

# BAG RPK

**Bundesarbeitsgemeinschaft**  
Rehabilitation psychisch  
kranker Menschen e. V.

Für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen gilt es, das bestehende rehabilitative System anzupassen, exkludierende Faktoren zu beseitigen und inklusive Modelle weiter zu entwickeln, um nachhaltige Teilhabe, insbesondere am Arbeitsleben, sicher zu stellen.

Berentung  
vermeiden,  
Teilleistung  
würdigen,  
Nachsorge  
ermöglichen

Positionspapier BAG RPK e.V.  
8.3.2019

---

**Autoren:**

**Dr. Sabine Kress**

**Dr. Gustav Wirtz**

**Stephan Kauffeldt**

**Eva-Marie Torhorst**

**Annette Theiing**

## **Präambel**

### **Medizinisch-berufliche Rehabilitation in der Rehabilitationseinrichtung für Psychisch Kranke**

#### **Menschen (RPK) als komplexes Rehabilitationsangebot**

Mit der RPK-Empfehlungsvereinbarung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) von 2005 wurde das bisher in Deutschland einzigartige und erste Konzept einer leistungsträgerübergreifenden komplexen medizinisch-beruflichen Rehabilitationsmaßnahme umgesetzt. Insbesondere Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen erhalten hier bundesweit medizinische und berufliche Rehabilitationsleistungen sowie begleitende psychosoziale Leistungen im Sinne einer Komplexleistung aus einer Hand.

Die Rehabilitationsleistungen können als stationäres oder ambulantes Leistungsangebot in Anspruch genommen werden und erfolgen auf der Grundlage von Versorgungsverträgen mit den zuständigen Leistungsträgern: Deutsche Rentenversicherung (DRV), den gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) und der Bundesagentur für Arbeit (BA). Die Rehabilitationsmaßnahmen, die eine medizinische und berufliche Rehabilitationsphase umfassen, können jeweils bis zu einem Jahr dauern. Kernmerkmal der RPK-Maßnahmen ist dabei der nahtlose Übergang von der medizinischen in die berufliche Rehabilitationsphase, so dass die Teilnehmer durchgehend von einem interdisziplinären Team in ihrem Rehabilitationsprozess begleitet werden können.

Methodische Basis ist die leitliniengerechte Behandlung psychischer Erkrankungen und die Umsetzung integrativer rehabilitativer Konzepte. Sie beinhalten unterschiedliche Methoden zur beruflichen und auch sozialen Integration von psychisch kranken Menschen in einen angemessenen Arbeits- und Lebenskontext.

Ausgerichtet an dem Ziel einer Wiedereingliederung ins Erwerbsleben sind weitere Zielsetzungen der medizinischen und ggf. begleitende psychosoziale Leistungen in die Maßnahme integriert. Da Rehabilitationsverläufe psychisch kranker Menschen häufig von wechselhaften Krankheitsphasen geprägt sind, wird der Rehabilitationsprozess individuell geplant. Dabei spielen zu Anfang medizinisch-rehabilitative Aspekte eine zentrale Rolle, die gleichzeitig die Basis für den Erfolg der beruflichen Rehabilitation, sowie der beruflichen Integration darstellen. Wesentliche und zentrale Voraussetzung für das Gelingen dieser komplexen rehabilitativen Leistung ist das schnelle, situationsangemessene und an den individuellen Bedarfen orientierte Zusammenwirken aller genannten Leistungsträger und Leistungserbringer.

Mit bundesweit über 50 RPK-Einrichtungen entwickelt sich allmählich eine flächendeckende Versorgung, die dem Anspruch an eine sozialpsychiatrische Versorgung unter der Berücksichtigung regionaler Bedürfnisse schrittweise gerecht wird.

Dieses Positionspapier fokussiert auf die berufliche Phase der RPK-Maßnahme.

Diese umfasst als Komplexmaßnahme sowohl medizinisch als auch beruflich orientierte Interventionen. Eine planmäßige Beendigung der RPK-Maßnahme kann bereits in der medizinischen Phase erfolgen und leitet direkt in Maßnahmen zur Integration in den Arbeitsmarkt über.

