

# Zielgruppe und Problemlage von Rehabilitand:innen mit neurologischen Erkrankungen aus Sicht der Rentenversicherung

R. Heyme

Deutsche Rentenversicherung Bund

## Zusammenfassung

Die Auswertung der Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) zeigt, dass 2019 23.995 Rehabilitand:innen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in neurologischen Fachabteilungen in Zuständigkeit der DRV Bund durchgeführt haben. Weniger als die Hälfte der Rehabilitand:innen sind zwei Jahre nach Abschluss der Rehabilitation sozialversicherungspflichtig beschäftigt, obwohl 66 % der Rehabilitand:innen mit einer vollen Leistungsfähigkeit in ihrem letzten Beruf und 72 % mit voller Leistungsfähigkeit für den allgemeinen Arbeitsmarkt entlassen werden. 40,1% derjenigen Rehabilitand:innen, denen eine volle Leistungsfähigkeit prognostiziert wurde, sind zwei Jahre nach Entlassung aus der Reha nicht stabil beschäftigt.

Die deskriptive Analyse zeigt, dass die Erwerbssituation im Vorfeld der Rehabilitation, z. B. die Stabilität der Beschäftigung, das Einkommen und das Anforderungsniveau der Tätigkeit, im Zusammenhang mit der Realisierung der Erwerbsprognose stehen.

Längere Arbeitsunfähigkeitszeiten im Vorfeld der Rehabilitation und Arbeitsunfähigkeit bei Entlassung erschweren die Rückkehr in Arbeit trotz guter Erwerbsprognose. Es zeigt sich zudem, dass die Erwerbsprognose und Wiedereingliederungsquote bei Rehabilitand:innen mit verbleibenden psychomen-

talen und Sinneseinschränkungen schlechter ausfallen.

Die Durchführung einer Intensivierten Rehabilitationsnachsorge (IRENA) oder auch einer Trainingstherapeutischen Rehabilitationsnachsorge (T-RENA) erhöht die Wahrscheinlichkeit, bei positiver Erwerbsprognose zwei Jahre später tatsächlich beschäftigt zu sein, erheblich. Allerdings erhalten weniger als ein Zehntel der Rehabilitand:innen eine Empfehlung zur Rehabilitationsnachsorge und treten diese an. Nur 5,8% der Rehabilitand:innen beginnen nach der Rehabilitation nahtlos mit einer stufenweisen Wiedereingliederung. Von ihnen schaffen dann aber mehr als drei Viertel die erfolgreiche Rückkehr in Arbeit.

Eine Betrachtung derjenigen Rehabilitand:innen, die nach Einschätzung der Sozialmediziner:innen bei Entlassung gute Chancen haben, wieder in ihrem vorherigen Beruf zu arbeiten und die es dennoch nicht schaffen, kann auf Versorgungsdefizite hinweisen. Die vorliegenden Daten deuten darauf hin, dass Rehabilitand:innen nach einer neurologischen Rehabilitation von einer weiterführenden Unterstützung bei der Rückkehr in Arbeit profitieren können. Diese sollte nahtlos an die medizinische Rehabilitation anknüpfen und auf die Festigung des bestehenden Arbeitsverhältnisses ausgerichtet sein.

**Schlüsselwörter:** Neurorehabilitation, berufliche Wiedereingliederung, Erwerbsprognose

## Einleitung

Die Rentenversicherung hat neben ihrem Auftrag zum Schutz vor Risiken des Alters, der Erwerbsunfähigkeit und des Todes ebenfalls den Auftrag zur Förderung der beruflichen Teilhabe und Sicherung der Erwerbsfähigkeit. Jährlich übernimmt sie daher für etwa 1 Mio. Leistungen der medizinischen Rehabilitation die Kosten. Etwa 5% davon entfallen auf neurologische Rehabilitationen. Die DRV Bund als bundesweiter und größter Kostenträger war 2019 für 24.795 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in neurologischen Fachabteilungen, die von 23.995 Rehabilitand:innen durchgeführt wurden, zuständig.

Die neurologische Rehabilitation ist in einem sog. Phasenmodell der Neurologischen Rehabilitation gegliedert: Phase A „Akutbehandlung“, Phase B „Frührehabilitation“, Phase C „Weiterführende Rehabilitation“. Die medizinische Rehabilitation in Kostenträgerschaft der Rentenversicherung entspricht im Phasenmodell der

neurologischen Rehabilitation i. d. R. der Phase D. Für Patient:innen, die bereits eine weitestgehende Selbstständigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens erreicht haben, soll mithilfe der multimodalen klinischen Behandlung eine Chronifizierung der Beeinträchtigung vermieden oder verringert werden. Personen im erwerbsfähigen Alter soll die Teilhabe am Arbeitsleben ermöglicht werden. Reicht die medizinische Rehabilitation allein nicht aus, um die Teilhabe abzusichern, kann anschließend zusätzlich eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben – im Phasenmodell in der Phase E verortet – durch die Rentenversicherung erbracht werden.

In modernen Gesellschaften hat Erwerbstätigkeit einen großen Einfluss auf die individuelle Lebensqualität und das subjektive Wohlbefinden (für SHT: [7, 16]; für Schlaganfall: [19]). Ökonomische Effizienz, Arbeitskräftemangel, vor allem aber die individuellen Berufs- und Lebensverläufe der Rehabilitand:innen erfordern eine regelmäßige Betrachtung, ob das Ziel der Sicherung der Erwerbsfähigkeit mithilfe der medizi-

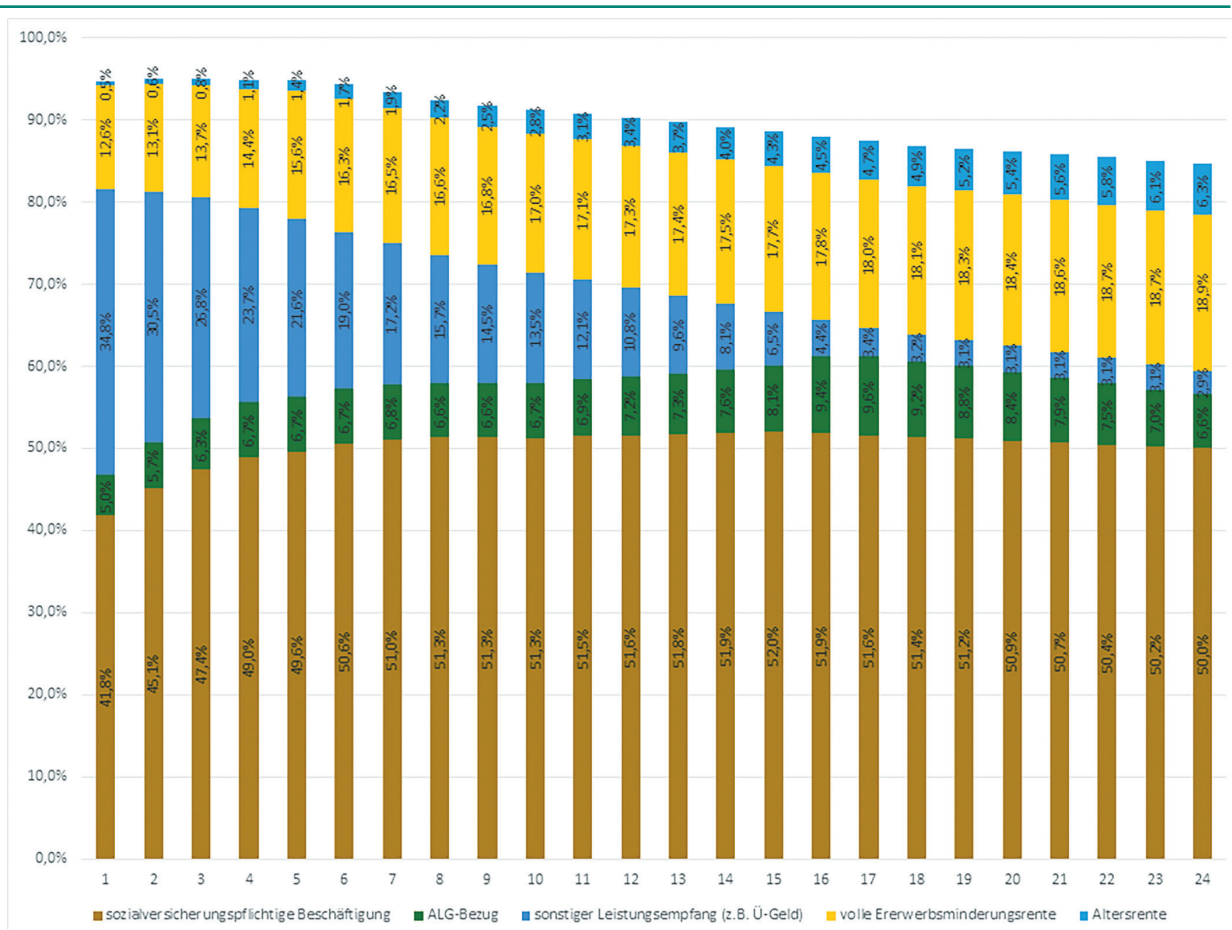


Abb. 1: Monatlicher Status zum Rentenbezug und zu Beitragszahlungen innerhalb der ersten 24 Monate nach Entlassung aus der neurologischen Rehabilitationsklinik (Anteile) für 2019 durchgeführte Rehabilitationen. Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD), 2019–2021; nur DRV-Bund-Versicherte

nischen Rehabilitationen erreicht wird und wo ggf. die rehabilitative Versorgung angepasst werden könnte, um die Zielerreichung zu verbessern.

