

**Positionspapier der Deutschen  
Rentenversicherung zur Bedeutung  
psychischer Erkrankungen in der  
Rehabilitation und bei Erwerbsmin-  
derung**





## Vorwort

Psychische und psychosomatische Störungen sind häufig. Ihre wachsende Bedeutung innerhalb des Gesundheitssystems lässt sich sowohl an den Rehabilitations- und Rentenstatistiken als auch an den Daten zu Arbeitsunfähigkeitszeiten der Krankenkassen ablesen. Auf der einen Seite wird eine Zunahme von Diagnosen aus dem Spektrum psychischer Störungen diskutiert. Auf der anderen Seite wird in Fachkreisen eine reale Zunahme psychischer Störungen bezweifelt. Die Entwicklung wird vielmehr einer Sensibilisierung für das Thema in der Öffentlichkeit, einer verbesserten Diagnostik, nachlassender Stigmatisierung sowie veränderten Anforderungen an die psychische Belastbarkeit und geistige Leistungsfähigkeit in der Arbeitswelt zugeschrieben.

Es kann angenommen werden, dass durch die gesellschaftliche Entstigmatisierung psychischer Störungen diese in den Reha- und Erwerbsminderungsrentenanträgen klarer benannt werden und sich nicht mehr so häufig hinter unspezifischen Beschwerden verbergen. Dadurch kann die psychosomatisch-psychotherapeutische Rehabilitation gezielter eingesetzt werden. Das spiegelt sich in der Zunahme von psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitationsleistungen wider.

Psychische Störungen sind für die betroffenen Menschen häufig mit erheblichen Einbußen an Lebensqualität verbunden. Oft gehen sie mit Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit im Arbeitsleben einher. Die individuumszentrierte und multiprofessionelle psychosomatisch-psychotherapeutische Rehabilitation der Rentenversicherung ist ein wichtiges Glied in der Behandlungskette und schafft in vielen Fällen erst die Voraussetzungen für die weitere Teilhabe der Versicherten am Erwerbsleben und damit auch am Leben in der Gesellschaft.

Bei Versicherten, die wegen einer psychischen Störung einer Rehabilitation bedürfen, ist die Erkrankung oft schon chronifiziert. Das macht die Aufgabe der medizinischen und beruflichen Rehabilitation nicht leichter, insbesondere dann, wenn keine angemessene ambulante psychiatrische oder psychotherapeutische Vorbehandlung stattgefunden hat.

In diesem Positionspapier der Deutschen Rentenversicherung geht es darum, den Stellenwert psychischer Störungen für Rehabilitation und Minderung der Erwerbsfähigkeit zu verdeutlichen. Es legt ferner dar, an welchen Stellen wichtige Handlungsfelder für die Rentenversicherung, aber auch für andere Akteure bestehen: Institutionen des Gesundheitswesens, andere Reha-Träger, Betriebe usw. Die Darstellung orientiert sich – soweit möglich – an den Phasen des Behandlungsprozesses, ausgehend vom Reha-Zugang bis zur beruflichen Wiedereingliederung. Dabei ist die psychosomatisch-psychotherapeutische Rehabilitation ein unverzichtbares Element im Versorgungssystem bei psychischen Störungen, jedoch auch nur ein Teil der Versorgungskette. Die Rentenversicherung kann daher mögliche Defizite an anderer Stelle dieser Kette nur zu einem Teil durch ihre Rehabilitationsleistungen kompensieren.

Im Kern geht es also um drei große Handlungsfelder: Welche Aufgaben muss die (ambulante und stationäre) Krankenbehandlung bei psychischen Störungen vor und nach der Rehabilitation erfüllen? Wie kann und muss dann die Rentenversicherung das in ihrer Macht stehende leisten, um die Teilhabe am Arbeitsleben zu erhalten oder wiederherzustellen? Und schließlich: Wie kann die Gestaltung der Arbeitswelt in Betrieben und Unternehmen dazu beitragen, dass psychische Störungen nicht entstehen und dass Menschen mit psychischen Störungen dennoch ihren Platz im Berufsleben finden?

Wenn alle Beteiligten ihre Aufgaben erfüllen und dabei gut zusammenarbeiten, werden davon alle profitieren – die Menschen mit psychischen Störungen und die Gesellschaft insgesamt.



Dr. Axel Reimann  
Direktor der Deutschen Rentenversicherung Bund



# Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung: Psychische Störungen	7
2.	Bedeutung psychischer Störungen	9
2.1	Psychische Störungen – Zahlen, Ursachen, Auswirkungen	9
2.2	Psychische Komorbidität in der somatischen Rehabilitation	11
2.3	Exkurs: Burnout	12
3.	Psychische Störungen in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung	13
3.1	Zugang zur psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitation	15
3.2	Vorbereitung auf die psychosomatisch-psychotherapeutische Rehabilitation	16
3.3	Reha-Konzepte für unterschiedliche Bedarfslagen psychisch Erkrankter	17
3.4	Qualität der psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitation	18
3.5	Erfolg der psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitation	19
3.6	Nachsorge nach psychosomatisch-psychotherapeutischer Rehabilitation	20
3.7	Unterstützung der beruflichen Wiedereingliederung bei psychischen Störungen	21
4.	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei psychischen Störungen	22
5.	Psychische Störungen im Erwerbsminderungsgeschehen	23
5.1	Rehabilitation und Erwerbsminderungsrentenantrag	24
5.2	Erwerbsminderungsrenten bei psychischen Störungen	25
6.	Zusammenarbeit bei der Behandlung und beruflichen Eingliederung von Menschen mit psychischen Störungen	26
6.1	Zusammenarbeit im Gesundheitswesen	26
6.2	Zusammenarbeit mit Betrieben	27
7.	Zusammenfassung und Handlungsfelder	28
7.1	Ausgangslage	28
7.2	Handlungsfelder	29
8.	Ausgewählte Literatur	31
9.	Träger der Deutschen Rentenversicherung	35

**Hinweis:** Alle im vorliegenden Dokument verwendeten Personen- und Gruppenbezeichnungen gelten sowohl für Frauen als auch für Männer.



# 1. Einleitung: Psychische Störungen

Psychische Störungen sind auffällige Veränderungen im Erleben und/oder Verhalten, die sich in der Regel in Störungen der Wahrnehmung, der Denkprozesse, des Handelns und der Gefühle niederschlagen. Außerdem können bei psychischen Störungen beeinträchtigende körperliche Beschwerden auftreten. Zusätzlich können körperliche Erkrankungen durch psychische Störungen verstärkt werden. Dabei ist die Grenze zwischen Gesundheit und Krankheit fließend, die Definition des „Normalen“ maßgeblich von Vorstellungen und Toleranz der jeweiligen Gesellschaft abhängig und die Gefahr der Stigmatisierung immer noch hoch. Die Bezeichnung „Störung“ wird in diesem Positionspapier verwendet, weil sie noch offen lässt, ob es sich um eine Krankheit im engeren Sinne oder eher um eine ausgeprägte psychische Belastung handelt. Die Entscheidung darüber, ob psychische Auffälligkeiten Krankheitswert besitzen und somit behandlungsbedürftig sind, hängt u. a. von der (Krankheits-)Bewältigungsfähigkeit der Betroffenen und ihrer Belastung durch die Symptome ab. Spätestens wenn die Betroffenen in der Selbstversorgung oder in der Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt sind, entsteht Behandlungs- und ggf. Rehabilitationsbedarf.

Psychische Störungen werden als Krankheitsbilder nach der „Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ (ICD-10) im Kapitel F als „Psychische und Verhaltensstörungen“ klassifiziert (siehe Tab. 1).

**Tab. 1: Psychische und Verhaltensstörungen (ICD-10)**

F00-F09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F10-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F20-F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
F30-F39	Affektive Störungen
F40-F48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F50-F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F60-F69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F70-F79	Intelligenzstörung
F80-F89	Entwicklungsstörungen
F90-F98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend
F99-F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

Tabelle 1: Unterkapitel des Kapitels F „Psychische und Verhaltensstörungen“ der „Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ (ICD-10).

Epidemiologische Studien zeigen, dass psychische Störungen häufiger sind als früher angenommen. Die Gefahr, irgendwann während des Lebens an einer psychischen Störung zu leiden, liegt bei 43 % (DEGS, 2012; Jacobi & Preiß, 2011). Psychisch erkrankte Menschen mit affektiven, neurotischen, Belastungs- und Anpassungsstörungen (in den Abschnitten F30 bis F48 der ICD-10) stellen dabei im Rehabilitations- und Erwerbsminderungsrentengeschehen der Rentenversicherung den größten Anteil. Deshalb geht es im Folgenden vor allem um diese Gruppe.

Auf psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen wird in diesem Papier nicht eingegangen, da Abhängigkeitserkrankungen ein besonderes Krankheitsspektrum darstellen, für das differenzierte eigene Versorgungsformen zur Verfügung stehen. Ebenso ausgeklammert sind Entwicklungsstörungen sowie

Verhaltens- und emotionale Störungen von Kindern und Jugendlichen (ICD-10 F80 bis F98), da sich die folgenden Erörterungen ausschließlich auf psychische Störungen bei Erwachsenen beziehen. Dabei ist jedoch nicht ausgeschlossen, dass psychische Störungen in Kindheit und Jugend beginnen können. Auch schizophrene Erkrankte (ICD-10 F20-F29) spielen in der psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitation der Rentenversicherung eine zahlenmäßig geringere Rolle. Hier besteht oft keine positive Erwerbsprognose, die jedoch eine Voraussetzung für die Erbringung einer Leistung zur Teilhabe durch die Rentenversicherung darstellt. Eine größere Bedeutung haben solche Störungen im Berentungsgeschehen. Bei jeder zehnten Erwerbsminderungsrente wegen psychischer Störungen sind sie der Bewilligungsgrund. Zum Thema „Burnout“ findet sich eine Darstellung in Kapitel 2.

**Für die Rehabilitation der Rentenversicherung spielen vor allem die psychischen Störungen eine große Rolle, die unter dem Begriff der psychischen Belastungsstörungen, der affektiven oder neurotischen Störungen zusammenzufassen sind. Allen gemeinsam ist, dass sie oft mit einer erheblichen Leistungsminderung und Beeinträchtigung der Teilhabe am Arbeitsleben und am gesellschaftlichen Leben einhergehen.**

## 2. Bedeutung psychischer Störungen

### 2.1 Psychische Störungen – Zahlen, Ursachen, Auswirkungen

Psychische Störungen sind häufig. Aber ihr Auftreten in der Allgemeinbevölkerung (Prävalenz) ist seit Jahrzehnten stabil, was in neueren nationalen (DEGS, 2012) und internationalen (OECD, 2012) epidemiologischen Erhebungen nachgewiesen werden konnte. Andererseits stellen Daten von Kranken- und Rentenversicherung eine zunehmende Bedeutung psychischer Störungen für den Einzelnen, das Gesundheitssystem und damit auch die Gesellschaft insgesamt fest. In Deutschland sind nach diesen Studien bis zu 43 % der Bevölkerung irgendwann in ihrem Leben von einer psychischen Störung betroffen. Dabei gibt es große Unterschiede hinsichtlich Schweregrad, Komplikationen und Behandlungsbedarf. Zu den häufigsten psychischen Störungen zählen depressive und Angsterkrankungen. Frauen sind häufiger betroffen als Männer und auch das Diagnosespektrum unterscheidet sich zwischen den Geschlechtern. Psychische Störungen können grundsätzlich in allen Altersgruppen auftreten, die Auftretenswahrscheinlichkeit ist jedoch in der mittleren Altersgruppe am höchsten. Auch sozioökonomische Faktoren beeinflussen die psychische Morbidität. Nach Angaben der Krankenkassen entfielen im Jahre 2012 bei Frauen 259 und bei Männern 156 Ausfalltage pro 100 Versicherte auf psychische Störungen. Damit bildeten psychische Störungen die zweitwichtigste Krankheitsgruppe bei der Arbeitsunfähigkeit. Fehlzeiten aufgrund psychischer Störungen dauerten im Jahr 2012 mit 33 Tagen je Krankheitsfall mehr als doppelt so lange wie die wegen anderer Erkrankungen. Tabelle 2 veranschaulicht beispielhaft die deutliche Zunahme psychischer Störungen bei AOK-Mitgliedern, da zusammengefasste Daten für alle Krankenkassen nicht verfügbar sind. Nach Angaben des Fehlzeiten-Reports 2012 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) ist die Zahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle wegen psychischer Störungen seit 1994 um 120 % gestiegen.