## 1. Problembeschreibung

Für die Rehabilitation psychisch kranker Menschen mit krankheitsbedingten erheblichen Teilhabebeeinträchtigungen und Teilhabeverlusten lassen sich drei Problembereiche formulieren, die dem eigentlichen Zweck der Rehabilitation entgegen stehen und in erheblichem Maße zur Exklusion, bzw. zu dauerhaften Teilhabeverlusten der Betroffenen beitragen:

- Frühe Berentung häufig ohne vorausgegangene Rehabilitationsleistung
- Ausschluss von Rehabilitationsleistungen bei Teilleistungsfähigkeit
- Fehlende bedarfsorientierte berufliche Nachsorge

Lösungsansätze sind bislang nur in einzelnen Modellen erprobt und weit entfernt von einer Regelfinanzierung.

## 2. Wünsche an die Politik

### 2.1. Frühe Berentung vermeiden und Zugang zur Rehabilitation ermöglichen

**„Rehabilitation vor Rente“ muss auch als Ordnungsprinzip für Menschen mit psychischen Erkrankungen gelten.**

Psychische Erkrankung ist mit 42% die häufigste Ursache für Frühverrentung<sup>1</sup>.

Die Frühverrentung erfolgt im Durchschnitt bei einer psychischen Erkrankung drei Jahre früher als aufgrund einer somatischen Erkrankung<sup>2</sup>:

- Nur die Hälfte der Betroffenen hat im Vorfeld der Berentung eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch genommen.
- Frühe personenzentrierte Rehabilitation, die in der somatischen Medizin als Anschlussheilbehandlung (AHB) etabliert ist, fehlt nach der Entlassung aus der akut-psychiatrischen Behandlung vollständig.

Voraussetzung für die Vermeidung früher Berentung ist ein niederschwelliger Zugang zu bedarfsorientierten Rehabilitationsangeboten.

Niederschwelligkeit bedeutet in diesem Zusammenhang:

- flächendeckend und zeitnah verfügbar,
- individuell geplant,
- nahtlos (kurativ – rehabilitativ, medizinisch – beruflich),

<sup>1</sup> BPTK-Studie zur Arbeits- und Erwerbsfähigkeit (2013)

<sup>2</sup> Uta Gühne, Steffi G. Riedel-Heller (2015), Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland; im Auftrag von Gesundheitsstadt Berlin e. V. und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)

- personenzentriert und
- lebensweltorientiert.

Das RPK-Konzept beinhaltet die Kernaspekte eines solchen Modells, insbesondere durch den nahtlosen Übergang von medizinischen in berufliche Interventionen, die individuelle Einschätzung von Fähigkeiten und die Möglichkeit, funktionsorientiert Fähigkeiten zu trainieren.

Die Weiterentwicklung der entsprechenden Strukturen vom Modell in eine flächendeckende regelfinanzierte Versorgung gilt es zu fördern. Nur so kann frühe Berentung verhindert werden.

## 2.2. Teilleistung würdigen

**Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsmarkt verlangen die Prognose der vollschichtigen Tätigkeit mit mehr als 6 Stunden täglich. Dies steht im Widerspruch zu den Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes, wo Teilzeitmodelle und flexible Arbeitszeitmodelle auf dem Vormarsch sind und durch entsprechende Gesetzgebung gezielt gefördert werden. Hier besteht eine massive Benachteiligung von Menschen mit psychischer Erkrankung.**

**Die Erreichung der Teilleistungsfähigkeit muss als Reha-Indikation Berücksichtigung finden, um Menschen mit psychischer Erkrankung den Weg auf den für sie häufig besonders geeigneten Teilzeit-Arbeitsmarkt zu öffnen.**

Beschäftigung in Teilzeit ist ein hohes Gut. Die Möglichkeit der Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Verantwortung für zu pflegende Angehörige zu übernehmen oder individuelle Lebensmodelle zu verwirklichen wurde in den letzten Jahren durch den Gesetzgeber immer weiter gestärkt. Viele Arbeitgeber bieten im Wettbewerb um Fachkräfte innovative Zeitmodelle an.

In der Logik rehabilitativer Angebote findet diese Entwicklung keine Berücksichtigung.

