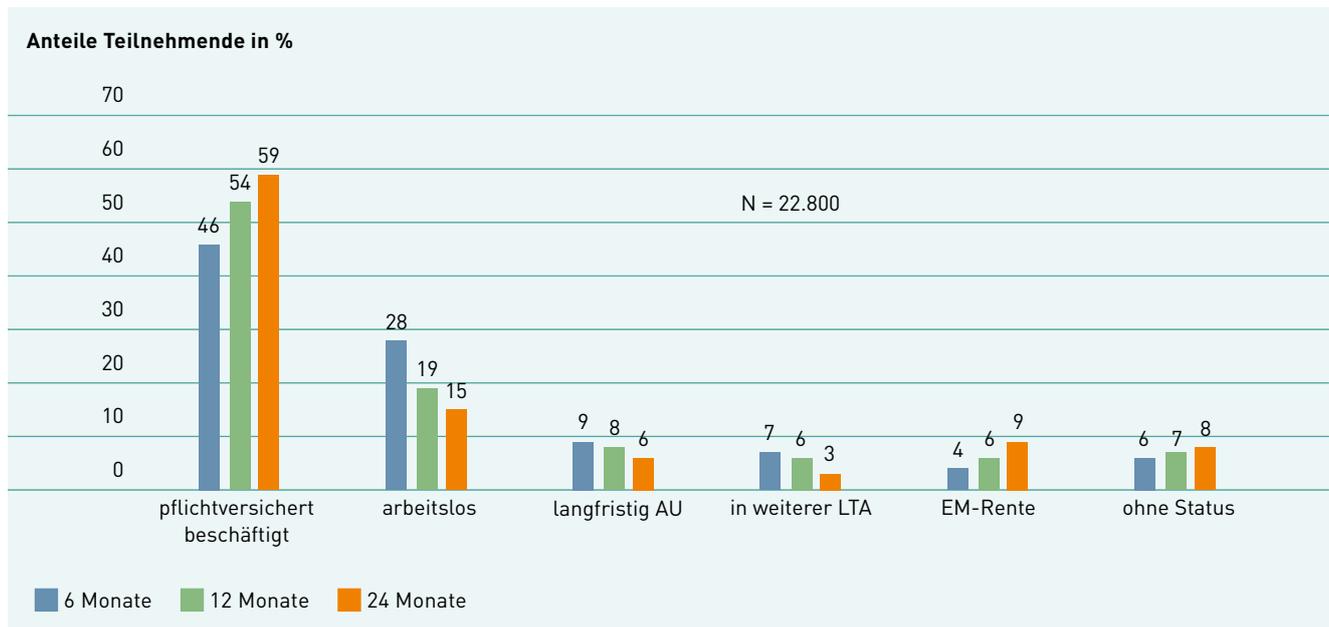
59 % zwei Jahre  
nach Reha  
erwerbstätig

Etwa 7 % der Personen nehmen sechs Monate nach Abschluss der Leistung an einer weiteren LTA-Maßnahme teil. Der Anteil sinkt nach zwei Jahren auf 3 %. Für 6 bis 8 % der Versicherten liegen keine Angaben zum Status vor, zum Beispiel weil sie als Selbständige keine Beiträge an die Rentenversicherung zahlen.

Wiedereingliederung ohne Unterschied bei Geschlecht

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 59 %, Frauen 60 %). Unterschiede finden sich bei der Nicht-Beschäftigung: Männer sind etwas häufiger arbeitslos (Männer 16 %, Frauen 13 %). Der Anteil an EM-Renten ist bei Frauen hingegen mit 10 % höher als bei Männern mit 7 % (nicht in der Abbildung). Eine Wiedereingliederung hängt von verschiedenen Faktoren ab wie von der regionalen Arbeitsmarktlage, dem Alter und dem Gesundheitsstatus der Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

Abbildung 20: Wiedereingliederungsstatus im 6., 12. und 24. Monat nach beruflicher Bildungsleistung im Jahr 2020



Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2015–2022



## Aufwendungen für Rehabilitation

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

### Aufwendungen in 2023

2023 gab die Deutsche Rentenversicherung insgesamt ca. 7,64 Mrd. Euro für Rehabilitation aus (Bruttoaufwendungen) wie Tabelle 10 auf Seite 84 darlegt.

Rund 7,64 Mrd.  
Euro für Rehabilitation in 2023

Da diesen Ausgaben Einnahmen, beispielsweise aus Zuzahlungen der Versicherten gegenüberstehen, fielen in 2023 Nettoaufwendungen in Höhe von rund 7,46 Mrd. Euro an wie Tabelle 11 auf Seite 84 zeigt. Damit blieb die Rentenversicherung in 2023 im Rahmen des Budgets, das ihr für Reha-Leistungen gesetzlich vorgegeben ist. Die Höhe des Budgets für Reha-Leistungen belief sich in 2023 auf 7,689 Mrd. Euro.

Aufwendungen auch für Übergangsgeld

Die Aufwendungen für Rehabilitation enthalten neben den Kosten, die in den Reha-Einrichtungen anfallen, auch Entgeltersatzleistungen, zu denen Übergangsgelder und Sozialversicherungsbeiträge für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zählen, siehe Tabelle 10 auf Seite 84. Von den Gesamtaufwendungen für Rehabilitation entfielen rd. 1,2 Mrd. Euro brutto auf Übergangsgelder. Sie fallen zum Beispiel an, wenn Rehabilitandinnen und Rehabilitanden aufgrund länger dauernder Leistungen, dem Bezug von Krankengeld oder bei Arbeitslosigkeit keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber (mehr) haben. Umgekehrt leisteten die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in der medizinischen Rehabilitation 2023 insgesamt 73,5 Mio. Euro Zuzahlungen, das waren im Durchschnitt 74 Euro pro Reha-Leistung.

**Tabelle 10: Aufwendungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben in Mio. € 2006–2023**

	Aufwendungen für Rehabilitation insgesamt*	Medizinische und sonstige Leistungen	Übergangsgeld für med. und sonstige Leistungen	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	Übergangsgelder bei LTA	Sozialversicherungsbeiträge
2006	4.726,1	2.965,3	389,2	689,3	412,9	269,4
2007	4.860,3	3.130,1	408,8	682,6	381,6	257,2
2008	5.115,9	3.319,3	427,1	724,1	382,8	262,6
2009	5.434,3	3.470,4	462,0	769,5	424,7	307,7
2010	5.559,3	3.510,0	504,1	811,0	450,7	283,6
2011	5.657,8	3.596,6	525,7	804,3	423,9	307,3
2012	5.861,5	3.741,8	620,5	759,6	411,9	327,4
2013	5.841,0	3.722,2	589,7	766,6	427,5	334,5
2014	6.030,8	3.815,4	618,8	800,9	445,1	350,0
2015	6.208,3	3.909,4	635,5	838,0	457,7	366,9
2016	6.364,0	4.014,1	651,9	865,1	465,7	366,5
2017	6.550,3	4.152,2	667,3	874,4	464,3	391,8
2018	6.756,6	4.339,2	699,0	878,3	449,7	390,1
2019	6.907,0	4.491,6	731,6	848,6	440,6	394,1
2020**	7.031,5	4.255,1	665,1	809,1	427,9	377,1
2021**	7.112,4	4.540,7	714,7	800,0	429,5	403,2
2022**	6.963,2	4.700,7	737,5	820,3	416,3	395,6
2023**	7.641,1	5.241,2	797,4	801,7	402,7	420,1

Bruttoaufwendungen, d. h. Reha-Ausgaben zzgl. Erstattungen

\* Ab 2011 ist das „Persönliche Budget“ in der Spaltensumme enthalten (2022: 0,5 Mio. €),

\*\* Ab 2020: Zuschüsse nach Sozialschutz-Paket, Zahlen gerundet (SodEG; 2020: 500 Mio. €, 2021: 290 Mio. €, 2022: 69 Mio. €)

Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2024

**Tabelle 11: Ausgaben der gesetzlichen Rentenversicherung 2023 nach Ausgabearten in Mio. Euro**

Insgesamt	Rehabilitation*	Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit	Altersrenten	Hinterbliebenenrenten	sonstige Ausgaben (v. a. KVdR**)	Verwaltungs- und Verfahrenskosten
379.753	7.464	22.421	268.980	48.955	27.067	4.867
100,0 %	2,0 %	5,9 %	70,8 %	12,9 %	7,1 %	1,3 %

