

Bericht des GKV–Spitzenverbandes nach  
§ 18a Abs. 3 SGB XI über die Erfahrungen der Pflegekassen  
mit der Umsetzung der Empfehlungen der Medizinischen  
Dienste der Krankenversicherung und der beauftragten  
unabhängigen Gutachterinnen und Gutachter zur  
medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Begutachtung  
zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Berichtsjahr 2022

Stand: 31.08.2023



## 1. Einleitung

Nach § 18a Abs. 2 und 3 SGB XI haben die Pflegekassen jährlich über die Erfahrungen mit der Umsetzung der Empfehlungen der Medizinischen Dienste (MD) und der beauftragten Gutachterinnen und Gutachter zur medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit zu berichten. Die Meldung durch die Pflegekassen erfolgt bis zum 31. März des dem Berichtsjahr folgenden Jahres an den GKV-Spitzenverband. Der GKV-Spitzenverband bereitet die Daten auf und leitet die aufbereiteten und auf Plausibilität geprüften Daten bis zum 30. Juni dem Bundesministerium für Gesundheit zu. Bis zum 1. September veröffentlicht der GKV-Spitzenverband auf Basis der gemeldeten Daten jährlich einen Bericht.

Die MD-Gemeinschaft und die Kranken- und Pflegekassen entwickeln das Verfahren zur Feststellung von Rehabilitationsbedarfen bei der Begutachtung von Pflegebedürftigen stetig weiter. Mit dieser Zielsetzung wurde im Jahr 2013/2014 – initiiert durch den GKV-Spitzenverband und den Medizinischen Dienst Bund (MD Bund) – ein breit angelegtes Evaluationsprojekt (Projekt Reha XI) unter externer wissenschaftlicher Begleitung durchgeführt, in dem mit dem ausschließlichen Fokus auf die Reha-Bedarfsfeststellung in der Pflegebegutachtung Möglichkeiten einer Optimierung der Begutachtung nach wissenschaftlichen Standards erhoben und erprobt wurden. Dabei zeigte sich, dass mit einem verbesserten, strukturierten und einheitlichen Verfahren mehr Rehabilitationsempfehlungen ausgesprochen werden. Die in diesem Projekt gewonnenen Erkenntnisse wurden mit Blick auf eine flächendeckende Umsetzung in der Regelbegutachtung bewertet und in einen optimierten Begutachtungsstandard (OBS) überführt. Dieser orientiert sich am praktischen Ablauf und umfasst Themenbereiche von der Schulung, über Unterlagen, Vorinformationen, Hausbesuche und Nachbereitung bis zur ärztlichen Entscheidung. Ein Kernstück ist dabei ein bundeseinheitliches professionsübergreifendes Schulungscurriculum für pflegfachliche und ärztliche Gutachterinnen und Gutachter. Seit Januar 2015 wird flächendeckend in allen MD nach dem OBS begutachtet. Seit dem 1. Januar 2016 ist der OBS gesetzlich verankert (§ 18 Abs. 6 SGB XI).

Die Wirkung des OBS und des mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz zum 1. Januar 2017 eingeführten Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit zeigte sich in einem kontinuierlichen Anstieg der Reha-Empfehlungen bis zum Jahr 2019.

Unter den Bedingungen der Covid-19-Pandemie waren in 2020 die Begutachtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit vor besondere Herausforderungen gestellt. Die körperlichen Untersuchungen in der eigenen Häuslichkeit des Pflegebedürftigen waren aufgrund des Infektionsgeschehens ab März 2020 bis Ende Juni 2022 mit kurzen Unterbrechungen ausgesetzt. Die Pflegebegutachtungen fanden stattdessen vorwiegend durch strukturierte Telefoninterviews statt.

Erfreulich ist, dass mit zunehmender Erfahrung mit dem Begutachtungsinstrument der strukturierten Telefoninterviews Rehabilitationsbedarfe besser erkannt wurden. Dies spiegelt sich in den Ergebnissen der Reha-Statistik für das Berichtsjahr 2021 wider. Im aktuellen

Berichtsjahr 2022 fand die Pflegebegutachtung ab dem zweiten Halbjahr wieder in der eigenen Häuslichkeit statt. Die Anzahl der Rehabilitationsempfehlungen ist im Vergleich zum Vorjahr um 10 Prozent gestiegen. Das Niveau von 2019, also vor der Pandemie, wird um 9 Prozent übertroffen.

## 2. Vorgehensweise zur Berichterstellung

Der GKV-Spitzenverband hat gemeinsam mit den Verbänden der Pflegekassen auf Bundesebene einen Statistik-Vordruck mit einer entsprechenden Ausfüllanleitung (siehe Anlage 1 und 2) erarbeitet, damit die Darstellung der Daten auf einheitlicher Grundlage in einer bundesweiten Gesamtstatistik erfolgt. Das Bundesministerium für Gesundheit hat zur Erhebung der Daten mittels des Statistik-Vordrucks sowie zu der entsprechenden Ausfüllanleitung sein Einverständnis erteilt. Um die Qualität der übermittelten Daten zu verbessern, wurde die Ausfüllanleitung gemeinsam mit den Verbänden der Pflegekassen auf Bundesebene im Jahr 2016 modifiziert. Ab dem Bericht 2021 wurden der Statistik-Vordruck und die Ausfüllanleitung im Zuge des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes (IPReG) erneut angepasst. Danach werden Pflegekassen dazu verpflichtet, den möglichen Gründen nachzugehen, die einer Einwilligung der antragstellenden Person zu einer Reha-Maßnahme entgegenstehen. Zudem soll berichtet werden, was die jeweilige Pflegekasse in diesem Zusammenhang unternommen hat. Außerdem sollen die Maßnahmen genannt werden, die die Pflegekassen regelmäßig unternehmen, um ihren Aufgaben gemäß §§ 18a Absatz 1 und 31 Absatz 3 SGB XI nachzukommen (zum Beispiel regelhafte Nachfrage beim Rehabilitationsträger, ob eine Maßnahme durchgeführt wurde; Verfahren zur Klärung und ob vorläufige Leistung zur medizinischen Rehabilitation nach § 32 SGB XI erbracht wird).

