

## Situation und Stand der ambulanten Rehabilitation aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung

Dr. med. Ina Ueberschär  
Deutscher Rentenversicherung Mitteldeutschland,  
Leipzig, Tel.: (0341)550/7600  
E-Mail: [Ina.Ueberschaer@drv-md.de](mailto:Ina.Ueberschaer@drv-md.de)



Arbeitsagentur

BFW

2

Menschen mit einer neuen Idee gelten so lange als Spinner, bis sich die Sache durchgesetzt hat.

Mark Twain



3

## Rehaziele allgemein

- **Gesundheit ist nicht eigentliches Ziel für Reha, sondern Teilhabe und selbst bestimmtes Leben**
- **Krankheitsbewältigung, Coping, Prävention**
- **Rentenversicherung: Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit bzw. Abwendung einer erheblichen Gefährdung der Erwerbsfähigkeit**
- **Schnellstmögliche Einleitung von LTA-Maßnahmen, noch vor Verlust des Arbeitsplatzes und/oder während der med. Rehabilitation (Case-Management)**
- **Verbleib am Arbeitsplatz oder Umsetzung im Betrieb: (ICF: Performance näher an Capacity bringen)**
- **Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation**
- **Vermeidung des Arbeitsplatzverlustes und seiner sozialen Folgen**

4

- **Erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit:**  
durch die gesundheitlichen Beeinträchtigungen und damit verbundenen Funktionseinschränkungen ist **innerhalb von drei Jahren** mit einer Erwerbsminderung zu rechnen.
- **Erwerbsminderung:**  
teilweise Erwerbsminderung: 3 bis < 6 Stunden  
volle Erwerbsminderung: < 3 Stunden

5

## Unsere Bestimmung ist Tätigkeit. (Immanuel Kant vor >200 Jahren)

- Heute werden Menschen eher krank vom **Nichtarbeiten: Arbeitslosigkeit macht krank!**
- **Lebenserwartung bei arbeitslosen Männern ↓**
- **Stress als Eustress ist wichtig, Gefühl gebraucht zu werden**
- **Wertschätzung (eigene und fremde) über Berufstätigkeit**

6

## Leistungen der Rentenversicherung

- **Rehabilitation:**
  - **medizinische Rehabilitation** (stationär, teilstationär und ambulant): teilweise eigene Reha-Kliniken
  - **Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben** (berufliche Rehabilitation)
  - **Sonstige Leistungen zur Teilhabe** (z.B. Nach- und Festigungskuren wegen Geschwulsterkrankungen, Kinderheilbehandlungen, nachgehende Leistungen zur Sicherung des Reha-Erfolges)
- **Renten:**
  - Renten wegen Alters
  - **Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit**
  - Hinterbliebenenrenten
  - **BU-Renten** (Bestandschutz für alle vor dem 02.01.61 Geborene)

- **Grundsatz: Rehabilitation vor Rente**
- **Problem Reha-Budget!**

7

## ambulante Reha ↔ stationäre Reha Gemeinsamkeiten

- Reha-Ziele sind gleich
- gleiche Anforderungen an die Qualität der Rehabilitation
- Teilnahme der Reha-Einrichtungen am QS-Programm der DRV
- ganzheitlicher Behandlungsansatz: Behandlung in qualifizierten Einrichtungen unter dem Grundsatz der Komplexität, Interdisziplinarität und Individualität
- gleiche Ansprüche der Versicherten auf Übergangsgeld, ergänzende Leistungen (z.B. Haushaltshilfe, Reisekosten)
- Reha-Bedarf, Reha-Fähigkeit und positive Reha-Prognose müssen gegeben sein

ambulante und stationäre Rehabilitation sind gleichwertig.