**Tab. 2: Arbeitsunfähigkeitsfälle durch psychische Störungen (1994-2011, AOK-Mitglieder)**

1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2004	2007	2008	2009	2010	2011
100	104,7	97,7	102,3	111,6	123,3	146,5	174,5	179,4	188,0	197,4	209,2	221,1

Tabelle 2: Zahlen aus dem Fehlzeiten-Report 2012 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO). Angaben in %. Indexdarstellung: 1994 = 100 %.

Psychische Störungen führen auch die Statistik der Erwerbsminderungsrenten an. Im Jahre 2012 erfolgten 37 % der Berentungen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aufgrund psychischer Störungen. Diese Störungen wirken sich also auch ökonomisch aus und verursachen erhebliche direkte und indirekte Kosten.

Ob psychische Störungen zunehmen, wird kontrovers diskutiert. In den Medien wird oft von einer tatsächlichen Zunahme ausgegangen. Die Fachwelt sieht hingegen keine reale Zunahme, sondern u. a. eine erhöhte Sensibilität für diese Erkrankungen bei Betroffenen und Ärzten. Was ansteigt, sind dann die Häufigkeit von Diagnosen und die Behandlungsraten psychischer Störungen, verbunden mit einer erhöhten Inanspruchnahme von Leistungen durch die Betroffenen. Auf diese Weise gewinnen psychische Störungen an Bedeutung, ohne dass dies einer tatsächlichen Zunahme im Sinne einer Prävalenz- und Inzidenzsteigerung entspricht. Psychische Störungen treten so häufig auf wie früher, werden aber häufiger erkannt und behandelt. Gelegentlich besteht aber auch die Gefahr der Überdiagnostizierung, indem Arbeits- oder Lebensprobleme mit einer psychiatrischen Diagnose versehen werden, ohne dass wirklich eine echte psychische Störung vorliegt.

Als ursächlich für die zunehmende Bedeutung psychischer Störungen in Behandlung und Rehabilitation werden die veränderten Arbeits- und Lebensbedingungen angesehen. Als Stressoren aus dem Arbeitsleben gelten z. B. steigende Arbeitslosigkeit, unsichere Arbeitsverhältnisse, Über- und Unterforderung, wachsender Konkurrenzdruck, ständige Erreichbarkeit, erhöhte Anforderungen an Flexibilität und Mobilität sowie schlechtes Betriebsklima. Immer mehr moderne Arbeitsplätze verlangen den psychomental uneingeschränkt leistungsfähigen Beschäftigten. Gefährdungsbeurteilungen im Rahmen des Arbeitsschutzes berücksichtigen psychische Belastungen oft noch nicht ausreichend. Belastungen aus der Gesellschaft betreffen z. B. einen abnehmenden familiären Zusammenhalt und mangelnde soziale Unterstützung, Wegfall bisher funktionierender sozialer Strukturen, Verlust von Solidarität, erhöhte Anforderungen an Sozialkompetenz sowie ökonomische Unsicherheit.

Nach einer 2012 von der OECD veröffentlichten Studie arbeiten Menschen mit psychischen Störungen häufiger auf Arbeitsplätzen mit geringen Qualifikationsanforderungen. Oft bestehen hohe psychische Anforderungen dadurch, dass große Anpassungsleistungen mit einem geringen individuellen Handlungsspielraum kombiniert sind. Menschen mit psychischen Störungen wechseln vermehrt, häufig auch in kurzen Zeitabständen ihren Arbeitsplatz.

Symptome psychischer Störungen, beispielsweise Einschränkungen der Anpassungs- und Konzentrationsfähigkeit, sozialer Rückzug, ein vermindertes Selbstwertgefühl wie bei depressiven Erkrankungen oder die ausgeprägte Vermeidungshaltung bei Angststörungen gefährden die Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit. Beschäftigte mit psychischen Störungen werden besonders oft arbeitsunfähig geschrieben, verglichen mit anderen Erkrankungen wie z. B. Diabetes, Bluthochdruck oder Arthrosen, weil angenommen wird, dass psychische Störungen fast immer zu Arbeitsunfähigkeit führen. So schwierig die berufliche (Wieder)Eingliederung bei psychischen Störungen ist, so wichtig ist sie, denn die berufliche Integration ist zweifellos ein entscheidender Prädiktor für eine längerfristige psychische Stabilisierung.

Trotz der im internationalen Vergleich relativ gut ausgebauten psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland liegt der Anteil derjenigen, die bei einer psychischen Störung jemals eine angemessene professionelle Intervention erhalten, in Deutschland nur bei knapp 40 % (Schulz et al., 2008). Die meisten Menschen mit psychischen Störungen werden auch heute noch zu selten, zu spät und zu wenig leitliniengerecht behandelt. Daher ist die wachsende Inanspruchnahme medizinischer Leistungen vor dem Hintergrund der bisherigen Unterversorgung auch als eine erfreuliche Entwicklung anzusehen.

**Psychische Störungen stellen für alle Akteure im Gesundheits- und Sozialbereich eine wachsende Herausforderung dar. Sie führen besonders oft zu Arbeitsunfähigkeit und Leistungsminderung. Nicht zuletzt wegen der sich grundlegend verändernden Arbeitswelt. Für die Rentenversicherung heißt das, für den erhöhten Reha-Bedarf und die zunehmende Bedeutung bei der Erwerbsminderung die richtigen Antworten in Form angemessener und bedarfsgerechter Verfahren und Leistungen zu finden.**

## 2.2 Psychische Komorbidität in der somatischen Rehabilitation

Psychische Störungen kommen nicht nur in der psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitation vor. Auch 20 % der Rehabilitanden mit körperlichen Grunderkrankungen, die in somatischen Reha-Einrichtungen behandelt werden, weisen psychische Begleit- und Nebenerkrankungen auf. Wenn bei einer körperlichen Erkrankung gleichzeitig eine psychische Störung auftritt, spricht man von psychischer Komorbidität. Das Risiko, eine psychische Störung zu entwickeln, ist bei Personen mit einer chronischen Erkrankung bis zu zweimal so hoch wie bei Gesunden. Betrachtet man nur die Fallzahlen der psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitation, ohne die psychische Komorbidität in der somatischen Rehabilitation zu berücksichtigen, unterschätzt man die Relevanz psychischer Störungen in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung.

Mangelnde Identifikation und fehlende Behandlung komorbider psychischer Störungen bei Rehabilitanden mit einer körperlichen Grunderkrankung haben Konsequenzen für das Behandlungsergebnis. Komorbide psychische Störungen sind mit einer geringeren Lebensqualität verbunden, tragen zur Chronifizierung der Erkrankung bei, verschlechtern die Behandlungsmotivation der Betroffenen, erhöhen Morbidität und Mortalität sowie die Kosten der Versorgungsabläufe.

Zusätzlich zur psychischen Komorbidität gehen chronische körperliche Erkrankungen oft mit psychosozialen Belastungen einher. Neben der Belastung aufgrund der Erkrankung selbst können sich belastende Nebenwirkungen der Behandlung ergeben. Ferner entwickeln sich nicht selten familiäre, soziale, emotionale, finanzielle, berufliche und/oder existentielle Probleme im Verlauf der Erkrankung, die als psychische Belastung während des Krankheitsverarbeitungsprozesses in und nach der Rehabilitation aufgefangen werden müssen.

Für die medizinische Rehabilitation bedeutet dies zunächst, psychische Komorbidität rechtzeitig zu erkennen. Ist sie erkannt, kommt es darauf an, angemessen zu intervenieren. Das bedeutet einerseits, entsprechende Beratungs- und Behandlungselemente während der Rehabilitation anzubieten, andererseits bei Bedarf eine adäquate Behandlung der psychischen Komorbidität nach der Rehabilitation einzuleiten.

Um die Diagnostik und Therapie komorbider psychischer Störungen in dem zeitlich begrenzten Rahmen der Rehabilitation und der nachgehenden Behandlungsangebote zu verbessern, hat die Deutsche Rentenversicherung Broschüren zur „Psychischen Komorbidität – Leitfaden zur Implementierung eines psychodiagnostischen Stufenplans in der medizinischen Rehabilitation“ und zu „Psychologischen Interventionen – Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation: Chronische Rückenschmerzen und Koronare Herzerkrankung“ herausgebracht, welche die Reha-Einrichtungen bei ihrer Arbeit unterstützen.

Da rund 20-40 % aller an Krebs erkrankten Menschen, 15-30 % aller Herzinfarktpatienten und 30-50 % der Patienten mit einer orthopädischen Diagnose begleitende psychische Belastungen oder Störungen aufweisen, haben sich spezielle psychoonkologische, psychokardiologische und verhaltensmedizinisch-orthopädische Schwerpunkte in Reha-Einrichtungen etabliert, welche die psychosozialen Probleme der Rehabilitanden und die Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung in den Mittelpunkt einer ganzheitlichen bio-psycho-sozialen Diagnostik und Therapie rücken.

**Psychische Störungen spielen auch als Begleit- oder Nebenerkrankungen in der somatischen Rehabilitation eine große Rolle. Sie müssen rechtzeitig erkannt und dann angemessen berücksichtigt werden.**

## 2.3 Exkurs: Burnout

Das Thema „Burnout“ wird in der Öffentlichkeit intensiv erörtert und in der Medienberichterstattung immer wieder aufgegriffen. Viele Beschäftigte sehen sich als burnoutgefährdet.

Der Begriff „Burnout“ geht auf den Psychoanalytiker H. J. Freudenberger zurück, der ihn 1976 zunächst auf psychische Krisen sozial engagierter professioneller Helfer bezog, die nicht mehr in der Lage waren, ihr hohes Engagement aufrechtzuerhalten und sich müde, überfordert und lustlos fühlten. Gegenwärtig gibt es jedoch keinen Konsens und keine anerkannte wissenschaftliche Definition des Begriffes „Burnout“. Stattdessen existiert eine Vielzahl an Modellen, Konzepten und Sichtweisen, die von einer völligen Verneinung dieses Krankheitsphänomens bis hin zur Gleichsetzung mit der Diagnose „Depression“ reichen.

Die Beschwerden, die im Zusammenhang mit Burnout beschrieben werden, erfüllen nach den gängigen Klassifikationssystemen nicht die Kriterien einer krankheitswertigen Störung und rechtfertigen daher keine eigenständige „Burnout-Diagnose“. Burnout wird im Kapitel 11 (sogenannte Z-Diagnosen) der ICD-10 verschlüsselt, d. h. als Faktor, „der den Gesundheitszustand beeinflusst und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führt“. Die 2012 veröffentlichten Leitlinien der Deutschen Rentenversicherung für die sozialmedizinische Begutachtung bei psychischen und Verhaltensstörungen ordnen Burnout in die Gruppe der speziellen „Syndrome von Relevanz für die psychiatrisch-psychotherapeutische Begutachtung“ ein.

Die öffentliche Diskussion in Deutschland fördert derzeit eine eher undifferenzierte Bewertung des Begriffes „Burnout“. Viele psychisch belastete Beschäftigte betrachten sich als von Burnout betroffen, ist doch diese Selbstdiagnose viel akzeptierter als die einer psychischen Störung. Die in der Öffentlichkeit häufig vorgenommene Konzeptualisierung von Burnout als Krankheit weckt bei medizinischen Laien die Erwartung, dass die Lösung für Burnoutprobleme im Bereich des Gesundheitssystems gesucht, gefunden und hier von dessen Akteuren umgesetzt wird.

Alltägliche Anforderungen im privaten und beruflichen Umfeld können zu Belastungen werden, die mit vegetativen Stresssymptomen wie Angespanntheit, Schlafstörungen und dem Gefühl innerer Erschöpfung, Überforderung und verminderten Kraftreserven einhergehen. Auch körperliche Symptome wie eine erhöhte Infektanfälligkeit, Magen-Darm-Beschwerden sowie unspezifische Kopf- und Rückenschmerzen können auftreten. Hält diese Situation über einen längeren Zeitraum an, so kann von einem Burnout-Syndrom gesprochen werden.

Das Burnout-Syndrom kann einerseits ein Risiko für eine spätere psychische oder auch körperliche Erkrankung darstellen. Andererseits können die beschriebenen Symptome auf eine bereits vorliegende psychische Störung (z. B. Depression, beginnende Psychose, beginnende Demenz) oder auf körperliche Erkrankungen (z. B. Schilddrüsen-, Infektions- oder Autoimmunerkrankungen, Tumorerkrankungen) hinweisen. Daneben können diese Symptome auch auf einen Substanzmissbrauch oder Nebenwirkungen medikamentöser Therapien hindeuten.