Die von den Pflegekassen gemeldeten Daten für das Berichtsjahr 2022 wurden vom GKV-Spitzenverband bestmöglich auf ihre Konsistenz geprüft und zu einer bundesweiten Gesamtstatistik aufbereitet (siehe Anlage 3).

## 3. Datenqualität

Für das Berichtsjahr 2022 haben alle 97 Pflegekassen<sup>1</sup> Daten an den GKV-Spitzenverband geliefert. In den Vorjahren betrug die Rückmeldequote bezogen auf die Anzahl der Pflegekassen 100 % (2015–2022), 85,6 % (2014) und 67,2 % (2013).

Entsprechend dem gesetzlichen Auftrag hat der GKV-Spitzenverband die gelieferten Daten auf ihre Plausibilität überprüft.

---

<sup>1</sup> Anzahl der Pflegekassen Stand 01.01.2022.

## 4. Auswertung der Daten

Der Anteil der Pflegekassen, die Daten zu Rehabilitationsempfehlungen lieferten, war von 2013 bis 2019 stetig gestiegen (2013: 57 %; 2014: 65 %, 2015: 87 %, 2016: 92 %, 2017, 2018 sowie 2019 94 %). Im Berichtsjahr 2020, also unter den Bedingungen der Corona-Pandemie, war die Quote mit 91 % erstmals rückläufig. Ab 2021 stieg die Quote wieder auf 95 %. Für das aktuelle Berichtsjahr liegt sie bei rd. 97 %. Es haben 3 Pflegekassen keine Rehabilitationsempfehlungen im Rahmen der Pflegebegutachtung ausgesprochen. Hierbei handelt es sich um Pflegekassen, die eine geringe Anzahl von Versicherten aufweisen (0,1 Prozent aller GKV-Versicherten).

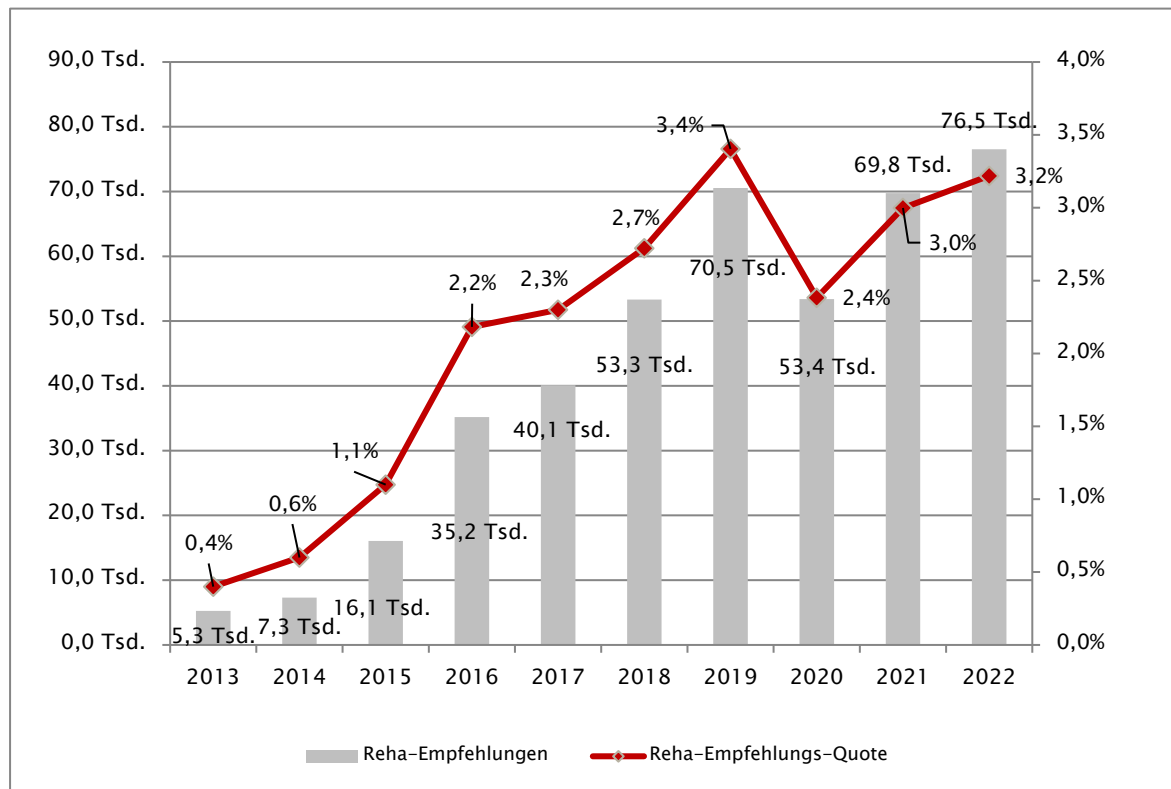
Mit der Etablierung des optimierten Begutachtungsstandards in 2015 sind die Rehabilitationsempfehlungen und die Rehabilitationsempfehlungsquote, also die auf 100 Begutachtungen erteilten Rehabilitationsempfehlungen, kontinuierlich gestiegen. Aufgrund der COVID-19-Pandemie 2020/2021 waren die Rehabilitationsempfehlungen und auch die Rehabilitationsempfehlungsquote verglichen mit dem Berichtsjahr 2019, insbesondere auf Grund des erforderlichen Verzichts auf persönliche Befunderhebung in der Häuslichkeit, zu Gunsten von strukturierten Telefoninterviews rückläufig. Allerdings zeigte sich ab 2021 wieder ein leichter Anstieg. Im aktuellen Berichtsjahr 2022 liegt die Anzahl der Reha-Empfehlungen über dem Niveau vor der Pandemie. Die Rehabilitationsempfehlungsquote liegt allerdings knapp unter der von 2019.

