Rehabilitation mit Wirkung – wie der sozialmedizinische Verlauf (SMV) den Reha-Erfolg sichtbar macht

Nadine Schmidt und Angela Kranzmann, Berlin

Wie erfolgreich ist die medizinische Rehabilitation wirklich? Diese Frage stellt sich nicht nur für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, sondern auch für die Einrichtungen selbst und die Deutsche Rentenversicherung als Leistungsträgerin. Die Deutsche Rentenversicherung liefert mit dem überarbeiteten Sozialmedizinische Verlauf (SMV) im 1. und 2. Jahr nach einer medizinischen Rehabilitation nun erstmals ein Instrument, das valide Auskunft über die Rückkehr ins Berufsleben nach einer Reha gibt. Kern des Instruments sind die sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungstage – ein objektiver und praxisnaher Indikator für berufliche Teilhabe unabhängig von Teilzeit, Branche und Einkommen. Die Ergebnisse zeigen, dass einem Großteil der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden über alle Indikationen hinweg die Rückkehr in den Beruf gelingt – die Unterschiede können wertvolle Hinweise für die Weiterentwicklung rehabilitativer Angebote liefern.

1. Einleitung

Jährlich werden über eine Million medizinische und berufliche Rehabilitationsmaßnahmen im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung durchgeführt (Deutsche Rentenversicherung, Statistikportal der Rentenversicherung 2023). Dabei ist die Wiedereingliederung in das Berufsleben (Return to Work) ein zentrales Ziel der Leistungen zur Teilhabe und gesetzlicher Auftrag der Rentenversicherung nach dem Grundsatz „Reha vor Rente“. Die Deutsche Rentenversicherung optimiert die Leistungsqualität in der medizinischen und beruflichen Rehabilitation kontinuierlich. Seit 1994 setzt sie dafür verschiedene standardisierte Instrumente und Verfahren zur Reha-Qualitätssicherung (Reha-QS) ein. Alle eingesetzten Assessments und Prozesse der Reha-QS werden regelmäßig mit wissenschaftlich fundierter Unterstützung überarbeitet und an wesentliche Neuentwicklungen innerhalb der Rehabilitation angepasst (Deutsche Rentenversicherung Bund 2009).

Derzeit nehmen über 2 000 medizinische Reha-Fachabteilungen an der Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung teil. Die Ergebnisse werden den Reha-Fachabteilungen rückgemeldet sowie im Rahmen der gesetzlichen Forderungen zum Gesetz zur Entwicklung und Einführung einer Digitalen Rentenübersicht (Rentenübersichtsgesetz – RentÜG) im neuen Internetportal „Meine Rehabilitation“[1] veröffentlicht. Diese Vorgehensweise führt zu mehr Transparenz und fördert sowohl das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement als auch den Wettbewerb unter den Einrichtungen.

In diesem Kontext betrachtet die Deutsche Rentenversicherung verschiedene Qualitätsaspekte der rehabilitativen Versorgung. Dazu gehören QS-Instrumente und Verfahren der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Eine Weiterentwicklung und Anpassung der QS-Instrumente an das aktuelle Geschehen in der medizinischen und beruflichen Rehabilitation erfolgen kontinuierlich.

Der sozialmedizinische Verlauf (SMV) im 1. und 2. Jahr nach medizinischer Rehabilitation stellt ein bedeutsames Instrument zur Messung von Ergebnissen innerhalb der Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation dar. Um dieses QS-Instrument als künftigen Qualitätsindikator nutzen

1 Siehe https://meine-rehabilitation.de.

zu können, war eine Überarbeitung und Anpassung des SMV erforderlich. Im Rahmen der Überarbeitung stand die Sicherstellung der Zuordnung der erzielten Ergebnisse zu den durchgeführten rehabilitativen Maßnahmen in einer Fachabteilung für medizinisch Rehabilitation im Fokus. Unterschiede in den Qualitätsergebnissen der einzelnen Reha-Fachabteilungen, die durch Faktoren außerhalb der Verantwortung der jeweiligen Reha-Fachabteilung bedingt sind, sollten mathematisch kompensiert werden. So wird eine faire Bewertung der Rehabilitationsergebnisse gewährleistet und ein Vergleich der Reha-Fachabteilungen innerhalb einer Indikation ermöglicht.