Eine sorgfältige medizinische Differentialdiagnostik ist daher zwingend erforderlich, um die Burnout-Beschwerden näher zu analysieren und um ggf. eine adäquate somatische oder psychiatrisch-psychosomatische Behandlung durchzuführen.

**Der Begriff „Burnout“ wird gegenwärtig kontrovers diskutiert. Das stress-assoziierte Burnout-Syndrom stellt einen Risikofaktor für die Entwicklung körperlicher oder psychischer Erkrankungen dar. Wissenschaftliche Kriterien, die eine eigenständige Burnout-Diagnose begründen, liegen derzeit nicht vor.**

### 3. Psychische Störungen in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung

Für die Rentenversicherung bilden psychische Störungen eine wichtige Indikationsgruppe. Im Jahr 2012 wurden rund 157.000 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wegen psychischer Störungen bewilligt. Mit rund 14 % aller bewilligten medizinischen Reha-Leistungen stellen sie die drittgrößte Indikationsgruppe dar. Bei den psychischen Einzeldiagnosen dominieren depressive Störungen. Abbildung 1 stellt die altersstandardisierten Inanspruchnahmeraten psychosomatisch-psychotherapeutischer Rehabilitation pro 1.000 Versicherte in den Jahren 2004, 2008 und 2012 dar, getrennt nach Männern und Frauen. Im Jahr 2004 haben 1,6 von 1.000 Männern eine Rehabilitation wegen psychischer Störungen in Anspruch genommen. Bei den Frauen lag der Wert mit 3,5 von 1.000 Frauen höher. Verglichen damit ist im Jahr 2012 sowohl bei Männern wie auch bei Frauen eine Zunahme zu verzeichnen: auf 2,7 von 1.000 Männern und 5,5 von 1.000 Frauen.

**Abb. 1: Medizinische Rehabilitation bei psychischen Störungen: Altersstandardisierte Raten pro 1.000 Versicherte**



Versicherte in der psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitation weisen eine Reihe von Besonderheiten auf. Mit durchschnittlich 48 Jahren sind sie jünger als körperlich Erkrankte. Umso wichtiger ist es, ihre Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen. Frauen sind gegenüber Männern überrepräsentiert, vielleicht weil psychische Belastungen und Störungen von Frauen und Männern unterschiedlich wahrgenommen werden, Frauen eher zugestanden wird, psychische Probleme zu haben und dies auch nach außen zu zeigen. Ein Drittel der Rehabilitanden sind vor der Rehabilitation länger als ein halbes Jahr arbeitsunfähig gewesen, mehr als ein Fünftel sind von der Krankenversicherung oder der Bundesagentur für Arbeit aufgefordert worden, eine Rehabilitation zu beantragen, weil ihre Erwerbsfähigkeit gefährdet ist. Dies zeigt, dass die psychosomatisch-psychotherapeutische Rehabilitation häufig erst relativ spät im Krankheitsverlauf stattfindet, die psychische Störung oft bereits chronifiziert ist, was die Erfolgsaussichten der Rehabilitation verringert. Dazu passt, dass nach einer Studie des Robert-Koch-Institutes (DEGS, 2012) bei den 33,3 % der Bevölkerung, die in einem Zeitraum von zwölf Monaten klinisch bedeutsame psychische Störungen zeigen, bei einem Drittel der Betroffenen die Erkrankung bereits länger als sechs Monate besteht (und damit definitionsgemäß als „chronisch“ bezeichnet wird).

Psychische Störungen sind durch eine multifaktorielle Ätiologie, unvollständige Heilung oder Wiederherstellung, langfristige, oft progrediente Verläufe, notwendige fortgesetzte Behandlung, Einschränkung der Aktivitäten im Alltag, Verminderung der Leistungsfähigkeit sowie berufliche und soziale Beeinträchtigungen charakterisiert. Das therapeutische Leistungsspektrum in der psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitation ist auf diese spezifischen Merkmale chronischer psychischer Störungen und ihrer Behandlung abgestimmt.

Die Rehabilitation zielt darauf ab, Funktionsstörungen zu vermindern, Beeinträchtigungen von Aktivitäten auszugleichen und die Leistungsfähigkeit in Beruf und Alltag wieder herzustellen. Die Behandlungsziele werden mit Hilfe eines differenzierten Behandlungsprogramms erreicht, das neben Psychotherapie, Pharmako- und Soziotherapie sowie der Mitbehandlung von körperlichen Begleiterkrankungen insbesondere arbeitsplatzbezogene Leistungen sowie Strategien zur Krankheitsbewältigung, Förderung der Lebensqualität, Lebensstiländerung und Kompensation der Beeinträchtigungen durch die Erkrankung umfasst.

Zum sozialmedizinischen Auftrag der psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitation gehört die Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben als wichtige Entscheidungsgrundlage für das weitere Vorgehen, insbesondere für nachfolgende Leistungen der Rentenversicherung oder anderer Sozialversicherungsträger. Die sozialmedizinische Beurteilung wird im Entlassungsbericht dokumentiert. Die primäre Aufgabe der psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitation besteht nicht nur in der Behandlung der psychischen Störung, sondern auch in einer sozialmedizinischen Weichenstellung für den weiteren Unterstützungsbedarf, die auf einer sorgfältigen diagnostischen Abklärung basiert. Der Entlassungsbericht muss ggf. angeben, welche Fähigkeitseinschränkungen vorliegen und unter welchen Kontextbedingungen (z. B. am Arbeitsplatz) eine Kompensation möglich wäre.

Die Ausgaben der Deutschen Rentenversicherung für die medizinische Rehabilitation psychischer Störungen im Jahr 2012 betragen rund 716 Millionen Euro. Dies entspricht einem knappen Viertel der Gesamtausgaben für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Im Vergleich zur somatischen Rehabilitation handelt es sich um eine Behandlung mit einer in der Regel längeren Leistungsdauer. Sie betrug im Jahr 2012 durchschnittlich 37 Tage bei psychischen Störungen im Vergleich zu 24 Tagen bei somatischen Indikationen. Die psychosomatisch-psychotherapeutische Rehabilitation wurde mit 97 % ganz überwiegend stationär durchgeführt. Nur rund 3 % der Reha-Leistungen wegen psychischer Störungen wurden ambulant erbracht, da ambulante Reha-Angebote für psychische Störungen erst im Aufbau begriffen sind. Stationäre Reha-Angebote sind hingegen flächendeckend in jeder Region realisiert.

**Psychische Störungen spielen in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung eine wachsende Rolle und verursachen rund ein Viertel der Ausgaben für die medizinische Rehabilitation. Im Unterschied zu anderen Versorgungsbereichen ist die psychosomatisch-psychotherapeutische Rehabilitation der Rentenversicherung durch ihren besonderen sozialmedizinischen Auftrag, insbesondere der beruflichen Reintegration und der Beurteilung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben, definiert.**

### 3.1 Zugang zur psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitation

In Deutschland stehen grundsätzlich differenzierte Versorgungsstrukturen mit gestuften Versorgungsangeboten für die Behandlung von psychischen Störungen zur Verfügung. Das Spektrum der Angebote reicht von der Selbsthilfe über Beratungsstellen bis hin zu Haus- und Fachärzten sowie stationären Einrichtungen. Für die Krankenbehandlung psychischer Störungen einerseits und deren medizinische Rehabilitation andererseits bestehen gesetzlich geregelte Zuständigkeiten, differentielle Indikationen und unterschiedliche Behandlungsziele. Prävention, Kuration und Rehabilitation ergänzen einander in der Versorgung psychisch erkrankter Menschen.

Die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung nach §§ 9 und 15 SGB VI hat die Aufgabe, Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit oder das vorzeitige Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder die Betroffenen möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiederenzugliedern. Während im Zentrum der kurativen Medizin die Behandlung der psychischen Störungen steht, liegt der Schwerpunkt der medizinischen Rehabilitation auf der Störungsbewältigung, um einen Umgang mit den Störungsfolgen zu erreichen, der zu einer bestmöglichen Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gesellschaft führt.

Die Rehabilitationsbedürftigkeit ergibt sich nicht allein aus Art und Schwere der Erkrankung. Zusätzlich müssen Hinweise dafür vorliegen, dass die zugrundeliegende Erkrankung anhält, Vorbehandlungen zu keiner ausreichenden Besserung geführt haben und die Teilhabe am Arbeits- sowie am gesellschaftlichen Leben beeinträchtigt ist. Eine stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Rehabilitation ist daher insbesondere dann eine sinnvolle Behandlungsoption, wenn die Erkrankung in ihrem Verlauf mit langen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit einhergeht.

Bei Anträgen auf eine Erwerbsminderungsrente wird zunächst geprüft, ob Aussicht besteht, durch eine psychosomatisch-psychotherapeutische Rehabilitation die Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben wieder herzustellen und so die Teilhabe am Arbeitsleben zu erhalten. Der Zugang zu einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitation kann aber auch aus einer Erwerbsminderungsrente heraus erfolgen, um z. B. eine Teilerwerbsfähigkeit zu erhalten. Außerdem kann die Krankenkasse die Arbeitsunfähigkeit eines Versicherten durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen prüfen lassen und diesen bei Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit nach § 51 SGB V zu einem Reha-Antrag auffordern. Analog gilt dies nach § 145 SGB III für die Agentur für Arbeit.

Der psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitation sollte in der Regel eine ambulante fachspezifische Behandlung vorausgehen. Ferner haben Versicherte nur dann Anspruch auf eine medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung, wenn neben der Reha-Bedürftigkeit aufgrund gefährdeter oder geminderter Erwerbsfähigkeit auch eine positive Erwerbsprognose besteht. Des Weiteren müssen die Versicherten auch rehafähig, d. h. belastbar genug sein, an den rehabilitativen Leistungen aktiv teilzunehmen. Diese Voraussetzungen für die Durchführung der Rehabilitation werden von der Rentenversicherung im Vorfeld der Rehabilitation geprüft.

Die Rehabilitation bei psychischen Störungen erfolgt in rund 195 Reha-Einrichtungen und Fachabteilungen, von denen 25 auf rentenversicherungseigene Kliniken und 170 auf Vertragseinrichtungen entfallen. Diese Kapazitäten wurden in den letzten Jahren ausgebaut. Damit steht eine bedarfsgerechte Angebotsstruktur für die medizinische Rehabilitation psychischer Störungen zur Verfügung.

Menschen mit komplexen psychischen Störungen, wie z. B. Persönlichkeits- oder Essstörungen, werden in besonders qualifizierten Schwerpunkteinrichtungen rehabilitiert. Ferner existieren spezielle Reha-Einrichtungen für psychisch kranke Menschen (sog. RPK-Einrichtungen).

Diese erbringen aufwendige und oft langdauernde Leistungen zur medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation aus einer Hand, vor allem bei jüngeren Rehabilitanden mit schweren psychiatrischen Erkrankungen, insbesondere psychotischen Störungen.

Problematisch für die psychosomatisch-psychotherapeutische Rehabilitation bleibt, dass Versicherte oft erst sehr spät im Krankheitsprozess in die Rehabilitation kommen und eine angemessene Vorbehandlung wegen unzureichender Versorgungsstrukturen häufig nicht stattgefunden hat.

**Die Rehabilitation der Rentenversicherung setzt Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit sowie eine positive Erwerbsprognose voraus. Der psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitation sollte eine angemessene Krankenbehandlung der psychischen Störung vorausgehen.**

### 3.2 Vorbereitung auf die psychosomatisch-psychotherapeutische Rehabilitation

Menschen mit psychischen Störungen stehen der psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitation gelegentlich skeptisch gegenüber und wissen wenig über dieses ihnen unvertraute Therapieangebot. Eine gelungene Vorbereitung erleichtert den Start in die Rehabilitation und erhöht deren Erfolgsaussicht. Reha-Vorbereitung muss bei den Erwartungen der Betroffenen ansetzen. Im Zentrum stehen dabei Informationsvermittlung und ggf. gezielte Bearbeitung bestehender Ängste und Verunsicherungen. Dies dient der Entwicklung einer tragfähigen Behandlungsmotivation, der Förderung der Bereitschaft zu notwendigen Verhaltensänderungen und der Erarbeitung von angemessenen Reha-Zielen.