Im Rahmen der Pflegebegutachtung wurden im Berichtsjahr 2022 durch die MD ca. 76.500 Empfehlungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gegeben, die durch die Pflegekassen an die Pflegebedürftigen weitergeleitet wurden. Dies entspricht einer Steigerung gegenüber dem Vorjahr von rund 10 Prozent (2021: 69.800 Empfehlungen). Bei ca. 2,38 Mio. Begutachtungen, bei denen über eine Rehabilitationsempfehlung entschieden werden konnte<sup>2</sup>, entspricht dies einer Reha-Quote von 3,2 Prozent. Im Berichtsjahr 2021 lag die Quote der Rehabilitationsempfehlungen bei insgesamt 2,38 Mio. Begutachtungen bei 3,0 Prozent.

---

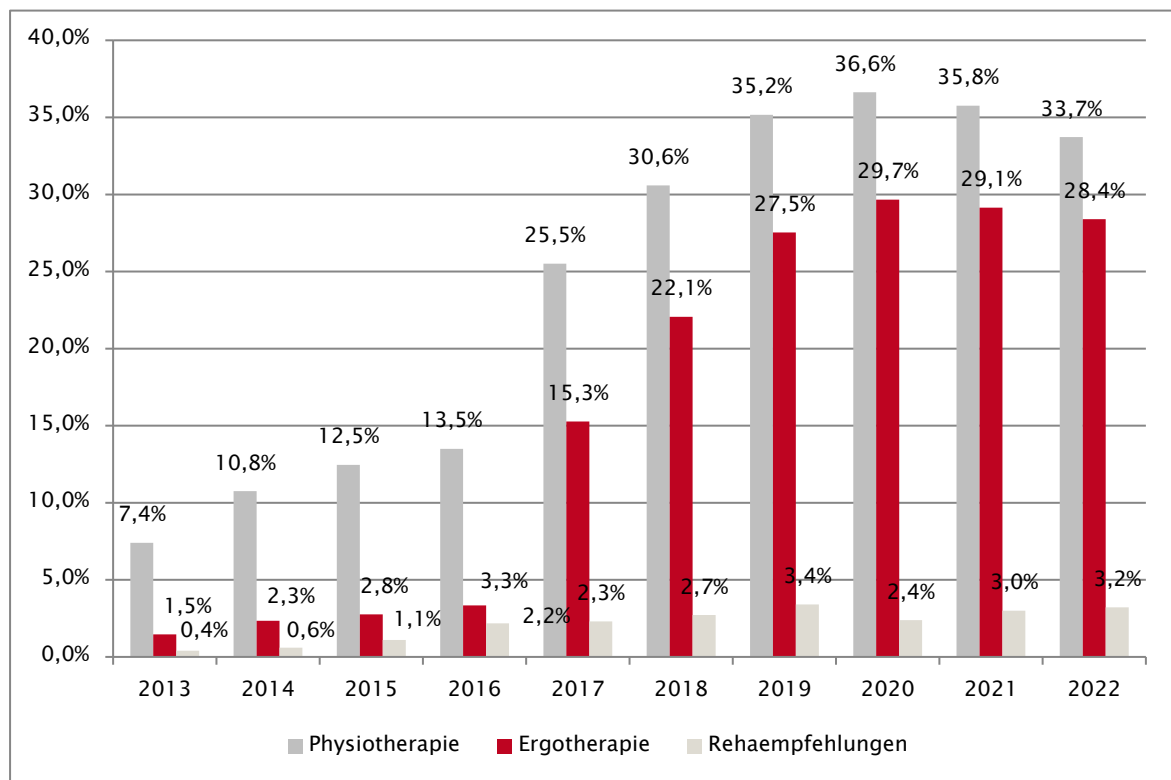
<sup>2</sup> Ohne antragstellende Personen, bei denen eine Prüfung der Reha-Empfehlung nicht möglich ist, weil die antragstellende Person vor der persönlichen Befunderhebung verstorben ist und ohne Personen, bei denen eine persönliche Befunderhebung nicht zumutbar ist, z. B. Personen in der stationären Hospizversorgung bzw. in der ambulanten Palliativpflege.

Abbildung 4-1: Entwicklung der Rehabilitationsempfehlungen und der Reha-Quote



Neben Leistungen zur medizinischen Rehabilitation kommen auch weitere Leistungen mit rehabilitativer Zielsetzung in Betracht. So wurden laut Begutachtungsstatistik des MD Bund 2022 beispielsweise in 33,7 Prozent der durchgeführten Begutachtungen Empfehlungen für Leistungen der Physiotherapie und in 28,4 Prozent der Begutachtungen Empfehlungen für Leistungen der Ergotherapie ausgesprochen.

Abbildung 4-2: Empfehlungsquoten weiterer Leistungen mit rehabilitativer Zielsetzung