Zu diesem Zweck wurde das Projekt „Adjustierung des sozialmedizinischen Verlaufs nach medizinischer Rehabilitation“ durch das Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung (ifR) Ulm und das Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation (iqpr) Köln durchgeführt und im Dezember 2020 nach einer Laufzeit von 15 Monaten abgeschlossen. Als Resultat des Projektes wurde nicht nur die Adjustierung entwickelt, sondern auch eine neue Zielgröße definiert, welche den Verbleib im Erwerbsleben quantifizierbar macht. Hierbei handelt es sich um die Anzahl der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungstage. Diese ermöglichen eine Darstellung der Beschäftigung im 1. und 2. Jahr nach medizinischer Rehabilitation unabhängig von Arbeitsdauer und Stundenlohn.

2. Datengrundlage

Die Auswertungen zum SMV im 1. und 2. Jahr nach medizinischer Rehabilitation erfolgen auf der Grundlage der Reha-Statistik-Datenbasis (RSD), hier die Verlaufserhebung der Deutschen Rentenversicherung aus den Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung. Die den Auswertungen zugrunde liegende Verlaufserhebung verfügt über ein Zeitfenster von 2014 bis 2021. Ein Vergleich der Ergebnisse mit den Daten zum Beispiel aus dem Reha-Bericht 2023 ist nicht möglich, da die verwendeten Daten in der Reha-QS anderen Selektions- und Zuordnungsverfahren unterliegen.

Die RSD der Rentenversicherung umfasst Routinedaten von jedem Versicherten, der eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation gemäß §§ 15, 31 SGB VI oder eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben gemäß § 16 SGB VI erhalten hat, die vor, während und bei Abschluss der Leistung erhoben werden, sowie einige weitere statistische Merkmale, die der Versicherungsträger aus dem Versicherungskonto bereitstellt. Ergänzend werden regionale Arbeitsmarktmerkmale sowie die Auswertungen der Daten des Bundesamtes für Bau-, Stadt- und Raumforschung eingefügt (Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung 2020). Die erbrachten Rehabilitationsleistungen werden einer Fachabteilung zugeordnet, die wiederum zu indikationsbezogenen Vergleichsgruppen zusammengefasst wird (Deutsche Rentenversicherung 2024).

3. Ergebnisse des SMV im 1. und 2. Jahr nach medizinischer Rehabilitation dargestellt anhand von Beispielindikationen

Im Folgenden werden die für den SMV ausgewerteten medizinischen Rehabilitationen sowie die Anzahl der Reha-Fachabteilungen, in denen diese erfolgten, dargestellt. Im Jahr 2020 ist über alle dargestellten Indikationen hinweg ein Rückgang der Anzahl durchgeführter medizinischer Rehabilitationen im Vergleich zum Vorjahr zu verzeichnen (siehe Tabelle 1). Die Anzahl der Reha-Fachabteilungen, in denen die Rehabilitationen durchgeführt wurden, entwickelte sich unterschiedlich. In den neurologischen und onkologischen Reha-Fachabteilungen ist ein Rückgang der Anzahl zu verzeichnen, während in den kardiologischen, psychosomatischen und orthopädischen Reha-Fachabteilungen eine Konstanz oder ein Anstieg der Anzahl zu beobachten ist. Exemplarisch sei

Tabelle 1: Anzahl medizinischer Rehabilitationen und Reha-Fachabteilungen in den ausgewählten Indikationen SMV 2019 und 2020

Indikation	2019		2020	
	Fach-abteilungen	abgeschlossene Rehabilitationen	Fach-abteilungen	abgeschlossene Rehabilitationen
Kardiologie	138	49 189	138	45 192
Orthopädie	591	284 395	614	249 848
Onkologie	117	43 658	118	48 502
Psychosomatik	196	122 819	303	104 850
Neurologie	147	38 829	147	35 906

Quelle: eigene Darstellung.

hier die Entwicklung der Anzahl der Reha-Fachabteilungen in der Orthopädie angeführt, welche von 583 im Jahr 2019 auf 609 im Jahr 2020 anstieg.