In der Rehabilitation gilt eine „Alles-oder-nichts-Logik“. Die Bewilligung medizinischer, insbesondere aber beruflicher Rehabilitationsangebote zur Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit für den allgemeinen Arbeitsmarkt stellt die Bedingung, dass eine vollschichtige Leistungsfähigkeit mit mindestens 6 Stunden täglich prognostiziert werden kann. Sie erfolgt zudem nahezu ausschließlich personenbezogen; limitierende Kontextfaktoren finden nur begrenzt Berücksichtigung. Damit wird das Prinzip der Lebensweltorientierung und der Settingbezug aus dem Inklusionskonzept ignoriert.

Menschen mit einer stabilen Teilleistungsfähigkeit, die weniger als 6 Stunden pro Tag auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt einsatzfähig sind, können aufgrund dieses "Vollschichtigkeitsdogmas", bezogen auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA-Maßnahmen), häufig nicht weiter gefördert werden.

Insbesondere Menschen mit psychischen Erkrankungen, deren Leistungsfähigkeit eher quantitativ als qualitativ beeinträchtigt sein kann, werden damit ihrer Teilhabemöglichkeiten beraubt. Viele Menschen mit psychischen Erkrankungen sind im Rahmen der Rehabilitation durchaus wieder in der Lage, an ihren beruflichen Vorerfahrungen anzuknüpfen und ggf. anspruchsvolle Tätigkeiten auszuüben. Eine passgenaue Tätigkeit kann auch für das Selbstwerterleben und damit für die psychische Stabilität eine große Rolle spielen. Eine stabile Teilzeitbelastbarkeit kann ein gutes Rehabilitationsergebnis darstellen und durchaus gute Integrationschancen auf eine sozialversicherungspflichtige Teilzeittätigkeit bieten.

Bislang wird im politischen Raum die vollschichtige Prognose als Voraussetzung für LTA-Maßnahmen verlangt, da der Teilzeitarbeitsmarkt als verschlossen gelte. Bei Arbeitslosigkeit und Teilerwerbsminderung sei eine Vollberentung rechtlich vorgesehen. Das fortgesetzte Ignorieren der Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt führt zu nachhaltiger Exklusion.

### **2.3. Nachsorge ermöglichen: Schnittstelle Rehabilitation und allgemeiner Arbeitsmarkt als besonderes Problemfeld**

**Die berufliche Nachsorge nach Rehabilitationsmaßnahmen muss langfristig und flexibel angepasst an den individuellen Unterstützungsbedarf ermöglicht werden. Sie soll Betroffenen und Arbeitgebern zur Verfügung stehen.**

**Erfolgsfaktoren sind: konstante Beziehungen, Lebensweltorientierung und ggf. aufsuchende Hilfen. Dafür muss ein regelfinanzierter Rahmen entwickelt werden<sup>3</sup>.**

Bei Menschen mit einer schweren psychiatrischen Erkrankung finden Begleitung und Unterstützung am Arbeitsplatz nach Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme in der Regel nicht statt. Die betroffenen Menschen sind mit dem Ende der Rehabilitation und dem Beginn lohnabhängiger Tätigkeit auf sich allein gestellt. So lassen sich zwar im Anschluss an die Rehabilitation und in der Regel nahtlos auf die Teilhabebereiche Gesundheit, Soziales und Wohnen hilfreiche und individuell angepasste Unterstützungs- und Hilfenetze knüpfen; bezogen auf den Teilhabebereich Arbeit gibt es aber kein bedarfsgerechtes Angebot.

Das ist besonders problematisch für Rehabilitanden, die als relevant leistungsfähig entlassen werden. Ihre Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt ist in der Regel konkret vorbereitet.

---

<sup>3</sup> Hierfür bieten sich regionale Projekte im Rahmen von RehaPro an (z. B. Projektskizze „Job Protection“ der DRV Braunschweig-Hannover).

Nach monatelanger Erprobung und differenzierter Rehabilitationsdiagnostik sind die Betroffenen im entscheidenden Moment, nämlich ab dem Zeitpunkt als Arbeitnehmer oder Auszubildender, in schwierigen Situationen, Verunsicherungen und auf den Arbeitsplatz bezogene Krisen, auf sich allein gestellt.