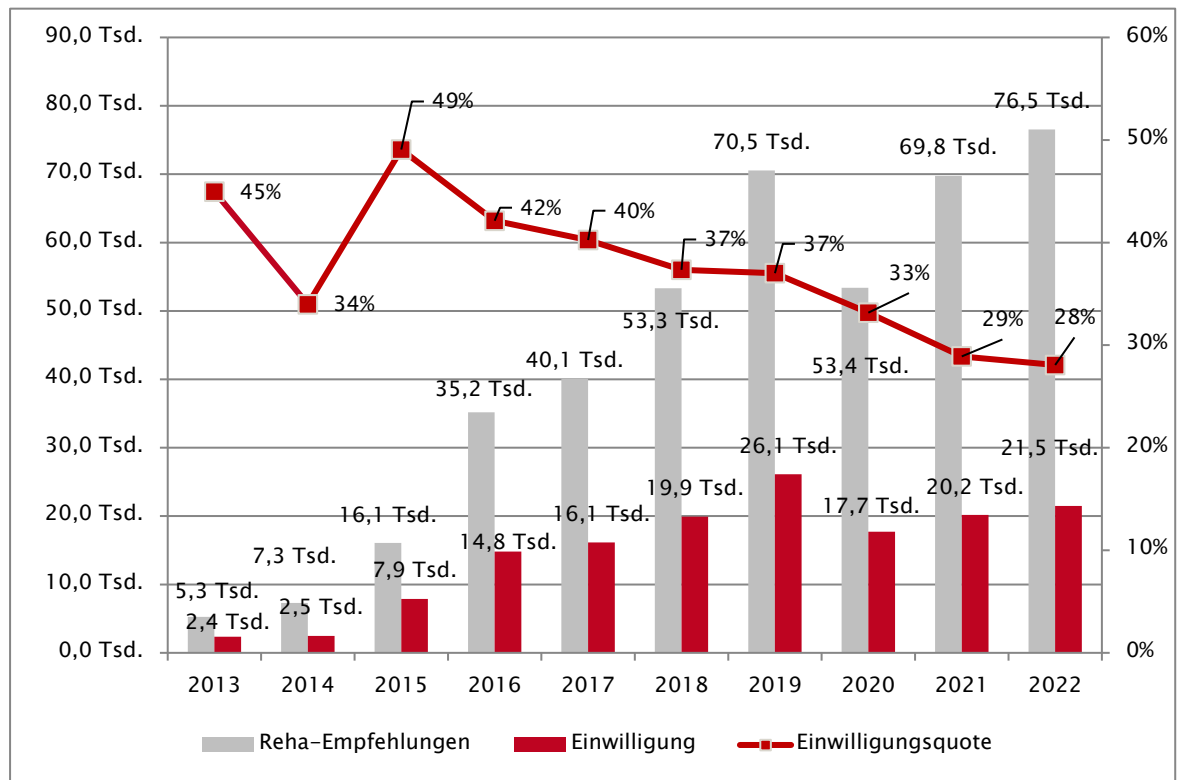


Bei den Empfehlungsquoten in den beiden Heilmittelbereichen der Physiotherapie und der Ergotherapie zeigte sich im Berichtsjahr 2020 ein Anstieg im Vergleich zu 2019 (siehe Abbildung 4-2). Mit dem Wiederanstieg der Reha-Empfehlungsquote in 2021 und 2022 sind die Empfehlungsquoten der Einzelleistungen der Heilmitteltherapie im Vergleich zu 2020 wieder leicht rückläufig, aber weiter auf einem hohen Niveau.

Einer positiven Rehabilitationsempfehlung des MD im Rahmen der Pflegebegutachtung folgt nicht in allen Fällen eine Einwilligung des Versicherten zu deren Weiterleitung an den zuständigen Rehabilitationsträger und in die damit ausgelöste Antragstellung nach § 14 SGB IX (vgl. §§ 31 Abs. 3, 18a Abs. 1 Satz 2 SGB XI). Von den ca. 76.500 Rehabilitationsempfehlungen mündeten rd. 21.500 in einen Antrag nach § 31 Abs. 3 SGB XI i. V. m. § 14 SGB IX. Somit wurde in 28 Prozent der Fälle mit einer Rehabilitationsindikation eine Einwilligung zu deren Weiterleitung an den zuständigen Rehabilitationsträger durch die Pflege-Antragstellerin oder den Pflege-Antragsteller erklärt.<sup>3</sup> Die Einwilligungsquote ist im Vergleich zu den Corona-Jahren 2020 und 2021, bezogen auf die erteilten Rehabilitationsempfehlungen, noch einmal gesunken. Sie lag im Jahr 2021 bei 29 Prozent (siehe Abbildung 4-3).

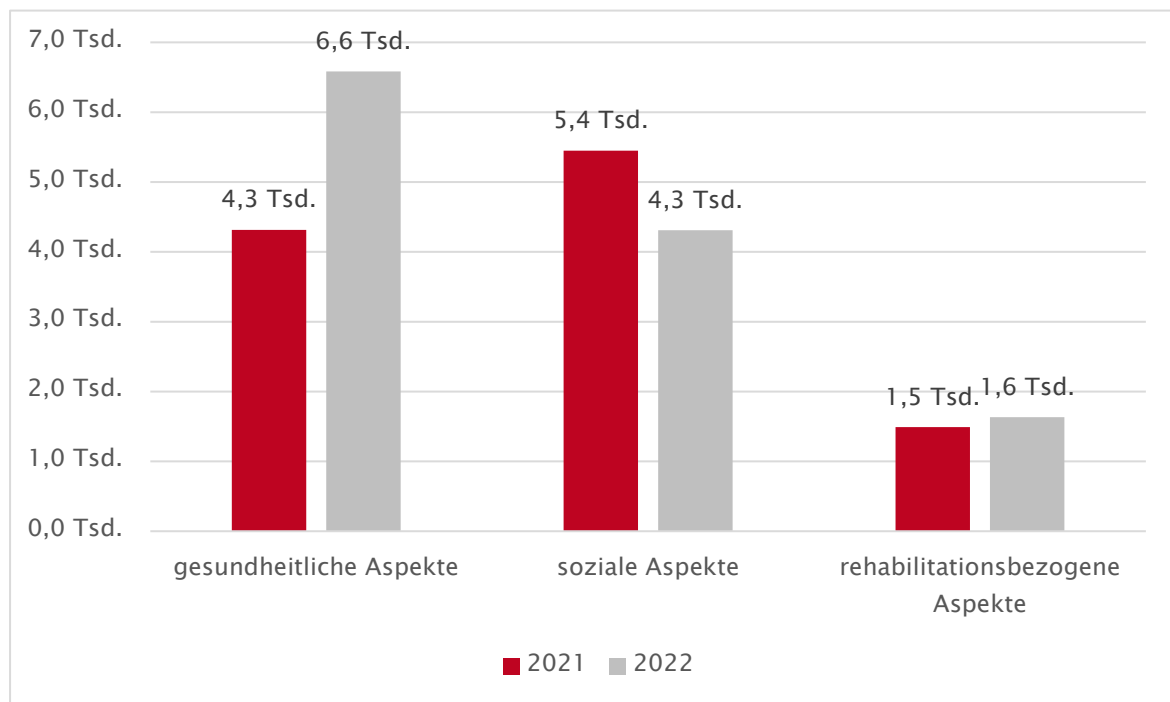
<sup>3</sup> Nach § 31 Abs. 3 SGB XI bedarf es der Einwilligung des Versicherten, dass die Pflegekassen bei positiver Rehabilitationsindikation den behandelnden Arzt oder die behandelnde Ärztin informieren und dem zuständigen Rehabilitationsträger eine Mitteilung geben.