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

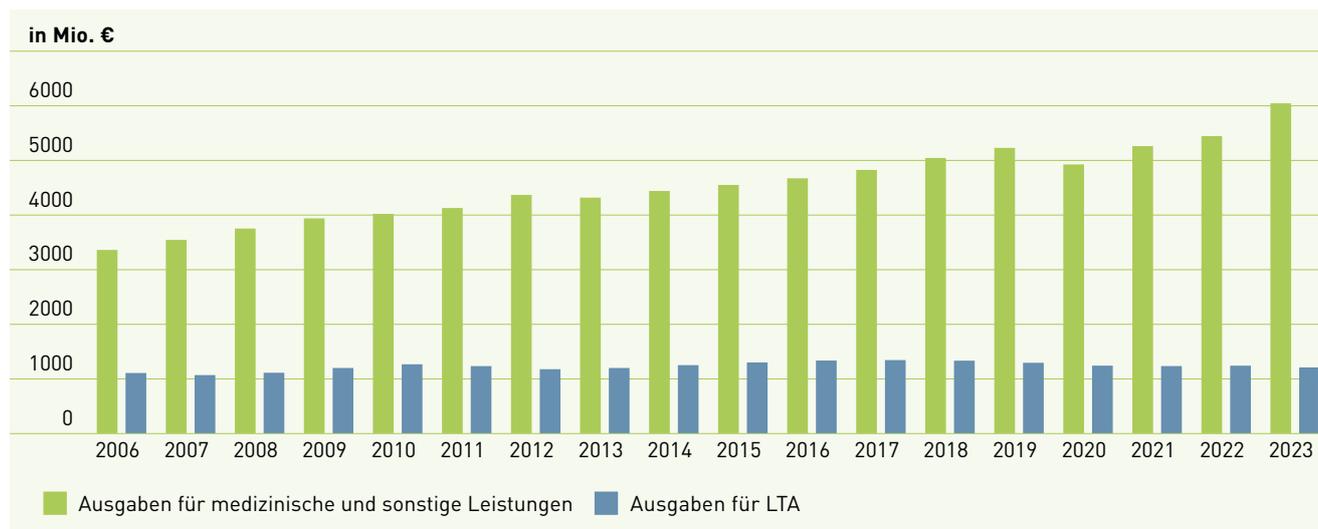
\*\* KVdR = Krankenversicherung der Rentner

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung – Rechnungsergebnisse 2024

**Entwicklung der Aufwendungen ab 2006**

Einen differenzierten Einblick zu den Kosten nach Leistungsgruppen ab 2006 gewährt Tabelle 10 auf Seite 84. Die Aufwendungen für Rehabilitation insgesamt (brutto, inklusive Sozialversicherungsbeiträgen) nahmen im Zeitverlauf kontinuierlich zu. In 2022 gingen sie leicht zurück, stiegen in 2023 jedoch wieder deutlich an.

**Abbildung 21: Aufwendungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) 2006–2023**



Bruttoaufwendungen, d. h. Reha-Ausgaben zzgl. Erstattungen, inkl. Leistungen  
 Quelle: Rentenversicherung in Zeitreihen, Ausgabe 2024

Inanspruchnahme abhängig von wirtschaftlicher Situation

Ausgaben für Rehabilitation bei 2,0% der Gesamtausgaben

Die Aufwendungen für medizinische und sonstige Reha-Leistungen inkl. Übergangsgeld haben sich in 2023 im Vergleich zu 2006 um etwa 80 % und die für LTA inkl. Übergangsgeld um 9 % erhöht. Neben der demografischen 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 Leistungen, zu denen Bildungsmaßnahmen zählen, und günstigeren Leistungen wie zur Erhaltung und Erlangung eines Arbeitsplatzes einen erheblichen Einfluss auf die Gesamtkosten. Zwar gibt es auch bei der medizinischen Rehabilitation Leistungen wie beispielsweise Suchtbehandlungen, die wegen ihrer langen Behandlungsdauer relativ teuer sind, sie beeinflussen allerdings aufgrund ihrer geringen Anzahl die Gesamtkosten nur wenig.

Im Zeitraum 2006 bis 2023 entwickelten sich die Aufwendungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) und für medizinische Rehabilitationsleistungen wechselhaft, wie Abbildung 21 belegt. Seit 2006 stiegen die Ausgaben für medizinische Rehabilitation linear an. Der Verlauf zeigt: Die Ausgaben für LTA blieben seit 2009, abgesehen von leichten Schwankungen, auf einem relativ konstanten Niveau.

**Vergleich zu weiteren Ausgaben der Rentenversicherung**

Mit den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben verfolgt die Rentenversicherung das gesetzlich vorgegebene Ziel, die Erwerbsfähigkeit ihrer Versicherten zu erhalten und eine drohende Berentung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit abzuwenden oder zumindest aufzuschieben. In Tabelle 11 auf Seite 84 werden die Aufwendungen für Rehabilitation den Aufwendungen der Rentenversicherung insgesamt sowie für verschiedene Rentenarten gegenüber gestellt.

# Im Fokus



# **Medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung bei Kindern und Jugendlichen**



## „Reha heißt das Zauberwort“

Von Ariane Funke, Dr. Soha Asgari und Dr. Astrid Steinbrecher

### Wie geht es den Kindern und Jugendlichen in Deutschland?

Über 90 % der Kinder zwischen 3 und 15 Jahren haben nach Einschätzung ihrer Eltern eine gute allgemeine Gesundheit. Die Daten hatte das Robert-Koch Institut (RKI) im Zeitraum zwischen Februar 2022 und April 2023 im Rahmen der Studie „Kindergesundheit in Deutschland aktuell“ (KIDA) erhoben. Signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern (Mädchen: 91 %, Jungen: 92 %) wurden in diesem Parameter nicht gefunden. Untersucht wurden insbesondere die Auswirkungen der SARS-CoV-2-Pandemie auf die Gesundheit von 2.380 Kindern und Jugendlichen (zwischen 16 und 17 Jahren) in Deutschland. Erfragt wurden Informationen zu Gesundheit, Wohlbefinden und Gesundheitsverhalten sowie Daten zur Kenntnis und Nutzung von Beratungs- und Versorgungsangeboten.

Rund 63 % der befragten Eltern gaben an, dass der allgemeine Gesundheitszustand der Kinder sehr gut sei. Rund 36 % schätzten auch den psychischen Gesundheitszustand ihres Nachwuchses als sehr gut ein. Für 9 % der Mädchen und 12 % der Jungen gaben die Eltern erhöhte Versorgungs- und Unterstützungsbedarfe im medizinischen, psychosozialen oder pädagogischen Bereich an.

Die psychische Gesundheit der Mädchen und Jungen wurde von den befragten Eltern der KIDA-Studie mit 72 % unverändert im Vergleich zum vorpandemischen Zeitraum beurteilt. Von den befragten Eltern der KIDA-Studie beurteilten 72 % die psychische Gesundheit ihrer Kinder als unverändert im Vergleich zum vorpandemischen Zeitraum. Eine Verbesserung schätzten 7,8 % der Mütter und Väter ein. Ein Fünftel (20,2 %) beobachtete eine Verschlechterung im Vergleich zum Zeitpunkt vor der Pandemie

Die Ergebnisse der KIDA-Studie, die den Kindern und Jugendlichen auch nach der Pandemie grundsätzlich eine gute allgemeine Gesundheit attestieren, folgen damit den Resultaten der vorangegangenen Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (KiGGS, 2. Welle, Robert Koch-Institut, 2018). Auch hier schätzten die Eltern die Gesundheit ihrer Kinder im Alter von 3 bis 17 Jahren mit 96 % als „gut“ und „sehr gut“ ein.

Gesundheitliche Beeinträchtigungen können unabhängig von dieser Gesamteinschätzung dennoch vorliegen. Der KiGGS-Studie zufolge leiden rund 17 % der Kinder und Jugendlichen an chronischen Krankheiten des allergischen Formenkreises wie Heuschnupfen, Neurodermitis, Asthma bronchiale oder einem Kontaktekzem. Jungen sind deutlich häufiger von Heuschnupfen und Asthma bronchiale betroffen, Mädchen etwas häufiger von Neurodermitis und einem Kontaktekzem.

Knapp ein Fünftel (17 %) der Kinder und Jugendlichen zeigte laut KiGGS-Studie Anhaltspunkte für psychische Auffälligkeiten, Jungen häufiger als Mädchen. Hierunter fallen beispielsweise emotionale und verhaltensbedingte Störungen. Bei jedem zweiten Kind verschwinden diese psychischen Auffälligkeiten innerhalb eines Jahres wieder. Bei einem Teil der Kinder können sie aber längere Zeit andauern, sich im Laufe der weiteren Entwicklung verstärken und unbehandelt chronifizieren. Viele psychische Störungen im Erwachsenenalter haben ihren Ursprung in der Kindheit und Jugend.

Darüber hinaus wurden etwa 15 % der Kinder und Jugendlichen als übergewichtig eingeschätzt oder hatten bereits eine Adipositas (starkes Übergewicht). Bei diesen Kindern und Jugendlichen kann es zu Folgeerkrankungen wie erhöhten Blutdruck, Störungen des Fettstoff- und/oder des Glukosestoffwechsels kommen. Im Erwachsenenalter haben sie ein höheres Risiko, an Diabetes mellitus oder Krankheiten des Herzkreislaufsystems wie beispielsweise Herzinfarkt und Schlaganfall zu erkranken.



Derartige gesundheitliche Beeinträchtigungen hängen auch mit dem sozioökonomischen Status der jeweiligen Familien zusammen. Sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche haben häufig einen schlechteren Gesundheitszustand als Kinder mit einem besseren sozioökonomischen Status. Dies zeigt sich besonders häufig bei psychischen Auffälligkeiten und auch bei Adipositas. Die Auswirkungen sozialer Benachteiligung auf die Gesundheit betreffen Mädchen und Jungen gleichermaßen.

Chronische Krankheiten im Kindes- und Jugendalter können die körperliche und psychische Entwicklung beeinträchtigen und sich nicht nur auf die aktuelle, sondern auch auf die spätere Gesundheit, Lebensqualität und Teilhabe am Gesellschaftsleben im Erwachsenenalter auswirken. Um die körperliche und psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen für eine bestmögliche Gesundheit und Teilhabe sowie Leistungsfähigkeit, auch im Hinblick auf die spätere Erwerbsfähigkeit, zu unterstützen, leistet die Deutsche Rentenversicherung mit der medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen einen wichtigen Beitrag. Die medizinische Rehabilitation nimmt einen großen Stellenwert in der gesundheitlichen Versorgung ein und kann für Kinder und Jugendliche ein wichtiges Instrument für die aktive Teilhabe am Kindergartenleben, an Schule und Ausbildung sein, die den Grundstein für eine gute Leistungsfähigkeit für die Teilhabe am späteren Erwerbsleben bildet.