8

## ambulante Rehabilitation – Meilensteine der Entwicklung

- Bericht der Reha-Kommission des VDR 1991: Empfehlungen zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung
- 1994 erste Modellvorhaben zur ambulanten Rehabilitation (teilweise mit wissenschaftlicher Begleitung) in Praxis umgesetzt
- 1996 (WFG) sozialrechtliche Gleichstellung der ambulanten und stationären Rehabilitation → trotzdem wurde ambulante Rehabilitation nur für begrenzte Zahl von Versicherten in definierten Verdichtungsräumen gesehen
- heute: **ambulante Rehabilitation hat sich etabliert**  
→ wachsende Zahl von ambulanten Reha-Einrichtungen und Reha-Leistungen

9

## ambulante Reha ↔ stationäre Reha Was ist anders bei der ambulanten Rehabilitation ?

- Reha erfolgt wohnortnah:  
im Umkreis von höchstens **50 km** zum Wohnort des Versicherten),  
Reha-Einrichtung ist in max. **45 Minuten Fahrzeit** zu erreichen!
- Aufenthalt in der Klinik fünf Tage/Woche ganztägig ambulant (insgesamt 15 Behandlungstage), nicht über Nacht
- tägliche Therapiezeit 4 bis 6 Stunden
- Einrichtungen arbeiten eng mit anderen, an der Versorgung der Rehabilitanden Beteiligten, zusammen (z. B. Hausarzt, Betrieb, Betriebsarzt, Selbsthilfegruppen)
- Einbindung der Familie, Kontextfaktor Familie und Beruf
- Versicherte leisten keine Zuzahlung

10

## Kostenvergleich ambulante/stationäre Reha

	ambulant	stationär
Kardiologie	1.498,55 €	2.398,66 €
Pneumologie	1.498,55 €	2.398,66 €
Rückenschmerz	1.498,55 €	2.398,66 €
Psychosomatik	4.202,70 €	4.935,53 €
Sucht	2.418,00 €	9.708,21

aus: Prognos-Studie 8/2009 „Die medizinische Rehabilitation Erwerbstätiger- Sicherung von Produktivität und Wachstum, Quelle: eigene Berechnungen der Rentenversicherung

11

## Prognose der medizinischen Rehabilitation

### Ausgangssituation

- Demografie – mehr ältere und rehabilitationsbedürftige Versicherte
- Renteneintrittsalter steigt schrittweise auf 67 Jahre
- Babyboomer kommen/sind im Reha-Alter
- Veränderung der akut-stationären Versorgung (DRG)
- Tatsächliche Reha-Inanspruchnahme seit 2006 wieder steigend,
- Budgetdiskussion

12

## Wann ist ambulante Rehabilitation zu prüfen?

- Reha-Ziel kann mit gleicher Sicherheit auch ambulant erreicht werden
- Einbeziehung von Familienangehörigen notwendig; Vereinbarkeit Reha und Familie
- Rehabilitation in Arbeitsplatznähe, um berufliche Wiedereingliederung zu unterstützen
- Kontakt zu Selbsthilfegruppen am Wohnort besteht bereits bzw. soll aufgebaut werden

13

## Wann ist eine ambulante Rehabilitation kontraindiziert?

- kurative Behandlung einschließlich Heil- und Hilfsmittelversorgung reicht aus
- Kriterien für eine Rehabilitation unter Kostenträgerschaft der Deutschen Rentenversicherung nicht erfüllt
- stationäre Reha ist angezeigt (Art und Ausmaß der Schädigung, starke Multimorbidität, mangelnde psychische Belastbarkeit, Abstand vom sozialen Umfeld erforderlich, ständiger Arztkontakt notwendig)

14

## Handlungsanweisung meines Hauses

- **ambulant vor stationär**  
(ambulante Leistungen haben Vorrang vor stationären Leistungen unter Beachtung der vorgegebenen Rahmenbedingungen - Erzielung des gleichen Reha-Erfolges, zumutbare Fahrzeiten bzw. Entfernungen zwischen ambulanter Reha-Einrichtung und Wohnort)
- **wortortnah**
- **zeitnah**

15

## Entwicklung des Anteils ambulanter Rehabilitation für Erwachsene in der Deutschen Rentenversicherung

Jahr	amb. Leistungen für Erwachsene
1997	1%
1998	2%
1999	3%
2000	3%
2001	3%
2002	5%
2003	6%
2004	8%
2005	8%
2006	9%
2007	10%
2008	11%

