

**HAUPTSTADTSYMPOSIUM
2026**



REHABILITATION HEUTE

Spannungsfeld zwischen medizinischer „Behandlung“ und sozioökonomischer Bedeutung

Karin Becker
FÄ für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie TP
Chefärztin Klinik Bad Fallingbostal Niedersachsen

**Reha ist
Behandlung
mit
Teilhabeziel**

Berlin · 19. September 2026

Der Vortrag folgt einem klaren Dreischritt

1 • Reha als Verfahren

Was bringt Rehabilitation?

Welche Evidenz gibt es für
Erwerbsteilhabe und gesellschaftlichen
Nutzen?

2 • Reha im Vergleich

Abgrenzung zur
Akuttherapie und PPP-RL

Reha ersetzt keine Behandlung, sie
verfolgt ein anderes Ziel.

3 • Reha richtig einsetzen

Indikationen, Timing und Vorbereitung

Wann macht Reha Sinn und wie wird sie
wirksam vorbereitet?

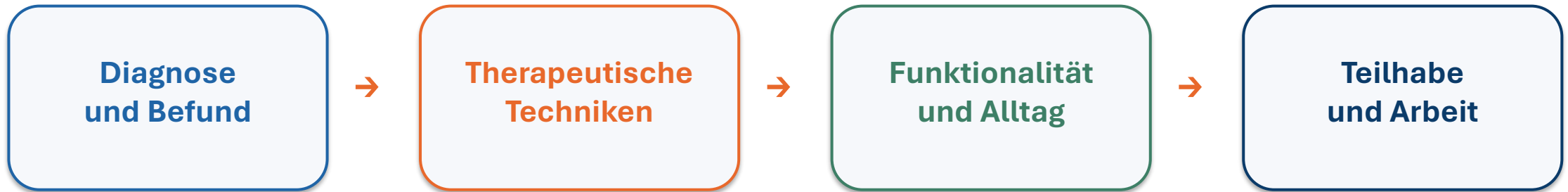
Die klinischen Erfahrungen und Fallbeispiele werden mündlich ergänzt. Die Folien geben Orientierung, nicht jedes Detail.

1 Verfahren und Nutzen

2 Abgrenzung zur Akuttherapie

3 Indikation und Vorbereitung

Rehabilitation als Verfahren: vom Befund zur Teilhabe



Nicht: Diagnose → Symptom behandeln → Entlassung.

Sondern: Diagnose und Therapie werden auf Aktivität, Alltag und Teilhabe übersetzt.

1 Verfahren und Nutzen

2 Abgrenzung zur Akuttherapie

3 Indikation und Vorbereitung

Rehabilitation 2025: relevante Systemgröße

1.097.332

Medizinische Rehabilitation

2025 erbrachte Leistungen

123.653

Teilhabe am Arbeitsleben

2025 erbrachte Leistungen

8,3 Mrd. €

Nettoaufwendungen Teilhabe

vorläufige Gesamtausgaben 2025

Medizinische Reha +4,5 % gegenüber 2024 · Teilhabe am Arbeitsleben +4,6 %

Methodisch wichtig: Diese aktuelle Systemgröße ist nicht identisch mit der Kostenbasis der Nutzen-Kosten-Modellrechnung.

Quellen: DRV-Statistikportal, Berichtsjahr 2025; DRV-/Bundestagsangaben zum Reha-Budget.

1 Verfahren und Nutzen

2 Abgrenzung zur Akuttherapie

3 Indikation und Vorbereitung

Die methodische Herausforderung: Reha ist kein Medikament

Warum ein klassisches RCT im Versorgungssystem nur begrenzt realisierbar ist:

- komplexe, multimodale Intervention
- gesetzlicher Anspruch auf zeitnahe Leistung
- unbehandelte Vergleichsgruppen strukturell nur eingeschränkt vergleichbar

Quelle: Deutsche Rentenversicherung Bund (2025), Wirksamkeit und volkswirtschaftlicher Nutzen der Rehabilitation, S. 5–8.