Ein erster Schritt ist die Information und Motivierung durch die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten vor der Einleitung der psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitation. Bei Bewilligung der Rehabilitation werden in der Regel eine Reha-Vorbereitungsbroschüre der Rentenversicherung und/oder Informationsmaterial der Reha-Einrichtung an die Rehabilitanden versandt. Auch Informationen im Internet tragen zur Vorbereitung auf die Rehabilitation bei. Aufwendiger, aber auch wirksamer, sind ergänzende Informationsabende und Vorgespräche in der Reha-Einrichtung.

Speziell für psychische Störungen wurden Schulungsprogramme zur psychoedukativen Vorbereitung auf die Rehabilitation konzipiert. Hier werden im Vorfeld der Rehabilitation Fragen zum Ablauf der Rehabilitation zusammen mit der Rehabilitandin bzw. dem Rehabilitanden bearbeitet. Zum Einstieg in die Reha-Vorbereitung werden häufig spezielle Fragebögen eingesetzt, z. B. zur Erfassung der individuellen Krankheitsbelastung, der Reha-Motivation oder des Reha-Kennnisstandes. Forschungsprojekte der Rentenversicherung erproben neue Möglichkeiten zur Vorbereitung auf die Rehabilitation, insbesondere durch den Einsatz moderner Medien.

**Die Vorbereitung der Rehabilitanden auf die psychosomatisch-psychotherapeutische Rehabilitation muss noch wirksamer ausgestaltet werden und dabei an die Erwartungen, Kenntnisse und Einstellungen der Versicherten anknüpfen.**

### 3.3 Reha-Konzepte für unterschiedliche Bedarfslagen psychisch Erkrankter

Um der Vielfalt psychisch erkrankter Rehabilitanden Rechnung zu tragen, haben Reha-Einrichtungen differenzierte Konzepte für die unterschiedlichen besonderen Problemlagen der Rehabilitanden entwickelt.

**Berufsbezogene Reha-Konzepte:** Da bei etwa einem Drittel der Versicherten, die eine medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung erhalten, besondere berufliche Problemlagen vorliegen, verstärkt die Rentenversicherung seit einigen Jahren unter dem Stichwort „Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation“ (MBOR) die berufliche Orientierung der medizinischen Rehabilitation, um eine noch bessere berufliche Wiedereingliederung der Rehabilitanden zu erreichen. Dabei werden gezielt diagnostische und therapeutische Leistungen mit Berufsbezug erbracht, um die Inhalte der Rehabilitation mit der Arbeitsrealität der Rehabilitanden besser zu verzahnen, Ausgangspunkt ist ein differenzierter Vergleich von beruflichen Anforderungen und Fähigkeiten. Im Zentrum der Therapie stehen zum einen berufsbezogene psychoedukative Gruppenangebote, z. B. zur Erarbeitung berufsbezogener Ziele sowie zu Strategien des Umgangs mit Belastungen aus der Arbeitssituation. Zum anderen spielen Belastungserprobungen und Arbeitsplatztraining eine wichtige Rolle. Die Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation erhöht bei Versicherten mit besonderen beruflichen Problemlagen nachweislich die Wahrscheinlichkeit der beruflichen Wiedereingliederung.

**Reha-Konzepte für besondere Gruppen:** Untersuchungen zeigen, dass nicht alle Rehabilitanden gleich gut von einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitation profitieren: Für ältere und arbeitslose Rehabilitanden, Rehabilitanden mit langen Arbeitsunfähigkeitszeiten, die bereits einen Rentenantrag gestellt haben, Rehabilitanden mit einem eher somatischen Krankheitsverständnis oder einer geringen Änderungsbereitschaft, Rehabilitanden mit einer ungünstigen Motivationslage und/oder mit einer negativen subjektiven Erwerbsprognose haben Reha-Einrichtungen spezifische Konzepte entwickelt und umgesetzt. Diese sehen beispielsweise eine Eingangsdiagnostik zur Identifikation der besonderen Problemsituation, ein soziales Kompetenztraining oder themenzentrierte Gruppenangebote zu „Arbeit und Beruf“ vor. Außerdem bieten die Reha-Einrichtungen zunehmend zusätzliche indikative Gruppen an, z. B. zu Themen wie Burnout, Mobbing oder Stressbewältigung.

**Geschlechtsspezifische Reha-Konzepte:** Männer und Frauen unterscheiden sich in Häufigkeit und Art psychischer Störungen und in der Inanspruchnahme entsprechender Behandlungs- und Rehabilitationsangebote. Um den Lebenssituationen, Problemlagen, Risikokonstellationen und Bedürfnissen beider Geschlechter gerecht zu werden, sind auch in der psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitation besondere Angebote erforderlich, wie z. B. Gruppen für Frauen mit Gewalterfahrung oder mit Doppelbelastung durch Familie und Beruf, sowie Möglichkeiten der Kinderbetreuung während der medizinischen Rehabilitation.

**Migrantenspezifische Reha-Konzepte:** Des Weiteren hat sich die Rentenversicherung auf die Versorgung von Migranten mit psychischen Störungen eingestellt. Sie hält zunehmend migrantenspezifische Reha-Angebote vor, die sich dadurch auszeichnen, dass sie mutter- und mehrsprachig, kultursensibel und unter Einbindung der Familie durchgeführt werden. Mit diesen Angeboten sollen kulturelle Hemmschwellen und Sprachbarrieren überwunden werden, die ein Zugangs- und Behandlungerschwernis darstellen können.

**Die Konzepte der psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitation beziehen sich auf die unterschiedlichen Bedarfslagen der chronisch erkrankten Rehabilitanden. Die Rentenversicherung baut die berufliche Orientierung der medizinischen Rehabilitation ebenso aus wie die Berücksichtigung besonderer Risiko-Konstellationen.**

### 3.4 Qualität der psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitation

Das Sozialgesetzbuch verpflichtet die Reha-Leistungsträger zu gemeinsamen Qualitätssicherungsaktivitäten und die Leistungserbringer zur Einführung eines einrichtungsbezogenen Qualitätsmanagementsystems. In der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung wird eine ganze Reihe von Instrumenten eingesetzt: Neben der Strukturqualität der Einrichtungen werden auch der Behandlungsprozess selbst, die Sicht des Rehabilitanden auf die durchgeführte Rehabilitation, die Ergebnisse der Rehabilitation sowie der Erwerbsverlauf nach einer Rehabilitation einbezogen.

Um die strukturellen Voraussetzungen für eine effektive Rehabilitation zu gewährleisten, wurden von der Rentenversicherung indikationsspezifische Reha-Konzepte und Anforderungen an die Strukturqualität medizinischer Reha-Einrichtungen formuliert.

Der Reha-Prozess wird im Rahmen des Peer Review-Verfahrens durch geschulte Rehabilitationsmediziner anhand ärztlicher Entlassungsberichte und Therapiepläne begutachtet. Dabei erreichen die psychosomatisch-psychotherapeutischen Reha-Einrichtungen insgesamt positive Qualitätsbewertungen. Allerdings vermissen die Gutachter häufig eine umfassende und nachvollziehbare sozialmedizinische Leistungsbeurteilung. Ferner wird der für eine erfolgreiche Rehabilitation wichtige Bereich der Therapieziele häufiger als andere Bereiche beanstandet. Hier fehlt dann insbesondere eine Abstimmung zwischen Arzt, Reha-Team und Patient über Reha-Plan, -Ziele und -Verlauf.

Die dokumentierten Therapien verdeutlichen das Leistungsgeschehen in der Rehabilitation. Dabei werden eine multimodale und multiprofessionelle therapeutische Versorgung in der psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung deutlich, die vor allem psychotherapeutische und arbeitsbezogene Leistungen, körperlich aktivierende Elemente, wie z. B. Bewegungstherapie, Gesundheitsbildung, psychologische Krisenintervention sowie Sozialberatung, Entspannungsverfahren, ergotherapeutische Maßnahmen, aber auch – je nach Bedarf – eine medikamentöse Therapie umfasst.

Auswertungen zu den Reha-Therapiestandards „Depressive Störungen“ veranschaulichen, inwieweit Rehabilitanden mit entsprechender Diagnose gemäß den in den Reha-Therapiestandards formulierten Qualitätsanforderungen der Rentenversicherung rehabilitiert werden. Mit diesen Standards wurden für die häufigste psychosomatisch-psychotherapeutische Indikation an wissenschaftlichen Erkenntnissen ausgerichtete Vorgaben für die Verbesserung der rehabilitativen Versorgung in die Routine eingeführt. Derzeit werden diese Anforderungen nicht immer vollständig erfüllt. In den letzten Jahren sind jedoch deutliche Verbesserungen festzustellen.

Die Rehabilitandenbefragung informiert über die Zufriedenheit der Rehabilitanden sowie ihre subjektive Einschätzung des Behandlungsergebnisses. Das Gesamturteil über die psychosomatisch-psychotherapeutische Rehabilitation fällt positiv aus. Die patientenseitige Zufriedenheit ist am höchsten, wenn es um die pflegerische Betreuung durch das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal geht. Andererseits äußern sich die Patienten vergleichsweise unzufrieden mit den während der Rehabilitation erhaltenen Verhaltensempfehlungen für Alltag und Beruf. Eine Übertragung auf die konkrete berufliche Tätigkeit und in den Lebensalltag der Betroffenen gelingt offenbar nicht immer nachhaltig.

Bei der Bewertung der Reha-Qualität steht der Aspekt der Qualitätsförderung im Vordergrund. Die Qualität der erbrachten Reha-Leistungen hat aber auch eine wichtige Rolle bei der Steuerung der Rehabilitation.

**Die Qualität der psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitation ist auf einem hohen Stand. Allerdings bestehen weiterhin erhebliche Qualitätsunterschiede zwischen den Reha-Einrichtungen, die mit Hilfe des internen Qualitätsmanagements und der externen Qualitätssicherung zu reduzieren sind.**

### 3.5 Erfolg der psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitation

Der Erfolg psychosomatisch-psychotherapeutischer Rehabilitation kann an Hand zahlreicher Kennwerte nachgewiesen werden. Dazu zählen für die Rentenversicherung vor allem Kriterien wie Erwerbsfähigkeit und Rückkehr in den Beruf (return to work). Aber auch der Reha-Erfolg aus Patientensicht, das Erreichen von konkreten Behandlungszielen, die Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und die Zufriedenheit der Rehabilitanden mit den Behandlungsergebnissen werden bei der Messung des Erfolgs berücksichtigt.

Zahlreiche Wirksamkeitsstudien belegen den Erfolg psychosomatisch-psychotherapeutischer Rehabilitationen (Steffanowski et al. 2007). Sie bestätigen einen gesundheitlichen Nutzen für die Rehabilitanden, z. B. durch Verbesserung des psychischen Wohlbefindens und alltagsrelevanter Beeinträchtigungen, Linderung der psychischen Krankheitssymptomatik, Zunahme der Belastbarkeit, Stressverarbeitung und Leistungsfähigkeit sowie Erhöhung von Selbstwirksamkeit, Aktivität und Partizipation. Die Zahl der psychiatrisch-psychotherapeutischen sowie psychosomatischen Krankenhausaufenthalte reduziert sich ebenso wie die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage und die Menge an verschriebenen Medikamenten. Die erzielten Ergebnisse sind vielversprechend, die Wirkung nimmt jedoch mit zeitlichem Abstand zur Rehabilitation etwas ab. Eine geringere Krankheitschwere sowie eine ausreichende Motivation, ein frühes Einleiten der Reha-Nachsorge sowie eine längere Dauer bzw. höhere Frequenz der Nachbetreuung gehen dabei mit einem besseren Behandlungsergebnis einher.

Bei der Befragung der Rehabilitanden im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung bei psychischen Störungen geben fast drei Viertel eine Besserung ihrer Beschwerden als Folge der durchgeführten Rehabilitation an, d. h. z. B. eine Zunahme ihrer Vitalität und eine Stabilisierung ihrer Stimmungslage. Zwei Drittel der Rehabilitanden werden durch die Rehabilitation dazu angeregt, ihre Lebensführung und ihr Gesundheitsverhalten umzustellen und sich z. B. einer Selbsthilfegruppe anzuschließen, den Kontakt zu einer Beratungsstelle aufzunehmen oder eine ambulante Psychotherapie zu beginnen. Der allgemeine Gesundheitszustand wird von knapp 60 % der Rehabilitanden als gebessert eingestuft.

