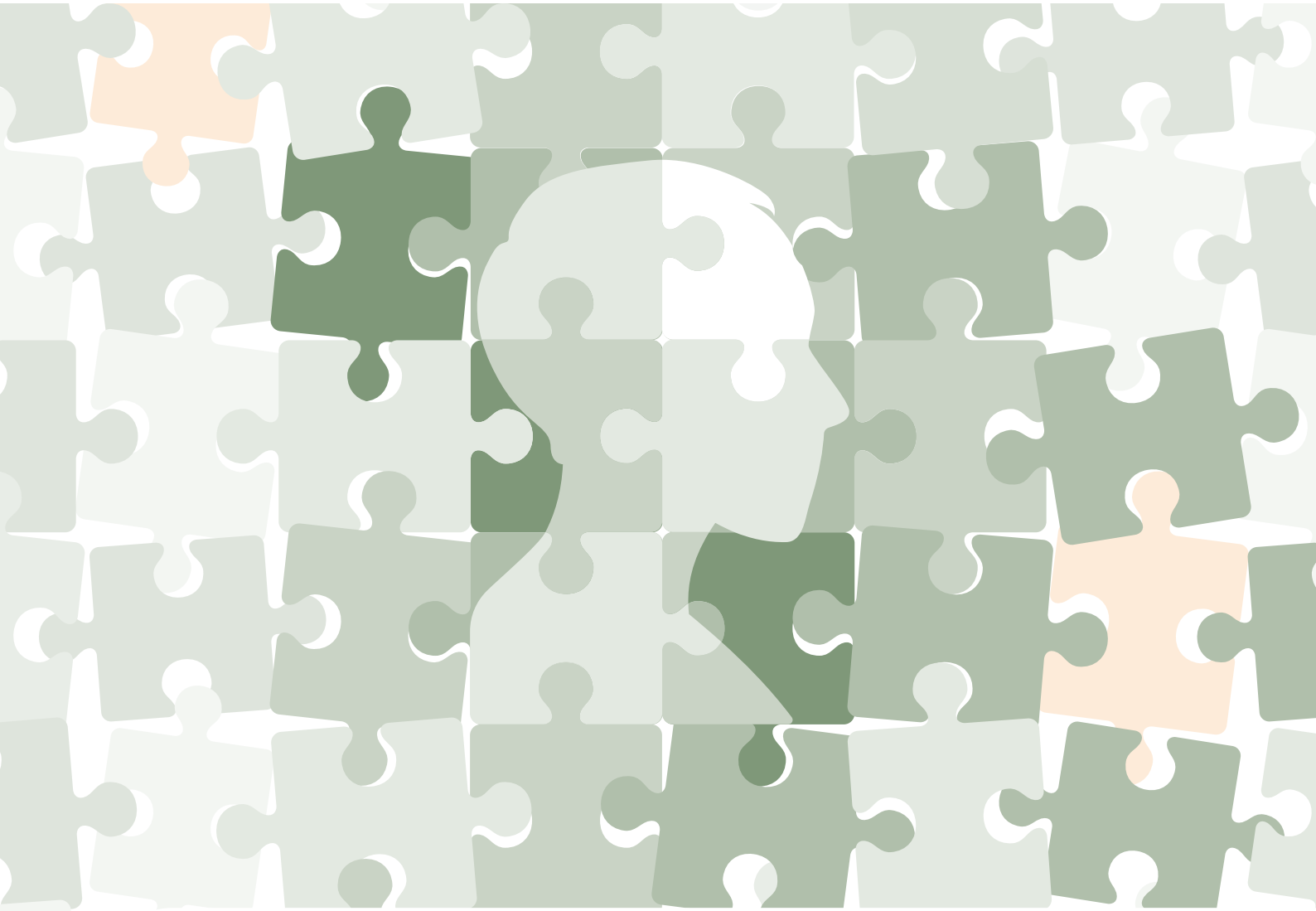
Deutsche Rentenversicherung



Psychosomatische Rehabilitation

Wegweiser für Ärzt*innen, Psychotherapeut*innen und andere Fachkräfte im Gesundheitswesen