Abbildung 4-3; Einwilligungen der Versicherten zur Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung an den zuständigen Rehabilitationsträger und Einwilligungsquote (Verhältnis der Einwilligungen zu den Reha-Empfehlungen)



Mit dem IPReG wurde die Berichtspflicht nach § 18a Absatz 2 SGB XI dahingehend erweitert, den möglichen Gründen nachzugehen, die einer Einwilligung der antragstellenden Person entgegenstehen. Ab dem Berichtsjahr 2021 liegen dazu erstmalig Informationen vor. Für das Berichtsjahr 2022 konnten die Pflegekassen in ca. 12.500 Fällen die Gründe benennen, die zu einer Nichtauslösung des Antragsverfahrens auf Seiten des Versicherten führten. Bezogen auf die rd. 55.100 Fälle mit einer Nichtauslösung des Antragsverfahrens konnten somit in 23 Prozent der Fälle die Gründe dafür eruiert werden. In 2021 konnten ebenfalls in 23 Prozent der Fälle die Gründe erfasst werden. Der Hauptgrund im Berichtsjahr 2022 betraf in 6.600 bzw. 53 Prozent der Nennungen gesundheitliche Aspekte, d. h., die versicherte Person fühlte sich aufgrund physischer und/oder psychischer Gründe nicht in der Lage, eine Maßnahme zur Rehabilitation durchzuführen. Der zweithäufigste Grund betraf mit 4.300 bzw. 34 Prozent der Nennungen soziale Aspekte, wie beispielsweise die häusliche Bindung oder mangelnde Unterstützung des sozialen Netzwerkes (Familie/Nachbarn/Freunde). Ein eher untergeordneter Grund betraf in 1.600 Fällen bzw. bei 13 Prozent der Nennungen rehabilitationsbezogene Aspekte. Darunter fallen rehabilitationsbezogene Erwartungen bzw. Wünsche der versicherten Person, wie beispielsweise die Mitnahme von Begleitpersonen oder die Verfügbarkeit von Einzelzimmern, die nicht garantiert werden können. Im Vergleich zum Vorjahr haben sich die Hinderungsgründe für den Antritt eine Rehabilitationsmaßnahme von den sozialen zu den gesundheitlichen Aspekten verschoben.

Abbildung 4-4: Gründe der Nichtauslösung des Antragsverfahrens auf Seiten des Versicherten

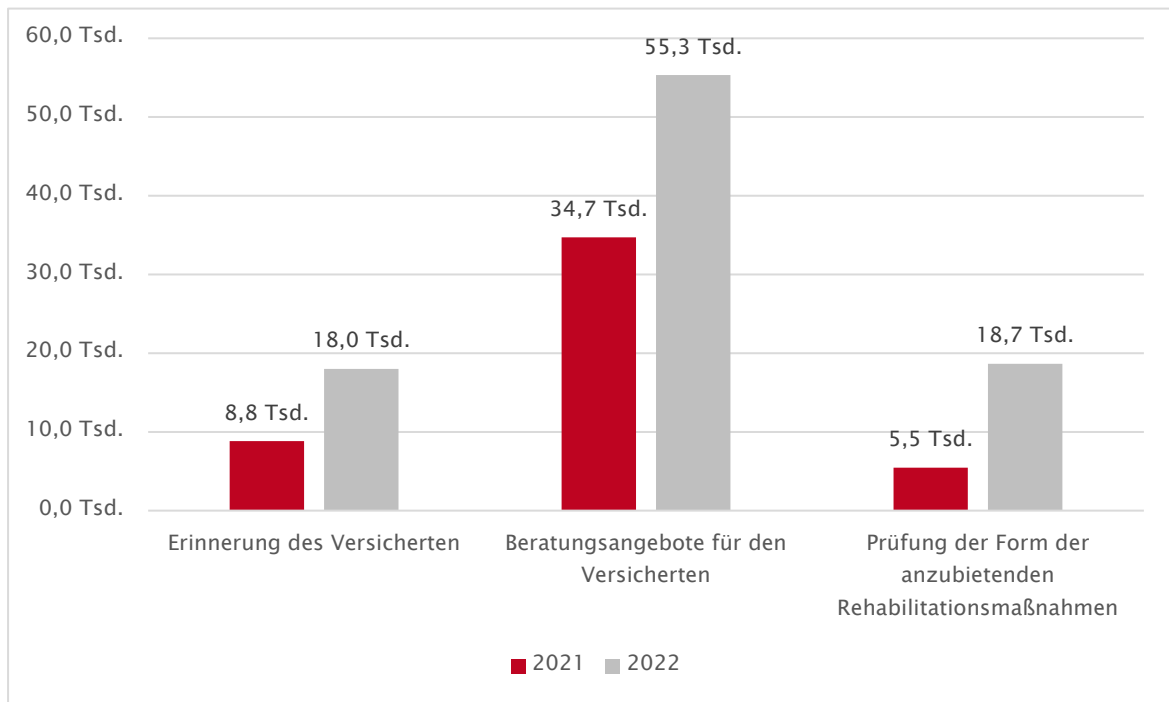


Des Weiteren werden mit der Erweiterung der Berichtspflicht aufgrund des IPReG die Maßnahmen genannt, die die Pflegekassen regelmäßig unternehmen, um ihren Aufgaben gemäß §§ 18a Absatz 1 und 31 Absatz 3 SGB XI nachzukommen. Die Maßnahmen betreffen: die Erinnerung des Versicherten an die Möglichkeit, eine Einwilligung zur Einleitung einer Rehabilitation mitzuteilen; den Versicherten auf Beratungsangebote zu einer Rehabilitation aufmerksam zu machen; die Form der anzubietenden Rehabilitationsmaßnahme zu prüfen und die Erkundigung der Pflegekassen beim zuständigen Rehabilitationsträger, ob die Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt wird und ggf. vorläufige Leistungen zur Rehabilitation nach § 32 SGB XI erbracht werden.