Das wird dem Wesen psychischer Erkrankungen mit häufig phasischen Verläufen, in der Regel rezidivierendem Auftreten von Leistungseinschränkungen und alterierendem Unterstützungsbedarf nicht gerecht. Gerade das Ankommen im neuen Kontext mit den vielfältigen Herausforderungen der Arbeitsinhalte und der Gestaltung neuer sozialer Beziehungen braucht fachlich kompetente Unterstützung. Diese fehlt innerhalb des aktuellen Rechtsrahmens nicht nur den Betroffenen, sondern auch den Arbeitgebern.

Wünschenswert ist hier ein Modell, das Beziehungskontinuität herstellt und es am Rehaprozess beteiligten Fachkräften ermöglicht, auch über das Ende der Rehabilitationsmaßnahme hinaus unterstützend und ggf. moderierend tätig zu sein.

Darüber hinaus fehlen Nachsorgeangebote im Falle von Arbeitslosigkeit bei vermittelbaren Personen vollständig. Die Schnittstelle zwischen Rehabilitation und Arbeitswelt ist regional sehr unterschiedlich organisiert. Es fehlt jedoch durchgängig eine regelfinanzierte, bedarfsorientierte und langfristige berufliche Nachsorge.

### **3. Zum Hintergrund**

#### **3.1. Fehlende Nachsorge für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Abgrenzung zu leichteren psychischen Störungen**

Die Notwendigkeit von Nachsorge nach der Rehabilitation zur überdauernden Sicherung des Rehabilitationsergebnisses ist bei den Leistungsträgern Konsens. Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) hat für die Belange psychisch erkrankter Menschen Nachsorgekonzepte entwickelt. Diese beziehen sich jedoch ausschließlich auf die Nachsorge nach psychosomatischer Rehabilitation<sup>4</sup>. Dabei handelt es sich in der Regel eine 4-6 wöchige Maßnahme im stationären Setting, wohnortfern für Menschen mit leichteren psychischen Störungen.

Der spezifische Nachsorgebedarf von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen wird damit nicht abgedeckt. Es treten besondere Härten auf, wenn die Rehabilitationsmaßnahme aufgrund einer positiven Erwerbsprognose des Rehabilitanden bereits nach der medizinischen Phase endet und eine Integration in Ausbildung oder Arbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erfolgen soll.

---

<sup>4</sup> DRV-Konzept „Rahmenkonzept zur Nachsorge für Medizinische Rehabilitation nach §15 SGB VI, Stand: Juni 2015, Fassung vom 02. Januar 2018

Die vorhandenen Konzepte der DRV sind ausschließlich auf Fragestellungen der medizinischen Rehabilitation im Sinne der psychosomatischen oder somatischen, nicht aber der psychiatrischen Rehabilitation zugeschnitten.

### **Rehabilitationserfolge nachhaltig sichern**

In neueren Rehabilitationskonzeptionen für Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen, die Arbeitsmarktorientierung auch bereits in der medizinischen Rehabilitation anstreben, finden sich klare Hinweise darauf, wie die Nachhaltigkeit von Rehabilitationsergebnissen auch langfristig gesichert werden kann. So lohnt die nähere Betrachtung des Konzeptes „Supported Employment“ (SE) als Rehabilitationsmethode.

„Supported employment schweiz“<sup>5</sup> und die „Europäische Vereinigung für Supported Employment (EUSE)“ definieren Supported Employment als „Unterstützung von Menschen mit Behinderungen oder von anderen benachteiligten Gruppen beim Erlangen und Erhalten von bezahlter Arbeit in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes“.

Damit sind vier wesentliche Charakteristika von SE festgehalten:

- Es geht darum, (leistungsentsprechend) **bezahlte Arbeit**
- auf dem **allgemeinen Arbeitsmarkt** (und nicht in besonderen Einrichtungen) zu finden;
- neben dem Erlangen von Arbeit wird **Nachhaltigkeit nach der Vermittlung** (z.B. durch weitergehendes Coaching) angestrebt, und
- Supported Employment bezieht sich auf den **ganzen Prozess** vom Erlangen bis zum langfristigen Erhalt einer Arbeitsstelle.