**11 % aller medizinischen Leistungen wurden im Jahr 2008 ambulant erbracht.**

Quelle: Reha-Bericht 2010, Seite 23

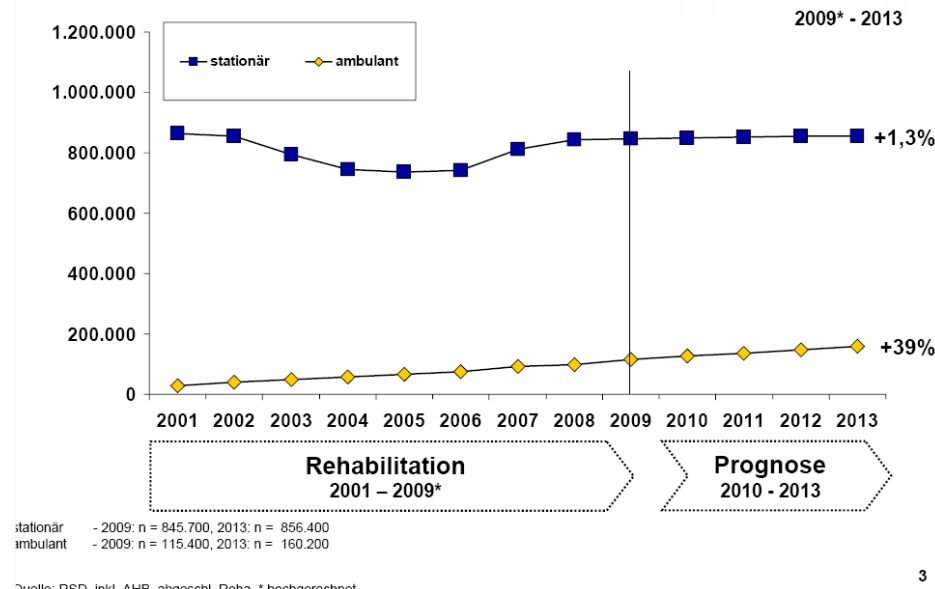
16

## Entwicklung in absoluten Zahlen – abgeschlossene ambulante Leistungen in der Deutschen Rentenversicherung

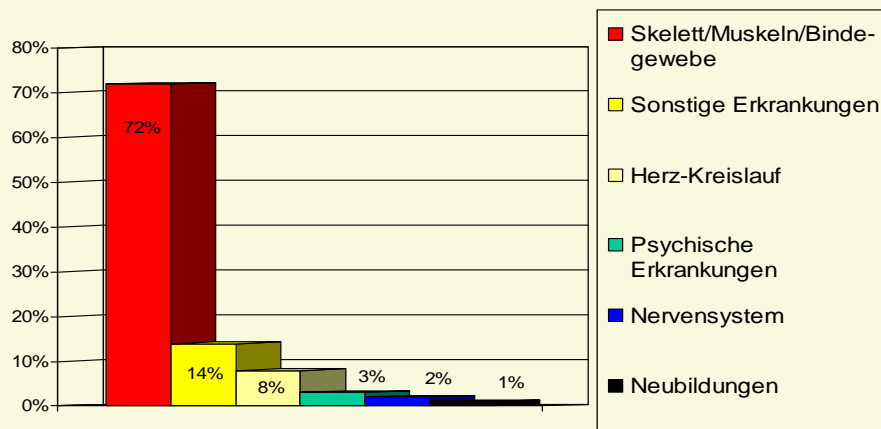
	Männer	Frauen	gesamt	Steigerung um %
1997			8.418	
1998			14.115	67,7
1999			18.391	30,3
2000			25.257	37,3
2001			30.472	20,6
2002			41.714	36,9
2003			52.285	25,3
2004			60.557	15,8
2005			67.975	12,2
2006			75.850	11,6
2007	55.697	36.341	92.038	21,3
2008	60.147	39.673	99.820	8,5
2009	66.870	44.152	111.022	11,2