Dafür kann anhand der Beitrags- und Rentendaten der weitere Erwerbsverlauf rekonstruiert werden. In **Abbildung 1** ist zu sehen, dass bei der Hälfte der Rehabilitand:innen, die 2019 eine neurologische Rehabilitation in Kostenträgerschaft der DRV Bund erhielten, 24 Monate nach Entlassung ein Status der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung vermerkt ist, knapp 7% beziehen Arbeitslosengeld, knapp 3% beziehen andere beitragsauslösende Leistungen (z.B. Übergangsgeld). Internationale Studien weisen auf ähnliche Verlaufsmuster in anderen westlichen Ländern hin. Für Australiener konnten Fleming et al. [8] ähnliche RTW-Quoten für Rehabilitand:innen mit Schädel-Hirn-Trauma in einem 5-Jahres-Beobachtungszeitraum feststellen.

Aus der **Abbildung** wird eine Entwicklung ersichtlich: Der Anteil sozialversicherungspflichtig Beschäftigter steigt zunächst kontinuierlich an, bis etwa 15 Monate nach Reha-Ende ein Höhepunkt erreicht wird. Anschließend nimmt der Anteil Beschäftigter wieder ab, wenn auch nur in sehr geringem Umfang. In ihrer Betrachtung eines 6-Jahres-Zeitraums in Schweden kön-

nen Westerlind et al. [20] feststellen, dass auch drei Jahre nach Schlaganfall noch ein leichter, aber statistisch signifikanter Anstieg der Rückkehrquote in Arbeit beobachtbar war.

Die Entwicklung der Arbeitslosengeldbezieher:innen folgt einem ähnlichen Muster: Auch hier steigt der Anteil in den ersten anderthalb Jahren nach Reha-Ende an und sinkt anschließend leicht. Der Anteil der Personen in sonstigem Leistungsbezug – hierunter fallen Krankengeld und Übergangsgeld – nimmt in den ersten 24 Monaten nach Ende der Reha kontinuierlich ab. Während ein Monat nach Entlassung noch mehr als ein Drittel der Rehabilitand:innen solche sonstigen Leistungen beziehen, sind es nach 24 Monaten weniger als 3%.

Wie in der **Abbildung 1** zu erkennen ist, mündet ein großer Anteil der Rehabilitand:innen in den zwei Jahren nach der medizinischen Rehabilitation in Erwerbsminderungsrente, wobei sich hier eine große Dynamik im Verlauf der zwei Jahre feststellen lässt: Während nach Entlassung etwa ein Achtel der Rehabilitand:innen volle Erwerbsminderungsrente beziehen, sind es zwei Jahre später knapp ein Fünftel. 6% der Rehabilitand:innen beziehen zum Ende des Beobachtungszeitraums Altersrente.

Treger et al. [18] weisen darauf hin, dass der Beschäftigungsstatus allein die Kontinuität bzw. Brüchigkeit nicht abbilden kann. Mit den Beitragsdaten der Rentenversicherung lässt sich die Stabilität der Beschäftigung auch betrachten. 47,9% der Rehabilitand:innen sind zwei Jahre nach Entlassung aus der Reha in den letzten vier aufeinander folgenden Monaten beschäftigt gewesen. Damit liegt der Anteil niedriger als der einer anderen Studie, in der anhand von Routinedaten aller Rentenversicherungsträger die Rückkehr in Arbeit nach neurologischer Rehabilitation untersucht wurde [17]. Wählt man ein noch strikteres Kriterium der Stabilität, dann zeigt sich, dass nur 43,3% der Rehabilitand:innen das komplette zweite Jahr nach der Reha durchgehend beschäftigt gewesen sind.

### Fragestellung und methodische Vorgehensweise

#### Fragestellungen

Wenn zwei Jahre nach Ende der Reha nur etwa die Hälfte der Rehabilitand:innen beschäftigt ist, der Anteil derjenigen, die kontinuierlich in Arbeit sind, sogar noch geringer ausfällt, muss der Frage nachgegangen werden, woran dies liegt und ob sich ggf. Ansatzpunkte zur Verbesserung der rehabilitativen Versorgung finden lassen.

Als erstes kann dafür die Leistungsfähigkeit bei der Entlassung aus der Klinik betrachtet werden. Mit Entlassung aus der medizinischen Rehabilitation wird die Leistungsfähigkeit der Rehabilitand:innen für ihre letzte Tätigkeit sowie für den allgemeinen Arbeitsmarkt von Sozialmediziner:innen eingeschätzt. Möglicherweise ist die Leistungsfähigkeit erkrankungsbedingt so stark eingeschränkt, dass eine Rückkehr in Arbeit trotz medizinischer Rehabilitation ausgeschlossen bzw. unwahrscheinlich ist. Wer nicht mehr in der Lage ist, mindestens drei Stunden täglich in der letzten Tätigkeit oder einer anderen Tätigkeit am ersten Arbeitsmarkt zu arbeiten, gilt als voll erwerbsgemindert. Hier ist eine Rückkehr in den ersten Arbeitsmarkt nicht zielführend bzw. leidensgerecht. Nach sozialmedizinischer Einschätzung bei Entlassung aus der Klinik ist dies aber nur für etwa 20% der Personen für ihren letzten Arbeitsplatz und für 14% mit Blick auf den allgemeinen Arbeitsmarkt der Fall (s. a. **Tab. 7**).

Von den Rehabilitand:innen, die 2019 eine neurologische Rehabilitation erhielten, wurden 66% mit einer vollen Leistungsfähigkeit in ihrem letzten Beruf und 72% mit voller Leistungsfähigkeit für den allgemeinen Arbeitsmarkt entlassen (s. a. **Tab. 7**).

Hier scheint eine große Diskrepanz zwischen den Einschätzungen der Sozialmediziner:innen bei Reha-Entlassung und dem tatsächlichen Beschäftigungsverlauf vorzuliegen. Es scheint daher sinnvoll, die Gruppe von Personen, bei denen die positive Erwerbsprognose nicht realisiert wurde, genauer in den Blick zu nehmen.

**Tab. 1:** Stabile Beschäftigung zwei Jahre nach Reha-Ende in Bezug auf Einschätzung der Leistungsfähigkeit für die letzte ausgeübte sv-pflichtige Tätigkeit

		Leistungsfähigkeit in der letzten ausgeübten sv-pflichtigen Tätigkeit		
		6 Stunden und mehr (N=15.566)	3 bis unter 6 Stunden (N=3.249)	unter 3 Stunden (N=4.757)
Stabile Beschäftigung nach 2 Jahren	nein	40,1%	51,4%	88,5%
	ja	59,9%	48,6%	11,5%

Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD), 2019-2021; nur DRV Bund-Versicherte

**Tabelle 1** zeigt, dass 2019 40,1% derjenigen Rehabilitand:innen, denen eine volle Leistungsfähigkeit prognostiziert wurde, zwei Jahre nach Entlassung aus der Reha nicht stabil beschäftigt sind. Unter den Personen mit verminderter Leistungsfähigkeit schafft es sogar über die Hälfte der Rehabilitand:innen nicht, im Beobachtungszeitraum in Arbeit zu kommen.