SE ist ein methodischer Ansatz, der einerseits von den individuellen Fähigkeiten und jeweiligen Bedürfnissen der stellensuchenden Person ausgeht, und andererseits die aktive Zusammenarbeit mit den Arbeitgebenden ins Zentrum stellt („Job Coaching“).

### **Train? Place? TRAICE! – Supported Employment als Rehabilitationsmethode innerhalb der RPK-Maßnahme**

In der Diskussion über die Rehabilitation von Menschen mit schwerwiegenden psychischen Erkrankungen ist in diesem Zuge eine Polarisierung um den Stellenwert des SE im Vergleich zu anderen etablierten Formen der Rehabilitation in Deutschland festzustellen. Dies ist nicht zielführend.

---

<sup>5</sup><https://www.supportedemployment-schweiz.ch/Wissen/Kurz-und-knapp/PGRjG/>



In der RPK-Konzeption liegen Gemeinsamkeiten mit dem SE als Rehabilitationsmethode in dem rehabilitativen Grundsatz einer frühzeitigen lebensweltbezogenen Integration und der rehabilitativen Grundhaltung einer konsequenten Respektierung der Selbstbestimmung des Rehabilitanden vor. Die Übernahme in eine entlohnte Beschäftigung (nach der Rehabilitation!) ist in der beruflichen Phase einer RPK angestrebtes Ziel. Die Vernetzung mit dem regionalen Arbeitsmarkt während der Rehabilitation und nach bzw. zeitgleich mit dem Arbeitsplatz bezogenen Training während der RPK ermöglicht eine passgenaue Platzierung, in der auch Austestung von Neigungen und Fähigkeiten ermöglicht werden. Hier spielen Arbeitstraining in der Einrichtung und am Arbeitsplatz (z.B. in einem Betriebspraktikum) Hand in Hand. Eine langfristige Übernahme vom Betriebspraktikum zur entlohten Beschäftigung ist dabei ausdrücklich erwünscht. Dies erlaubt sowohl dem Betrieb wie auch den Teilnehmern eine realistische Erprobung vor Ort. Damit vertritt das RPK-Konzept einen paradigmengreifenden Standpunkt, indem es Platzierung (placing) und gestufte Belastungserprobung (training) nicht als sequentiell aufeinanderfolgende Elemente ansieht, sondern integrativ beide Aspekte zeitlich Berücksichtigung finden („Traicing“). Im Rahmen der psychiatrischen Indikationsbereiche ist deshalb die Bedeutsamkeit der medizinischen Vorphase nicht genug zu betonen, bevor die LTA-Phase den Weg in die geregelte und bezahlte Beschäftigung ebnet. Mit Übernahme des Rehabilitanden in eine bezahlte Beschäftigung beendet aber per definitionem in fast allen Regionen die Rehabilitation.

Eine Ausnahme bildet Niedersachsen. Hier ist es seit über 20 Jahren für die RPKs möglich, über die Rentenversicherung ambulante Nachsorgeleistungen anzubieten über einen Zeitraum von 6 Monaten nach Ende der beruflichen RPK-Phase. Die Auswertungen zeigen, dass mit diesem flexiblen und individuellen Nachsorgeansatz langfristige Arbeitsverhältnisse abgesichert werden können. Zwischenzeitlich auftretende Krisen oder Arbeitsplatzkonflikte können so aufgefangen und bearbeitet werden. Als entscheidende Wirkfaktoren sind an dieser Stelle die Beziehungskontinuität, der niederschwellige und sofortige Zugang sowie die selbstwirksamkeitsbezogenen Erfahrungen der Betroffenen aus der eigentlichen Rehabilitationsmaßnahme zu nennen.

Die Fortführung der Unterstützung nach der Entlassung aus der Rehabilitation sollte sich daher an den Erfahrungen der bereits in Deutschland realisierten Modelle (Niedersachsen) sowie an den Kriterien des Supported Employment orientieren.