In rd. 92.200 Fällen haben die Pflegekassen entsprechende Maßnahmen durchgeführt. Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die Anzahl der durchgeführten Maßnahmen der Pflegekassen um 88 Prozent erhöht (2021: 49.100). Damit wurden im Vergleich zum Vorjahr die Pflegekassen pro Reha-Empfehlung sogar mehrfach aktiv (12 Maßnahmen auf 10 Reha-Empfehlungen. In 2021: 7 Maßnahmen auf 10 Reha-Empfehlungen) In ca. 18.000 Fällen (20 Prozent der Maßnahmen) haben die Pflegekassen die Versicherten an die Möglichkeit erinnert, eine Einwilligung zur Einleitung einer Rehabilitation mitzuteilen. Auf Beratungsangebote zu einer Rehabilitation haben die Pflegekassen die Versicherten in 55.300 Fällen (60 Prozent der Maßnahmen) aufmerksam gemacht. In rd. 18.700 Fällen (20 Prozent der Maßnahmen) haben die Pflegekassen die Form der anzubietenden Rehabilitationsmaßnahme geprüft und in 184 Fällen haben sich die Pflegekassen beim zuständigen Rehabilitationsträger erkundigt, ob die Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt wurde und ggf. vorläufige Leistungen zur Rehabilitation nach § 32 SGB XI erbracht wurden.

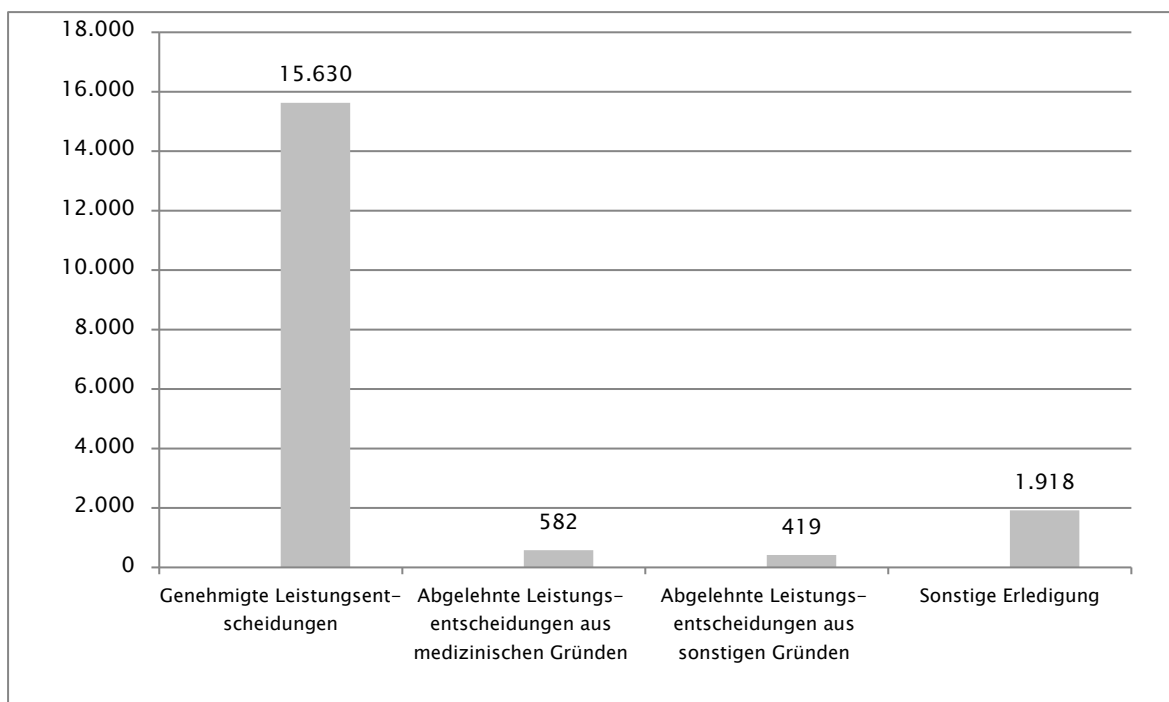


Abbildung 4-5: Anzahl der Maßnahmen der Pflegekassen nach §§ 18a Abs. 1 und 31 Abs. 3 SGB XI



Von den 21.500 Anträgen wurden im Berichtsjahr bis zum Stichtag 31.12.2022 15.600 (73 Prozent) durch die Rehabilitationsträger genehmigt. In rd. 1.918 Fällen konnte der Antrag nicht bearbeitet werden (Tod der antragstellenden Person oder Rücknahme des Antrags).