1 Verfahren und Nutzen

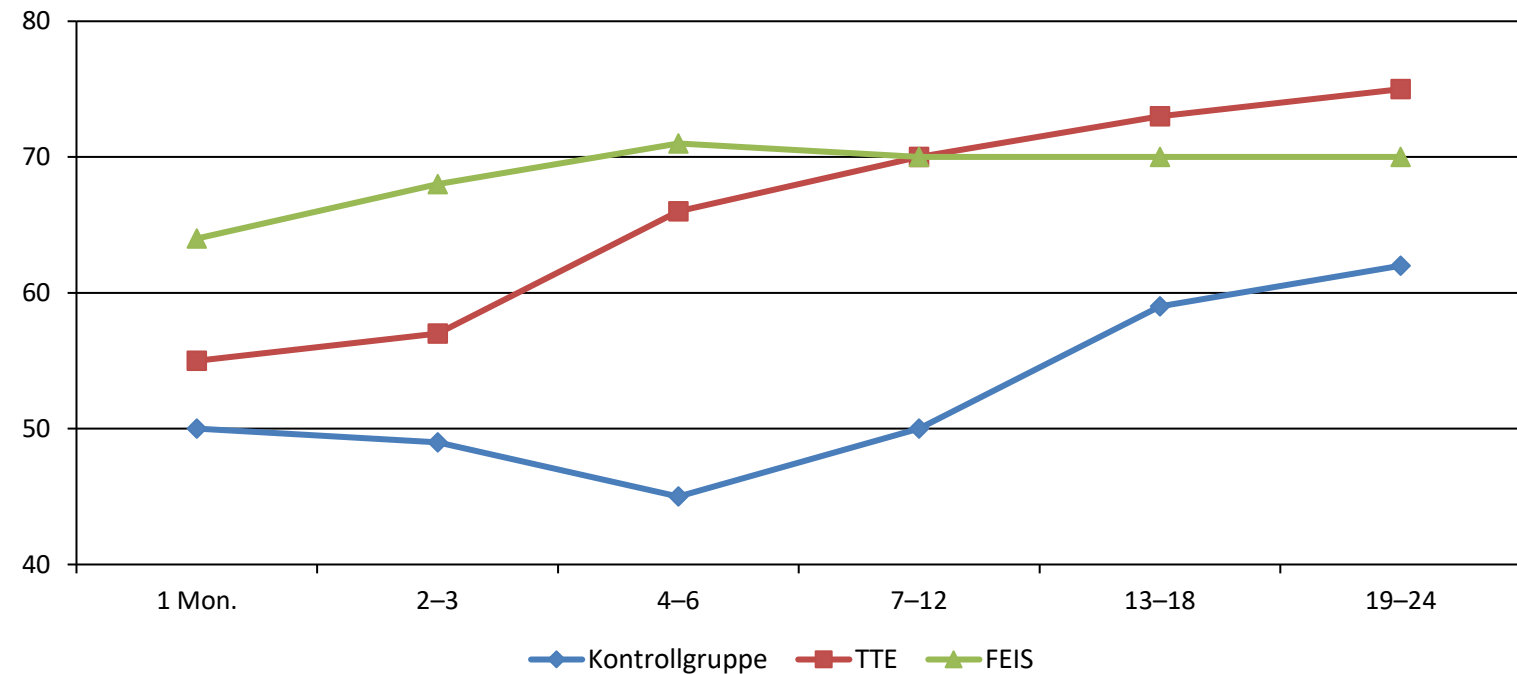
2 Abgrenzung zur Akuttherapie

3 Indikation und Vorbereitung

Hauptergebnis: +15 bis 20 Prozentpunkte Erwerbsteilhabe

+15–20 PP**Geschätzter Reha-Effekt**

höhere Wahrscheinlichkeit der
Erwerbsteilhabe in den zwei
Jahren nach Rehabilitation



**Ab etwa vier Monaten liegen die Erwerbsquoten in beiden Interventionsmodellen
bei rund 70 %.**

Quelle: Eigene Darstellung nach DRV Bund (2025), Abb. 4, S. 9.