#### Warum eine Reha für Kinder und Jugendliche?

- Das Ziel der Kinder- und Jugendrehabilitation der Rentenversicherung ist, den Folgen chronischer Erkrankungen entgegenzuwirken, um eine spätere Teilhabe am Erwerbsleben zu ermöglichen.
- Kinder und Jugendliche lernen gemeinsam mit Gleichaltrigen und einem persönlichen Therapieplan wie sie im Alltag mit ihrer Erkrankung gut umgehen können.
- Bestandteil des Rehabilitationskonzepts ist die aktive Einbindung der Kinder und Jugendlichen in ihren rehabilitativen Prozess. Hierzu zählen die gemeinsame Festlegung der eigenen Rehabilitationsziele, woran sich die Erstellung eines individuellen Rehabilitationsplans orientiert.
- Um Unterrichts- bzw. Lerndefizite während der Rehabilitation zu vermeiden, erhalten Schulkinder begleitenden Unterricht in den Hauptfächern. Das trägt ebenfalls den individuellen Bedürfnissen der Kinder und Jugendlichen Rechnung, da der Unterricht in kleinen Gruppen beispielsweise für Kinder und Jugendliche mit Schwierigkeiten in der Schule viele Vorteile bieten kann.

#### Einrichtungen und Angebote der Rentenversicherung

Die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen ist ein fest integrierter Bestandteil der medizinischen Versorgung in Deutschland. Sie ist ebenso ein fester Bestandteil der Leistungen der Deutschen Rentenversicherung. Für die Durchführung der Rehabilitation werden bundesweit 138 spezialisierte pädiatrische Fachabteilungen belegt, siehe auch „Anzahl stationärer Reha-Fachabteilungen“ auf Seite 70. Es gibt vier rentenversicherungseigene Einrichtungen.



**GEGEN  
SCHUPPENFLECHTE  
HILFT KEIN  
ABRAKADABRA.  
REHA HEISST  
DAS ZAUBERWORT.**

Sie können ein Kinderleben verändern.  
Mit unseren Reha-Angeboten für Kinder und Jugendliche.  
Jetzt informieren: [kinderreha.drk.info](http://kinderreha.drk.info)

 Deutsche  
Rentenversicherung

Die Online-Kampagne der Rentenversicherung „Reha heißt das Zauberwort“ macht auf die wirkungsvolle Hilfe einer Kinder- und Jugendrehabilitation aufmerksam. Das Besondere: Die Einrichtungen sind speziell auf die Bedürfnisse der jungen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ausgerichtet. Dazu zählen räumliche und personelle Vorgaben ebenso wie Anforderungen an die therapeutischen Angebote. Die Rehabilitationen für Kinder und Jugendliche werden in Rehabilitationseinrichtungen mit definierten Qualitätsstandards durchgeführt, deren Konzept, fachärztliche Besetzung sowie die des therapeutischen Teams, aber auch die apparative und räumliche Ausstattung auf die jeweilige Erkrankung der Kinder angepasst sind. Die Einrichtungen der Kinder- und Jugendrehabilitation nehmen, wie auch alle Einrichtungen für Erwachsene, an der externen Qualitätssicherung der Rentenversicherung teil, siehe auch „Instrumente der Qualitätssicherung“ auf Seite 99.

Das therapeutische Angebot ist vielfältig, interdisziplinär und setzt sich neben den ärztlichen und diagnostischen Leistungen u. a. aus Sport- und Bewegungstherapie, Physio- und Ergotherapie, psychologischer Betreuung und Psychotherapie, Informationen und Schulung zur Erkrankung, Ernährungsschulung und -beratung, Sozialberatung und pädagogischer Betreuung zusammen. Je nach Schwerpunkt der Einrichtung sieht das medizinische Konzept beispielsweise vor, dass in der Lehrküche gemeinsam gekocht wird. Aber auch Musik-, Tanz- oder Kunsttherapie oder auch tiergestützte Therapien können Bestandteil des Therapieangebotes sein. Auch für diese therapeutischen Leistungen gibt es Vorgaben, die die hohen Qualitätsstandards in der Rehabilitation sichern. So ist – indikationsspezifisch – vorgegeben, wie häufig ein therapeutisches Angebot stattfinden und wie lange es dauern soll. Die Zusammenstellung der einzelnen therapeutischen Leistungen für das individuelle altersadaptierte Behandlungsprogramm orientiert sich an den medizinischen Erfordernissen. Hierbei werden nicht nur die medizinischen Aspekte berücksichtigt, sondern auch – soweit möglich – die individuellen Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen.



Bis Ende 2016 wurden Kinder- und Jugendrehabilitationen nur stationär durchgeführt, inzwischen können sie auch als ambulante Leistungen angeboten werden. Grundsätzlich ist auch eine Kombination aus stationären und ambulanten Leistungen möglich. Seit Ende 2016 ist es der Rentenversicherung ebenfalls möglich, für Kinder und Jugendliche nach einer medizinischen Rehabilitation Nachsorgeleistungen zu erbringen, wenn sie zur Sicherung des Rehabilitationserfolges erforderlich sind.

### **Was passiert in einer Kinder- und Jugendrehabilitation?**

Eine Kinder- und Jugendrehabilitation dauert in der Regel vier bis sechs Wochen. Um den Behandlungserfolg nachhaltig zu sichern, kann sie bei sozialmedizinischer Notwendigkeit und unter Berücksichtigung der Besonderheiten individuell angepasst werden.

Die Rehabilitation beginnt mit einem Aufnahmegespräch mit der Fachärztin bzw. dem Facharzt. Auch eine eingehende körperliche Untersuchung gehört mit dazu. Das ist die Grundlage, um mit dem Kind und seinen Eltern bzw. dem Jugendlichen die Rehabilitationsziele festzulegen und den individuellen Therapieplan zu erstellen. Bei der Kombination der einzelnen Therapieelemente wird dafür gesorgt, dass die Kinder und Jugendlichen nach aktuellem medizinischem Standard durch ein multiprofessionelles Reha-Team, bestehend aus Fachärztinnen und -ärzten, Therapeutinnen und Therapeuten und Pflegepersonal umfassend und individuell behandelt werden. Der Therapieplan ist auf die Funktionsstörungen der jeweiligen Erkrankung der jungen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden abgestimmt. Hierzu gehören nicht nur erkrankungsspezifische medizinische Therapien, sondern beispielsweise auch psychologische Leistungen (z. B. Entspannungstherapie), physio-, ergo- und bewegungstherapeutische Einheiten, pädagogische und beratende Leistungen (z. B. Ernährungsberatung, Lehrküche, Sozialberatung) und berufsorientierte Leistungen.

Die Therapien finden in der Regel in Gruppen mit etwa gleichaltrigen Kindern und Jugendlichen statt, womit der informelle und wichtige Erfahrungsaustausch zwischen den Kindern und Jugendlichen zusätzlich gefördert wird. Die Kinder und Jugendlichen (und

**Tabelle 12: Entwicklung der medizinischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche – Leistungen im Zeitverlauf**

Berichtsjahr	Geschlecht antragstellende Person		Summe
	Männlich	Weiblich	
2013	15.793	15.019	30.812
2014	16.131	15.253	31.384
2015	16.212	15.142	31.354
2016	15.605	14.210	29.815
2017	16.269	14.550	30.819
2018	17.565	15.192	32.757
2019	18.146	15.275	33.421
2020	13.027	10.849	23.876
2021	15.407	12.888	28.295
2022	15.902	13.242	29.144
2023	17.155	13.945	31.100

Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2013 bis 2023

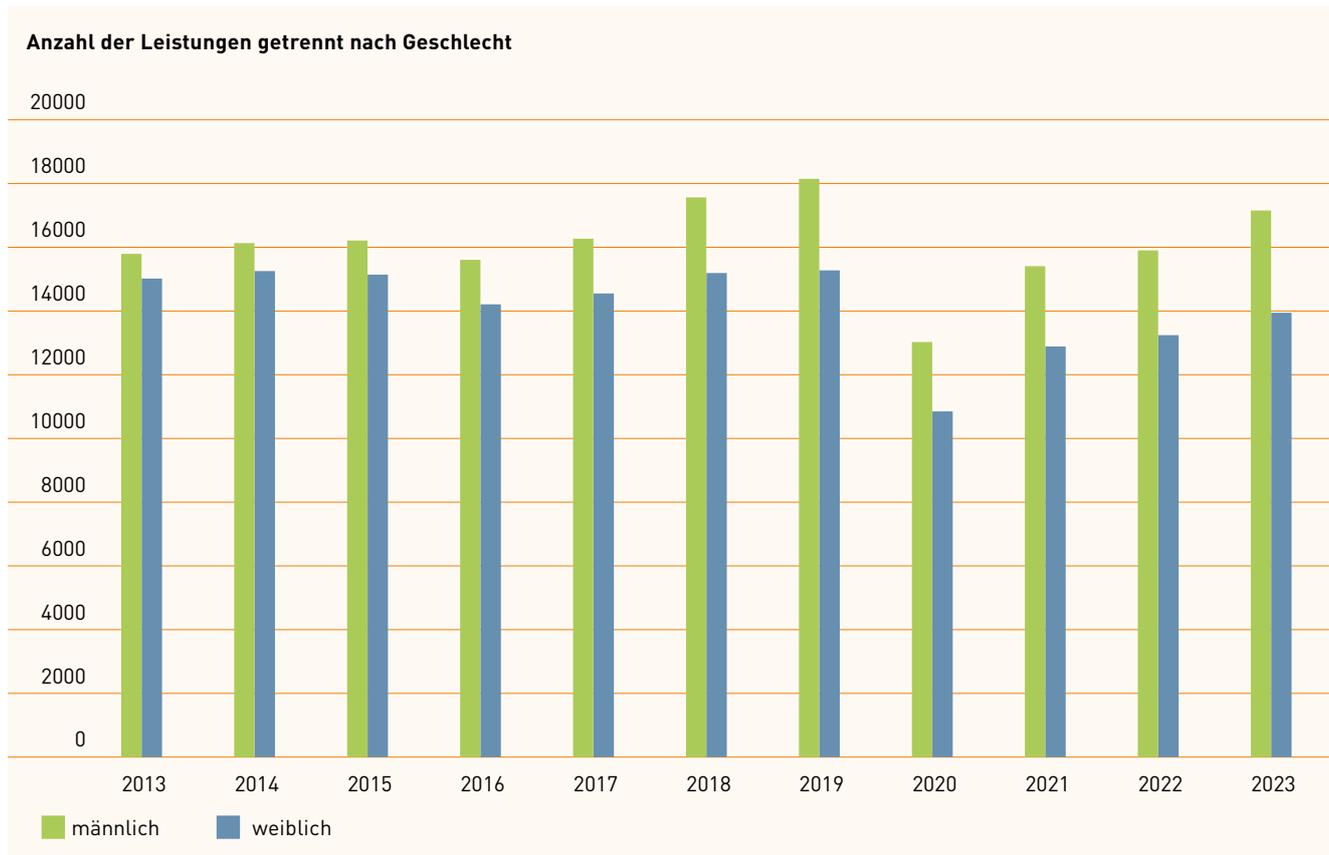
auch ihre Begleitpersonen) lernen, mit der Krankheit umzugehen und sie in ihren Alltag zu integrieren. Das fördert auch die individuelle Entwicklung von Selbstständigkeit und Selbstwertgefühl.

Die therapeutische und persönlichen Rehabilitationsziele, die bei Aufnahme für die Rehabilitation festgelegt wurden, werden während der medizinischen Rehabilitation regelmäßig überprüft und bei Bedarf gemeinsam an die aktuelle Situation 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. Damit der Spaß nicht zu kurz kommt, werden von den Reha-Einrichtungen vielfältige Freizeitaktivitäten angeboten.

Am Ende der Rehabilitation findet nicht nur eine fachärztliche Abschlussuntersuchung statt, sondern es gibt noch ein ausführliches Abschlussgespräch, in dem die therapeutischen und persönlichen Reha-Erfolge besprochen werden. Außerdem wird besprochen, wie es nach der Rehabilitation weitergeht. Empfehlungen für die Heimkehr und den Umgang mit der Erkrankung im gewohnten Umfeld werden thematisiert und die weiteren erforderlichen therapeutischen Maßnahmen benannt. Stellt die behandelnde Ärztin bzw. behandelnde Arzt der Rehabilitationseinrichtung fest, dass Bedarf für eine Rehabilitationsnachsorge besteht, kann er diese zum Entlassungszeitpunkt bereits einleiten. Reha-Nachsorgeleistungen der Rentenversicherung im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation sind dafür da, erzielte Reha-Erfolge zu sichern und bestenfalls weiter auszubauen.

**Abbildung 22: Entwicklung der medizinischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche – Leistungen im Zeitverlauf**



Hinweis: In den Daten der Deutschen Rentenversicherung wird das offiziell dritte Geschlecht „divers“ erhoben. Aus methodischen und datenschutzrechtlichen Gründen werden diese geringen Fallzahlen jedoch nicht statistisch ausgewertet, sondern dem weiblichen Geschlecht zugeordnet.  
Quelle: Statistiken der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2013 bis 2023

**Gut zu wissen: Elternteile können Kinder unter 12 Jahren begleiten**

- 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.

### Entwicklung der Kinder- und Jugendrehabilitation im Zeitverlauf

31.100 Kinder und Jugendliche schlossen 2023 eine Rehabilitation ab, Jungen (17.155) häufiger als Mädchen (14.000), siehe auch Abbildung 22. Durch die Corona-Pandemie brachen die Zahlen ein, die seit 2013 bei über 30.000 abgeschlossenen Leistungen pro Jahr lagen und 2019 mit über 33.000 Leistungen ihren Höhepunkt im dargestellten Betrachtungszeitraum erreicht hatten. 2020 ging die Zahl der Leistungen um ca. 10.000 im Vergleich zum Vorjahr aufgrund der pandemischen Situation auf 23.876 zurück. Bereits 2021 erholten sich die Zahlen und stiegen seitdem im Jahresvergleich wieder an. Das zeigt der Überblick der medizinischen Rehabilitationen für Kinder und Jugendliche im Zeitverlauf, siehe Tabelle 12 auf Seite 93. Das Niveau vor der Pandemie wie in den Jahren 2018 und 2019 erreichte der Aufwärtstrend jedoch noch nicht.

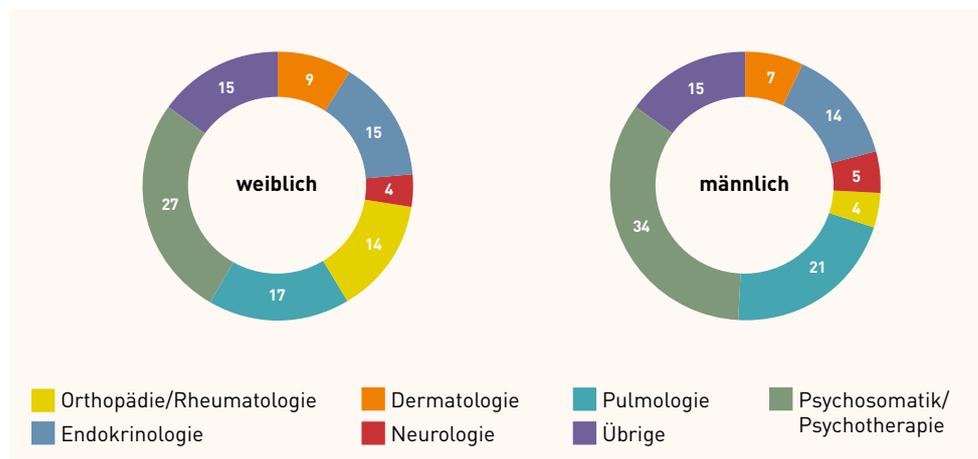
Im Zeitverlauf hat sich auch ein Unterschied zwischen den Geschlechtern entwickelt. Während das Verhältnis 2013 noch recht ausgeglichen war, ist inzwischen eine deutlich stärkere Inanspruchnahme bei Jungen und männlichen Jugendlichen zu sehen. 2023 erhielten über 18 % mehr Jungen als Mädchen eine Rehabilitation.

### Spektrum der Indikationen in der Kinder- und Jugendrehabilitation

Kinder- und Jugendrehabilitationen der Rentenversicherung werden in erster Linie wegen Krankheiten der Atmungsorgane, des Stoffwechsels und wegen psychischer Auffälligkeiten durchgeführt. Zur häufigsten Indikation gehörte im Jahr 2023 bei Jungen und Mädchen die Psychosomatik/Psychotherapie, wie in Abbildung 23 dargestellt ist. Ein Drittel (31 %) der Rehabilitationen wurde wegen psychischer Auffälligkeiten durchgeführt, Jungen waren mit 34 % häufiger darunter vertreten als Mädchen mit 27 %.



**Abbildung 23: Spektrum der Indikationen bei Kinder- und Jugendrehabilitationen in 2023**



Ohne Fälle, bei denen die Diagnose noch nicht erfasst ist.

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

Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2024

Den zweiten Rang belegen 2023 Krankheiten der Atmungsorgane mit der Indikation Pulmologie: Knapp ein Fünftel der Kinder und Jugendlichen führten deswegen eine medizinische Rehabilitation durch. Jungen waren mit einem Anteil von 21 % wesentlich häufiger wegen einer pulmologischen Erkrankungen in der medizinischen Rehabilitation als Mädchen (17 %).

Endokrinologische Indikationen wie Adipositas (starkes Übergewicht) finden sich mit 14 % auf dem dritten Rang. Mädchen sind von Stoffwechselerkrankungen mit 15 % unwesentlich stärker betroffen als Jungen (14 %). Bei Mädchen führt zudem eine orthopädische bzw. rheumatologische Erkrankung deutlich häufiger als bei Jungen zur Inanspruchnahme einer Rehabilitation (Mädchen: 14 % vs. Jungen: 4 %). Das Vorliegen von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens wie eine Skoliose (Verkrümmung der Wirbelsäule zur Seite) können Gründe für eine orthopädische Kinder- und Jugendrehabilitation sein.