Wesentliches Ziel der Rehabilitation der Rentenversicherung ist es, die Erwerbsfähigkeit der Versicherten möglichst lange zu erhalten und eine Berentung wegen Erwerbsminderung zu vermeiden. In den zwei Jahren nach einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitation im Jahre 2008 waren 84 % der Rehabilitanden erwerbsfähig, d. h. der größte Teil der Rehabilitanden konnte im Erwerbsleben verbleiben. Nur 14 % der Rehabilitanden bezogen eine Erwerbsminderungsrente. Der Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“ wird auch bei psychischen Störungen erfolgreich umgesetzt. Eine dauerhafte berufliche (Re-)Integration gelingt umso seltener, je höher die Zahl der krankheitsbedingten Fehltag vor der Rehabilitation ist. Einschränkend sei darauf hingewiesen, dass die tatsächliche Erwerbstätigkeit von Rehabilitanden nicht zuletzt auch von der regionalen Arbeitsmarktlage abhängt, d. h. von einem Faktor, der weder von der Rentenversicherung noch von der Qualität der durchgeführten Rehabilitation oder von den Rehabilitanden selbst beeinflusst werden kann.

Auswertungen zur wirtschaftlichen Relevanz der Rehabilitation psychischer und Verhaltensstörungen zeigen ferner, dass die Rehabilitation sich auch volkswirtschaftlich rechnet, wenn man die Kosten (Arbeitsausfall durch und während der Rehabilitation, Reha-Kosten) und den Nutzen (gewonnene Berufstätigkeitsjahre, reduzierte Arbeitsunfähigkeitstage, vermiedene Beitragsverluste und Renten) gegenüberstellt. Ökonomische Modelle auf der Grundlage des sozialmedizinischen Erwerbsverlaufs nach einer abgeschlossenen Rehabilitation errechnen ein Verhältnis von 1:5 zwischen Mitteleinsatz und volkswirtschaftlichem Nettoeffekt, was u. a. zur Entlastung anderer sozialer Sicherungssysteme führt (Prognos, 2009). Insbesondere für adäquat vorbehandelte Rehabilitanden, stärker beruflich orientierte Behandlungsansätze, differentielle Patientenschulungen und Reha-Leistungen mit zügig eingeleiteter Nachsorge lässt sich eine nachhaltige Wirksamkeit aufzeigen. Auf Grundlage dieser Ergebnisse kann die psychosomatisch-psychotherapeutische Rehabilitation als eine gute „Investition“ angesehen werden.

**Der Erfolg der psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitation lässt sich sowohl mit der Rückkehr in den Beruf, der Verringerung von Arbeitsunfähigkeitszeiten als auch mit der durch den Patienten wahrgenommenen Besserung der psychischen Störung und ihrer Auswirkungen belegen. Eine angemessene Vorbehandlung fördert den Reha-Erfolg.**

### **3.6 Nachsorge nach psychosomatisch-psychotherapeutischer Rehabilitation**

Psychosomatisch-psychotherapeutische Rehabilitation ist erst dann effektiv, wenn die Rehabilitanden das Erfahrene und Erlernte in ihre individuelle Lebens- und Arbeitswelt übertragen. Im Anschluss an eine psychosomatisch-psychotherapeutische Rehabilitation können daher weiterführende Leistungen den erreichten Reha-Erfolg festigen. Dazu gehören z. B. Reha-Nachsorge, die Fortsetzung oder der Beginn einer ambulanten Behandlung, die Mitarbeit in einer Selbsthilfegruppe, die Einleitung einer stufenweisen Wiedereingliederung oder auch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA).

Die Reha-Einrichtungen legen darauf großes Augenmerk und schlagen den Rehabilitanden im Reha-Entlassungsbericht geeignete weiterführende Maßnahmen vor: Für über 80 % der Rehabilitanden ist danach eine psychotherapeutische Weiterbehandlung angezeigt. Jedem zehnten Rehabilitanden wird eine stufenweise Wiedereingliederung ins Erwerbsleben oder eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben empfohlen. Rund 12 % der Versicherten wird eine psychosomatische Nachsorge und 7 % die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe angeraten. Die psychosomatisch-psychotherapeutische Rehabilitation ist also in der Regel keineswegs eine isolierte Episode im Krankheitsverlauf, sondern eingebunden in weiterführende Angebote und Aktivitäten, für die sie die richtigen Weichen stellt.

Die Deutsche Rentenversicherung hat spezielle Reha-Nachsorgeprogramme entwickelt. Für psychische Störungen stehen zahlreiche Modelle zur Verfügung. Dazu zählen z. B. die Intensivierte Rehabilitations-Nachsorge (IRENA), die ambulante psychosomatische Nachsorge in Form des Curriculums Hannover und ambulante Folgeleistungen in Form von psychosomatischer Reha-Nachsorge (PRN). Manche dieser Nachsorgeformen werden ausdrücklich nur bei psychischen Störungen durchgeführt, andere auch bei somatischen Erkrankungen.

Die Konzepte der speziell auf psychische Störungen ausgerichteten Nachsorgeleistungen sind miteinander vergleichbar. Sie schließen sich unmittelbar an die psychosomatisch-psychotherapeutische Rehabilitation an und werden in der Regel ambulant in Gruppenform in dafür von der Rentenversicherung zugelassenen Einrichtungen angeboten. Wesentliche Bestandteile sind die problemorientierte Gruppenarbeit, Information, Motivation und Schulung sowie die begleitende Unterstützung bei Problemen am Arbeitsplatz und im Alltag. Belastete Angehörige der psychisch Erkrankten können zum Teil in die Reha-Nachsorge einbezogen werden. Außerdem gibt es als Modelle neue Ansätze einer internetbasierten Reha-Nachsorge. Häufig wird auch die Mitarbeit in einer gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppe (z. B. bei Angststörungen, Depressionen, Essstörungen) als ein wichtiges Element der Reha-Nachsorge empfohlen. Eine zusätzliche Option zur Aufrechterhaltung des Behandlungserfolgs stellen psychosoziale Nachsorgeprogramme für körperlich erkrankte Rehabilitanden mit psychischer Komorbidität (z. B. an Brustkrebs erkrankte Frauen, chronische Schmerzpatienten) dar.

Die Berufsorientierung spielt in der Reha-Nachsorge der Rentenversicherung eine zunehmende Rolle, um die berufliche (Wieder-)Eingliederung zu fördern. Dem dient die Kooperation der Rentenversicherung und der Nachsorgeeinrichtungen mit den Betrieben und hier insbesondere den Betriebs- und Werksärzten. Die Reha-Nachsorge kann auf die jeweiligen Anforderungen am individuellen Arbeitsplatz zugeschnitten werden und auf psychosoziale Problemlagen im Betrieb eingehen.

Weitergehende Arbeitsplatzberatung durch die Fachberater der Rentenversicherung kann die Versicherten dabei unterstützen, ihren Beruf trotz ggf. noch bestehender Krankheitsfolgen weiter auszuüben.

Studien zur Nachsorge bei psychischen Störungen belegen, dass die Rehabilitanden den Behandlungserfolg mit Hilfe der Nachsorge über einen längeren Zeitraum halten und verbessern können und dass die Weiterbehandlung einen stabilisierenden Effekt auf die Belastbarkeit sowie Erwerbstätigkeit haben kann.

**Der Erfolg der psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitation wird durch Reha-Nachsorge verstetigt. Die Nachsorgeangebote der Deutschen Rentenversicherung bei psychischen Störungen werden kontinuierlich qualitativ und quantitativ weiterentwickelt.**

### **3.7 Unterstützung der beruflichen Wiedereingliederung bei psychischen Störungen**

Schon während der Rehabilitation stehen besondere Methoden zur Unterstützung der späteren beruflichen Wiedereingliederung zur Verfügung: Reha-Assessments, um die Neigungen und Fähigkeiten des Erkrankten mit den Anforderungen des Arbeitsplatzes zu vergleichen, Arbeitserprobungen, um die berufliche Eignung mittels praktischer Übungen abzuklären, oder Belastungserprobungen, um sicherzustellen, dass die Belastungen des Arbeitsalltages bewältigt werden können.

Im Anschluss an eine Rehabilitation kann ein gezieltes Fallmanagement für Versicherte mit gefährdetem Erwerbsbezug angezeigt sein: Hier übernehmen erfahrene Fallmanager die individuelle Fallbegleitung. Ihre Aufgabe ist die Vermittlung zwischen dem für den Einzelnen häufig unübersichtlichen Versorgungssystem und dem Betroffenen. Der Fallmanager wählt ggf. Versicherte mit besonderen beruflichen Problemlagen aus, berät die Versicherten, wie es weitergehen kann und trifft eine Zielvereinbarung mit ihnen. Fallmanager planen und steuern die abgestimmten Maßnahmen, justieren sie während des Behandlungsverlaufs und prüfen, ob das gewünschte Ergebnis (= berufliche Wiedereingliederung) erzielt wurde. Dabei koordinieren sie die gesamte Leistungserbringung und greifen auf ein Netz von Kooperationsbeziehungen zurück, die dem auf sich allein gestellten Rehabilitanden nicht zur Verfügung stehen.

An die medizinische Rehabilitation können sich Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben anschließen. Hierzu gehören insbesondere Leistungen an Arbeitgeber, die Berufsvorbereitung, die berufliche Anpassung, die Weiterbildung oder die Umschulung (siehe Kapitel 4).

Weitere Maßnahmen zur Unterstützung der beruflichen Wiedereingliederung erfolgen in Zusammenarbeit mit anderen Akteuren des Gesundheitswesens, anderen Reha-Trägern sowie Betrieben und sind in Kapitel 6 beschrieben. Der berufliche Wiedereinstieg kann auch direkt im Betrieb stattfinden, z. B. über eine stufenweise Wiedereingliederung, die bei Bedarf durch den Sozialdienst der Reha-Einrichtung eingeleitet wird. Rehabilitanden werden dann nach längerer schwerer Krankheit schrittweise an die volle Arbeitsbelastung herangeführt, um ihnen den Übergang zur vollen Berufstätigkeit zu erleichtern.

**Arbeit und Beschäftigung haben in unserer Gesellschaft einen hohen Stellenwert. Die Aufgabe der Rentenversicherung hört mit Abschluss der medizinischen Reha-Leistung nicht auf, sondern geht darüber hinaus, z. B. als Reha-Nachsorge, Fallbegleitung oder stufenweise Wiedereingliederung.**

## 4. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei psychischen Störungen

Auch bei psychischen Störungen können Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA, berufliche Rehabilitation) für die berufliche Reintegration notwendig sein. Diese werden bei Bedarf in der Regel von einem Reha-Fachberater des Rentenversicherungsträgers eingeleitet. Vor Beginn von Bildungsleistungen ist eine genaue Feststellung des Leistungsprofils und der Fähigkeitseinschränkungen der Rehabilitanden erforderlich. Je nach individueller Sachlage sind unterschiedliche berufliche Reha-Leistungen notwendig. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben lassen sich daher differenzieren in:

1. Leistungen zur Erhaltung eines Arbeitsplatzes, wie etwa Arbeitsassistenten, Leistungen an den Arbeitgeber oder Trainings- und Integrationsmaßnahmen,
2. Leistungen zur Erlangung eines Arbeitsplatzes, wie etwa Bewerbungskosten, Fahrtkostenbeihilfe, Umzugskostenbeihilfe und
3. Leistungen zur beruflichen Anpassung und Weiterbildung, wie etwa die überbetriebliche Weiterbildung bei einem Berufsförderungswerk oder einem freien Bildungsträger (Umschulung, Fortbildung).

Die Leistungen können entweder in einem Betrieb, in überbetrieblichen Einrichtungen (z. B. Fachschulen, Bildungszentren) oder in speziellen Rehabilitationseinrichtungen (z. B. Berufsförderungswerken, Berufstrainingszentren, Werkstätten für behinderte Menschen) durchgeführt werden. Einen eigenständigen Einrichtungstypus stellen Reha-Einrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK) dar, die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben aus einer Hand anbieten (vgl. auch Kapitel 3.1).

In Berufstrainingszentren (BTZ) werden praxisnahe Angebote zur beruflichen Orientierung mit psychosozialen Angeboten und Strategien zur Stressbewältigung kombiniert. Außerdem dienen u. a. Übungsfirmen und Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) der beruflichen Reintegration psychisch kranker und behinderter Menschen. Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation (Phase II) verknüpfen die medizinische Rehabilitation eng mit bestimmten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und gewährleisten so beim Übergang von medizinischer zu beruflicher Rehabilitation die Kontinuität des Gesamtprozesses.

Bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist der Anteil der Rehabilitanden mit psychischen Störungen seit sechs Jahren relativ konstant und liegt bei rund 13 %. Damit stehen psychische Störungen hinter orthopädischen Erkrankungen sowie Krankheiten des Verdauungssystems und des Stoffwechsels auf Platz drei der Bewilligungsdiagnosen. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden zwar seltener durchgeführt als Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, aber insbesondere die überbetrieblichen Weiterbildungen mit ihrer langen Dauer verursachen hohe Kosten pro Leistung.

Auch bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wird die Rehabilitation in vielen Modellprojekten weiterentwickelt: Rentenversicherungsträger klären z. B. die Teilhabe am Arbeitsleben für psychisch erkrankte Menschen mit Berufsförderungswerken der Region ab. Oder die Rentenversicherung ermöglicht in Kooperation mit Berufsförderungswerken psychisch erkrankten Menschen eine berufliche Grundqualifikation durch Betriebspraktika und „trainings on the job“. Bei einem weiteren Modell bietet die Rentenversicherung eine psychologische Begleitung bei der beruflichen (Wieder-)Eingliederung behinderter Menschen. Zunehmend werden auch Konzepte des Work Hardening eingesetzt: Zur Anwendung kommen simulierte Arbeitstätigkeiten, Arbeit mit Etappen- bzw. Wochenzielen, Schulung ergonomischer Arbeitstechniken, Ansätze zum Stressabbau sowie konkrete Empfehlungen zur Arbeitsperspektive. Manchmal ist allerdings auch die Bereitschaft des Arbeitgebers erforderlich, organisatorische Veränderungen am Arbeitsplatz vorzunehmen, um die berufliche Reintegration zu realisieren.

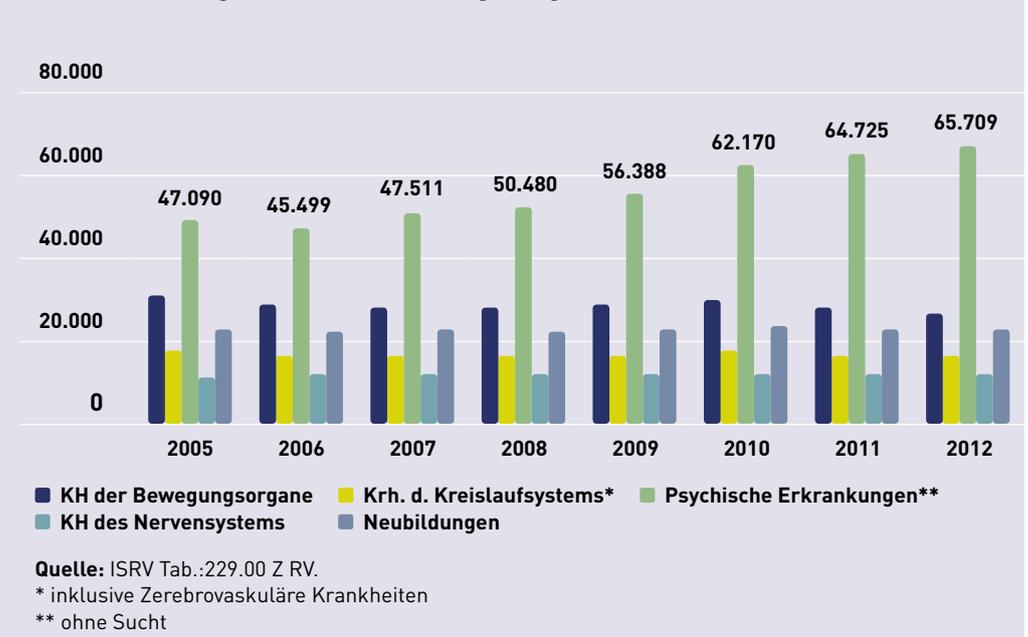
Bei diesen Modellen ist eine enge Zusammenarbeit aller Beteiligten erforderlich, um eine frühzeitige Einleitung sowie die nahtlose und zügige Durchführung der erforderlichen Leistungen und Maßnahmen sicherzustellen. Partner in diesen Netzwerken sind neben den Reha-Beratern der Rentenversicherungsträger, die Agenturen für Arbeit, Unternehmen und Betriebe, Bildungsträger und Integrationsfachdienste, Beratungsstellen sowie Fachärztinnen und Fachärzte.

**Psychische Störungen stehen auf Platz drei der Bewilligungsdiagnosen in der beruflichen Rehabilitation. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben können entscheidend zum Wiedereinstieg in das Berufsleben beitragen. Wichtig sind dabei ein bedarfsge-rechter Zuschnitt der Angebote und die reibungslose Kooperation zwischen Reha-Träger, Leistungserbringer und Arbeitswelt.**

## 5. Psychische Störungen im Erwerbsminderungsgeschehen

Der Anteil der Erwerbsminderungsrenten (EM-Renten) wegen psychischer Störungen an der Gesamtheit der Berentungen nimmt seit 2001 kontinuierlich zu. In der Statistik der Deutschen Rentenversicherung lagen psychische Störungen in den 1990er Jahren noch an dritter Stelle. Seit 2001 sind psychische Störungen der häufigste Grund für die Bewilligung einer EM-Rente. Im Jahr 2012 erfolgten 37 % aller EM-Berentungen aufgrund psychischer Störungen (siehe Abb. 2).

**Abb. 2: Renten wegen Erwerbsminderung: Ausgewählte Indikationen 2005-2012**



Innerhalb der Gruppe der psychischen und Verhaltensstörungen, die zu einer EM-Rente führen, sind die affektiven Störungen wie Depression und Angststörungen führend. Sie nehmen kontinuierlich zu, während die anderen psychischen Störungen wie somatoforme Störungen und Suchterkrankungen einen geringeren Anstieg zeigen. Die Zahl der Neuberentungen wegen schizophrener, schizotyper und wahnhafter Störungen ist über die Jahre gesehen stabil.

Die ökonomische Tragweite psychischer Erkrankungen für die Rentenversicherung wird dadurch unterstrichen, dass die Versicherten im Schnitt bei Rentenbeginn jünger (48,1 Jahre) sind als der Durchschnitt der EM-Rentnerinnen und -Rentner der anderen Diagnosegruppen (50,4 Jahre). Das bedeutet, dass einerseits der Solidarge-meinschaft frühzeitig Sozialversicherungsbeiträge verloren gehen, andererseits aber länger Rentenleistungen gezahlt werden müssen.

Nach dem Prinzip „Reha vor Rente“ wird bei einem Antrag auf eine EM-Rente sozialmedizinisch geprüft, ob eine medizinische Rehabilitation in Betracht kommt, um ein frühzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern. Für die Feststellung von Rehabilitationsbedürftigkeit und Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben hat die Deutsche Rentenversicherung eine umfangreiche Leitlinie für die sozialmedizinische Begutachtung von Menschen mit psychischen und Verhaltensstörungen entwickelt und veröffentlicht.

**Psychische Störungen, insbesondere Depressionen und Angststörungen, haben als Ursache von Erwerbsminderungsrenten eine große Bedeutung. Die rechtzeitige Durchführung einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitation oder einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben kann helfen, die Erwerbsfähigkeit zu erhalten.**

## 5.1 Rehabilitation und Erwerbsminderungsrentenantrag

Im Jahr 2012 hatten von den neu berenteten Versicherten mit den hier besonders interessierenden psychischen Störungen (ICD-10 F30-F48, vgl. Kap. 1) 54 % in den fünf Jahren zuvor eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation in Anspruch genommen. Dieser Anteil ist höher als bei Versicherten, die wegen anderer Erkrankungen erstmalig eine EM-Rente bekamen. Dennoch stellt sich die Frage, warum in 46 % der Fälle nicht versucht wurde, durch die medizinische Rehabilitation die Berentung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zu vermeiden. Als subjektive Gründe für die Nichtinanspruchnahme von Reha-Leistungen in den fünf Jahren vor Berentung können gelten: Fehlende Aussicht auf Besserung der Erkrankung, eine Verschlimmerung der Erkrankung, Sorge um den Erhalt des Arbeitsplatzes, Unvereinbarkeit von Beruf, Familie und Rehabilitation, monetäre Aspekte (Zuzahlungen), Unkenntnis über die Rehabilitationsmöglichkeiten oder Ablehnung des Reha-Antrages durch den Reha-Träger (vgl. dazu Martin & Zollmann, 2012). Eine mögliche Erklärung aus Sicht der Reha-Träger ist, dass die Antragstellung für eine Rehabilitation bei Menschen mit psychischen Störungen häufig erst in einem bereits chronischen Stadium der Erkrankung erfolgt. In dieser Situation sind die Erfolgsaussichten für eine Rehabilitation und den Erhalt der Erwerbsfähigkeit möglicherweise schon so eingeschränkt, dass keine positive Erwerbsprognose mehr gegeben ist und daher nur noch eine Rehabilitation durch die Krankenversicherung in Frage kommt.

Die Rentenantragstellung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit steht meistens am Ende eines komplexen und langdauernden Prozesses, so dass ein Rehabilitationsangebot zu diesem Zeitpunkt in der Regel zu spät kommt. Nur noch wenige Versicherte erfüllen dann noch die Voraussetzungen für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Ziel muss es deshalb sein, Versicherten mit psychischen Störungen rechtzeitig eine adäquate Behandlung und ggf. Rehabilitation zukommen zu lassen. Das erfordert eine enge Zusammenarbeit zwischen der Rentenversicherung und niedergelassenen Ärzten sowie den Krankenkassen.

**Bei psychischen Störungen wird ein Reha-Antrag häufig erst in einem bereits chronischen Stadium der Erkrankung gestellt. Liegt bereits ein EM-Renantrag vor, kommt ein Rehabilitationsangebot in der Regel zu spät. Alle Akteure des Gesundheitswesens müssen eng kooperieren, um Menschen mit psychischen Störungen rechtzeitig eine geeignete Leistung anzubieten.**

## 5.2 Erwerbsminderungsrenten bei psychischen Störungen

Renten wegen Erwerbsminderung werden grundsätzlich zunächst befristet für längstens drei Jahre geleistet (§ 102 Abs. 2 SGB VI). Hinter der Befristung steht die Erwartung, dass in dieser Zeit durch geeignete Therapien oder Rekonvaleszenz die Rückkehr in das Arbeitsleben möglich wird. Im optimalen Fall entfällt der Grund für die Erwerbsminderung spätestens mit dem Ende der Befristung. Als Teilerfolg gilt aber auch, wenn anstelle einer vollen Erwerbsminderung nur noch eine teilweise Erwerbsminderung vorliegt.

In der Praxis kann allerdings bislang nur ein geringer Anteil der Versicherten im Anschluss an eine befristete EM-Rente beruflich wieder eingegliedert werden. Die Gründe hierfür sind vielschichtig: Menschen mit psychischen Erkrankungen gehen häufig schon lange vor Gewährung der EM-Rente keiner versicherungspflichtigen Beschäftigung mehr nach und weisen lange Zeiten der Arbeitsunfähigkeit auf. Sie sind also bereits zum Zeitpunkt der Rentenantragstellung beruflich so desintegriert, dass die Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit nach Ende der Zeitrente deutlich erschwert ist. Der Beschäftigungsstatus zum Zeitpunkt der Antragstellung ist der stärkste prädiktive Faktor dafür, ob eine EM-Rente auf Dauer vermieden werden kann. Langzeit-Arbeitslosigkeit und Langzeit-Arbeitsunfähigkeit erschweren die Rückkehr in das Erwerbsleben massiv.

Außerdem verschlechtert sich die gesundheitliche Situation nach Rentengewährung häufig weiter. Die Zeitrente wird dann von den Versicherten nicht mehr als Übergangslösung auf dem Weg zur verbesserten Erwerbsfähigkeit wahrgenommen, sondern als Zwischenschritt in die Dauerrente. Denkbar ist auch, dass zum Zeitpunkt einer Begutachtung im Rentenverfahren der zukünftige Verlauf nur schwer zu beurteilen ist, und die Schwere der Störung unterschätzt bzw. das Besserungspotenzial überschätzt wird.

Die Deutsche Rentenversicherung wird präziser analysieren, von welchen Faktoren eine Reintegration in das Erwerbsleben nach EM-Rentengewährung abhängig ist. Bei einzelnen Rentenversicherungsträgern sind darüber hinaus bereits Pilotprojekte initiiert worden, um Menschen mit zeitlich befristeten EM-Renten erneut in das Erwerbsleben einzugliedern.