Diese Personen, die nach Einschätzung der Sozialmediziner:innen bei Entlassung gute Chancen haben, wieder in ihrem vorherigen Beruf zu arbeiten, und die es dennoch nicht schaffen, gilt es genauer zu betrachten. Auf diese Weise können eventuelle Versorgungsdefizite nach der Entlassung, die die Realisierung der guten Prognose verhindern, identifiziert werden.

Im Folgenden sollen daher zwei Gruppen genauer untersucht werden. Personen, die mit einer positiven Erwerbsprognose entlassen werden und bei denen diese zwei Jahre später auch realisiert ist und Personen, die ihre positive Prognose innerhalb der ersten zwei Jahre nach Entlassung nicht realisieren konnten.

#### Methodik

Die Auswertungen erfolgen mit den Daten der Reha-Statistik-Datenbasis der DRV Bund. Dazu wurde die Verlaufserhebung der Jahre 2014 bis 2021 herangezogen. Eingeschlossen wurden Rehabilitand:innen, die in 2019 eine medizinische Rehabilitation in einer neurologischen Fachabteilung in Kostenträgerschaft der Deutschen Rentenversicherung Bund erhielten.

Als Zielgröße wird die Realisierung der positiven Erwerbsprognose bei Entlassung aus der Klinik definiert. Unter einer positiven Erwerbsprognose wird in diesem Fall eine Leistungsfähigkeit von mindestens drei Stunden täglich in der zuletzt ausgeübten sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit verstanden. Das heißt, auch ein vermindertes Leistungsvermögen zwischen 3 und 6 Stunden täglich wird als positive Prognose verstanden. Als realisiert gilt die positive Erwerbsprognose, wenn zum Ende des Beobachtungszeitraums eine stabile Beschäftigung vorliegt, d. h. mindestens vom 21. bis zum 24. Monat nach Entlassung Beiträge aus sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung vermerkt sind. Dass die guten Prognosen zum Entlassungszeitpunkt nicht umgesetzt werden (können), liegt bei Rehabilitand:innen mit neurologischen Erkrankungen zum einen häufig

daran, dass die Krankheitsverläufe zum Entlassungszeitpunkt noch schwer vorhersehbar sind, und zum anderen daran, dass der Wiedereingliederungserfolg wesentlich von den außerklinischen und betrieblichen Rahmenbedingungen abhängt. Die Bewertung der Leistungsfähigkeit für die letzte berufliche Tätigkeit sollte insofern valider sein als die Leistungsfähigkeit für den allgemeinen Arbeitsmarkt, da hier berufliche Anforderungen und betriebliche Rahmenbedingungen für die Sozialmediziner:innen besser abzuschätzen sein sollten.

Die Operationalisierung der Zielgröße „Rückkehr in Arbeit“ mit den Daten der DRV erfolgt über die in den Versichertenkonten der aktiv Versicherten ausgewiesenen Beiträge zur Rentenversicherung. Diese können keine, freiwillige oder Pflichtbeiträge ausweisen. Letztere werden differenziert nach den Gründen der Pflichtbeiträge. Die Rückkehr in Arbeit kann mit den genutzten Rentenversicherungsdaten pro Kalendermonat erfasst werden.

Anhand der Art der Beitragszahlungen können allerdings keine tiefergehenden Aussagen über die Art der Tätigkeit vorgenommen werden. Weder die Arbeitszeit noch die Arbeitsaufgaben oder andere Anforderungen zur Beschreibung der Tätigkeit oder Arbeitsanforderungen sind in den Beitragsdaten enthalten. Aussagen dazu können daher nur den Anträgen zur Rehabilitationsleistungen und den Entlassungsberichten entnommen werden und können sich nur auf die Beschäftigung vor Reha-Antritt beziehen. Ob es sich bei der Beschäftigung im anschließenden Beobachtungszeitraum um dieselbe handelt, kann anhand der Beitragsdaten nicht festgestellt werden. Aus anderen Studien ergeben sich Hinweise darauf, dass ein Großteil der Rehabilitand:innen mit SHT längerfristig in eine Teilzeitbeschäftigung einmündet [8, 10] bzw. die Arbeitszeit reduziert, was häufig mit einem Einkommensrückgang verbunden ist [14].

Die Beschränkung auf sozialversicherungspflichtige Beschäftigung unterschätzt zudem die tatsächliche Erwerbstätigenquote, da z.B. Selbstständige nicht sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind.

Die Routinedaten der DRV sind in erster Linie Verwaltungsdaten. Sie dienen dazu, im Lebensverlauf angesammelte Ansprüche auf Rentenleistungen sowie Rechtsansprüche auf Teilhabeleistungen zu dokumentieren und rechtssicher zu begründen. Unter bestimmten Voraussetzungen können die Daten zu Forschungszwecken zweitverwertet werden. Denn trotz der beschriebenen Einschränkungen bieten die DRV Routinedaten auch für Forschung beachtliche Vorteile.

Da es sich nicht um Befragungsdaten handelt, treten eine Vielzahl von Problemen nicht auf: soziale Erwünschtheit von Angaben (z.B. hinsichtlich des Beschäftigungsstatus), Verzerrungen durch retrospektive Angaben, geringe Rücklaufquoten, Non-Response.

Im Lebensverlauf werden zu jedem Versicherten Daten erfasst, wodurch eine große Menge an Daten zur Verfügung steht. Fragestellungen zur Erwerbsminderungsrente oder Teilhabeleistungen können auch für

kleinere (seltener) Zielgruppen mit einer belastbaren Stichprobengröße untersucht werden. Auch für Fragestellungen, die einen längeren Beobachtungszeitraum erfordern, eignen sich die Daten gut.

## Ergebnisse

### Soziodemografie

Frauen dominieren anteilig deutlich in der neurologischen Rehabilitation. Neuroimmunologische Krankheiten treten bei Frauen häufiger als bei Männern auf. Auf die Rückkehr an den Arbeitsplatz scheint das Geschlecht aber keinen Einfluss zu haben.

Ungefähr ein Drittel der Rehabilitand:innen sind unter 50 Jahre alt, der größte Anteil ist zwischen 50 und 59 Jahren alt. Etwa ein Fünftel ist 60 Jahre und älter. Mit steigendem Alter nimmt einerseits der Anteil an Personen mit negativer Erwerbsprognose zu, andererseits auch der Anteil der Personen, die trotz positiver Prognose nicht stabil an ihren Arbeitsplatz zurückkehren.

Mit Blick auf die Schul- und Berufsausbildung zeigt sich, dass mit höheren Abschlüssen negative Erwerbsprognosen seltener sind und eine erfolgreiche Rückkehr in Arbeit bei einer positiven Erwerbsprognose häufiger vorkommt (Tab. 2).

### Diagnosen

Die Bewilligungsdiagnosen fokussieren sich in neurologischen Fachabteilungen auf Krankheiten des Nervensystems (z.B. Multiple Sklerose), zerebrovaskuläre Erkrankungen (z.B. Hirninfarkt) und Neubildungen (Tab. 3).

Bei Neubildungen werden seltener positive Erwerbsprognosen ausgesprochen, Rehabilitand:innen mit Krankheiten des Nervensystems schaffen es etwas häufiger, ihre positiven Erwerbsprognosen zu realisieren. Betrachtet man die Anzahl der im Entlassungsbericht vermerkten Diagnosen, zeigt sich, dass eine positive Erwerbsprognose mit zunehmender Anzahl von Diagnosen seltener ist und selbst bei positiver Erwerbsprognose die erfolgreiche Rückkehr in Arbeit abnimmt. Dies deutet darauf hin, dass die Wiedereingliederungschance mit der Komplexität des Krankheitsbildes bzw. damit verbundenen Einschränkungen zusammenhängt.