Die deskriptiven Ergebnisse der ausgewerteten medizinischen Rehabilitationen in den Indikationen der Kardiologie, Orthopädie, Neurologie, Onkologie und Psychosomatik bezüglich des Verbleibs in der Erwerbsfähigkeit sind in Tabelle 2 zusammengefasst. Die Ergebnisse legen nahe, dass ein signifikanter Anteil der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden im 1. beziehungsweise 2. Jahr nach einer medizinischen Rehabilitation weiterhin dem Erwerbsleben nachgehen konnte. Die nachfolgende Abbildung gibt Aufschluss darüber, an wie vielen sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungstagen dies der Fall war. Darüber hinaus wird erfasst, wie viele der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden im Beobachtungszeitraum in die Altersrente übergetreten sind.

In den psychosomatischen Reha-Fachabteilungen verblieben im 1. Jahr nach medizinischer Rehabilitation 96 Prozent aller durchgeführten Rehabilitationen im Erwerbsleben, im 2. Jahr waren es noch 92 Prozent. Der Anteil der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die im 1. beziehungsweise im 2. Jahr nach medizinischer Rehabilitation in Altersrente gingen, stieg in der Psychosomatik von 5 Prozent im 1. Jahr auf 9 Prozent im 2. Jahr nach medizinischer Rehabilitation. Innerhalb des 1. Jahres nach Abschluss der kardiologischen Rehabilitation waren 96 Prozent der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erwerbstätig, im 2. Jahr waren es 83 Prozent. Eine Zunahme ist hingegen bei den Altersrentnerinnen und -rentnern zu verzeichnen, deren Anteil sich von 8 Prozent im 1. Jahr auf 17 Prozent im 2. Jahr nach medizinischer Rehabilitation verdoppelte. In der Orthopädie betrug die Erwerbsquote im 1. Jahr nach medizinischer Rehabilitation 92 Prozent und sank im 2. Jahr auf 86 Prozent. Der Anteil der Altersrentnerinnen und -rentner an allen durchgeführten medizinischen Rehabilitationen verdoppelte sich von 7 Prozent auf 14 Prozent. In den onkologischen Reha-Fachabteilungen lag der Anteil der Erwerbsfähigen im 1. Jahr nach medizinischer Rehabilitation bei 92 Prozent und im 2. Jahr bei 80 Prozent. Der Anteil der Verstorbenen war in der Onkologie im Vergleich zu den anderen dargestellten Indikationen am höchsten und betrug im 1. Jahr 1 Prozent und im 2. Jahr 2 Prozent. Im Vergleich dazu lag die prozentuale Sterblichkeit in den dargestellten Indikationen zwischen 0,03 Prozent und 0,2 Prozent (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Zusammenfassende Ergebnisse SMV im 1. und 2. Jahr nach medizinischer Rehabilitation in ausgewählten Indikationen