Das Spektrum in der Kinder- und Jugendrehabilitation im nachpandemischen Zeitraum unterscheidet sich kaum zu den Jahren davor. 2018 waren psychische Auffälligkeiten mit 29 % die häufigste Diagnosegruppe. Geschlechtsspezifisch zeigte sich auch hier, dass Jungen mit 32 % häufiger wegen psychischer Auffälligkeiten in der medizinischen Rehabilitation vertreten waren als Mädchen (26 %). Ein Viertel der Kinder und Jugendlichen nutzte eine Rehabilitation wegen Erkrankungen der Atemwegsorgane. Krankheiten des Stoffwechsels fanden sich mit 21 % auf dem dritten Rang.

### Soziodemografische Merkmale von Kindern und Jugendlichen in der Rehabilitation

Die Kinder und Jugendlichen, die 2023 eine medizinische Rehabilitation in Anspruch nahmen, waren im Schnitt 10 Jahre jung. Über zwei Drittel der Kinder und Jugendlichen sind 6 bis 15 Jahre alt. Der Anteil der Jüngsten bis 5 Jahre beträgt 18 %, der Anteil der Ältesten ab 16 Jahren umfasst 14 %.

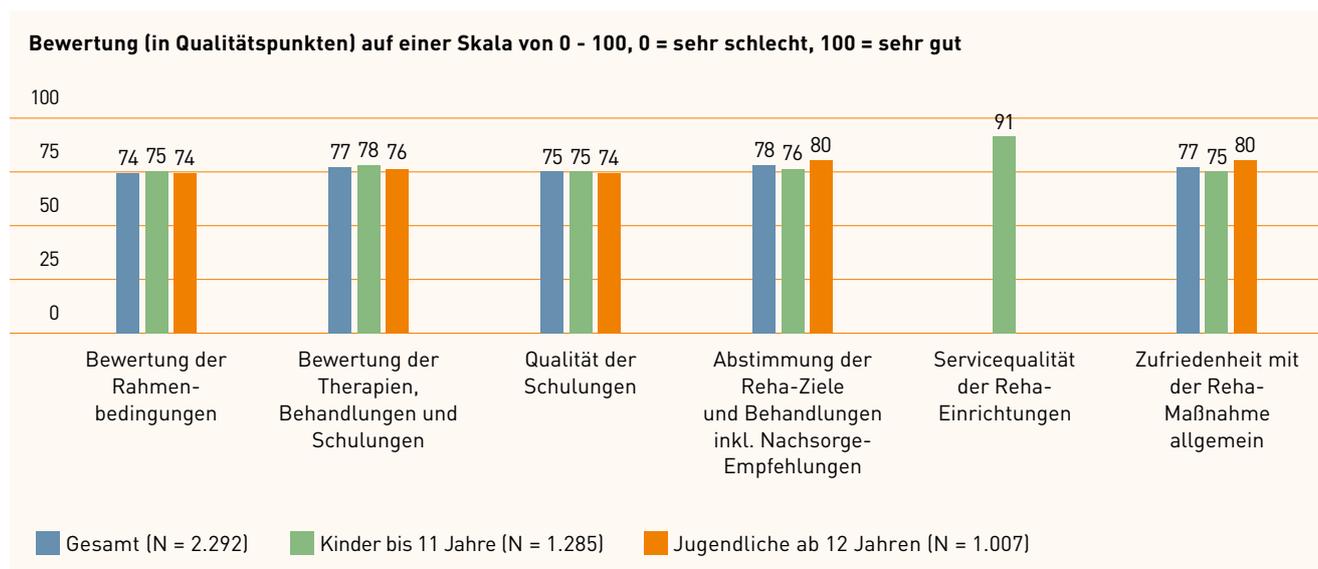
**Tabelle 13: Soziodemografische Merkmale von Kindern und Jugendlichen mit Rehabilitation in 2023**

	Anteile in %
Anzahl	17.155
Geschlecht: weiblich	45
divers	0
<b>Alter</b>	
Mittelwert (Jahre)	10
bis 5 Jahre	18
6 bis 8 Jahre	24
9 bis 11 Jahre	18
12 bis 15 Jahre	26
16 Jahre und älter	14
<b>Staatsangehörigkeit</b>	
ausländisch	0,1
<b>Region</b>	
neue Bundesländer	29

Anzahl diverser Kinder/Jugendlicher: 16  
 Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2024

Die Inanspruchnahme von Reha-Leistungen von Kindern und Jugendlichen mit einer ausländischen Staatsbürgerschaft ist mit 0,1 % verschwindend gering. Der Mikrozensus für 2023 bildet ab, dass immer mehr Menschen in Deutschland einen Migrationshintergrund haben. Rund 30 % sind es in der Bevölkerung, unter Kindern und Jugendlichen liegt der relative Anteil bei rund 40 %. 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.

**Abbildung 24: Zufriedenheit der Kinder und Jugendlichen in der stationären medizinischen Rehabilitation**



Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Befragungszeitraum Okt. 2021 bis Sept. 2022

Kinder und Jugendliche aus den neuen Bundesländern nahmen vergleichsweise häufiger eine medizinische Rehabilitation in Anspruch: Ihr Anteil beträgt 29 %, obwohl in den neuen Bundesländern nur 19 % der Kinder und Jugendlichen im Alter bis unter 20 Jahren leben.

### Durchführungsart der Kinder- und Jugendrehabilitation

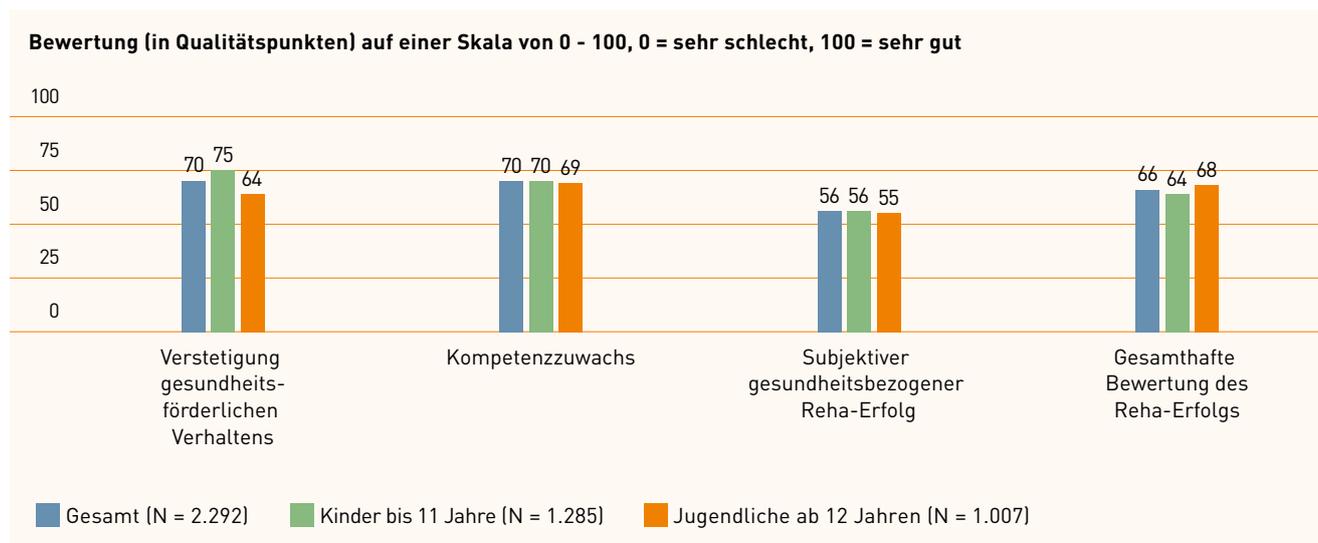
Die meisten Rehabilitationen für Kinder und Jugendliche wurden in 2023 stationär erbracht (99 %). Seit Ende 2016 können diese Leistungen auch ambulant durchgeführt werden, dennoch ist die Inanspruchnahme dieser Angebote bisher noch gering (1 %). Die durchschnittliche Dauer der Kinder- und Jugendrehabilitation liegt bei 30 Tagen.

**Tabelle 14: Art der Durchführung der Kinder- und Jugendrehabilitationen in 2023**

Durchführung	Anteile in %
stationär	99
ambulant	1
Reha-Dauer (Tage)	30
<b>Begleitperson</b>	
mindestens 1 Begleitperson	53
darunter: zur An- und Abreise:	17

Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2024

**Abbildung 25: Behandlungserfolg aus Sicht der Kinder und Jugendlichen in der stationären medizinischen Rehabilitation**



Quelle: Reha-QS der Deutschen Rentenversicherung, Befragungszeitraum Okt. 2021 bis Sept. 2022

Kinder können bis zum 12. Geburtstag für die gesamte Dauer der Rehabilitation begleitet werden, beispielsweise von einem Elternteil oder einer anderen Bezugsperson. Bei medizinischer Notwendigkeit können Kinder ab 12 Jahre ebenfalls eine gesunde Begleitperson mitnehmen, wenn diese für die Durchführung oder den Erfolg der Rehabilitation erforderlich ist. Für Kinder unter 15 Jahren ist zudem eine Kostenübernahme für die Begleitung durch eine Person für An- und Abreise möglich. Über die Hälfte der Kinder und Jugendlichen (53 %) wurden 2023 durch mindestens eine Bezugsperson dauerhaft bei der Rehabilitation begleitet und 17 % bei der An- und Abreise zur Reha-Einrichtung.