1 Verfahren und Nutzen**2 Abgrenzung zur Akuttherapie****3 Indikation und Vorbereitung**

Wer profitiert besonders?

≈ +10 PP

Ohne Krankengeldbezug

etwa sechs Monate nach Rehabilitation

> +20 PP

Mit Krankengelderfahrung

etwa sechs Monate nach Rehabilitation

Personen mit längeren Fehlzeiten im Vorjahr profitieren ungefähr doppelt so stark.

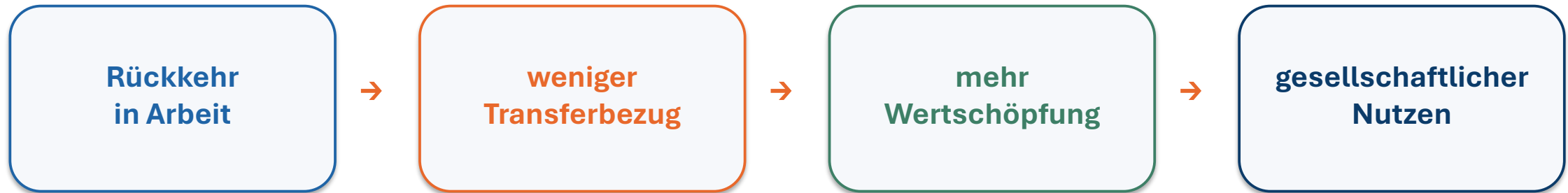
Krankengelderfahrung dient als Proxy für längere Fehlzeiten. Quelle: DRV Bund (2025), S. 8–9.

1 Verfahren und Nutzen

2 Abgrenzung zur Akuttherapie

3 Indikation und Vorbereitung

Vom medizinischen Effekt zum gesellschaftlichen Nutzen



Monetarisierung über zusätzliche Bruttowertschöpfung und vermiedene Transferzahlungen.

Basis: 618.700 reguläre medizinische Reha-Fälle (2017); Anschlussrehabilitationen ausgeschlossen.

Quelle: DRV Bund (2025), S. 10–11.

1 Verfahren und Nutzen

2 Abgrenzung zur Akuttherapie

3 Indikation und Vorbereitung

Rehabilitation rechnet sich bereits kurzfristig

2,22–2,95 €

Nach 1 Jahr

modellierter gesellschaftlicher Nutzen je investiertem Euro

4,60–5,28 €

Nach 2 Jahren

modellierter gesellschaftlicher Nutzen je investiertem Euro

Nach zwei Jahren liegt der modellierte gesellschaftliche Nutzen ungefähr beim Fünffachen der Investition.

Quelle: Eigene Darstellung nach DRV Bund (2025), Abb. 6, S. 11.

1 Verfahren und Nutzen

2 Abgrenzung zur Akuttherapie

3 Indikation und Vorbereitung

Rehabilitation ersetzt keine Akutbehandlung

Akuttherapie und Rehabilitation haben ein gemeinsames therapeutisches Fundament, aber unterschiedliche Steuerungslogiken.

Akuttherapie

Symptomstabilisierung, Krisenbehandlung, unmittelbare Behandlungsbedürftigkeit und Schutz.

Rehabilitation

Wiederherstellung von Aktivität, Teilhabe, Selbststeuerung und Erwerbsfähigkeit.

Die nächste Folie mit PPP-RL und RTS bleibt als Vergleichsfolie bewusst erhalten.