Als wesentliche Kernelemente sind zu nennen:

- Keine grundsätzliche zeitliche Befristung
- Reflexion der Arbeitssituation in Einzelgesprächen und Gruppenangeboten
- Individuelle Rehabilitationsplanung
- Bedarfsorientierte Intensität der Unterstützung

- Beziehungskontinuität und Anknüpfen an den Erkenntnissen der RPK-Maßnahme
- Bei Bedarf aufsuchend (Arbeitsplatz und Wohnort)
- Vernetzt mit dem individuellen Unterstützersystem des Betroffenen
- Bedarfsorientierte Betreuung/Beratung der Arbeitgeber

Außerdem sind neben den in vielen Fällen persönlichen Kontakten internetbasierte Konzepte zur Nachsorge realisierbar, die dem Bedarf einer wohnorts- und zeitunabhängigen Unterstützung entgegen kommen können.

### **3.2. Zielgruppe und Bedarfsentwicklung**

Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung umfassen eine klinisch bedeutsame Patientengruppe. Die Zahl von Betroffenen mit einer schweren psychischen Erkrankung kann vorsichtig auf 1 % bis 2 % der Erwachsenen zwischen 18 und 65 Jahren geschätzt werden. In Deutschland gelten damit ca. 500.000 bis zu 1 Million Menschen als schwer psychisch krank<sup>6</sup>.

Die Zielgruppe lässt sich durch folgende Merkmale beschreiben<sup>7</sup>:

1. Vorliegen (irgendeiner) psychischen Erkrankung, die erhebliche Einschränkungen der Funktionalität, Aktivitäten und folglich der Partizipation nach sich zieht, z.B.:
  - a. einer schweren Depression,
  - b. Schizophrenie oder anderen psychotischen Störung,
  - c. einer schweren bipolaren Störung,
  - d. Zwangs- oder Angststörung,
  - e. Posttraumatischen Belastungsstörung oder einer
  - f. schweren Persönlichkeitsstörung
2. Dauer und/oder Behandlung der Erkrankung beträgt mindestens zwei Jahre
3. Die durch die Erkrankung hervorgerufene psychosoziale Beeinträchtigung erreicht eine Schwere, die durch eine gültige Skala als erheblich quantifizierbar ist (z. B. Global Assessment of Functioning, GAF oder Mini-ICF-APP)
4. Formeller und Informeller Unterstützungsbedarf für Betroffene und Umwelt

---

<sup>6</sup> Uta Gühne, Steffi G. Riedel-Heller (2015), Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland; im Auftrag von Gesundheitsstadt Berlin e. V. und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)

<sup>7</sup> S3 Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen, Hrsg. DGPPN, Springer Verlag Berlin, 2013

Während die Erkrankungsraten für Schizophrenien relativ gleichbleibend sind, stellen sich die Daten für andere psychische Erkrankungen mit ebenfalls erheblichen Teilhabeeinschränkungen dramatischer dar. Zwar kann keine absolute Zunahme der Erkrankungen bspw. für Depressionen gezeigt werden, jedoch ist die Inanspruchnahme und Repräsentanz im sozialen System (AU-Zeiten, Frühberentungen) kontinuierlich ansteigend.

Man muss hier also von einer weiter steigenden Nachfrage für Rehabilitationsangebote auch für die schwerer betroffenen Menschen ausgehen.

### **3.3. Verfügbarkeit von Rehabilitationsangeboten**

Rehabilitationsangebote im Sinne von RPK-Maßnahmen stehen den Menschen in Deutschland noch nicht flächendeckend zur Verfügung (<https://www.bagrpk.de/standortuebersicht/>).

Die ca. 50 Einrichtungen stellen 1800 Behandlungsplätze zur Verfügung, pro Jahr werden ca. 1900 Maßnahmen durchgeführt. Das entspricht weniger als 0,1% der Rehabilitationsmaßnahmen pro Jahr in Deutschland. Die Wartezeiten auf die Rehabilitation betragen in der Regel mehrere Monate. Ambulante Rehabilitationsplätze stehen in einigen Regionen gar nicht zur Verfügung bzw. sind in ländlichen Regionen aufgrund von Hemmnissen in der Erreichbarkeit kaum realisierbar.

Die Diskrepanz zwischen Angebot und Bedarf bleibt auch unter Berücksichtigung von sozialmedizinischen Voraussetzungen wie Rehabilitationsbedarf, Erfolgsprognose und Motivation der Betroffenen eklatant.