Quelle: Rehabilitation-Bericht 2010, S. 23

## Prognose der med. Rehabilitation 2010 bis 2013 Behandlungsform

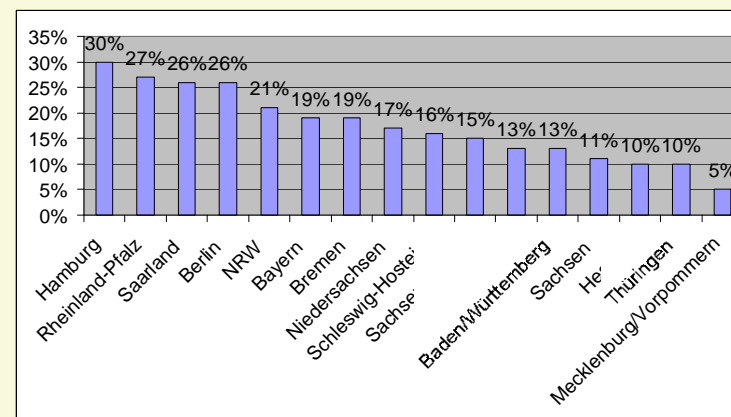


## ambulante Rehabilitation 2008 - Krankheitsspektrum (abgeschlossene Leistungen, ohne Sucht und Onkologie nach § 31, SGB VI)



Quelle: Rehabilitation-Bericht 2010

## Anteil an durchgeführten ambulanten orthopädischen Reha-Leistungen nach Bundesländern 2008



→ Im Bundesdurchschnitt wurden 17 % aller orthopädischen Reha-Leistungen ambulant durchgeführt. Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug hier 17 Tage.

Darstellung der Qualität im Sinne des § 20 SGB IX bedeutet:

### 1. Strukturqualität einer Rehabilitation-Einrichtung

- Abbildung personeller, technischer, diagnostischer, therapeutischer Ressourcen (mehr als 100 Strukturmerkmale)
- Abfrage zu konzeptionellen Grundlagen der Klinik, zum internen Qualitätsmanagement, zur internen Kommunikation und zur Personalentwicklung

### 2. Prozessqualität/Behandlungsqualität

- Peer-Review-Verfahren (anonyme Bewertung von Entlassungsberichten durch Reha-Mediziner)
- Dokumentation der therapeutischen Leistungen (KTL)

### 3. Ergebnisqualität, Qualität aus Sicht der Rehabilitanden

- Rehabilitandenbefragung (seit 1997 im stationären Bereich)

21

## vergleichbare Therapiestandards bei ambulanter und stationärer orthopädischer Rehabilitation - trotzdem gibt es Unterschiede

- stationäre Rehabilitation: mehr Pflegeleistungen
- ambulante Rehabilitation: mehr Ergotherapie, Arbeitstherapie, Sozialarbeit
- ambulante Rehabilitation: Versicherte sind rund 4 Jahre jünger als bei stationärer Rehabilitation
- ambulante Rehabilitation: mehr Nachsorgeleistungen werden angeregt, nicht unproblematisch: Selbstbedienungsladen!!!

22

## Sozialmedizinischer Verlauf nach ambulanter Reha

wird beeinflusst von dem Alter, der Art und Schwere der Erkrankung, der Qualifikation des Rehabilitanden und vom Arbeitsmarkt.



Der sozialmedizinische Verlauf nach ambulanter und stationärer Rehabilitation zeigt keine wesentlichen Unterschiede. Gut 90 % der ambulanten Rehabilitanden zahlen zwei Jahre nach Ende der Rehabilitation Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung, manchmal mit Unterbrechungen.



ambulante Rehabilitation ist für den geeigneten Personenkreis ebenso wirksam wie stationäre Rehabilitation.

23

## Perspektiven der ambulanten Rehabilitation in der Deutschen Rentenversicherung

- 20 % der Bewilligungen → ambulante Rehabilitation
- auch präventive Maßnahmen in ambulanten Reha-Zentren
- Ausbau ambulanter Angebote
- Kombination stationärer/ambulanter Rehabilitation

24

## Beispiele für die Kombination von stationären und ambulanten Reha-Phasen →

- Betsi
- Frühintervention zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit (FEE)

### gesetzlicher Hintergrund:

Auf Initiative der Deutschen Rentenversicherung hat der Gesetzgeber mit Wirkung zum 01.01.2009 im § 31 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI das Wort **stationär** gestrichen:

Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit (Präventionsleistungen) können von der Deutschen Rentenversicherung nunmehr auch in ambulanter Form erbracht werden.