1 Verfahren und Nutzen

2 Abgrenzung zur Akuttherapie

3 Indikation und Vorbereitung

Rehabilitation – nah an der Akutbehandlung

Psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für Erwachsene
Zeitwerte in Minuten pro Patientin und Patient je Woche im jeweiligen Behandlungsbereich

Behandlungsbereiche	Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	Pflegefachpersonen	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten, Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen
A1	207	856	49	150	76
A2	257	1536	35	146	74
A6	114	329	107	193	67
A7	265	509	132	152	49
A8	265	201	132	152	49
A9	-	-	-	-	-
S1	226	835	61	107	109
S2	256	1562	68	85	153
S6	115	318	105	170	101
S9	-	-	-	-	-
G1	183	1270	56	137	75
G2	211	1645	37	118	51
G6	115	372	107	193	68
G9	-	-	-	-	-
P1	154	476	107	134	14
P2	265	509	132	152	49
P3	114	329	107	193	67
P4	265	201	132	152	49



Gemeinsames
therapeutisches
Fundament

Multiprofessionell

Strukturiert

Evidenzbasiert

Ziel: Teilhabe

RTS Psychosomatik 2025

ETM	Bezeichnung	Minestdauer	Mindestanteil
01	Bewegungstherapie	mind. 240 Min. pro Woche mind. 3 mal	mind. 80 %
02	Einzels psychotherapie	mind. 30 Min. pro Woche	mind. 90 %
03	Gruppen psychotherapie	mind. 210 Min. pro Woche	mind. 80 %
04	Gesundheitsbildung/Schulung	mind. 150 Min. pro Reha	mind. 90 %
05	Abhängigkeitssensibilisierung	mind. 45 Min. pro Reha	mind. 20 %
06	Funktionelle und arbeitswelt- bezogene Therapien	mind. 60 Min. pro Woche	mind. 40 %
07	Ernährungstherapeutische Leistungen	mind. 45 Min. pro Reha	mind. 40 %
08	Entspannungsverfahren	mind. 60 Min. pro Woche	mind. 70 %
09	Leistungen zur sozialen und beruflichen Integration	mind. 45 Min. pro Reha	mind. 70 %
10	Beratung nachgehender Leistungen	mind. 30 Min. pro Reha	mind. 80 %
11	Aktivitätsaufbau	mind. 50 Min. pro Woche	mind. 40 %
12	Gestalterische Ergotherapie und Künstlerische Therapien	mind. 80 Min. pro Woche	mind. 40 %



Rehabilitation ersetzt keine Behandlung!

Fall 1 | Reha oder zunächst Akutbehandlung?

Ausgangslage

F25.1 Schizoaffective Störung,
gegenwärtig depressiv
F32.3 Schwere depressive Episode mit
psychotischen Symptomen
F20.0 V. a. paranoide Schizophrenie

Somatisch u. a.: KHK, Diabetes mellitus
Typ 2, Hyperlipidämie und
muskuloskelettale Beschwerden

Was fanden wir?

Persistierende produktiv-psychotische
Symptomatik:

- akustische Halluzinationen
- optische Halluzinationen
- paranoid gefärbte Beziehungsideen
- ausgeprägte soziale Ängste und
Rückzug
- Gruppentherapie nicht möglich

Zusätzlich: HbA1c 11,3 %, Z. n.
Myokardinfarkt/Stent, Ergometrie max. 75
W

Bewertung / Konsequenz

Behandlungsbedürftig, zu diesem
Zeitpunkt jedoch nur eingeschränkt
rehabilitationsfähig.

→ Rehabilitationsaufenthalt auf 3 Wochen
verkürzt

→ weiterführende psychiatrische
Behandlung dringend empfohlen

Behandlungsbedürftigkeit ist nicht gleich Rehabilitationsfähigkeit.

Fall 2 | Was kann Rehabilitation leisten?

Antragsdiagnose

Angst und depressive Störung, gemischt

Erhebliche psychische Belastung bei
progredienter hereditärer TTR-
Amyloidose mit kardialer Beteiligung.

Die entscheidende Frage

Ausgeprägte Erschöpfung, depressive
Symptomatik, Ängste und Grübeln bei
deutlich reduzierter körperlicher und
psychischer Belastbarkeit.

Wie kann bei einer nicht heilbaren,
fortschreitenden Erkrankung realistische
berufliche und soziale Teilhabe erhalten
werden?