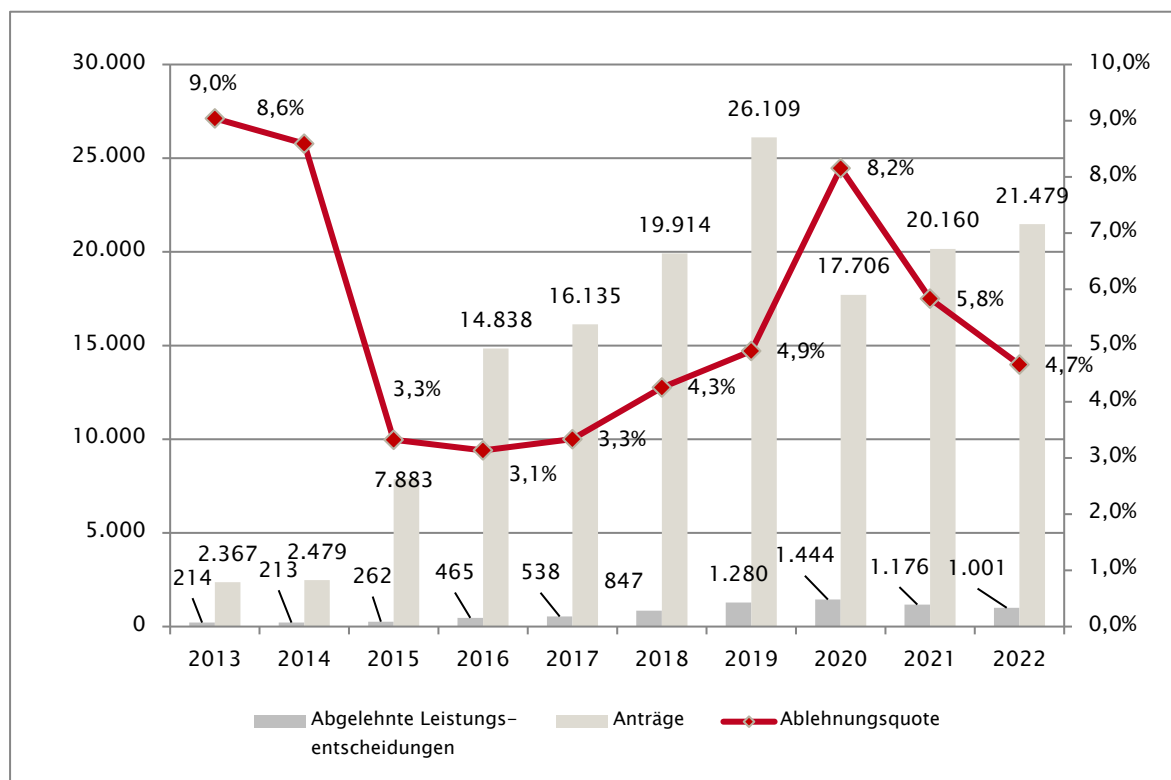
Abbildung 4-6: Verteilung der Leistungsentscheidungen und der sonstigen Erledigungen



Der Anteil der Ablehnungen der eingegangenen Anträge durch die Rehabilitationsträger ist im Vergleich zum Vorjahr von 6 % auf 5 % gefallen. Der Anteil der abgelehnten Anträge aus

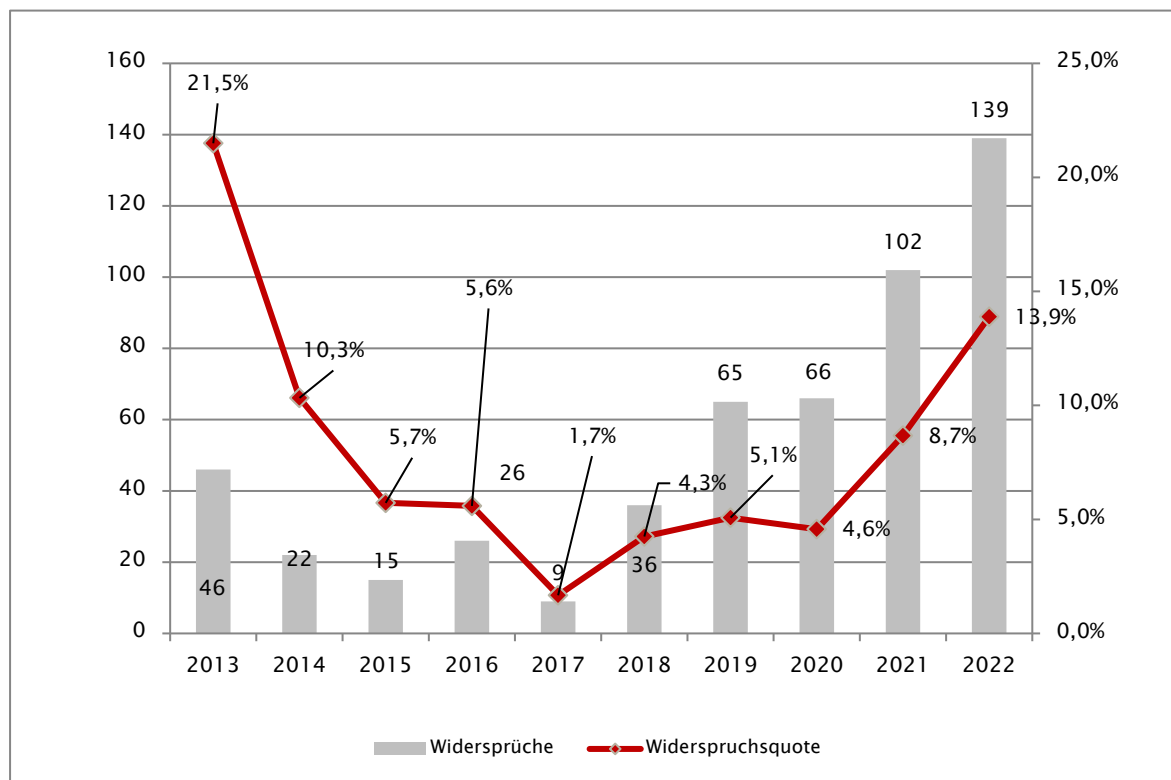
medizinischen Gründen, z. B. aufgrund der Verschlechterung des medizinischen Zustandes der antragstellenden Person, ist mit 3 % auf dem gleichen Niveau des Vorjahres geblieben. Dagegen ist die Ablehnungsquote aus sonstigen Gründen, z. B. aufgrund der Unvollständigkeit von Antragsunterlagen, von 3 % auf 2 % gesunken.