In mehreren Untersuchungen konnte der Einfluss von Fatigue und psychischen Erkrankungen auf die Rückkehr in Arbeit nachgewiesen werden [15], sodass diese beiden Nebendiagnosen hier mitbetrachtet werden. Im Vergleich zu anderen Studien fällt der Anteil an Personen mit diagnostizierter Fatigue mit 5,8% niedrig aus. Ozkan et al. [13] stellen für Schlaganfallpatient:innen eine Prävalenz von 57% fest, Chen et al. [4] sprechen in ihrer Metaanalyse von der Hälfte aller Schlaganfallpatient:innen). Bei mehr als einem Drittel der Rehabilitand:innen wird im Entlassungsbericht eine psychische Erkrankung vermerkt. Diese Rehabilitand:innen verlassen die Klinik häufiger mit

**Tab. 2:** Soziodemografische Merkmale der Rehabilitand:innen, die 2019 eine medizinische Rehabilitation in einer neurologischen Fachabteilung erhielten

		alle		davon		
		Häufigkeit	Anteil	keine positive Erwerbsprognose (N=4.939; 20,6%)	nicht erfüllte positive Prognose (N=7.913; 33,3%)	erfüllte positive Prognose (N=10.902; 45,9%)
Geschlecht	männlich	9.119	38,7%	19,9%	33,6%	46,6%
	weiblich	14.453	61,3%	20,4%	33,6%	46,1%
Alter	Unter 50 Jahre	8.173	34,7%	18,2%	26,6%	55,2%
	50 – 59 Jahre	10.413	44,2%	19,9%	29,2%	50,8%
	60 – 65 Jahre	4.887	20,7%	23,3%	54,4%	22,3%
	66 Jahre und älter	99	0,4%	56,6%	40,4%	3,0%
Schulbildung	Kein Schulabschluss	144	0,7%	31,9%	37,5%	30,6%
	Haupt-/Volksschulabschluss	2.976	16,6%	23,7%	34,1%	42,2%
	Mittlere Reife	7.392	43,7%	19,4%	29,4%	51,2%
	(Fach-)Abitur	6.115	39,0%	13,1%	28,9%	58,0%
Berufliche Ausbildung	kein Berufsabschluss	951	4,7%	23,9%	39,3%	36,8%
	anerkannter Berufsabschluss	13.246	69,4%	19,2%	51,2%	29,5%
	Berufsfachschulabschluss	1.279	6,9%	16,3%	27,8%	55,9%
	Meister/Techniker Fachschulabschluss	298	1,8%	7,7%	63,1%	29,2%
	Bachelor	2.877	16,3%	12,4%	31,2%	56,4%
	Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	142	0,8%	8,5%	33,1%	58,5%

Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD), 2019 – 2021; nur DRV-Bund-Versicherte

negativer Erwerbsprognose. Bei den Fatigue-Patient:innen zeichnet sich eine vergleichsweise hohe Quote der erfolgreich ins Arbeitsleben Zurückgekehrten ab.

Angesichts des deutlich geringeren Anteils an Rehabilitand:innen mit einer Fatigue-Diagnose als in den anderen Studien ist nicht auszuschließen, dass Fatigue mit den vorliegenden Daten aus den Entlassungsberichten unterschätzt wird. In der Reha-Klinik bewegen sich die Rehabilitand:innen in einem geschützten Setting. Fatigue kann sich unter Belastung verstärken, wenn z. B. die Anforderungen des Alltags bewältigt werden müssen. Für die entlassenen Rehabilitand:innen könnte damit eine Unter- bzw. Fehlversorgung und auch ein mangelndes Verständnis für Anpassungsnotwendigkeiten in der beruflichen Tätigkeit verbunden sein, sodass ihnen die längerfristige Rückkehr an den Arbeitsplatz schwerer fällt.

#### Berufliche Tätigkeit vor Reha-Antritt

6,2% der Rehabilitand:innen haben im Vorjahr der Rehabilitation mindestens einen Tag Arbeitslosengeld erhalten und 26,4% haben mindestens einen Tag andere beitragsrelevante Leistungen (z. B. Krankengeld oder Übergangsgeld) erhalten. Unter ihnen ist eine positive Erwerbsprognose seltener und der Anteil der Rehabilitand:innen, denen die Einmündung/Rückkehr in Arbeit gelingt, trotz positiver Erwerbsprognose sehr niedrig. Entsprechend gelingt Personen, die das gesamte Vorjahr der Reha nicht beitragspflichtig beschäftigt

**Tab. 3:** Diagnosen der Rehabilitand:innen, die 2019 eine medizinische Rehabilitation in einer neurologischen Fachabteilung erhielten

	alle		davon		
	Häufigkeit	Anteil	keine positive Erwerbsprognose (N=4.939; 20,6%)	nicht erfüllte positive Prognose (N=7.913; 33,3%)	erfüllte positive Prognose (N=10.902; 45,9%)
<b>Bewilligungsgruppen<sup>1</sup></b>					
Zerebrovaskuläre Erkrankungen	8.031	33,8%	19,0%	39,1%	41,9%
Neubildungen	1.983	8,3%	24,2%	33,8%	42,0%
Krankheiten des Nervensystems	11.539	48,6%	20,4%	29,9%	49,7%
Andere Erkrankungen	2.198	9,3%	26,5%	29,5%	44,0%
<b>Anzahl der Diagnosen im Entlassungsbericht</b>					
1	2.006	8,5%	15,6%	32,2%	52,3%
2	2.661	11,3%	13,8%	30,4%	55,8%
3	3.599	15,3%	15,6%	33,2%	51,2%
4	4.057	17,2%	18,0%	33,7%	48,3%
5	11.210	47,6%	24,8%	34,6%	40,6%
<b>Nebendiagnosen<sup>2</sup></b>					
Fatigue	1.371	5,8%	20,6%	26,7%	52,7%
psych. Erkrankung	8.448	35,6%	26,0%	33,0%	41,0%

Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD), 2019 – 2021; <sup>1</sup>nur DRV-Bund-Versicherte <sup>2</sup>Angabe aus dem Entlassungsbericht

waren, die Rückkehr in Arbeit nur selten, auch wenn bei Entlassung eine positive Erwerbsprognose vorliegt. Eine

**Tab 4:** Erwerbssituation im Vorfeld der Medizinischen Rehabilitation von Rehabilitand:innen, die 2019 eine medizinische Rehabilitation in einer neurologischen Fachabteilung erhielten

	alle		davon		
	Häufigkeit	Anteil	keine positive Erwerbsprognose (N=4.939; 0,6%)	nicht erfüllte positive Prognose (N=7.913; 33,3%)	erfüllte positive Prognose (N=10.902; 45,9%)
<b>Tage mit Arbeitslosengeldbezug in 2018</b>					
kein Tag	20.412	93,5%	18,0%	30,5%	51,5%
1 bis 364 Tage	1.345	6,2%	46,5%	35,2%	18,2%
das gesamte Jahr	63	0,3%	39,7%	52,4%	7,9%
<b>Tage mit sonstigem Leistungsbezug in 2018</b>					
kein Tag	15.770	72,3%	12,8%	31,2%	56,0%
1 bis 364 Tage	5.757	26,4%	36,6%	30,5%	32,9%
das gesamte Jahr	293	1,3%	66,2%	22,2%	11,6%
<b>Tage mit beitragspflichtiger Beschäftigung in 2018</b>					
kein Tag	2.670	12,3%	45,4%	46,7%	7,9%
1 bis 364 Tage	5.155	23,7%	35,0%	35,1%	29,9%
das gesamte Jahr	13.995	64,0%	9,3%	26,3%	64,4%
<b>Arbeit vor Antragstellung</b>					
nicht erwerbstätig	2.068	9,3%	48,7%	42,9%	8,3%
Teilzeit	5.945	25,1%	17,6%	34,1%	48,2%
Vollzeit	15.536	65,6%	17,3%	32,1%	50,6%
<b>Beitragspflichtige Beschäftigung bei Reha-Antritt</b>					
	19.194	80,8 %	13,9%	32,7%	53,4%
<b>Entgelt pro beitragspflichtig-beschäftigten Tag in 2018</b>					
Kein Einkommen	2.778	11,7%	44,6%	45,7%	9,7%
unter 75 €	6.299	28,9%	23,8%	33,2%	43,0%
75 bis unter 120 €	5.805	26,6%	15,6%	27,0%	57,3%
120 € und mehr	6.938	29,0%	9,8%	26,1%	64,2%
<b>Anforderungsniveau der Tätigkeit</b>					
Helfer	2.327	10,6%	29,8%	37,5%	32,7%
Fachkraft	12.718	57,7%	20,3%	31,4%	48,4%
Spezialist	3.647	16,5%	14,6%	29,4%	56,0%
Experte	3.325	15,1%	13,4%	30,4%	56,3%

Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD), 2019 – 2021; nur DRV-Bund-Versicherte

stabile Beschäftigung über das gesamte Vorjahr hingegen scheint die Rückkehr wesentlich zu unterstützen.