		im 1. Jahr		im 2. Jahr	
Kardiologie	Anzahl der ausgewerteten Rehabilitationen (gesamt)	45 192	100 %	49 189	100 %
	im Erwerbsleben verblieben	41 418	95,7 %	40 704	82,8 %
	Altersrenten im Beobachtungszeitraum	3 705	8,2 %	8 382	17,0 %
	verstorben im Beobachtungszeitraum	69	0,2 %	103	0,2 %
	ausgeschieden aus dem Erwerbsleben	3 774	8,3 %	8 485	17,2 %
Orthopädie	Anzahl der ausgewerteten Rehabilitationen (gesamt)	249 849	100 %	284 395	100 %
	im Erwerbsleben verblieben	230 493	92,3 %	243 055	85,6 %
	Altersrenten im Beobachtungszeitraum	19 281	7,7 %	41 226	14,5 %
	verstorben im Beobachtungszeitraum	75	0,03 %	114	0,04 %
	ausgeschieden aus dem Erwerbsleben	19 356	7,7 %	41 340	14,5 %
Onkologie	Anzahl der ausgewerteten Rehabilitationen (gesamt)	43 658	100 %	48 502	100 %
	im Erwerbsleben verblieben	38 657	91,6 %	38 577	79,5 %
	Altersrenten im Beobachtungszeitraum	4 375	10,0 %	8 944	18,4 %
	verstorben im Beobachtungszeitraum	626	1,4 %	981	2,0 %
	ausgeschieden aus dem Erwerbsleben	5 001	11,5 %	9 925	20,5 %
Psycho-Somatik	Anzahl der ausgewerteten Rehabilitationen (gesamt)	104 850	100 %	122 819	100 %
	im Erwerbsleben verblieben	100 137	95,5 %	112 332	91,5 %
	Altersrenten im Beobachtungszeitraum	4 679	4,5 %	10 426	8,5 %
	verstorben im Beobachtungszeitraum	34	0,03 %	61	0,04 %
	ausgeschieden aus dem Erwerbsleben	4 713	4,5 %	10 487	8,5 %
Neurologie	Anzahl der ausgewerteten Rehabilitationen (gesamt)	35 906	100 %	38 829	100 %
	im Erwerbsleben verblieben	33 948	94,5 %	34 876	89,8 %
	Altersrenten im Beobachtungszeitraum	1 818	5,1 %	3 787	9,8 %
	verstorben im Beobachtungszeitraum	140	0,4 %	166	0,4 %
	ausgeschieden aus dem Erwerbsleben	1 958	5,5 %	3 953	10,2 %

Quelle: RSD 2021.