Reha-Ergebnis / Sozialmedizin

Stabilisierung, Ressourcenaktivierung und
Entwicklung einer realistischen
beruflichen Perspektive.

Vollzeittätigkeit nicht mehr zumutbar,
berufliche Teilhabe weiterhin möglich.

→ Leistungsvermögen 3 bis < 6 Std./Tag
→ Prüfung einer teilweisen
Erwerbsminderungsrente

Rehabilitation klärt, was trotz Erkrankung noch möglich ist, und schafft daraus Teilhabe.

Fall 3 | Somatische Grenze der psychosomatischen Rehabilitation

Aufnahme

F41.2 Angst und depressive Störung, gemischt

Seit Jahren ängstlich-depressive Symptomatik und chronische Schmerzen; seit 06/2023 arbeitsunfähig.

Vorbekannte hochgradige Aortenklappenstenose.

Was zeigte sich im Verlauf?

- deutlich eingeschränkte körperliche Belastbarkeit
- Angst-/vegetative Episoden mit hypertensiven Entgleisungen
- kardiologische Reevaluation: hochgradige Aortenstenose mit OP-Indikation
- reguläre Teilnahme am psychosomatischen Therapieprogramm nicht mehr möglich

Bewertung / Konsequenz

Somatische Erkrankung als führender rehabilitationslimitierender Faktor.

- ärztliche Entlassung nach 14 Tagen
- kardiologische Diagnostik und operative Therapieplanung
- anschließend kardiologische Rehabilitation
- AU; Leistungsvermögen aktuell < 3 Std./Tag

Rehafähigkeit ist dynamisch und muss im Verlauf immer wieder neu bewertet werden.

Fall 4 | Wenn die Antragsdiagnose das Störungsbild nicht vollständig abbildet

Antragsdiagnose

F33.1 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode

Was fanden wir?

Langjähriges Muster mit:

- ausgeprägter Affektinstabilität und gestörter Emotionsregulation
- instabilem Selbstwert und ausgeprägter Selbstkritik
- interpersonellen Konflikten
- autoaggressivem Verhalten in der Vorgeschichte

- F60.31 Borderline-Typ führend
- F33.1 komorbid

Therapie / Konsequenz

Schwerpunkt: Emotionsregulation, Selbstfürsorge, Abgrenzung und dysfunktionale Beziehungsmuster.

- reguläre Entlassung, weiterhin AU
- DBT-orientierte Weiterbehandlung
- letzte Tätigkeit und allgemeiner Arbeitsmarkt ≥ 6 Std./Tag
- keine Nachtschicht

Rehabilitation präzisiert das teilhaberelevante Störungsbild und richtet Behandlung, Nachsorge und Leistungsbeurteilung daran aus.

Fall 5 | Komplexe Symptomatik und diagnostische Abgrenzung

Ausgangslage

Langjährige psychische Belastung bei erheblichen biografischen Traumatisierungen und zunehmender beruflicher Dekompensation.

Schwere depressive Symptomatik sowie Derealisation, Depersonalisation, Gedankeneingebung und optische Wahrnehmungen verstorbener Angehöriger.

Diagnostische Einordnung

F33.3 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen – gesichert

F44.6 Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörung – gesichert

F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung – Verdachtsdiagnose

Verlauf / Konsequenz

Teilweise Fortschritte, jedoch relevante Restsymptomatik und weiterer diagnostischer Klärungsbedarf.

→ reguläre Entlassung, arbeitsunfähig
→ letzte Tätigkeit und allgemeiner Arbeitsmarkt ≥ 6 Std., vorbehaltlich weiterer Diagnostik
→ stationäre Stabilisierung und Diagnostik, u. a. cMRT; anschließend ambulante Psychotherapie

Komplexe depressive, dissoziative und psychotisch imponierende Symptomatik erfordert differenzialdiagnostische Einordnung und eine vorsichtige sozialmedizinische Bewertung.

Psychosomatik: Körper, Psyche und Teilhabe integriert

In der Reha ist die Diagnose der Ausgangspunkt, nicht der Endpunkt.