Zum Zeitpunkt der Antragstellung waren weniger als ein Zehntel der Rehabilitand:innen nicht erwerbstätig, ein Viertel arbeitete in Teilzeit und etwa zwei Drittel in Vollzeit. Fast die Hälfte der Personen, die nicht erwerbstätig waren, erhält eine negative Erwerbsprognose. Der anderen Hälfte mit positiver Erwerbsprognose bei Entlassung gelingt der Wiedereinstieg ins Erwerbsleben nur selten. Der Beschäftigungsumfang bei Antragstellung scheint keinen Einfluss auf die Rückkehr in Arbeit zu haben.

Etwa 80% der Rehabilitand:innen sind bei Reha-Antritt beitragspflichtig beschäftigt. Ihnen wird im Entlassungsbericht häufiger eine erfolgreiche Rückkehr in Arbeit prognostiziert und tatsächlich realisieren sie diese positive Prognose auch in vier von fünf Fällen.

Mit steigendem Anforderungsniveau der letzten Tätigkeit und steigendem Einkommen im Vorjahr werden negative Erwerbsprognosen seltener ausgesprochen und der Anteil der Personen, die eine positive Erwerbsprognose in einer stabilen Beschäftigung realisieren können, wird größer. Administrative Daten können keine Aussage darüber machen, ob hierfür motivationale Gründe der Rehabilitand:innen ausschlaggebend sind oder auch spezifische Arbeitsbedingungen (und Anpassungsmöglichkeiten). Die Daten deuten aber darauf hin, dass Rehabilitand:innen mit ungünstigeren oder sogar prekären Arbeitsbedingungen möglicherweise mehr Unterstützung bei der Rückkehr an ihren Arbeitsplatz brauchen.

### Ausgangssituation bei Reha-Antritt

Mehr als zwei Drittel der Rehabilitand:innen treten ihre medizinische Rehabilitation arbeitsunfähig an. Unter ihnen fallen die Anteile von Rehabilitand:innen mit positiver Erwerbsprognose gering aus. Auch bei positiver Erwerbsprognose ist eine stabile Beschäftigung nach zwei Jahren in dieser Gruppe selten. Mit zunehmender Dauer der Arbeitsunfähigkeitszeiten im Vorfeld der Rehabilitation treten diese Entwicklungen stärker hervor (Tab. 5).

### Durchführung der Rehabilitation

Etwa die Hälfte der Rehabilitand:innen führt ihre Rehabilitation in den neurologischen Kliniken als Anschlussheilbehandlung durch. Rehabilitand:innen, die ihre medizinische Rehabilitation im Rahmen einer Anschlussheilbehandlung durchführen, erhalten bei Entlassung häufiger eine positive Leistungsbeurteilung. Sie können diese aber seltener innerhalb der folgenden zwei Jahre realisieren. Hier könnte sich der häufig noch schwer vorhersehbare Krankheits- und Wiedereingliederungsprozess bei erst kürz zurückliegenden Ereignissen niederschlagen, da Anschlussheilbehandlungen besonders häufig bei Schlaganfallpatient:innen durchgeführt werden.

Neurologische Rehabilitationen werden überwiegend, zu 87,7%, stationär durchgeführt. Die Art der Durchführung der Rehabilitation – ambulant oder stationär – scheint auf den ersten Blick nicht im Zusammenhang mit der Wiedereingliederung zu stehen. Es lassen sich damit weder Hinweise auf die Überlegenheit eines geschützten klinischen Settings für die neurorehabilitative Versorgung noch der wohnort- und sozialraumnahen Versorgung und Anbindung finden (Tab. 6).

Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitationen (MBOR) werden in den neurologischen Fachabteilungen nur selten durchgeführt. Eine MBOR Stufe B kann in Anspruch nehmen, wer eine besondere berufliche Problemlage z. B. durch lange bzw. häufige Arbeitsunfähigkeitszeiten oder eine negative subjektive berufliche Prognose aufweist. Dass MBOR-Rehabilitand:innen die

**Tab. 5:** Arbeitsfähigkeit im Vorfeld der medizinischen Rehabilitation von den Rehabilitand:innen, die 2019 eine medizinische Rehabilitation in einer neurologischen Fachabteilung erhielten

	alle		davon		
	Häufigkeit	Anteil	keine positive Erwerbsprognose (N=4939; 20,6%)	nicht erfüllte positive Prognose (N=7913; 33,3%)	erfüllte positive Prognose (N=10902; 45,9%)
<b>Arbeitsunfähigkeitszeiten in den letzten 12 Monaten</b>					
keine Arbeitsunfähigkeitszeiten während der letzten 12 Monate	2.481	10,6%	10,4%	33,5%	56,1%
bis unter 3 Monate arbeitsunfähig	13.257	55,9%	8,8%	33,8%	57,4%
3 bis unter 6 Monate arbeitsunfähig	2.592	10,9%	24,2%	36,0%	39,8%
6 und mehr Monate arbeitsunfähig	4.080	17,2%	51,3%	29,1%	19,6%
nicht erwerbstätig	1.162	5,4%	52,8%	41,2%	6,0%
<b>Arbeitsunfähigkeit bei Aufnahme</b>					
	16.018	67,9%	25,4%	35,1%	39,5%

Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD), 2019 – 2021; nur DRV-Bund-Versicherte

**Tab. 6:** Durchführung der medizinischen Rehabilitation von den Rehabilitand:innen, die 2019 eine medizinische Rehabilitation in einer neurologischen Fachabteilung erhielten

		alle		davon		
		Häufigkeit	Anteil	keine positive Erwerbsprognose (N=4.939; 20,6%)	nicht erfüllte positive Prognose (N=7.913; 33,3%)	erfüllte positive Prognose (N=10.902; 45,9%)
AHB	AHB	11.839	50,5%	16,9%	38,6%	44,5%
	Keine AHB	11.839	49,5%	24,1%	28,2%	47,6%
Art der Durchführung	stationär	20.685	87,7%	20,7%	33,5%	45,9%
	ambulant	2.887	12,3%	16,7%	34,3%	48,9%
Besondere Behandlungsform	keine	21.409	91,9%	19,0%	34,1%	46,9%
	Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR)	1.901	8,1%	34,4%	28,9%	36,7%

Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD), 2019 – 2021; nur DRV-Bund-Versicherte

Rehabilitation häufiger mit einer negativen Erwerbsprognose beenden und ihnen die berufliche Wiedereingliederung seltener gelingt, könnte auf die besondere berufliche Problemlage zurückzuführen sein, der nicht immer mit einer MBOR entgegengewirkt werden kann.

### Ergebnis der Rehabilitation

Laut den Entlassungsberichten hat sich durch die Rehabilitation bei drei Vierteln der Rehabilitand:innen die reha-begründende Erkrankung gebessert. Personen, bei denen die Rehabilitation keine Verbesserung erreichen konnte, erhalten häufiger eine negative Erwerbsprognose bzw. können positive Erwerbsprognosen im Beobachtungszeitraum seltener realisieren (**Tab. 7**).

Fast ein Drittel der Rehabilitand:innen verlässt die Rehabilitationsklinik arbeitsunfähig, d.h. sie sind zu diesem Zeitpunkt noch krank. Dabei kann es sich auch um einen kurzen, vorübergehenden Zustand handeln. Die Beurteilung der Erwerbsfähigkeit bezieht sich hingegen auf die Fähigkeit, innerhalb der kommenden sechs Monate wieder in dem vorhergehenden Beruf tätig sein zu können. Es zeigt sich allerdings ein starker Zusammenhang: Bei Personen, die arbeitsunfähig entlassen

werden, wird deutlich häufiger von einer negativen Erwerbsprognose ausgegangen bzw. ihnen gelingt die Rückkehr in Arbeit seltener.

Die Fähigkeit, körperliche Arbeiten durchführen zu können, sowie überwiegend bis ständig im Gehen, im Stehen oder im Sitzen arbeiten zu können, beeinflusst sowohl die Erwerbsprognose als auch die Rückkehr in Arbeit positiv. Gleiches gilt für die Eignung für die Arbeit in verschiedenen Schichtmodellen.