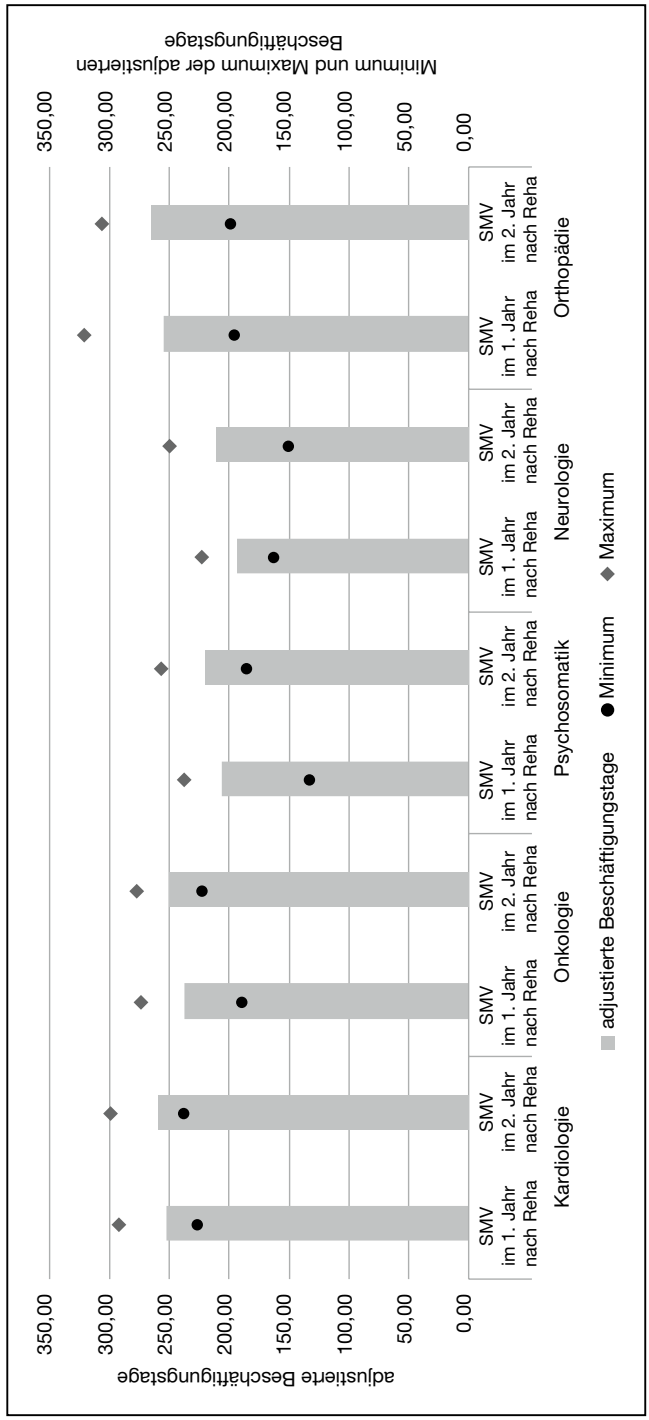
Die sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungstage im 1. beziehungsweise 2. Jahr nach medizinischer Rehabilitation stellen die Zielgröße des SMV dar und beschreiben den Verbleib in der Erwerbsfähigkeit nach einer medizinischen Rehabilitation. Eine Differenzierung zwischen Voll- und Teilzeitarbeit findet dabei keine Berücksichtigung. Die Adjustierung dient der Kompensation der divergierenden Voraussetzungen der Reha-Fachabteilungen bezüglich der Merkmale der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden auf mathematischer Ebene. Im Rahmen einer multiplen, logistischen Regressionsanalyse wird für jede QS-Vergleichsgruppe (beispielsweise Kardiologie und Orthopädie) ermittelt, inwiefern bestimmte Merkmale (beispielsweise die Diagnoseuntergruppe, ein Antrag auf Erwerbsminderungsrente, eine Anschlussheilbehandlung und der Beschäftigungsstatus der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden vor der Rehabilitation) den SMV nach der medizinischen Rehabilitation (in Form der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungstage) beeinflussen. Eine Übersicht der berücksichtigten Diagnoseuntergruppen, Komorbiditäten und Zusatzmerkmalen in den verschiedenen Vergleichsgruppen finden Sie auf den Internetseiten der Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung (Deutsche Rentenversicherung, kein Datum).

Unter Berücksichtigung der relevanten Einflussfaktoren innerhalb einer spezifischen QS-Vergleichsgruppe lässt sich für jede Rehabilitandin beziehungsweise für jeden Rehabilitanden ein erwarteter Wert für die Zielgröße berechnen. Der Erwartungswert stellt folglich den um Strukturunterschiede statistisch bereinigten Wert dar. Für jede Fachabteilung wird ein erwarteter Wert der Fachabteilung als Mittelwert über die erwarteten Werte jeder Rehabilitandin beziehungsweise jedes Rehabilitanden errechnet. Der erwartete Wert der Fachabteilung indiziert im Vergleich zu den anderen Fachabteilungen der QS-Vergleichsgruppe, ob aufgrund der Zusammensetzung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden im Durchschnitt mehr, gleich oder weniger sozialversicherungspflichtige Beschäftigungstage nach medizinischer Rehabilitation zu erwarten sind als von den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden der QS-Vergleichsgruppe. Die Berechnung der adjustierten Beschäftigungstage erfolgt durch Addition der im Rahmen der Adjustierung errechneten Differenz zwischen erwarteten und beobachteten Beschäftigungstagen zum Mittelwert der Vergleichsgruppe. Infolge wird für jede Fachabteilung ein individueller Punktewert ermittelt, der um die einflussnehmenden Variablen bereinigt ist und einen Vergleich innerhalb der Vergleichsgruppe zulässt (Leinberger et al. 2023).