**Bei befristeten Erwerbsminderungsrenten wegen psychischer Störungen soll präziser analysiert werden, von welchen Faktoren eine Reintegration in das Erwerbsleben abhängt.**

## 6. Zusammenarbeit bei der Behandlung und beruflichen Eingliederung von Menschen mit psychischen Störungen

Um die verschiedenen Behandlungs- und Rehabilitationsangebote besser zu koordinieren und zu vernetzen, erfolgt eine enge Kooperation der Rentenversicherung mit Institutionen des Gesundheitswesens, anderen Reha-Trägern, den ambulanten Behandlern (Hausarzt, Facharzt, Psychotherapeut, Beratungsstelle) sowie Betrieben und Unternehmen. Ziel der Zusammenarbeit ist es zum einen, die Zeitspanne zwischen dem Auftreten psychischer Störungen und dem Beginn einer fachlich angemessenen Behandlung zu verkürzen, um Rehabilitationsbedarf möglichst nicht entstehen zu lassen. Zum anderen geht es um die Sicherung einer kontinuierlichen Behandlung und Rehabilitation, über verschiedene Leistungsarten, Leistungsträger und Leistungserbringer hinweg. Dabei sind Krankenbehandlung und medizinische Rehabilitation psychischer Störungen nicht austauschbar – sie ergänzen einander vielmehr. Gute Beispiele für Zusammenarbeit in Netzwerken oder anderen Kooperationsstrukturen sind als regionale Modelle realisiert, aber noch zu wenig in der Fläche verbreitet. Eine überregionale Verbreitung solcher Initiativen bedarf noch weiterer Anstrengungen seitens der Beteiligten.

**Die Deutsche Rentenversicherung arbeitet intensiv an einer besseren rehabilitativen Versorgung ihrer Versicherten mit psychischen Störungen. Sie erprobt innovative Modellvorhaben mit Partnern aus Gesundheitswesen und Betrieben, um eine frühzeitige bedarfsgerechte Intervention und eine schnelle berufliche Integration psychisch erkrankter Menschen zu erreichen.**

### 6.1 Zusammenarbeit im Gesundheitswesen

Ziel der Zusammenarbeit ist es, einen zwischen den Beteiligten abgestimmten Behandlungs- und Rehabilitationsablauf zu ermöglichen, um eine nahtlose Behandlungskette zu etablieren (und Übergangsprobleme zwischen Versorgungssektoren zu reduzieren). Diese Kette besteht in der Regel aus einer ausreichenden psychotherapeutischen Vorbehandlung, einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitation und einer psychotherapeutischen Nachbehandlung, wobei die Glieder dieser Kette zeitlich und inhaltlich möglichst nahtlos ineinander greifen. Um das zu erreichen, haben sich regionale Arbeitsgruppen zur psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitation etabliert, in denen Chefarzte von Reha-Einrichtungen, Rentenversicherungsträger und die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) vor Ort zusammenarbeiten. Rentenversicherungsträger und Krankenkassen kooperieren an der Schnittstelle zwischen kurativer und rehabilitativer Behandlung psychischer Störungen durch Verbesserung des Übergangs von der ambulanten Krankenbehandlung in die medizinische Rehabilitation. Außerdem existiert in den Regionen eine Reihe von Initiativen einzelner Rentenversicherungsträger mit Kooperationen vor Ort, um neue Versorgungswege für psychisch erkrankte Menschen zu erproben und weiterzuentwickeln. So werden durch ein frühinterventionelles Therapieangebot Patienten mit psychischen Störungen schnell in die Rehabilitation übergeleitet, um eine Verschlimmerung der psychischen Störung zu verhindern und eine rasche Rückkehr in das Berufsleben zu ermöglichen.

Renten- und Krankenversicherung sind auch Partnerinnen in bundesweiten oder regionalen Netzwerken zur Inklusion behinderter oder von Behinderung bedrohter Beschäftigter in Betrieben, z. B. im „Netzwerk Gesunde Arbeit e. V.“, „Netzwerk Arbeit und Gesundheit“ oder der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA). Sie arbeiten in Arbeitskreisen regionaler Gesundheitskonferenzen zusammen, um die Rehabilitation und berufliche (Re-)Integration psychisch erkrankter Menschen zu fördern oder beteiligen sich an Netzwerken zur psychischen Gesundheit.

Die Leistungen zur Teilhabe der Rentenversicherung werden zunehmend auch präventiv angeboten, wenn damit verhindert werden kann, dass aus psychischen Belastungen psychische Störungen entstehen oder psychische Störungen sich chronifizieren und ein Risiko für die Minderung der Erwerbsfähigkeit darstellen. Dazu hat die Rentenversicherung entsprechende Präventionsprogramme konzipiert und führt sie in Kooperation mit Arbeitgebern und Krankenkassen durch, z. B. Betsi® (Beschäftigungsfähigkeit teilhabeorientiert sichern). Diese Präventionsleistungen werden Beschäftigten bei erkennbaren psychischen Belastungen angeboten, ohne dass diese schon ernsthaft psychisch erkrankt sind.

Da die medizinische Rehabilitation auch bei psychischen Störungen in der Regel Teil eines langfristigen Behandlungsprozesses darstellt, ist die Versorgungskontinuität an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung besonders wichtig. Das Aufnahme-, Entlassungs- und Überleitungsmanagement ist so auszugestalten, dass keine Brüche in den Versorgungsverläufen entstehen.

**Bei der Behandlung psychischer Störungen ist die Kooperation an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu verbessern und sind disziplinen- und sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen auszubauen. Präventive Angebote können in geeigneten Fällen das Entstehen psychischer Störungen verhindern.**

## 6.2 Zusammenarbeit mit Betrieben

In den letzten Jahren rücken Rehabilitation und Arbeitswelt näher zusammen. Zahlreiche Kooperationen bestehen zwischen Rentenversicherung, Reha-Einrichtungen, Arbeitsschutz, Arbeitgebern in Klein-, Mittel- und Großbetrieben, deren Werks- und Betriebsärzten sowie betrieblichen Sozialdiensten. Es geht dabei um die Identifikation, Behandlung und berufliche (Wieder-)Eingliederung von Versicherten, gerade auch solchen mit psychischen Störungen.

Oft werden dabei Reha-Leistungen betriebsärztlich initiiert und die Betriebsärzte begleiten und unterstützen auch die Rückkehr in den Betrieb, möglichst an den alten Arbeitsplatz. Wichtig ist auch das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) nach § 84 Abs. 2 SGB IX, bei dem die Rentenversicherung Betriebe und Unternehmen, insbesondere Klein- und Mittelbetriebe, wirksam unterstützen kann, z. B. durch Beratung, Fallbegleitung, Prüfung von Reha-Bedarf und ggf. frühzeitige Reha-Einleitung sowie Koordination der stufenweisen Wiedereingliederung. Die Rentenversicherung bietet auch Beratung an bei der Einführung des (gesetzlich vorgeschriebenen) Betrieblichen Eingliederungsmanagements sowie beim Aufbau eines betrieblichen Gesundheitsmanagements. Integrationsfachdienste begleiten Beschäftigte bei der beruflichen (Wieder-)Eingliederung. In einem großen Unternehmen kann der Arbeitnehmer bei langen oder wiederholten Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen psychosozialer Problemlagen eine diagnostische Beratung in einer Psychotherapieambulanz in Anspruch nehmen. Sollte ein Psychotherapiebedarf bei dem Versicherten festgestellt werden, erhält er innerhalb von 15 Tagen einen Therapieplatz. Stellt sich die ambulante Therapie als nicht ausreichend heraus, kann über den Rentenversicherungsträger zeitnah eine Rehabilitation eingeleitet werden. Diese Maßnahmen werden durch Initiativen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) flankiert, z. B. durch Flyer zur Hilfestellung für Unternehmen beim betrieblichen Eingliederungsmanagement. Kooperationsvereinbarungen zwischen großen Betrieben und Reha-Einrichtungen können deren Zusammenarbeit strukturell verstetigen.

**Die Rentenversicherung unterstützt die berufliche Wiedereingliederung psychisch erkrankter Menschen und bereitet die Rückkehr in den Betrieb mit allen Beteiligten – Arbeitgeber, Werksarzt, betrieblicher Sozialdienst, Schwerbehindertenvertretung, Agentur für Arbeit usw. – vor. Ziel ist, die Beschäftigungsfähigkeit und den Arbeitsplatz zu erhalten.**

## 7. Zusammenfassung und Handlungsfelder

Wie alle Sozialversicherungsträger und Akteure der medizinischen Versorgung beobachtet auch die Deutsche Rentenversicherung eine zunehmende Bedeutung psychischer Störungen in ihrem Zuständigkeitsbereich, also in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung. Aus der skizzierten Ausgangslage ergeben sich eine ganze Reihe von Handlungsfeldern.

### 7.1 Ausgangslage

Psychische Störungen stellen für alle Akteure im Gesundheits- und Sozialbereich eine große Herausforderung dar. Für die Rehabilitation der Rentenversicherung sind es vor allem psychische Belastungsstörungen, affektive und neurotische Störungen. Sie stehen auf Platz drei der Bewilligungsdiagnosen in der medizinischen und der beruflichen Rehabilitation und an erster Stelle bei den Ursachen von Erwerbsminderungsrenten.

Oft gehen sie mit einer erheblichen Leistungsminderung und Beeinträchtigung der Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gesellschaft einher, was nicht zuletzt an grundlegenden Veränderungen in der Arbeitswelt liegt. Stichworte sind z. B. unsichere Arbeitsverhältnisse, Über- und Unterforderung, wachsender Konkurrenzdruck, ständige Erreichbarkeit sowie erhöhte Anforderungen an Flexibilität und Mobilität. In diesem Zusammenhang wird der Begriff „Burnout“ gegenwärtig kontrovers diskutiert. Das stress-assoziierte Burnout-Syndrom stellt einen Risikofaktor für die Entwicklung körperlicher oder psychischer Erkrankungen dar. Wissenschaftliche Kriterien, die eine eigenständige Burnout-Diagnose begründen, liegen derzeit nicht vor.

Die psychosomatisch-psychotherapeutische Rehabilitation der Rentenversicherung leistet mit ihrer expliziten Teilhabeorientierung einen wichtigen Beitrag zur bedarfsgerechten Versorgung bei psychischen Störungen. Der Erfolg der psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitation lässt sich sowohl mit der Rückkehr in den Beruf, der Verringerung von Arbeitsunfähigkeitszeiten als auch mit der durch den Patienten wahrgenommenen Besserung der psychischen Störung und ihrer Auswirkungen belegen. Sie kann jedoch eine angemessene Krankenbehandlung bei psychischen Störungen nicht ersetzen.

## 7.2 Handlungsfelder

Aus den bisherigen Darlegungen ergeben sich Implikationen für die Weiterentwicklung der Strukturen und Prozesse im Umgang mit psychischen Störungen, insbesondere in Behandlung und Rehabilitation:

- Die Vorbereitung der Versicherten auf die psychosomatisch-psychotherapeutische Rehabilitation durch niedergelassene Ärzte, die Rentenversicherung und die Rehabilitationseinrichtungen muss ausgebaut und effektiver gestaltet werden und dabei an die Erwartungen, Kenntnisse und Einstellungen der Versicherten anknüpfen.
- Psychische Begleit- oder Nebenerkrankungen müssen in der Rehabilitation, gerade auch bei körperlichen Erkrankungen, berücksichtigt werden. Angemessene Diagnostik, Intervention und Weichenstellung bei solchen psychischen Störungen ist in allen Reha-Einrichtungen ungeachtet ihres Behandlungsschwerpunktes sicherzustellen.
- Die besonderen Schwierigkeiten von psychisch erkrankten Menschen im Arbeitsleben müssen in Rehabilitation und Betrieb sensibler wahrgenommen und berücksichtigt werden.
- Die Rentenversicherung baut die berufliche Orientierung der medizinischen Rehabilitation ebenso wie die Berücksichtigung besonderer Risiko-Konstellationen weiter aus.
- Die zum Teil erheblichen Qualitätsunterschiede zwischen den psychosomatisch-psychotherapeutischen Reha-Einrichtungen sind mit Hilfe des internen Qualitätsmanagements und der externen Qualitätssicherung zu reduzieren.
- Die Nachsorgeangebote der Deutschen Rentenversicherung bei psychischen Störungen werden kontinuierlich qualitativ und quantitativ weiterentwickelt, um den Erfolg der psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitation zu verstetigen.
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation) können entscheidend zum Wiedereinstieg in das Berufsleben beitragen. Die Angebote sind bedarfsgerecht auf Menschen mit psychischen Störungen zuzuschneiden. Eine reibungslose Kooperation zwischen Reha-Träger, Leistungserbringer und Arbeitswelt ist zu realisieren.
- Die Aufgabe der Rentenversicherung hört mit Abschluss der medizinischen Reha-Leistung nicht auf, sondern geht darüber hinaus, z. B. als Reha-Nachsorge, Fallbegleitung oder stufenweise Wiedereingliederung.
- Bei psychischen Störungen wird ein Reha-Antrag häufig erst in einem bereits chronischen Stadium der Erkrankung gestellt. Liegt bereits ein Erwerbsminderungsrentenantrag vor, kommt ein Rehabilitationsangebot in der Regel zu spät. Alle Akteure des Gesundheitswesens müssen daher eng kooperieren und das Ihre tun, um Menschen mit psychischen Störungen rechtzeitig eine geeignete Leistung anzubieten.
- Bei befristeten Erwerbsminderungsrenten wegen psychischer Erkrankungen soll präziser analysiert werden, von welchen Faktoren eine Reintegration in das Erwerbsleben abhängt.
- Die Deutsche Rentenversicherung erprobt auch zukünftig innovative Modellvorhaben mit Partnern aus Gesundheitswesen und Betrieben, um eine frühzeitige bedarfsgerechte Intervention und eine schnelle berufliche Integration psychisch erkrankter Menschen zu erreichen.