Mit Blick auf verbleibende Einschränkungen bei der Entlassung aus der Rehabilitationsklinik zeigt sich, dass die Erwerbsprognose und Wiedereingliederungsquote bei Rehabilitand:innen mit verbleibenden psychomentalen und Sinneseinschränkungen schlechter ausfallen. Kardiopulmonale Einschränkungen werden nur selten in den Entlassungsberichten der neurologischen Rehabilitationen vermerkt. Im Falle einer solchen dokumentierten Einschränkung scheint die Rückkehr in Arbeit schwerer zu sein

In den seltenen Fällen, in denen für die weitere Versorgung nach der Entlassung aus der Klinik eine weitere stationäre Behandlung oder auch eine Suchtberatung empfohlen wird, werden häufiger negative Erwerbsprognosen ausgesprochen und auch bei positiven Erwartun-

**Tab. 7:** Ergebnisse der medizinischen Rehabilitation von Rehabilitand:innen, die 2019 eine medizinische Rehabilitation in einer neurologischen Fachabteilung erhielten

		alle		davon		
		Häufigkeit	Anteil	keine positive Erwerbsprognose (N=4.939; 20,6%)	nicht erfüllte positive Prognose (N=7.913; 33,3%)	erfüllte positive Prognose (N=10.902; 45,9%)
Behandlungsergebnis Erstdiagnose	gebessert	16.479	75,6%	16,9%	35,3%	47,8%
	unverändert	5.194	24%	28,9%	29,0%	42,1%
	verschlechtert	86	0,4%	51,2%	25,6%	23,3%
Leistungsfähigkeit im letzten Beruf bei Entlassung	6 Stunden und mehr	15.566	66%	0,0%	40,1%	59,9%
	3 bis unter 6 Stunden	3.249	13,8%	0,0%	51,4%	48,6%
	unter 3 Stunden	4.757	20,2%	100,0%	0,0%	0,0%
Leistungsfähigkeit allgem. Arbeitsmarkt bei Entlassung	6 Stunden und mehr	16.853	71,6%	6,4%	37,8%	55,8%
	3 bis unter 6 Stunden	3.457	14,7%	15,3%	42,4%	42,3%
	unter 3 Stunden	3.221	13,7%	97,7%	1,6%	0,7%
Arbeitsunfähigkeit bei Entlassung	vorhanden	15.489	32,4%	27,7%	34,5%	37,9%
körperliche Arbeitsschwere	schwere Arbeiten	327	1,5%	3,7%	33,3%	63,0%
	mittelschwere Arbeiten	3.534	16,3%	4,3%	35,3%	60,4%
	leichte bis mittelschwere Arbeiten	10.191	46,9%	7,7%	38,6%	53,7%
	leichte Arbeiten	7.698	35,4%	27,5%	33,2%	39,2%
Arbeitshaltung im Stehen	ständig	3.767	17,7%	5,2%	36,5%	58,3%
	überwiegend	8.911	41,8%	9,2%	38,2%	52,6%
	zeitweise	8.651	40,6%	21,8%	34,2%	44,0%
Arbeitshaltung im Gehen	ständig	3.644	17,1%	5,2%	35,9%	58,9%
	überwiegend	8.646	40,5%	9,0%	37,9%	53,0%
	zeitweise	9.031	42,4%	21,3%	34,8%	43,9%
Arbeitshaltung im Sitzen	ständig	10.870	50,3%	13,1%	36,2%	50,8%
	überwiegend	9.656	44,7%	12,9%	36,5%	50,7%
	zeitweise	1.087	5,0%	27,2%	33,1%	39,7%
Rollstuhlpflicht	vorhanden	2	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%
Schichtdienst	Tagschicht	20.706	87,1%	13,6%	36,1%	50,3%
	Früh- & Spätschicht	13.156	55,3%	8,6%	36,7%	54,7%
	Nachtschicht	3.693	15,5%	6,4%	33,9%	59,7%
negatives Leistungsvermögen	psychomentele Funktionen	9.643	40,6%	25,0%	34,0%	41,0%
	Sinnesfunktionen	4.642	19,5%	24,7%	33,5%	41,8%
	bewegungsbezogene Funktionen	13.865	58,3%	20,3%	34,5%	45,2%
	kardio-pulmonale Funktionen	884	3,7%	26,9%	38,3%	34,7%
	relevante Gefährdungs- & Belastungsfaktoren	5.683	24,1%	21,1%	33,4%	45,5%
Empfehlungen	Diagnostische Klärung	5.466	23,5%	20,7%	36,4%	42,9%
	Kontrolle Laborwerte/Medikamente	1.4172	60,0%	21,3%	34,2%	44,5%
	stat. Behandlung	973	4,2%	29,1%	36,8%	34,1%
	Suchtberatung	159	0,7%	36,5%	43,4%	20,1%
	psych. Beratung/Psychotherapie	5.665	23,9%	28,8%	33,2%	38,0%
	Heil- & Hilfsmittel	17.253	73%	22,2%	34,0%	43,8%
	Stufenweise Wiedereingliederung (stW)	1.907	8,0%	1,3%	28,4%	70,3%
	Prüfung LTA-Antrag	1.933	8,1%	44,3%	28,2%	27,5%
	Rehasport	2.252	9,5%	14,6%	33,2%	52,2%
	Funktionstraining	278	1,2%	20,5%	32,0%	47,5%
	Reha-Nachsorge	2.100	8,8%	9,6%	36,6%	53,8%
Selbsthilfegruppe	1.138	4,8%	23,6%	32,9%	43,5%	
Sonstige Empfehlung	6.370	26,9%	19,5%	34,3%	46,2%	

Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD), 2019 – 2021; nur DRV-Bund-Versicherte

gen können diese seltener in die Tat umgesetzt werden. Auch die Prüfung eines Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA-Bedarfs) wird – angesichts des insgesamt hohen Anteils nicht realisierter positiver Erwerbsprognosen – vergleichsweise selten empfohlen. Rehabilitand:innen mit einer LTA-Empfehlung haben deutlich häufiger eine negative Erwerbsprognose und schaffen die Rückkehr in Arbeit innerhalb von zwei Jahren seltener.

Fast ein Viertel der Rehabilitand:innen verlässt die Klinik mit der Empfehlung zur psychologischen Weiterversorgung. Auch hier scheinen die der Empfehlung zugrundeliegenden Bedarfe die Erwerbsprognose und den Erwerbsverlauf der folgenden zwei Jahre negativ zu beeinflussen. Empfehlungen für Heil- und Hilfsmittel weisen nicht auf einen ungünstigeren Erwerbsverlauf hin. Empfehlungen zu Rehasport und Reha-Nachsorge werden tendenziell, wie es scheint, häufiger für Rehabilitand:innen mit positiver Erwerbsprognose ausgesprochen. Die Empfehlung im Anschluss an die medizinische Rehabilitation innerhalb von vier Wochen mit der stufenweisen Wiedereingliederung zu beginnen, wird nur für weniger als ein Zehntel der Rehabilitand:innen ausgesprochen. Unter diesen Rehabilitand:innen ist der Anteil der nach zwei Jahren stabil Beschäftigten aber deutlich erhöht. Möglicherweise weisen die Einschätzungen der Ärzt:innen zur Bereitschaft und Fähigkeit im Anschluss an die Rehabilitation sportliche und Nachsorgeangebote wahrnehmen oder mit einer stufenweisen Wiedereingliederung starten zu können, auf rasche und gute Remissionen krankheitsbedingter Symptome sowie auf eine größere Belastbarkeit hin, die sich auch im Beruflichen niederschlägt.

## Verlauf nach Entlassung aus medizinischer Rehabilitation

Noch seltener als Empfehlungen zur Einleitung einer stufenweisen Wiedereingliederung im Anschluss an die medizinische Rehabilitation ausgesprochen werden, werden diese anschließend auch tatsächlich umgesetzt. Nur 5,8% der Rehabilitand:innen beginnen nach der Rehabilitation nahtlos, d.h. innerhalb von vier Wochen, ihre stufenweise Wiedereingliederung. Von ihnen schaffen dann aber mehr als drei Viertel die erfolgreiche Rückkehr in Arbeit. Auch wenn die Richtung des Zusammenhangs an dieser Stelle nicht bestimmt werden kann, wird in verschiedenen Studien herausgearbeitet, dass kürzere Abwesenheitszeiten vom Arbeitsplatz wesentlich zum Erfolg der Wiedereingliederung beitragen. Außerdem ist anzunehmen, dass eine stufenweise Wiedereingliederung nur angetreten wird, wenn die Rehabilitand:innen sich ausreichend belastbar für die Rückkehr in Arbeit empfinden.