Die Ergebnisse des SMV werden in der Abbildung anhand der gemittelten, adjustierten sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungstage beispielhaft in Vergleichsgruppen dargestellt. In den ausgewerteten Reha-Fachabteilungen lässt sich eine Zunahme der adjustierten sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungstage im 2. Jahr nach medizinischer Rehabilitation beobachten. In der kardiologischen Vergleichsgruppe wurden im 1. Jahr nach medizinischer Rehabilitation durchschnittlich 252 Beschäftigungstage registriert. Im 2. Jahr nach medizinischer Rehabilitation betrug die durchschnittliche Beschäftigungsdauer der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden 260 Tage pro Jahr. In der onkologischen Vergleichsgruppe belief sich die Beschäftigungsdauer im 1. Jahr auf 237 und im 2. Jahr auf 250 Tage. Die in der orthopädischen Vergleichsgruppe analysierten Daten zeigen, dass die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden im 1. Jahr durchschnittlich 256 Tage und im 2. Jahr nach medizinischer Rehabilitation durchschnittlich 265 Tage beschäftigt waren. In der psychosomatischen Vergleichsgruppe wurden im 1. Jahr durchschnittlich 206 und im 2. Jahr 220 sozialversicherungspflichtige Beschäftigungstage registriert. In der Neurologie belief sich die durchschnittliche Anzahl an Beschäftigungstagen im 1. Jahr auf 194 und im 2. Jahr auf 211.

Des Weiteren lässt sich eine Verringerung des Abstands zwischen Minimum und Maximum

Abbildung: Darstellung der adjustierten Beschäftigungstage beispielhaft in Vergleichsgruppen



Quelle: RSD 2021; eigene Darstellung.

der dargestellten, adjustierten sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungstage im 2. Jahr nach medizinischer Rehabilitation in nahezu allen Indikationen beobachten. In der psychosomatischen Gruppe werden im 1. Jahr mindestens 132 und maximal 238 Beschäftigungstage erreicht, was einer Differenz von 105 Tagen entspricht. Im 2. Jahr nach medizinischer Rehabilitation beträgt die Differenz 71 Tage, wobei hier das Minimum bei 185 und das Maximum bei 256 Tagen liegt. Eine Ausnahme stellt die neurologische Indikation dar. Hier beträgt der Abstand zwischen den minimalen und den maximalen Beschäftigungstagen im 1. Jahr 60 Tage und im 2. Jahr 99 Tage nach medizinischer Rehabilitation (siehe Abbildung).

4. Einflussvariablen der Adjustierung des SMV in den dargestellten Indikationen

Die nachfolgende Tabelle 3 gibt einen Überblick über die Einflussvariablen der Adjustierung in den einzelnen Indikationen. Im Folgenden werden beispielhaft Einflussvariablen aufgeführt, die sich in allen Indikationen trotz unterschiedlicher Adjustierungsmodelle wiederfinden. Die Stärke wird in positiver oder negativer Richtung angegeben und bezieht sich auf die Anzahl der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungstage. Die Einflussvariable „Antrag auf Erwerbsminderungsrente“ ist in sämtlichen Indikationen mit einer Reduktion der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungstage assoziiert. In der kardiologischen Indikation ist sie mit einer Verringerung der erwarteten Beschäftigungstage um 180 Tage am stärksten ausgeprägt, während in der Psychosomatik eine Abnahme um 123 Tage am geringsten zu bewerten ist. Bei Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die ein Jahr vor der Rehabilitation weniger als 50 Tage gearbeitet haben, ist in der Kardiologie ein Rückgang der Beschäftigungstage um 96 Tage zu verzeichnen, während in der Psychosomatik ein Rückgang um 46 Tage zu beobachten ist. Die Einflussvariable „keine Arbeitsunfähigkeitszeiten ein Jahr vor Rehabilitation“ zeigt einen positiven Einfluss auf die sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungstage. Die höchste Anzahl zusätzlicher Beschäftigungstage wird in der Neurologie mit acht Tagen erreicht, während der Einfluss in der Psychosomatik mit einem Tag am geringsten ist (siehe Tabelle 3).