- Bei der Behandlung psychischer Störungen ist die Kooperation an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu verbessern; disziplinen- und sektorenübergreifende Vernetzungen und Versorgungsstrukturen sind auszubauen. Präventive Angebote können in geeigneten Fällen das Entstehen psychischer Störungen verhindern.

Insgesamt kommt es darauf an, dass alle Akteure sowohl ihren je eigenen Aufgaben im Umgang mit psychischen Störungen gerecht werden als auch strukturiert miteinander zusammenarbeiten.

## 8. Ausgewählte Literatur

- 1 **Badura, B., Ducki, A., Schröder, H.** (2012): Fehlzeiten-Report 2012. Schwerpunktthema: Gesundheit in der flexiblen Arbeitswelt: Chancen nutzen – Risiken minimieren. Wissenschaftliches Institut der AOK – WIdO (Hrsg.). Springer-Verlag: Berlin.
- 2 **Bassler, M.** (2012): Perspektiven psychosozialer Versorgung – eine Bestandsaufnahme. *Ärztliche Psychotherapie*, 7(3), S. 149-155.
- 3 **BDP** (2012): Die großen Volkskrankheiten. Beiträge der Psychologie zu Prävention, Gesundheitsförderung und Behandlung. Schriftenreihe: Psychologie, Gesellschaft, Politik. Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (Hrsg.): Berlin.
- 4 **BDP** (2008): Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz in Deutschland. Schriftenreihe: Psychologie, Gesellschaft, Politik. Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (Hrsg.): Berlin.
- 5 **Beck, D., Richter, G., Ertel, M., Morschhäuser, M.** (2012): Gefährdungsbeurteilung bei psychischen Belastungen in Deutschland. Verbreitung, hemmende und fördernde Bedingungen. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 7, S. 115-119.
- 6 **BMBF** (2007): „Es ist, als ob die Seele unwohl wäre ...“ Depression – Wege aus der Schwermut. Forscher bringen Licht in die Lebensfinsternis. Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.): Berlin.
- 7 **BPtK** (2011): BPtK-Studie zur Arbeitsunfähigkeit: Psychische Erkrankungen, Keine Frage des Alters. BundesPsychotherapeutenKammer. Online: [www.bptk.de](http://www.bptk.de).
- 8 **Bundesgesundheitsblatt** (2012): Das Burn-Out-Syndrom. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, Ausgabe 2012/2, Sonderheft, Springer Medizin, Springer-Verlag: Berlin.
- 9 **Busch, M., Hapke, U., Mensink, G.B.M.** (2011): Psychische Gesundheit und gesunde Lebensweise. *GBE kompakt*, 2-7, Robert Koch-Institut (Hrsg.): Berlin.
- 10 **Dannenberg, A., Hofmann, J., Kaldybajewa, K., Kruse, E.** (2010): Rentenzugang 2009: Weiterer Anstieg der Zugänge in Erwerbsminderungsrenten wegen psychischer Erkrankungen. *RVaktuell*, 57(9), S. 283-293.
- 11 **DEGS** (2012): Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland. Zusatzuntersuchung „Psychische Gesundheit“ (DEGS-MHS.). Robert Koch-Institut (RKI) im Auftrag des BMG (Hrsg.): Berlin.
- 12 **Destatis** (2012): Qualität der Arbeit – Geld verdienen und was sonst noch zählt – 2012. Broschüre, Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Wiesbaden.
- 13 **DRV Bund** (2013): Psychologische Interventionen – Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation: Chronische Rückenschmerzen und Koronare Herzerkrankung. Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Berlin.
- 14 **DRV Bund** (2012): Im Fokus – Psychosomatisch-psychotherapeutische Rehabilitation. In: *Reha-Bericht 2012 – Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik*, Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Berlin, S. 83-91.

- 15 **DRV Bund** (2012): Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung – Sozialmedizinische Beurteilung bei psychischen und Verhaltensstörungen. Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Berlin.
- 16 **DRV Bund** (2011): Psychische Komorbidität – Leitfaden zur Implementierung eines psychodiagnostischen Stufenplans in der medizinischen Rehabilitation. Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Berlin.
- 17 **DRV Bund** (2011): Reha-Therapiestandards Depressive Störungen. Leitlinie für die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung. Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Berlin.
- 18 **Fischer, K., Irle, H.** (2009): Psychische Störungen – Sozialmedizinische Bedeutung und Entwicklungen in der medizinischen Rehabilitation. *RVaktuell*, 56(4), S. 149-157.
- 19 **Foerster, K., Weig, W., Fischer, K.** (2011): Psychische und Verhaltensstörungen. In: Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung. Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, 7. Auflage, S. 541-578.
- 20 **Hagen, Ch., Himmelreicher, R.K., Kemptner, D., Lampert, T.** (2011): Soziale Ungleichheit und Risiken der Erwerbsminderung. *WSI Mitteilungen*, 7/2011, S. 336-344.
- 21 **Herzog, W., Beutel, ME, Kruse, J.** (2013): Psychosomatische Medizin und Psychotherapie heute – Zur Lage des Fachgebiets in Deutschland. Schattauer Verlag: Stuttgart.
- 22 **Hesse, B., Gebauer, E.** (2005): Erfassung der Reintegrationsprognose im psychiatrischen Rentengutachten. *DRV-Schriften*, 59, S. 154-56.
- 23 **IGES** (2013): DAK-Gesundheitsreport 2013. IGES Institut GmbH im Auftrag der DAK-Gesundheit. DAK Forschung (Hrsg.): Hamburg.
- 24 **Irle, H., Fischer, K.** (2012): Die Begutachtung im Rahmen der Rehabilitation und Rentenverfahren wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. In: Schneider, W., Henningsen, P., Dohrenbusch, R., Freyberger, H.J., Irle, H., Köllner, V., Widder, B. (Hrsg.): Begutachtung bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen – Autorisierte Leitlinien und Kommentare. Huber-Verlag: Bern, 1. Auflage 2012.
- 25 **Jacobi, F., Preiß, S.** (2011). Epidemiologie psychischer Störungen, Behandlungsbedarf und Versorgungssituation. In: Senf, W., Broda, W. (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie*, Thieme-Verlag: Stuttgart, 5. Auflage, S. 16-25.
- 26 **Kaldybajewa, K., Kruse, E.** (2012): Erwerbsminderungsrenten im Spiegel der Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung – Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen Männern und Frauen. *RVaktuell*, 59(8), S. 206-216.
- 27 **Klosterhuis, H., Baumgarten, E., Beckmann, U., Erbstößer, S., Lindow, B., Naumann, B., Widera, T., Zander, J.** (2010): Ein aktueller Überblick zur Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung. *Die Rehabilitation*, 49, S. 356-367.
- 28 **Kobelt, A., Winkler, M., Petermann, F.** (2011): Vorbereitung und Nachbereitung der medizinischen Rehabilitation am Beispiel der psychosomatischen Rehabilitation. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 54(4), S. 451-457.
- 29 **Korsukéwitz, C., Rehfeld, U.** (2009): Rehabilitation und Erwerbsminderung – ein aktueller Überblick. *RVaktuell*, 56(10), S. 335-344.

- 30 **Linden, M. Baron, S., Muschalla, B** (2009): Mini-ICF-App – Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen. Huber-Verlag: Bern.
- 31 **Lohmann-Haislah, A.** (2012): Stressreport Deutschland 2012 – Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin – BAuA - (Hrsg.). Grundlage: BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2011/2012.
- 32 **OECD** (2012): Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work. Organisation for Economic Cooperation and Development – OECD: Paris (Ed.).
- 33 **Petermann, F., Koch, U.** (2009): Psychosomatische Rehabilitation: Quo Vadis. Die Rehabilitation, 48, S. 257-262.
- 34 **Prognos AG** (2009): Die medizinische Rehabilitation Erwerbstätiger – Sicherung von Produktivität und Wachstum.
- 35 **Rabung, S, Mösko, M, Kawski, S, Koch, U, Schulz, H** (2009): Externe Validität meta-analytischer Befunde zur Effektivität stationärer psychosomatischer Rehabilitation - erste Ergebnisse. DRV-Schriften, 83, S. 94-95.
- 36 **Schmid-Ott, G., Wiegand-Greife, S., Jacobi, C., Paar, G., Meermann, R., Lamprecht, F.** (2008): Rehabilitation in der Psychosomatik: Versorgungsstrukturen – Behandlungsangebote – Qualitätsmanagement. Schattauer-Verlag: Stuttgart.
- 37 **Schneider, F., Falkai, P., Maier, W.** (2012): Psychiatrie 2020 plus. Perspektiven, Chancen und Herausforderungen. 2. aktualisierte Auflage. DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg.). Springer-Verlag: Berlin, Heidelberg.
- 38 **Schulz, H. Barghaan, D., Harfst, T. & Koch, U.** (2008): Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Psychotherapeutische Versorgung. H. 41, Robert-Koch-Institut (Hrsg.).
- 39 **Steffanowski, A., Löschmann, C., Schmidt, J., Wittmann, WW., Nübling, R.** (2007): Meta-Analyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation. Huber Verlag: Bern.
- 40 **WHO** (2010): Mental health and development: Targeting people with mental health conditions as a vulnerable group. World Health Organization (Ed.): Geneva.
- 41 **Wittchen, HU., Jacobi, F., Klose, M., Ryl, L.** (2010): Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Depressive Erkrankungen. H. 51, Robert-Koch-Institut (RKI) in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt (Hrsg.).



## 9. Träger der Deutschen Rentenversicherung

### **Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg**

76122 Karlsruhe

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

### **Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd**

84024 Landshut

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

### **Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg**

15228 Frankfurt (Oder)

[www.deutsche-rentenversicherung-berlin-brandenburg.de](http://www.deutsche-rentenversicherung-berlin-brandenburg.de)

### **Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover**

30880 Laatzen

[www.deutsche-rentenversicherung-braunschweig-hannover.de](http://www.deutsche-rentenversicherung-braunschweig-hannover.de)

### **Deutsche Rentenversicherung Bund**

10704 Berlin

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

### **Deutsche Rentenversicherung Hessen**

60596 Frankfurt/Main

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

### **Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See**

44789 Bochum

[www.kbs.de](http://www.kbs.de)

### **Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland**

04159 Leipzig

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

### **Deutsche Rentenversicherung Nord**

23556 Lübeck

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

### **Deutsche Rentenversicherung Nordbayern**

95440 Bayreuth

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

### **Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen**

26135 Oldenburg

[www.driv-oldenburg-bremen.de](http://www.driv-oldenburg-bremen.de)

### **Deutsche Rentenversicherung Rheinland**

40194 Düsseldorf

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

### **Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz**

67346 Speyer

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

**Deutsche Rentenversicherung Saarland**

66111 Saarbrücken

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

**Deutsche Rentenversicherung Schwaben**

86154 Augsburg

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

**Deutsche Rentenversicherung Westfalen**

48125 Münster

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

## Notizen

## Notizen





Deutsche  
Rentenversicherung