25

2009/2010

## Modellprojekt innerhalb der Deutschen Rentenversicherung

- Deutsche Rentenversicherung Bund
- Deutsche Rentenversicherung Westfalen
- Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg



## BETSI

BE = **B**eschäftigungsfähigkeit

T = **T**eilhabeorientiert

Si = **S**ichern

26

## Ziel der Prävention aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung

Prävention von chronischen Gesundheitsstörungen:  
Risikofaktoren erkennen und Schutzfaktoren entwickeln und ausbauen

spätere Teilhabeleistungen oder gar Erwerbsminderungsrenten vermeiden

Grundprinzip: Prävention vor (anstatt) Rehabilitation;  
Rehabilitation vor Rente

Verbesserung der Gesundheitskompetenz



27

## Rahmenbedingungen

Demografie: alternde Belegschaften,  
höhere Beschäftigungsanteile älterer Arbeitnehmer

zunehmender Fachkräftemangel

geplante schrittweise Anhebung des Renteneintrittsalters ab 2012

zunehmende Arbeitsverdichtung, Zunahme psychosomatischer  
Erkrankungen



28

## Voraussetzungen für Präventionsleistungen in der gesetzlichen Rentenversicherung

- ⇒ Ausübung einer besonders gesundheitsgefährdenden, die Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflussenden Beschäftigung einschließlich einer Beschäftigung mit besonderen psychischen Belastungen aufgrund der Tätigkeit oder eventueller weiterer negativer Konstellationen
- ⇒ Vorliegen erster gesundheitlicher Störungen - allerdings **noch ohne wesentlichen Krankheitswert**

29

### Vorliegen belastungsbedingter Faktoren

- beginnende Funktionsstörungen der Bewegungsorgane
- beginnende Funktionsstörungen verschiedener innerer Organe
- psychische Beeinträchtigungen
- Störungen der Atemwege, die zur Chronizität neigen

### Vorliegen negativer Kontextfaktoren

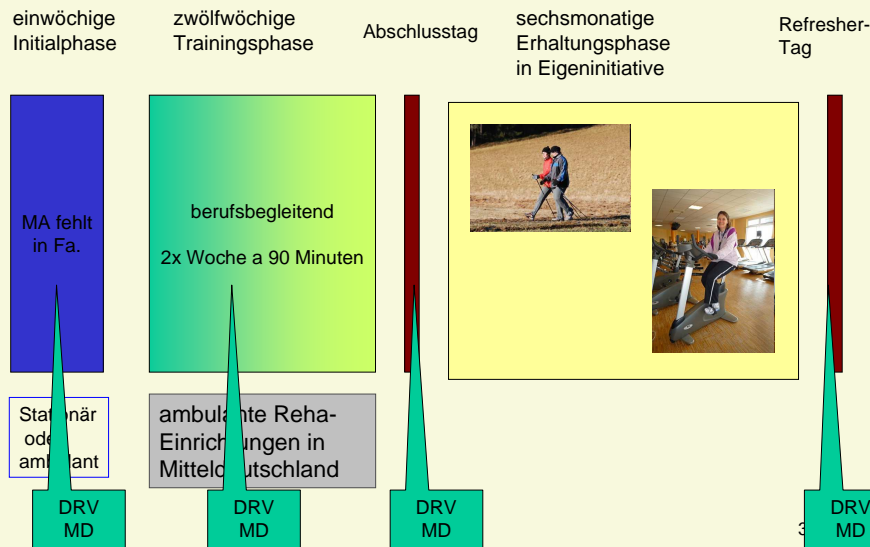
- ungesundes Ernährungsverhalten
- Bewegungsmangel
- Nikotinabusus
- übermäßiger Alkoholkonsum
- schwierige, individuelle Lebenslage