### Instrumente der Qualitätssicherung

Das Qualitätssicherungsprogramm der Deutschen Rentenversicherung („Daten zur Qualitätssicherung“ auf Seite 105) erstreckt sich auch auf Reha-Einrichtungen, die Leistungen für Kinder und Jugendliche erbringen. Sofern sie, bzw. ihre krankheitsspezifischen Fachabteilungen am Qualitätssicherungsprogramm der Deutschen Rentenversicherung teilnehmen, können verschiedene Instrumente und Verfahren, die in der Rehabilitation Erwachsener genutzt werden, Anwendung finden, wie die Befragung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die therapeutische Versorgung und die Reha-Therapiestandards. Die Ergebnisse werden im Folgenden dargestellt.

### Zufriedenheit aus Sicht junger Rehabilitandinnen und Rehabilitanden

Kinder und Jugendliche können im Rahmen der Befragung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden aktiv an der Qualitätssicherung teilnehmen, siehe „Kurz erklärt: Befragung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden“ auf Seite 57. Im neu aufgelegten Qualitätssicherungsbericht wird ihre Zufriedenheit mit der medizinischen Rehabilitation sowie der wahrgenommene Behandlungserfolg wiedergegeben, siehe „Kinder und Jugendliche haben (wieder) das Wort“ auf Seite 15. In Abbildung 24 auf Seite 98 wird die Zufriedenheit

**Tabelle 15: Anzahl und Anteil der therapeutischen Leistungen nach Inhalt, Anzahl der Leistungen und Dauer für Rehabilitationen von Kindern und Jugendlichen der Deutschen Rentenversicherung im Jahr 2022**

Kapitel der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL)	Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit mindestens einer Leistung*		pro Rehabilitandin und Rehabilitand	
	Anzahl	Anteil	Leistungen pro Woche	Dauer (Std.) pro Woche
A – Sport- und Bewegungstherapie	18.529	99%	4,8	3,3
B – Physiotherapie	11.920	64%	5,2	3,1
C – Information, Motivation, Schulung	18.516	99%	4,2	3,0
D – Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie	16.836	90%	1,3	0,8
E – Ergo-, Arbeits- und andere funktionelle Therapie	14.650	78%	4,1	3,2
F – Klinische Psychologie, Neuropsychologie	14.167	76%	1,7	1,3
G – Psychotherapie	6.744	36%	1,7	1,3
H – Reha-Pflege und Pädagogik	16.954	91%	7,4	2,6
K – Physikalische Therapie	7.119	38%	2,9	0,8
L – Rekreationstherapie	17.822	95%	9,5	7,6
M – Ernährungsmedizinische Leistungen	14.710	79%	2,9	1,6
Insgesamt	18.691	100%	37,7	24,1

\* Mehrfachnennungen möglich; N = 18.691 stationäre und ambulante Reha-Leistungen

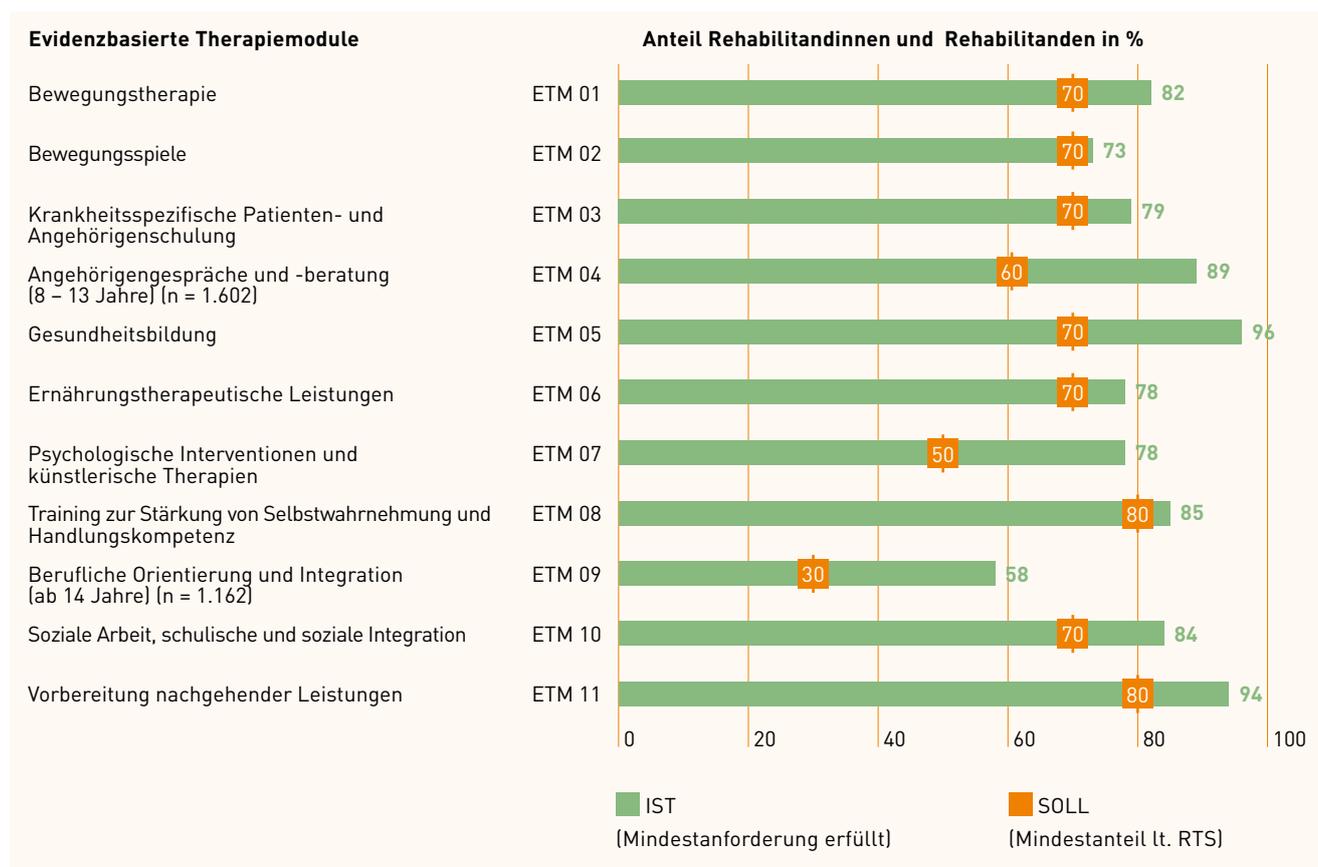
Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2022

mit der Rehabilitation von insgesamt 2.292 Kindern und Jugendlichen, die im Zeitraum von Oktober 2021 bis September 2022 den Fragebogen beantwortet haben, zusammenfassend dargestellt. Insgesamt zeigt sich mit durchschnittlich 77 Qualitätspunkten eine hohe Zufriedenheit mit der Reha-Maßnahme allgemein, die sich auch in den einzelnen Bereichen von Rahmenbedingungen über Therapien und Behandlungen bis zur Qualität der Schulungen wiederfindet. Ebenso gab es für die Abstimmung der Reha-Ziele und Behandlungen mit 78 Qualitätspunkten sehr gute Bewertungen. Das Antwortverhalten unterscheidet sich kaum zwischen Kindern und Jugendlichen. Die Servicequalität der Rehaeinrichtungen, die nur bei Kindern bis 11 Jahren abgefragt wird, erhielt mit 91 Qualitätspunkten eine Bestnote.

#### **Behandlungserfolg aus Sicht junger Rehabilitandinnen und Rehabilitanden**

Die Befragung der jungen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ergab weiterhin, dass der wahrgenommene Behandlungserfolg der Rehabilitation mit 66 Qualitätspunkten bewertet wird, wie Abbildung 25 auf Seite 99 zeigt. Insbesondere die Verstetigung des gesundheitsförderlichen Verhaltens und der Kompetenzzuwachs wurden mit 70 Qualitätspunkten gut bewertet, während der subjektive gesundheitsbezogene Reha-Erfolg 56 Qualitätspunkte erhielt. Betrachtet man die Bewertungen von Kindern und Jugendlichen getrennt, so fallen bei der Verstetigung gesundheitsförderlichen Verhaltens Unterschiede auf. Das wird mit 75 Qualitätspunkten von Kindern höher eingeschätzt als von Jugendlichen (64 Qualitätspunkte).

**Abbildung 26: Versorgung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden gemäß Reha-Therapiestandards für „Kinder und Jugendliche Adipositas (ab 8 Jahre)“ bei Rehabilitationen der Deutschen Rentenversicherung im Jahr 2022**



<sup>1</sup> Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die im Jahr 2022 eine medizinische Rehabilitation im Geltungsbereich des Reha-Therapiestandards „Kinder und Jugendliche Adipositas (ab 8 Jahre)“ beendet haben, N = 2.764