Für die Inanspruchnahme von Nachsorgeleistungen zur Stabilisierung des Rehabilitationserfolges zeichnet sich ein ähnliches Bild ab. Die Durchführung einer Intensivierten Rehabilitationsnachsorge (IRENA) oder auch einer Trainingstherapeutischen Rehabilitationsnachsorge (T-RENA) erhöht die Wahrscheinlichkeit, bei positiver Erwerbsprognose zwei Jahre später tatsächlich beschäftigt zu sein, erheblich. Angesichts dieses Befundes gibt die Betrachtung der seltenen Empfehlung von Nachsorgeleistungen sowie des geringen Anteils an Rehabilitand:innen, die eine Nachsorgeleistung der Rentenversicherung in Anspruch nehmen, Anlass für Bedenken, ob solche gruppenorientierten Angebote den individuellen Bedürfnissen der Zielgruppe bei der Ver-

**Tab. 8:** Verlauf nach Entlassung aus medizinischer Rehabilitation von Rehabilitand:innen, die 2019 eine medizinische Rehabilitation in einer neurologischen Fachabteilung erhielten

		alle		davon		
		Häufigkeit	Anteil	keine positive Erwerbsprognose (N=4.939; 20,6%)	nicht erfüllte positive Prognose (N=7.913; 33,3%)	erfüllte positive Prognose (N=10.902; 45,9%)
stufenweise Wiedereingliederung, im Anschluss an medizinische Rehabilitation		1.387	5,8%	0,6%	21,6%	77,8%
Inanspruchnahme einer Rehanachsorge	Keine Nachsorge	21.562	91,5%	21,3%	33,4%	45,3%
	IRENA	1.469	6,2%	8,8%	35,9%	55,2%
	T-RENA	518	2,2%	6,9%	32,4%	60,6%
	Psy-RENA	18	0,1%	11,1%	27,8%	61,1%
Sv Beschäftigung	in Monat 21 bis 24 nach Entlassung	11.450	47,9%	4,8%	0,0%	95,2%
	in Monat 13 bis 24 nach Entlassung	10.317	43,0%	4,1%	0,0%	95,9%
LTA-Antrag	gestellt	2.333	9,8%	27,9%	31,5%	40,6%
	davon bewilligt	1.283	55,0%	32,3%	27,1%	40,5%
Rentenantrag	kein Rentenantrag seit Rehaantritt	18.712	78,8%	21,5%	26,0%	52,6%
	Antrag auf Altersrente	1.282	5,4%	10,5%	75,4%	14,0%
	Antrag auf teilweise Erwerbsminderungsrente	261	1,1%	7,3%	23,8%	69,0%
	Antrag auf volle Erwerbsminderungsrente	2.888	12,1%	23,4%	54,9%	21,7%
	Antrag auf sonstige Rentenleistungen	608	2,6%	14,6%	72,7%	12,7%

Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD), 2019 – 2021; nur DRV-Bund-Versicherte

Neurol Rehabil 2026; 32(1): 5 – 15 | <https://doi.org/10.14624/NR2601001> | © Hippocampus Verlag 2026

## Target group and problems faced by people undergoing rehabilitation for neurological disorders from the perspective of pension insurance

R. Heyme

### Abstract

The analysis of the German Federal Pension Insurance reveals that in 2019, 23,995 persons passed through services for medical rehabilitation in neurological rehabilitation centers in responsibility of the German Federal Pension Insurance. Although 66 percent of the patients were discharged with good work capacity prognosis for their most recent profession and 72 percent were discharged with good capacity prognosis for the general labor market, less than half of them were employed two years later. 40 percent of the persons with work capacity prognosis of 3 or more hours a day, were not stably employed two years after dismissal from a rehabilitation center.

The vocational situation before the rehabilitation measure e.g. the stability of employment, the income and the performance level on the job, correlate with the realization of performance forecast. Longer periods of incapacity before rehabilitation onset and incapacity to work when discharged from rehabilitation center decrease the rate of return to work (RTW). Data also reveal that the performance forecast and RTW-quota are worse for persons with remaining psychomental and sensory impairments.

Only 5.8 percent of the persons who had medical rehabilitation due to neurological disease started vocational reintegration immediately after discharge. However, more than 75 percent of those were successful in returning to work. The implementation of rehabilitation aftercare is positively related to the employment two years after. However, less than ten percent of the persons in neurological rehabilitation centers receive a recommendation for rehabilitation aftercare.

Consideration of those patients who, according to social medicine, have good chances to return into their previous job and who do not succeed though, helps to identify deficits in rehabilitation services. The present data indicates that persons who underwent medical rehabilitation due to neurological disease could benefit from further support for returning to work. This support should begin immediately following rehabilitation and should be seamlessly based on medical rehabilitation and should be geared towards consolidation of the existing employment.

**Keywords:** neurorehabilitation, vocational rehabilitation, employment forecast

sorgung im Anschluss an die medizinische Rehabilitation entsprechen (Tab. 8).

Knapp ein Zehntel der Rehabilitand:innen stellen in den folgenden zwei Jahren nach Entlassung aus der Klinik Anträge auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA), die mehrheitlich auch bewilligt werden. Selbst wahrgenommener bzw. beschiedener LTA-Bedarf geht mit einer schlechteren Erwerbsprognose und auch niedrigeren Wiedereingliederungsquoten einher.

Fast vier Fünftel der Rehabilitand:innen stellt in den ersten zwei Jahren nach der neurologischen Rehabilitation keinen Antrag auf Rentenleistungen. 12,1% der Rehabilitand:innen stellen im Nachgang einen Antrag auf volle Erwerbsminderungsrente. Mehrheitlich handelt es sich dabei um Personen, die die Klinik noch mit positiver Erwerbsprognose verlassen haben, denen die Rückkehr in Arbeit aber im Beobachtungszeitraum nicht gelungen ist. Fast einem Viertel von ihnen wurde schon bei Entlassung keine gute Prognose zur Rückkehr in

ihren alten Beruf ausgesprochen. Bei Teilerwerbsminderungsrenten ist ein anderes Bild erkennbar: Insgesamt werden sie sehr selten beantragt und wenn, dann vor allem von Personen mit guter Erwerbsprognose. Mehr als zwei Dritteln der Antragsteller:innen einer Teilerwerbsminderungsrente gelingt es nach 24 Monaten, stabil beschäftigt zu sein. Andere Rentenleistungen werden deutlich seltener beantragt.

### Diskussion

Die Ausführungen zeigen deutlich, dass die Erwerbsprognose in der neurologischen Rehabilitation mit hoher Unsicherheit behaftet ist. Dies hängt mit den spezifischen Krankheits- bzw. Genesungsverläufen zusammen, die oftmals am Ende der medizinischen Rehabilitation noch nicht abgeschlossen und zudem schwer vorhersehbar sind.

In mehreren Studien wurde schon früher herausgearbeitet, dass verbleibende Einschränkungen bei der Entlassung nur in geringem Maß Einfluss auf die Rückkehrwahrscheinlichkeit in Arbeit nehmen [2, 3]. Chang et al. [3] leiten davon den Bedarf einer über die medizinische Rehabilitation hinausgehenden, weiterführenden berufsorientierten Rehabilitation, die betriebliche Akteure einbindet, ab.

Aus der Perspektive der Rentenversicherung kann der hohe Anteil an Rehabilitand:innen, die es trotz positiver Erwerbsprognose innerhalb von zwei Jahren nicht schaffen, wieder in Arbeit zu kommen, darauf hindeuten, dass diese Personengruppe eine spezifische, weiterführende Versorgung im Anschluss an die medizinische Rehabilitation braucht. Der hohe Anteil von Rehabilitand:innen, die arbeitsunfähig entlassen werden und die trotz positiver Erwerbsprognose innerhalb der ersten zwei Jahre nicht wiedereingegliedert werden, weist deutlich auf eine Unterversorgung im Anschluss an die medizinische Rehabilitation hin.

Eine weiterführende Versorgung sollte darauf ausgerichtet sein, die Bedingungen für die Realisierung der Erwerbsprognose zu schaffen. Dabei sollte insbesondere der Komplexität der Beeinträchtigungen der Rehabilitand:innen, die sich u. a. in der Multimorbidität ausdrückt, Rechnung getragen werden.

Die deskriptive Analyse hat gezeigt, dass Faktoren, die die Erwerbssituation im Vorfeld der Rehabilitation beschreiben – z. B. die Stabilität der Beschäftigung oder das damit erzielte Einkommen – einen großen motivationalen Einfluss zu haben scheinen. Dies konnte auch in anderen Studien gezeigt werden [9]. Auf die bestehenden Arbeitsbedingungen selbst hat die Rentenversicherung keine Einflussmöglichkeit. Gute Rahmenbedingungen und langjährige Beschäftigungsverhältnisse können aber noch stärker im Sinne unterstützender Umweltfaktoren in die Rehabilitation eingebunden werden.