### Vorliegen belastender Einflussfaktoren aus dem Arbeitsumfeld

- Arbeitsinhalte (Art und Umfang der Tätigkeit)
- Arbeitsumgebung (z. B. Hitze, Strahlung, biologische Arbeitsstoffe)
- Arbeitsorganisation (z. B. Arbeitszeit, Arbeitsabläufe, Arbeitsdichte, erhöhte psychische Stressoren)
- Arbeitsmittel (z. B. Callcenter)

30

## Wie läuft FEE ab?



3

## FEE = klassische Win-Win-Situation

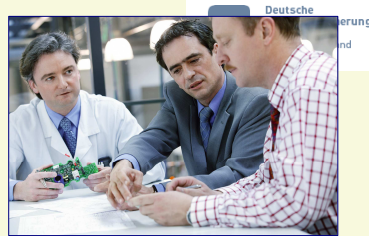


### Vorteile für den Teilnehmer:

- Frühzeitige, präventiv-therapeutische Intervention
- Abbau gesundheitlicher Risiken
- Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit
- Nachhaltige, gesundheitsrelevante Verhaltensänderung
- Verbesserung der Gesundheitskompetenz

32

## FEE = klassische Win-Win-Situation



### Vorteile für den Arbeitgeber:

- Erhalt bzw. Verbesserung der Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter, auch gerade der älteren AN
- Anwesenheitsverbesserung (weniger AU-Zeiten, keine längere Reha)
- Erhalt der Qualifikation der Mitarbeiter
  - bei älter werdender Belegschaft
  - bei zunehmendem Fachkräftemangel
- damit Wettbewerbsvorteil

33

## FEE = klassische Win-Win-Situation



### Vorteile für die Solidargemeinschaft:

- Vermeidung chronischer Gesundheitsstörungen (und damit krankheitsbedingter Ausfälle, Behandlungskosten u. a.)
- Vermeidung von Teilhabeleistungen und Erwerbsminderungsrenten
- Vermeidung von krankheitsbedingtem Verlust des Arbeitsplatzes mit allen Folgen

34

The screenshot shows the website interface with a search bar and navigation menu. The main content area features the heading 'Wir sichern Generationen' and a section titled 'Presseinformationen zur Rente mit 67'. Below this, there are several news items with yellow highlights, including 'Deutsche Rentenversicherung zur Kritik an der Renteninformation' and 'Deutsche Rentenversicherung zu sinkenden Durchschnittsrenten für Neurentner'. A sidebar on the left contains various service categories like 'Servicebereich', 'Bürgerservice', and 'Angebote für spezielle Zielgruppen'.

This screenshot shows a different layout of the same website. The main content area is similar to the first screenshot, but the sidebar on the left is more prominent and includes a 'Suche' (Search) button. The news items and highlighted sections are the same as in the first screenshot, but the overall design and navigation elements are rearranged.

Deutsche Rentenversicherung Bund

## Wir sichern Generationen

Sie befinden sich hier: Startseite > Zielgruppen > Sozialmedizin und Forschung

### Sozialmedizin und Forschung

Hier werden die Auswirkungen von chronischer Krankheit und Behinderung behandelt. Wesentlich sind sozialmedizinische Beurteilung im Rahmen von Rehabilitation und Frühberentung, Rehabilitationskonzepte, Reha-Wissenschaften und Qualitätssicherung.

#### Sozialmedizin

Hier finden Sie Erläuterungen zu versicherungsrechtlichen und insbesondere sozialmedizinischen Fragestellungen in Bezug auf Rehabilitation und Rente.

[Mehr Information zum Thema: "Sozialmedizin"](#)

#### Qualitätssicherung

Die gesetzliche Rentenversicherung hat seit 1994 ein umfassendes Qualitätssicherungsprogramm für die medizinische Rehabilitation entwickelt, an dem alle eigenen und von ihr federführend belegten Rehabilitationseinrichtungen beteiligt sind.

[Mehr Information zum Thema: "Qualitätssicherung"](#)

#### Reha-Wissenschaften

Informationen zu Rehabilitations-Wissenschaften der Deutschen Rentenversicherung

[Mehr Information zum Thema: "Reha-Wissenschaften"](#)

#### Klassifikationen

Informationen über den ICF, den ICD-10, den Einheitlichen Berufsklassenschlüssel der Bundesagentur für Arbeit sowie über die Klassifikation beruflicher Leistungen.