Inhaltsverzeichnis

Vorwort 4

Einführung 5

Rehabilitationssystem und gesetzliche Grundlagen 6

Die Rolle der gesetzlichen Rentenversicherung 7

Psychosomatik und Psychiatrie – Unterschiede und Gemeinsamkeiten 8

Der Stellenwert der Sozialmedizin 10

Wichtige sozialmedizinische Begriffe im Überblick 11
Rehabilitationsbedarf 11
Rehabilitationsfähigkeit 11
Rehabilitationsprognose 12
Rehabilitationsziel 12
Arbeitsunfähigkeit 12
Aufforderung zum Rehabilitationsantrag durch die Krankenkasse (§ 51 SGB V) oder durch die Agentur für Arbeit (§ 145 SGB III) 13
Rehabilitationsentlassungsbericht (Reha-EB) 13
Sozialmedizinisches Gutachten 13
Sozialmedizinische Beurteilung des Leistungsvermögens 13
Leistungsvermögen im Erwerbsleben 13
Erwerbsfähigkeit 14
Allgemeiner Arbeitsmarkt 14
Erwerbsminderung 14

Leistungen der Deutschen Rentenversicherung 15

Prävention 16

Medizinische Rehabilitation 18
Somatische Rehabilitation 19
Verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation (VOR) 20
Psychosomatische Rehabilitation 21
Medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen 25
Rehabilitation für psychisch kranke Menschen (RPK) 27

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 29

Strukturierte Bedarfsprüfung und Empfehlung von Teilhabeleistungen im Kontext psychosomatischer und psychiatrischer Störungsbilder 31

Voraussetzungen für die Inanspruchnahme einer Leistung der DRV 32
Versicherungsrechtliche Voraussetzungen 32
Persönliche Voraussetzungen 33
Der Befundbericht für die Antragsstellung 33

Antworten rund um die Antragsstellung 35
Wann kann ein Antrag gestellt werden? 35
Wo wird der Antrag gestellt? 35
Wie wird der Antrag gestellt? 35
Was wird für den Antrag benötigt? 36
Wo stehen die Formulare für den Reha-Antrag zur Verfügung? 36
Einrichtungsauswahl 36
Kinderbetreuung 37
Mitnahme eines/einer zu pflegenden Angehörigen 37
Kosten und finanzielle Absicherung während der Rehabilitation 37

Der Weg zur Rehabilitation 38
Elektronische Antragsstellung (eAntrag) 38
Postalische Antragsstellung 38
Prüfung der eingereichten Unterlagen 38
Abschluss des Antragsverfahrens 39
Grafische Übersicht des Antragsverfahrens 39

Nach der Psychosomatischen Rehabilitation 40
Nachsorgeleistungen (Psy-RENA) 40
Stufenweise Wiedereingliederung 41
Fallmanagement 41

Kontaktdaten der Rentenversicherungsträger 42

Informationen für Versicherte 44

Vorwort

Psychische und psychosomatische Erkrankungen gehören zu den häufigsten Ursachen für Arbeitsunfähigkeit und eingeschränkte Erwerbsfähigkeit. Für die Versorgung der betroffenen Menschen ergibt sich daraus die Anforderung, Behandlungsangebote bedarfsgerecht zu steuern und die vorhandenen Versorgungsstrukturen und -ketten zielgerichtet zu nutzen.

Dr. med. Susanne Weinbrenner
Leiterin der Abteilung GQ 0400
Prävention, Rehabilitation und Sozialmedizin

Die psychosomatische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung ist hierbei ein zentraler Baustein. Sie setzt an, wenn ambulante und ggf. auch akutstationäre Behandlungen allein nicht ausreichen, um die Erwerbsfähigkeit nachhaltig zu sichern oder wiederherzustellen. Ihr Fokus liegt auf der Behandlung psychosomatischer und psychiatrischer Erkrankungen unter Berücksichtigung arbeitsbezogener Anforderungen und Teilhabeaspekte.