5. Zusammenfassung

Der SMV im 1. und 2. Jahr nach medizinischer Rehabilitation ist ein wichtiges Qualitätssicherungsinstrument der Ergebnisqualität und stellt das Behandlungsergebnis einer medizinischen Rehabilitationsmaßname in Trägerschaft der Deutschen Rentenversicherung dar. Der SMV zeigt damit, dass die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung ein Erfolgsfaktor bei der Wiedereingliederung von Menschen zurück ins Arbeitsleben ist. Mit dem SMV steht der Deutschen Rentenversicherung ein zukunftssicheres QS-Instrument zur Verfügung, das Ergebnisqualität transparent macht, die Wirksamkeit von medizinischen Rehabilitationen differenziert abbildet und somit die Bedeutung der medizinischen Rehabilitation für die berufliche Teilhabe unterstreicht.
Die wissenschaftlich entwickelte Risikoadjustierung bildet dabei die Basis für die Vergleichbarkeit der Rehabilitationsleistungen von Reha-Fachabteilungen, die sich auf die gleiche Indikation beziehen. Die sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungstage stellen die Zielgröße des SMV im 1. und 2. Jahr nach medizinischer Rehabilitation dar, sodass sie als Grundlage für die Berechnung der Qualitätspunkte dienen. Die beobachteten Beschäftigungstage werden anhand von 365 Tagen normiert. Der ermittelte Qualitätspunkt ist fachabteilungsübergreifend vergleichbar und liegt zwischen 0 und 100. Zur Berechnung der adjustierten Beschäftigungstage wird die im Rahmen der Adjustierung errechnete Differenz zwischen erwarteten und beobachteten Beschäftigungstagen

Tabelle 3: Darstellung der Einflussvariablen in den Indikationen anhand von Beispielen

Indikation	Einflussvariable	Richtung (+/-) und Stärke des Einflusses in Beschäftigungstagen (BT)
Kardiologie	weniger als 50 BT 1 Jahr vor Rehabilitation	-96,32
	Antrag auf Erwerbsminderungsrente	-180,31
	keine Arbeitsunfähigkeitszeiten in den letzten 12 Monaten	+3,06
Orthopädie	weniger als 50 BT 1 Jahr vor Rehabilitation	-83,72
	Antrag auf Erwerbsminderungsrente	-143,55
	keine Arbeitsunfähigkeitszeiten in den letzten 12 Monaten	+5,45
Onkologie	weniger als 50 BT 1 Jahr vor Rehabilitation	-63,31
	Antrag auf Erwerbsminderungsrente	-181,1
	keine Arbeitsunfähigkeitszeiten in den letzten 12 Monaten	+3,46
Psycho-somatik	weniger als 50 BT 1 Jahr vor Rehabilitation	-46,19
	Antrag auf Erwerbsminderungsrente	-129,22
	keine Arbeitsunfähigkeitszeiten in den letzten 12 Monaten	+1,44
Neurologie	weniger als 50 BT 1 Jahr vor Rehabilitation	-66,13
	Antrag auf Erwerbsminderungsrente	-155,64
	keine Arbeitsunfähigkeitszeiten in den letzten 12 Monaten	+8,14

Quelle: RSD 2021.

zum Mittelwert der Vergleichsgruppe hinzuaddiert. Auf diese Weise wird für eine Reha-Fachabteilung ein individueller Punktewert ermittelt, der um die einflussnehmenden Variablen bereinigt ist und einen Vergleich innerhalb der Vergleichsgruppe zulässt.