Suche:

Erweiterte Suche

Servicebereich: Presse, Lexikon, Links, Häufige Fragen, Newsletter, Warenkorb, Thema des Monats Archiv

Deutsche Rentenversicherung Bund

## Wir sichern Generationen

Sie befinden sich hier: Startseite > Zielgruppen > Sozialmedizin und Forschung > Sozialmedizin

### Sozialmedizin

Hier finden Sie Erläuterungen zu versicherungsrechtlichen und insbesondere sozialmedizinischen Fragestellungen in Bezug auf Rehabilitation und Rente.

#### Sozialmedizinische Begutachtung

Wir stellen Ihnen hier Dokumente, die im Zusammenhang mit der sozialmedizinischen Begutachtung und der Dokumentation in der gesetzlichen Rentenversicherung stehen, zur Verfügung.

[Mehr Information zum Thema: "Sozialmedizinische Begutachtung"](#)

#### Rehabilitation - Infos für Ärzte

Leistungen zur Rehabilitation wirken am besten, wenn sie zum richtigen Zeitpunkt erfolgen, in ein langfristiges Konzept eingebunden sind und durch Nachsorge ergänzt werden. Auf diesen Seiten finden Sie Informationen rund um das Rehabilitationsverfahren.

[Mehr Information zum Thema: "Rehabilitation - Infos für Ärzte"](#)

#### EM-Rente - Infos für Ärzte

Informationen über das Rentenverfahren bei geminderter Erwerbsfähigkeit in der gesetzlichen Rentenversicherung

[Mehr Information zum Thema: "EM-Rente - Infos für Ärzte"](#)

#### SOMEKO

Im Januar 2002 wurde die Kommission zur Weiterentwicklung der Sozialmedizin in der

Suche:

Erweiterte Suche

Servicebereich: Presse, Lexikon, Links, Häufige Fragen, Newsletter, Warenkorb, Thema des Monats Archiv

Deutsche Rentenversicherung Bund  
Mitteldeutschland

## Leitlinien zum Reha-Zugang/2: Indikationen

- Koronare Herzkrankheit
- Arterieller Hypertonus
- Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates
- Onkologische Krankheiten
- Abhängigkeitserkrankungen
- Stoffwechsel- und gastroenterologische Krankheiten sowie Adipositas
- Pneumologie
- Dermatologie
- Psychische Störungen
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Orthopädie – Neurologie – Psychische Störungen)
- Außerdem: Indikationsübergreifende Problembereiche

Deutsche Rentenversicherung Bund  
Bereich Sozialmedizin  
Dr. Manfred Rohwetter  
Berlin, 23.08.2007  
13

39

Deutsche Rentenversicherung Bund

10. Januar 2011

Arbeitsbereiche | BAR-Info | Aktuelles | Publikationen | Links

Wegweiser: Startseite > Publikationen > Empfehlungen

## Empfehlungen

Arbeitsmaterialien und Verzeichnisse

### Rahmenempfehlungen zur ambulanten dermatologischen Rehabilitation

kostenlos [pdf download](#)

### Rahmenempfehlungen zur ambulanten onkologischen Rehabilitation

kostenlos [pdf download](#)

### Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen

kostenlos [pdf download](#)

### Rahmenempfehlungen zur ambulanten kardiologischen Rehabilitation

kostenlos [pdf download](#)

### Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen

kostenlos [pdf download](#)

**Aktuelles**

Neues Verzeichnis: LTA-Anbieter nach Bundesländern >> [mehr](#)

Dokumentation des Workshops zur UN-Konvention auf der REHACARE 2010 >> [mehr](#)

Neue Rahmenvereinbarung Rehasport zum 1. Januar 2011 >> [mehr](#)

Rahmenvereinbarung Gemeinsame Servicestellen in der Fassung vom 1. Juli 2010 >> [mehr](#)

Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe psychisch kranker und behinderter Menschen >> [mehr](#)

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