Körper

Belastbarkeit, Komorbidität,
Aktivitätsniveau

Psyche

Emotion, Kognition, Verhalten,
Selbststeuerung

Teilhabe

Rollen, Beziehungen, Arbeit,
Autonomie

Rehabilitation übersetzt Behandlung in funktionelle und soziale Wirksamkeit.

1 Verfahren und Nutzen

2 Abgrenzung zur Akuttherapie

3 Indikation und Vorbereitung

Wann ist Reha indiziert?

Reha-Bedarf

relevante Beeinträchtigung von Aktivität und Teilhabe

Reha-Fähigkeit

ausreichende Belastbarkeit, Gruppenfähigkeit und aktive Mitarbeit

Reha-Prognose

realistisches, überprüfbares Teilhabeziel

Eine Diagnose allein reicht nicht. Entscheidend ist die Frage: Was soll durch Reha wieder möglich werden?

1 Verfahren und Nutzen

2 Abgrenzung zur Akuttherapie

3 Indikation und Vorbereitung



Wann macht eine Reha Sinn?

Frühzeitig handeln – Teilhabe ermöglichen

1. Situation



- Es ist absehbar, dass innerhalb der nächsten 6 Monate keine Behandlung begonnen hat.
- Keine Arbeitsfähigkeit (AU besteht fort).

2. Mögliche Hindernisse identifizieren



Erkrankung

z. B. psychische Symptomatik, chronische Belastung



Arbeitsplatzkonflikte

z. B. hohe Belastung, Konflikte, unklare Perspektiven

Reha bietet den Rahmen, um diese Hindernisse systematisch zu erfassen und gemeinsam Lösungswege zu entwickeln.

3. Reha als Chance



- umfassende Abklärung der individuellen Hindernisse
- multiprofessionelle Diagnostik und Therapie
- Entwicklung von Lösungen und Perspektiven
- Unterstützung bei der Rückkehr in den Beruf

4. Ziel der Reha



- Teilhabe ermöglichen
- Hindernisse überwinden
- Wiedereingliederung in die Erwerbsfähigkeit



**Zurück in Arbeit –
mit neuer Perspektive!**



Wichtig für den Reha-Antrag:
„Die Erwerbsfähigkeit ist gefährdet.“

- Begründung: anhaltende Arbeitsunfähigkeit und fehlende Behandlungsperspektive innerhalb der nächsten 6 Monate
- Reha als notwendige Maßnahme, um die Erwerbsfähigkeit zu sichern

Vor der Reha entscheidet sich ein Teil des Erfolgs

Erwartung klären

Reha bedeutet aktive Mitarbeit, nicht passives „Gesundgemachtwerden“.

Ziel konkretisieren

Was soll im Alltag, sozial oder beruflich wieder möglich werden?

Hindernisse benennen

Fehlzeiten, Konflikte, Überforderung, Rückzug und Ambivalenz früh sichtbar machen.

Gute Vorbereitung macht aus einer Maßnahme ein gemeinsames Teilhabeprojekt.

1 Verfahren und Nutzen

2 Abgrenzung zur Akuttherapie

3 Indikation und Vorbereitung

Was Reha für den einzelnen Menschen medizinisch bedeutet

Autonomie

soziales Leben

Selbstwert

Struktur

Erwerbsfähigkeit

Reha wirkt dann, wenn Patientinnen und Patienten wieder teilnehmen können: im Alltag, in Beziehungen und im Beruf.

1 Verfahren und Nutzen

2 Abgrenzung zur Akuttherapie

3 Indikation und Vorbereitung

Schlussgedanke

Rehabilitation ist kein Anhängsel der Akutbehandlung.

**Sie ist ein eigenständiges medizinisches Verfahren, das
Behandlung in Aktivität, Selbststeuerung und Teilhabe übersetzt.**

Wirksam · differenziert · teilhabeorientiert

Danke für Ihre Aufmerksamkeit.