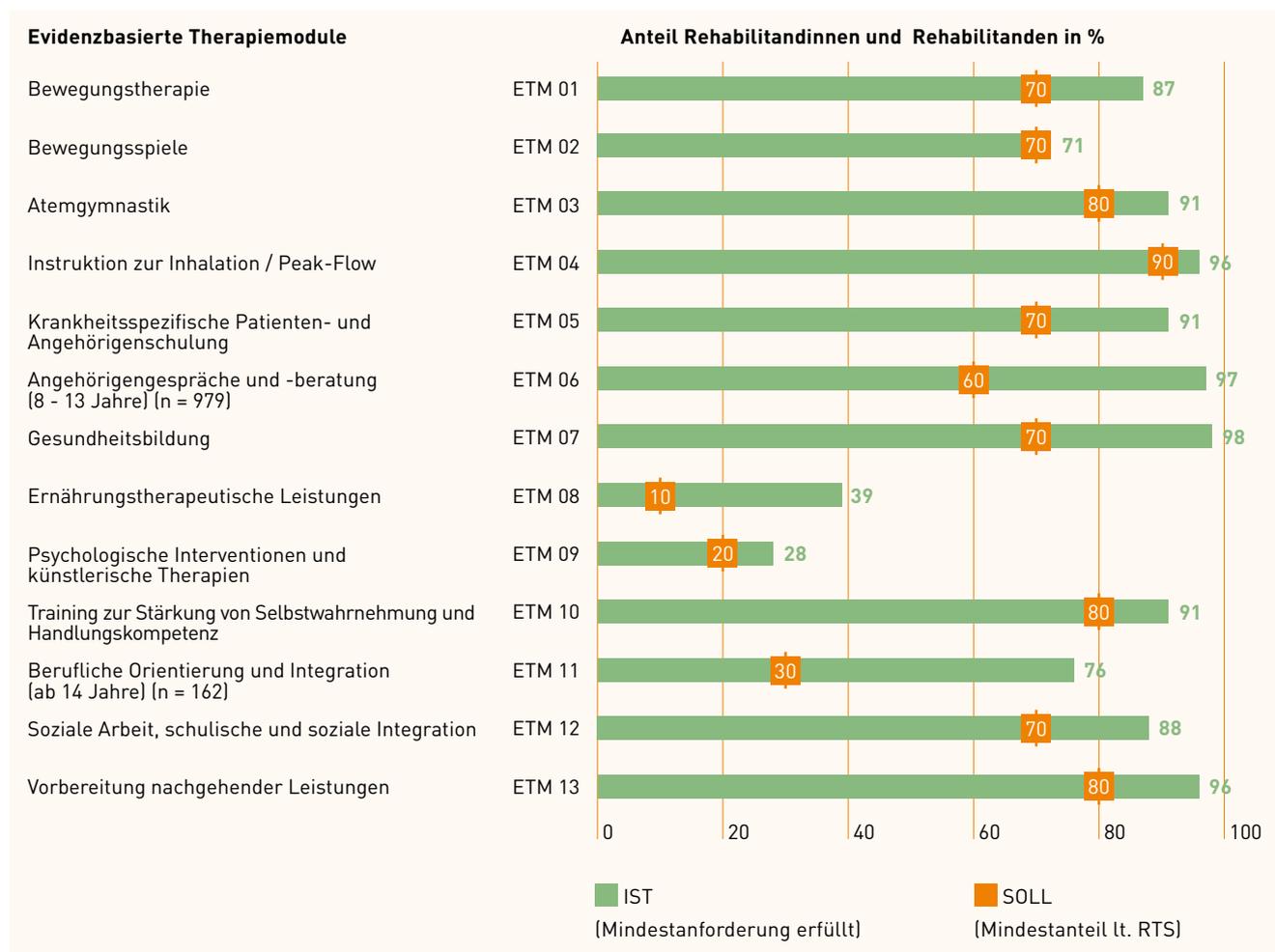
Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2022

### Therapeutische Versorgung in der Kinder- und Jugendrehabilitation

Die therapeutische Versorgung in der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen kann durch die Leistungsmenge, die Leistungsdauer und die Leistungsverteilung analog zur Erwachsenenrehabilitation dargestellt werden, siehe „Kurz erklärt: Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL)“ auf Seite 60. Dabei werden die erbrachten therapeutischen Leistungen über die KTL-Codierungen der Reha-Entlassberichte erfasst. In 2022 wurden die Entlassberichte von 21.841 Kinder- und Jugendlichenrehabilitationen analysiert und 73 Reha Fachabteilungen erhielten einen vergleichenden Qualitätssicherungsbericht. Die Ergebnisse zeigt Tabelle 15 auf Seite 100.

Kinder und Jugendliche haben durchschnittlich pro Woche 37,7 über die KTL codierte Leistungen erhalten, die sich auf 24,1 Stunden Therapiezeit verteilen. 99 % der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bekamen Leistungen aus dem Kapitel A – Sport- und Bewegungstherapie und C – Information, Motivation und Schulung.

**Abbildung 27: Versorgung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden gemäß Reha-Therapiestandards für „Kinder und Jugendliche Asthma bronchiale (ab 8 Jahre)“ bei Rehabilitationen der Deutschen Rentenversicherung im Jahr 2022**



<sup>1</sup> Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die im Jahr 2022 eine medizinische Rehabilitation im Geltungsbereich des Reha-Therapiestandards „Kinder und Jugendliche Asthma bronchiale (ab 8 Jahre)“ beendet haben, N = 1.141  
 Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2022

**Reha-Therapiestandards: Anforderungen an die Kinder- und Jugendrehabilitation**

Für die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen existieren Reha-Therapiestandards für Asthma bronchiale, Adipositas und Neurodermitis (siehe „Beispielhaft werden im Folgenden aktuelle Ergebnisse zu den Reha-Therapiestandards „Chronischer Rückenschmerz“ und „Hüft- und Knie-Totalendoprothese (TEP)“ vorgestellt. Für die einzelnen evidenzbasierten Therapiemodule werden jeweils der Prozentanteil der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, für die die Mindestanforderungen laut Reha-Therapiestandards voll erfüllt wurden („IST“), dem geforderten Mindestprozentanteil gegenübergestellt („SOLL“).“ auf Seite 63), die die rehabilitativen Behandlungen auf eine evidenzbasierte Grundlage stellen sollen. Sie legen fest, welche und wie viele Leistungen ein Kind oder ein Jugendlicher mit einem bestimmten Krankheitsbild (Indikation) während der Rehabilitation mindestens erhalten soll.

Im Jahr 2022 wurden insgesamt 2.764 Kinder- und Jugendlichenrehabilitationen beendet, die in den Geltungsbereich des Reha-Therapiestandards „Kinder und Jugendliche Adipositas (ab 8 Jahre) fielen. In Abbildung 26 auf Seite 101 ist dargestellt, dass in allen evidenzbasierten Therapiemodulen der Mindestanteil vollständig erfüllt wurde. Im Therapiemodul „Gesundheitsbildung“ sollten 70 % der Kinder und Jugendlichen mindestens 60 Minuten pro Reha Leistungen aus diesem Modul erhalten. Dies wurde im Jahr 2022 von 96 % der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erfüllt.

Für die Auswertung der Reha-Therapiestandards „Kinder und Jugendliche Asthma bronchiale (ab 8 Jahre)“ wurden 1.141 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die in 2022 eine Rehabilitation im entsprechenden Geltungsbereich abgeschlossen haben, einbezogen. Der Mindestanteil in allen 13 evidenzbasierten Therapiemodulen wurde vollständig erfüllt, siehe Abbildung 27 auf Seite 102.

#### Literaturverzeichnis

Loss J, Blume M, Neuperdt L, Flerlage N, Weihrauch T et al. (2023) Wie steht es um die Gesundheit von Mädchen und Jungen in der COVID-19-Pandemie? Ausgewählte Ergebnisse der KIDA-Studie. *J Health Monit* 8(2): 40–58.

Poethko-Müller C, Kuntz B, Lampert T, Neuhauser H (2018) Die allgemeine Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring* 3(1): 8–15.

# Anhang

## Datenquellen

Grundlage des Reha-Berichts 2024 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. Daher werden sie auch prozessproduzierte Daten genannt. 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 2024 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 2023

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 sozio-demografische Merkmale.

### Versicherte

(ehemals „Aktiv Versicherte“)  
Statistik der Deutschen Rentenversicherung  
Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund  
Ausgaben für die Jahre 2006 bis 2022

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

### Rentenversicherung in Zeitreihen

Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund  
Ausgabe 2024  
DRV-Schriften, Band 25

### Daten zur Qualitätssicherung

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

Im Reha-Bericht 2024 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), siehe auch „Peer Review – Rehabilitation aus Sicht der Expertinnen und Experten“ auf Seite 65
- **Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL):** individuell erbrachte therapeutische Leistungen werden mit der KTL während einer Rehabilitation dokumentiert, siehe auch „Therapeutische Versorgung – Dokumentation der KTL“ auf Seite 59
- **Reha-Therapiestandards (RTS):** formulieren wissenschaftlich fundierte Anforderungen für die therapeutische Ausgestaltung der Rehabilitation, siehe auch „Reha-Therapiestandards – Anforderungen an die Rehabilitation“ auf Seite 61
- **Rehabilitandenbefragung:** regelmäßig werden Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zur Zufriedenheit mit ihrer Rehabilitation sowie zu deren Erfolg befragt, siehe auch „Zufriedenheit aus Perspektive der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden“ auf Seite 56 und „Behandlungserfolg aus Sicht der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden“ auf Seite 58

- **Sozialmedizinischer Verlauf (SMV):** bildet anhand von Routinedaten den Erwerbsverlauf nach medizinischer Rehabilitation ab, der Auskunft über deren Erfolg gibt, siehe auch „Erfolg der Rehabilitation – Sozialmedizinischer Verlauf“ auf Seite 68
- **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
- **Parameter Qualität:** stellt die zusammengefasste Zahl der Ergebnisse aus verschiedenen Qualitätssicherungsinstrumenten dar. Er wird für jede Fachabteilung einer Reha-Einrichtung berechnet und ist eine wichtige Grundlage für die qualitätsorientierte Einrichtungsauswahl. Je höher der Wert des Parameters Qualität, desto besser ist die Qualität der Fachabteilung. Der theoretisch mögliche Wertebereich reicht von 0 bis 100.