Abbildung 4–7: Entwicklung der abgelehnten Leistungsentscheidungen und der Ablehnungsquote



Gegen abgelehnte Leistungen wurden 139 Widersprüche eingelegt. Damit liegt die Widerspruchsquote gegenüber abgelehnten Leistungsentscheidungen bei rd. 14 Prozent und ist gegenüber dem Vorjahr 2021 gestiegen (2021: rd. 9 Prozent).

Abbildung 4-8; Entwicklung der Widersprüche und der Widerspruchsquote



Von den 15.630 genehmigten Leistungen im Berichtsjahr 2022 wurden bis zum Stichtag 31.12.2022 10.976 durchgeführt, was einer Durchführungsquote von 71 Prozent entspricht. Im Berichtsjahr 2021 lag die Durchführungsquote bei 73 Prozent.

## 5. Erfahrungen mit der Umsetzung der optimierten Begutachtungsstandards (OBS)

Der OBS wurde flächendeckend zum 1. Januar 2015 in allen MD implementiert und ist seit 1. Januar 2016 gesetzlich verankert (§ 18 Abs. 6 SGB XI). Die MD-Gemeinschaft führt ein kontinuierliches Monitoring zu den Entwicklungen der Rehabilitationsempfehlungen durch, um Probleme zeitnah zu identifizieren und darauf zu reagieren, bspw. mit Nachschulungen von Gutachterinnen und Gutachtern oder Fallbesprechungen zu konkreten Fragestellungen.

Am 17. Mai 2021 ist die überarbeitete Fassung der Richtlinien zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit (BRi) in Kraft getreten. In diesem Zusammenhang erfolgte eine Aktualisierung des Schulungscurriculums zur Umsetzung des Optimierten Begutachtungsstandards (OBS). Darüber hinaus wurden zur Unterstützung der Schulungen in den MD Module zur geriatrischen und pneumologischen Rehabilitation erarbeitet. Das aktualisierte OBS-Schulungscurriculum sowie die ergänzenden Module stehen seit Januar 2022 allen MD über die Datenbank des MD Bund zur Verfügung.

Der Regelfall für die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit und die Einschätzung zu den Empfehlungen zur Förderung oder zum Erhalt der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, Prävention und Rehabilitation war und ist der Hausbesuch mit persönlicher

Inaugenscheinnahme der antragstellenden Person. Allerdings rücken, anfänglich vorrangig pandemiebedingt, alternative Begutachtungsformen verstärkt in den Fokus (z. B. Telefoninterviews, Videobegutachtung).

Daher gilt es, das Augenmerk darauf zu legen, ob und wie der OBS auch bei diesen Begutachtungsformen umgesetzt werden kann bzw. wird. Diesbezüglich findet in der Sozialmedizinischen Expertengruppe Pflege der MD Gemeinschaft (SEG 2) ein regelmäßiger Austausch statt. Hieraus werden Schulungsbedarfe zur Thematik identifiziert und im OBS aufgegriffen. Ergänzend wurde im Laufe des Jahres 2022 ein weiteres Modul zum Thema „Heilmittel“ erstellt.

## 6. Zusammenfassung

Mit dem Berichtsjahr 2022 wurde zum zehnten Mal die Statistik zur Umsetzung der Empfehlung nach § 18a Abs. 2 SGB XI erhoben und ausgewertet.

In den Corona-Jahren 2020 und 2021 fand der Großteil der Begutachtungen aus Gründen des Infektionsschutzes nicht in der eigenen Häuslichkeit des Antragsstellers, sondern in Form von strukturierten Telefoninterviews statt. Mit zunehmender Erfahrung mit dem Begutachtungsinstrument der strukturierten Telefoninterviews konnten Rehabilitationsbedarfe zunehmend besser identifiziert werden. Dies führte bereits im Berichtsjahr 2021 zu einer Zunahme der Rehabilitationsempfehlungen und der Rehabilitationsquote. Im Berichtsjahr 2022 fanden die Begutachtungen ab der zweiten Jahreshälfte wieder in der eigenen Häuslichkeit statt. Im Vergleich zum Vorjahr sind die Rehabilitationsempfehlungen und die Rehabilitationsquote erneut angestiegen. Die Rehabilitationsempfehlungen stiegen im Vergleich zum Vorjahr um 10 Prozent (+ca. 6.800 Empfehlungen). Das Niveau von 2019, also vor der Pandemie, wurde um 9 Prozent übertroffen (+ca. 6.000 Empfehlungen). Die Rehabilitationsquote erhöhte sich von 3,0 auf 3,2 Prozent. Damit näherte sich die aktuelle Reha-Quote wieder der Quote von vor der Pandemie an (2019: 3,4 Prozent).

Auch wenn die Zahl der Rehabilitationsempfehlungen und die Reha-Quote stiegen, blieb die Bereitschaft der Pflege-Antragssteller zu einer Einwilligung in eine Reha-Maßnahme weiterhin verhalten. Auf 100 Reha-Empfehlungen kamen im aktuellen Berichtsjahr 28 Einwilligungen; in 2021 waren es 29 und vor der Pandemie waren es 37.

Mit dem IPReG wurden ab dem Berichtsjahr 2021 die Berichtspflicht nach § 18a Absatz 2 SGB XI erweitert und die Gründe erfragt, die einer Einwilligung des antragstellenden Person in eine Reha-Maßnahme entgegenstehen. Im Berichtsjahr 2022 wurden als Hauptgrund gesundheitliche Aspekte genannt, d. h., die versicherte Person fühlte sich aufgrund physischer und/oder psychischer Gründe nicht in der Lage, eine Maßnahme zur Rehabilitation durchzuführen.

Außerdem wurden mit der Erweiterung der Berichtspflicht durch das IPReG auch Maßnahmen genannt, die die Pflegekassen regelmäßig unternehmen, um ihren Aufgaben gemäß §§ 18a Absatz 1 und 31 Absatz 3 SGB XI nachzukommen. Die Ergebnisse zeigen, dass die

Pflegekassen pro Reha-Empfehlungen sogar mehrfach aktiv wurden, um eine Einwilligung der Versicherten zur Einleitung einer Rehabilitation zu befördern.