Zur besseren Einordnung der Ergebnisse der Reha-Fachabteilung erfolgt eine Gegenüberstellung mit den Resultaten einer Vergleichsgruppe. Eine Vergleichsgruppe setzt sich aus Reha-Fachabteilungen zusammen, die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit ähnlichen Indikationen rehabilitieren. Im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation gelingt vielen Menschen indikationsübergreifend die Rückkehr ins Arbeitsleben, was anhand des adjustierten SMV messbar wird.

Die exemplarisch dargestellten Einflussvariablen (siehe Tabelle 3) verdeutlichen, dass

insbesondere Arbeitsunfähigkeiten im Jahr vor einer medizinischen Rehabilitation einen maßgeblichen positiven Einfluss auf die sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungstage nach einer medizinischen Rehabilitation ausüben. Diese Ergebnisse legen nahe, dass arbeitsbezogene Aspekte bereits in der medizinischen Rehabilitation von großer Bedeutung auf das Outcome der Rehabilitation sein können und begleitende Unterstützung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden auch nach einer medizinischen Rehabilitation wertvoll ist (Fauser et al. 2023). Spezifische Behandlungskonzepte, wie beispielsweise die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) der Deutschen Rentenversicherung, deren Ziel eine zeitnahe Reintegration ins Erwerbsleben nach einer Rehabilitation ist, können sich positiv auf die Anzahl der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungstage auswirken. Eine Untersuchung von MBOR-Rehabilitationsmaßnahmen hinsichtlich der Ergebnisse des SMV wäre zukünftig sicherlich von Interesse. Die Leistungen der Rentenversicherung werden auch künftig auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse weiterentwickelt, um die Versicherten nach dem Grundsatz „Reha vor Rente“ noch besser zu unterstützen. Initiativen wie das Strategiepapier der Deutschen Rentenversicherung zur Weiterentwicklung der Prävention und Rehabilitation, aber auch die Forschungsinitiative rehapro, mit der Modellvorhaben zur Stärkung und Optimierung von Rehabilitationsleistungen durchgeführt werden, zählen dazu.

Literatur

Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (2020): INKAR. Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung, http://www.inkar.de.

Deutsche Rentenversicherung (2024): Übersicht der Fachabteilungsschlüssel für Rehabilitationseinrichtungen, https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/klassifikationen/Fachabteilung/reha_fachabteilungen.html (abgerufen am 05.11.2024).

Deutsche Rentenversicherung Bund (2009): Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung, https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/konzepte_systemfragen/konzepte/rahmenkonzept_medizinische_reha.html (abgerufen am 04.11.2024).

Deutsche Rentenversicherung (kein Datum): Diagnoseuntergruppen und Komorbiditäten, https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/quali_allgemein/smv_diagnoseuntergruppen.html (abgerufen am 05.11.2024).

Deutsche Rentenversicherung, Statistikportal der Rentenversicherung (2023): https://statistik-rente.de/drv/extern/ (abgerufen am 04.11.2024).

Fauser, D./Zollmann, P./Streibelt, M. und *Bethge, M.* (2023): Berufliche Teilhabe nach einer medizinischen Rehabilitation aufgrund von onkologischen Erkrankungen: Repräsentative Analysen auf Basis der Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung. Die Rehabilitation, DOI: 10.1055/a-2192-3476.

Leinberger, S./Hetzel, C. und *Kaluscha, R.* (2023): Adjustierung des sozialmedizinischen Verlaufs nach medizinischer Rehabilitation: methodische Weiterentwicklung der Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung. Die Rehabilitation, DOI: 10.1055/a-1998-6574.

Anschrift der Verfasserinnen:

Nadine Schmidt
Angela Kranzmann
Deutsche Rentenversicherung Bund
Abteilung Prävention, Rehabilitation
und Sozialmedizin
Ruhrstraße 2
10709 Berlin