### 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. Im Reha-Bericht 2021 sind die bisher aktuellsten Zahlen dargestellt.
- **Ergebnis der beruflichen Bildungsleistung:** ausgewertet werden Routinedaten zum Abschluss der Rehabilitation, siehe „Abschluss der beruflichen Bildungsleistungen“ auf Seite 80
- **Sozialmedizinischer Status (SMS):** bildet anhand von Routinedaten den Erwerbsstatus in unterschiedlichen Monaten nach beruflicher Bildungsleistung ab, der Auskunft über deren Erfolg gibt, siehe auch „Status nach beruflichen Bildungsleistungen“ auf Seite 81



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

# Abbildungsverzeichnis

- 27 **Abbildung 01:** Quote der stabilen Beschäftigung ein Jahr nach Teilnahme an einer medizinischen Rehabilitation (Angaben in %)
- 44 **Abbildung 02:** Medizinische Rehabilitation – Anträge, Bewilligungen und abgeschlossene Leistungen 2006–2023
- 51 **Abbildung 03:** Spektrum der Indikationen in der medizinischen Rehabilitation Erwachsener: 2023
- 52 **Abbildung 04:** Stationäre und ambulante Reha 2023: Spektrum der Indikationen nach Geschlecht
- 54 **Abbildung 05:** Medizinische Rehabilitation: Altersspezifische Inanspruchnahmeraten bei Frauen 2023
- 55 **Abbildung 06:** Medizinische Rehabilitation: Altersspezifische Inanspruchnahmeraten bei Männern 2023
- 58 **Abbildung 07:** Zufriedenheit der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in der stationären medizinischen Rehabilitation: Somatische Indikationen
- 59 **Abbildung 08:** Behandlungserfolg aus Sicht der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in der stationären medizinischen Rehabilitation: Somatische Indikationen
- 63 **Abbildung 09:** Versorgung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden gemäß Reha-Therapiestandards für "Chronischer Rückenschmerz" bei Rehabilitationen der Deutschen Rentenversicherung im Jahr 2022
- 64 **Abbildung 10:** Versorgung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden gemäß Reha-Therapiestandards für "Hüft- und Knie-TEP" bei Rehabilitationen der Deutschen Rentenversicherung im Jahr 2022
- 66 **Abbildung 11:** Bewertung der Prozessbereiche im Peer Review der somatischen Indikationen
- 67 **Abbildung 12:** Sozialmedizinischer Zwei-Jahres-Verlauf nach medizinischer Rehabilitation in 2020 (pflichtversicherte Rehabilitandinnen und Rehabilitanden)
- 68 **Abbildung 13:** Sozialmedizinischer Zwei-Jahres-Verlauf nach medizinischer Rehabilitation in 2020 für verschiedene Indikationen
- 71 **Abbildung 14:** Indikationen stationärer Fachabteilungen in medizinischen Reha-Einrichtungen
- 74 **Abbildung 15:** Teilhabe am Arbeitsleben – Anträge, Bewilligungen und abgeschlossene Leistungen 2006–2023
- 76 **Abbildung 16:** Spektrum der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei Frauen und Männern 2023 – abgeschlossene Leistungen
- 78 **Abbildung 17:** Spektrum der Indikationen bei Bildungsleistungen von Frauen und Männern 2023 – abgeschlossene Leistungen
- 79 **Abbildung 18:** Berufliche Bildungsleistungen: Altersspezifische Inanspruchnahmeraten 2023
- 81 **Abbildung 19:** Abschluss der beruflichen Bildungsleistung 2023 nach Geschlecht
- 82 **Abbildung 20:** Wiedereingliederungsstatus im 6., 12. und 24. Monat nach beruflicher Bildungsleistung im Jahr 2020

- 85** **Abbildung 21:** Aufwendungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) 2006–2023
- 94** **Abbildung 22:** Entwicklung der medizinischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche – Leistungen im Zeitverlauf
- 96** **Abbildung 23:** Spektrum der Indikationen bei Kinder- und Jugendrehabilitationen in 2023
- 98** **Abbildung 24:** Zufriedenheit der Kinder und Jugendlichen in der stationären medizinischen Rehabilitation
- 99** **Abbildung 25:** Behandlungserfolg aus Sicht der Kinder und Jugendlichen in der stationären medizinischen Rehabilitation
- 101** **Abbildung 26:** Versorgung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden gemäß Reha-Therapiestandards für „Kinder und Jugendliche Adipositas (ab 8 Jahre)“ bei Rehabilitationen der Deutschen Rentenversicherung im Jahr 2022
- 102** **Abbildung 27:** Versorgung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden gemäß Reha-Therapiestandards für „Kinder und Jugendliche Asthma bronchiale (ab 8 Jahre)“ bei Rehabilitationen der Deutschen Rentenversicherung im Jahr 2022

# Tabellenverzeichnis

- 44 **Tabelle 01:** Medizinische Rehabilitation – Anzahl der Anträge, Bewilligungen und abgeschlossenen Leistungen in 2022 und 2023
- 45 **Tabelle 02:** Abgeschlossene Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 2006–2023: stationär und ambulant für Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche
- 46 **Tabelle 03:** Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 2006–2023: besondere Reha-Formen für Erwachsene
- 48 **Tabelle 04:** Reha-Nachsorge-Leistungen: Digital und Präsenz – Entwicklung von 2019 bis 2023
- 49 **Tabelle 05:** Prävention – Anzahl, Bewilligungen und abgeschlossene Leistungen in 2022 und 2023
- 53 **Tabelle 06:** Stationäre und ambulante medizinische Rehabilitation 2023: Durchschnittliche Behandlungsdauer im Spektrum der Indikationen
- 61 **Tabelle 07:** Anzahl und Anteil der therapeutischen Leistungen nach Inhalt, Anzahl der Leistungen und Dauer für Rehabilitationen der Deutschen Rentenversicherung im Jahr 2022
- 73 **Tabelle 08:** Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben: Anzahl der Anträge, Bewilligungen und abgeschlossenen Leistungen 2022 und 2023
- 75 **Tabelle 09:** Abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 2006–2023
- 84 **Tabelle 10:** Aufwendungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben in Mio. € 2006–2023
- 84 **Tabelle 11:** Ausgaben der gesetzlichen Rentenversicherung 2023 nach Ausgabearten in Mio. Euro
- 93 **Tabelle 12:** Entwicklung der medizinischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche – Leistungen im Zeitverlauf
- 97 **Tabelle 13:** Soziodemografische Merkmale von Kindern und Jugendlichen mit Rehabilitation in 2023
- 98 **Tabelle 14:** Art der Durchführung der Kinder- und Jugendrehabilitationen in 2023
- 100 **Tabelle 15:** Anzahl und Anteil der therapeutischen Leistungen nach Inhalt, Anzahl der Leistungen und Dauer für Rehabilitationen von Kindern und Jugendlichen der Deutschen Rentenversicherung im Jahr 2022

# Impressum

## Herausgeber

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

## Bezug

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

## Koordination

Ariane Funke, Dr. Marco Streibelt  
[reha-wissenschaften@drv-bund.de](mailto:reha-wissenschaften@drv-bund.de)  
Dezernat Reha-Wissenschaften,  
Forschung zu Rehabilitation und  
Erwerbsminderung

Dr. Astrid Steinbrecher,  
[reha-qs-daten@drv-bund.de](mailto:reha-qs-daten@drv-bund.de)  
Dezernat Reha-Qualitätssicherung,  
Epidemiologie und Statistik

## Statistische Daten

Thomas Bütetisch,  
[statistik-bln@drv-bund.de](mailto:statistik-bln@drv-bund.de)  
Bereich Statistische Analysen

Niels Baumann, Angela Kranzmann,  
Dr. Bernhard Luther,  
Magdalena Zielinska,  
[reha-qs-daten@drv-bund.de](mailto:reha-qs-daten@drv-bund.de)  
Dezernat Reha-Qualitätssicherung,  
Epidemiologie und Statistik

## Mitwirkende

Wir danken folgenden Mitarbeiterinnen  
und Mitarbeitern für ihre Mitwirkung:  
Dr. Carolin Agren, Dr. Soha Asgari,  
Dr. Anja Bestmann, Désirée Brand,  
Dr. Silke Brüggemann, Anja Druckenmüller,  
Dr. Maren Gehring, Maren Herbst,  
Dr. Angelika Nebe, Anke De Masi,  
Sabine Erbstöber, Katharina Fecher,  
Hanna Grüßing, Lucy Kabelitz,  
Marcel Martschausky, Katrin Parthier,  
Petra Payne, Nadine Schmidt,  
Ralf Schönberger, Nico Seifert,  
Alissia Seibert, Daniela Sewöster,  
Dr. Tanja Trefzer.

## Fotos

Jana Honczek, Stefanie Brüning, Elisa  
Sonnenschein, César Sousa, Deutsche  
Rentenversicherung Bund, Adobe Stock  
und Freepik (S. 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21,  
22, 25, 29, 34, 35, 36, 37, 42, 56, 70, 72, 80,  
83, 88, 89, 92, 95)

## Satz und Layout

Grafikdesign Janine Frake

## Druck

H. Heenemann GmbH & Co. KG, Berlin

## Auflage

1.000  
Berlin, Oktober 2024  
ISSN 2193-5718 (Reha-Bericht)  
DOI 10.57779/reha-bericht-2024

Die Deutsche Nationalbibliothek  
verzeichnet diese Publikation in der  
Deutschen Nationalbibliographie.

Der Abdruck ist auszugsweise mit  
Quellenangabe gestattet.