Radford et al. [14] können in ihrer Interventionsstudie zeigen, dass Schlaganfallpatient:innen bessere

RTW-Chancen haben, wenn sie an einen Arbeitsplatz zurückkehren können, als wenn sie einen neuen suchen müssen. In ihrer südafrikanischen Interventionsstudie erkennen Ntsiea et al. [12] eine deutliche Verbesserung der RTW-Quote durch eine Arbeitsplatzintervention für Schlaganfallpatient:innen, in der mehrere Arbeitsplatzbesuche mit therapeutischen Personal erfolgten und in Abstimmung mit dem Arbeitgeber Arbeitsplatzanpassungen vorgenommen wurden. Vestling et al. [19] empfehlen, im Rahmen der Rehabilitation arbeitsplatzbezogene Themen direkt mit dem:der Rehabilitand:in und dem Arbeitgeber zu besprechen.

In Übereinstimmung mit anderen Studien deuten die vorliegenden Daten der Verlaufsbetrachtung darauf hin, dass die Weiterversorgung im Anschluss an die medizinische Rehabilitation auf eine schnelle Rückkehr an den Arbeitsplatz ausgerichtet sein und dennoch einen längeren Genesungsverlauf [9, 18] und dabei insbesondere neurokognitive Einschränkungen berücksichtigen sollte [für SHT: 11].

Clarke et al. (2024) empfehlen einen bedarfsorientierten Fallmanagement-Ansatz, in dem die Arbeitgeber:innen in die RTW-Planung einbezogen werden und Fachpersonal bei der Einleitung von Arbeitsplatzanpassungen unterstützt [5]. In ihrer Metaanalyse können Chen et al. [4] auch feststellen, dass RTW-Rehabilitationen, die bedarfsorientiert auf die Rehabilitand:innenbedürfnisse und die Arbeitsanforderungen eingehen, tätigkeitsorientiertes Fähigkeitstraining, Arbeitsplatzbesuche und Arbeitgebereinbeziehung sowie gleichzeitig Fatiguemanagement und psychische Unterstützung anbieten, bessere Ergebnisse erzielen konnten.

Wie im Detail von Claros-Salinas und Kollegen in diesem Heft [6] dargestellt, setzt das von der DRV Bund koordinierte rehapro-Modellprojekt „Bedarfsfokussierte Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen (BETA-MeH)“ bei den genannten Ansatzpunkten an: Rehabilitand:innen mit einem bestehenden Arbeitsverhältnis und positiver Erwerbsprognose werden mit einem koordinierendem Fallmanagement und einer professionellen Begleitung bis zu einem Jahr lang bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz unterstützt. Der Return-to-Work-Prozess wird individuell und bei Bedarf sehr kleinschrittig und niedrigschwellig begleitet, um lange Abwesenheiten vom Arbeitsplatz zu vermeiden. Neurokompetente Fachkräfte der beruflichen Rehabilitation begleiten die Rehabilitand:innen vor Ort am Arbeitsplatz und erarbeiten gemeinsam mit dem:der Rehabilitand:in und betrieblichen Akteur:innen Gestaltungs- und Anpassungsmöglichkeiten am Arbeitsplatz.

## Literatur

- Andersen G, Christensen D, Kirkeveid M & Johnsen S. Post-stroke fatigue and return to work: a 2-year follow-up. *Acta Neurol Scand* 2012; 125: 248-253
- Busch MA, Coshall C, Heuschmann PU, McKevitt C, Wolfe CD. Sociodemographic differences in return to work after stroke – the South London

- Stroke Register (SLSR). *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2009; 80(8): 888-893
- Chang WH, Sohn MK, Lee J, Kim DY, Lee SG, Shin YI, Oh GJ, Lee YS, Joo MC, Han E Y, Kim J H, Kim Y H. Return to work after stroke: The KOSCO Study. *J Rehabilitation Medicine* 2016; 48(3): 273-279
- Chen NYC, Dong Y and Kua ZJ. Addressing mood and fatigue in return-to-work programmes after stroke: a systematic review. *Front Neurol* 2023; 14: 1145705
- Clarke DJ, Powers K, Trusson D, Craven K, Phillips J, Holmes J, McKevitt Ch, Bowen A, Watkins, CL, Farrin AJ, Wright-Hughes A, Sach T, Chambers R, Radford K. The RETurn to work After strokE (RETAKE) trial: Findings from a mixed-methods process evaluation of the Early Stroke Specialist Vocational Rehabilitation (ESSVR) intervention. *PLOS ONE* 2024; 19 (10).
- Claros-Salinas D, Schupp W, Thomas A. BETA-MeH: Ziele, Akteure und Abläufe der Intervention. *Neurol Rehabil* 2026; 32(1): 61-72
- Ditchman N, Thomas JA, Johnson K, Haak C, Rafajko S: The impact of employment on quality of life for adults with brain injury. *J Vocational Rehabilitation* 2021; 56(1): 1-15
- Fleming, J, Tooth, L, Hassell, M, Chan, W. Prediction of community integration and vocational outcome 2-5 years after traumatic brain injury rehabilitation in Australia. *Brain Injury* 1999; 13(6): 417-431
- Keyser-Marcus LA, Bricout JC, Wehman P, Campbell LR, Cifu DX, Englander J, High W, Zafonte R D. Acute predictors of return to employment after traumatic brain injury: A longitudinal follow-up. *Arc Phys Med Rehabil* 2002; 83(5): 635-641
- Klonoff PS, Watt LM, Dawson LK, Henderson SW, Gehrels JA, Wethe JV. Psychosocial outcomes 1–7 years after comprehensive milieu-oriented neurorehabilitation: The role of pre-injury status. *Brain Injury* 2006; 20(6): 601-612
- Novack TA, Alderson AL, Bush BA, Meythaler JM, Canupp K. Cognitive and functional recovery at 6 and 12 months post-TBI. *Brain Injury* 2000; 14(11): 987-996
- Ntsiea MV, Van Aswegen H, Lord S, Olorunju SS. The effect of a workplace intervention programme on return to work after stroke: a randomised controlled trial. *Clin Rehabil* 2015; 29: 663-673
- Ozkan H, Ambler G, Banerjee G, Mitchell JJ, Barbato C, Browning S, Leff AP, Simister RJ, Werring DJ. Prevalence, predictors, and patterns of patient reported nonmotor outcomes six months after stroke: a prospective cohort study. *The Lancet Regional Health* 2024; 7
- Radford K, Grant MI, Sinclair EJ, Kettlewell J, Watkin C. Describing return to work after stroke: a feasibility trial of 12-month outcomes. *J Rehabil Med* 2020; 52: jrm00048
- Rutkowski NA, Sabri E, Yang C. Post-stroke fatigue: A factor associated with inability to return to work in patients < 60 years – A 1-year follow-up. *PLoS one* 2021; 16(8): e02555
- Schönberger M, Ponsford J, Olver J, Ponsford M, Wirtz M. Prediction of functional and employment outcome 1 year after traumatic brain injury: a structural equation modelling approach. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2011; 82(8): 936-941
- Streibelt M, Zollmann P, Rasch, L, Schimichowski J, Schmitz S. Berufliche Teilhabe nach einer medizinischen Rehabilitation aufgrund neurologischer Erkrankungen. *Die Rehabilitation* 2023; 62: 22-30
- Treger I, Shames J, Giaquinto S, Ring H. Return to work in stroke patients. *Disability and Rehabilitation* 2007; 29: 1397-1403
- Vestling M, Tufvesson B, Iwarsson S. Indicators for return to work after stroke and the importance of work for subjective well-being and life satisfaction. *Journal of rehabilitation medicine* 2003; 35(3): 127-131
- Westerlind E, Persson HC, Eriksson M, Norrving B, Sunnerhagen KS. Return to work after stroke: A Swedish nationwide registrybased Study. *Acta Neurol Scand* 2020; 141: 56-64

## Korrespondenzadresse:

Rebeka Heyme  
Deutsche Rentenversicherung Bund  
Abteilung für Prävention und Rehabilitation  
Zusammenarbeit mit LTA-Einrichtungen, Koordination  
und Entwicklungsfragen  
Hohenzollerndamm 47  
10704 Berlin  
rebeka.heyme@drv-bund.de