Das vorliegende Handbuch richtet sich an Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie weitere Fachkräfte im Gesundheitswesen, die an der Versorgung von Menschen mit psychosomatischen und psychiatrischen Erkrankungen beteiligt sind. Es bietet eine praxisnahe Orientierung zu den Leistungen der Deutschen Rentenversicherung im Bereich der medizinischen Rehabilitation und zeigt auf, unter welchen Voraussetzungen eine rehabilitative Behandlung indiziert ist.

Darüber hinaus wird an Fallbeispielen das Spektrum medizinisch-konzeptioneller Schwerpunkte in der Rehabilitation veranschaulicht. Ein besonderer Fokus liegt auf der Einordnung der Rehabilitation im ambulanten Versorgungskontext. Das Handbuch unterstützt dabei, typische Entscheidungssituationen im Behandlungsverlauf besser zu strukturieren, Indikationen nachvollziehbar abzuleiten und Übergänge zwischen den Versorgungsbereichen gezielt zu gestalten.

Ziel ist, die Nutzung rehabilitativer Leistungen stärker am individuellen Bedarf auszurichten und die Zusammenarbeit zwischen ambulanter Versorgung und Rehabilitation weiter zu verbessern. Auf diese Weise soll ein Beitrag zu einer wirksamen und nachhaltigen Versorgung von Menschen mit psychosomatischen und psychiatrischen Erkrankungen geleistet werden.

Einführung

Psychosomatische und psychiatrische Störungen gehören heute zu den häufigsten Ursachen für längere Arbeitsunfähigkeit, eingeschränkte Erwerbsfähigkeit und vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben. Besonders betroffen sind Erwerbstätige im mittleren Lebensalter.

Neben Einschränkung der individuellen Lebensqualität wirken sich diese Erkrankungen häufig auch langfristig auf die soziale Integration und berufliche Teilhabe aus. Daraus resultieren Auswirkungen auf Arbeitsmarkt, Sozialversicherung und Volkswirtschaft, die zu nennenswerten sozioökonomischen Folgekosten führen.

Daher sind für eine optimale Versorgung von Menschen mit psychosomatischen und psychiatrischen Störungen nicht nur Kenntnisse dieser Fachgebiete selbst, sondern auch ein fundierter Überblick über das gegliederte Rehabilitationssystem in Deutschland und ein Verständnis von Sozialmedizin und Rehabilitation erforderlich. Nicht nur die leitliniengerechte Diagnostik und Behandlung, sondern auch die individuell bedarfsgerechte Einleitung von Teilhabeleistungen, wie eine medizinische Rehabilitation, entscheiden wesentlich darüber, ob Betroffene wirksam unterstützt und Teilhabeprozesse wie die (Re-)Integration ins Erwerbsleben erfolgreich gestaltet werden können.

Rehabilitationssystem und gesetzliche Grundlagen

Deutschland hat ein gegliedertes System für Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitationssystem), um Menschen mit Behinderung und von Behinderung bedrohte Menschen möglichst dauerhaft in die Gesellschaft und in das Arbeitsleben integrieren zu können.

Die Leistungen zur Teilhabe werden von den einzelnen Sozialleistungsträgern (Rehabilitationsträger) nach den für sie vom Gesetzgeber festgelegten Aufgaben und Zuständigkeiten ausgeführt. Voraussetzungen, Zuständigkeit und Umfang der Leistungen zur Teilhabe richten sich nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) und nach den besonderen Vorschriften der einzelnen Rehabilitationsträger (§ 7 SGB IX). Das Rehabilitationssystem in Deutschland umfasst verschiedene Leistungsbereiche. Ein zentraler Bestandteil ist die medizinische Rehabilitation, um Menschen nach akuten oder mit chronischen Erkrankungen, nach einem Unfall oder bei einer Behinderung so zu unterstützen, dass gesundheitliche Einschränkungen möglichst vermieden oder verringert werden. Ein weiterer wichtiger Bereich sind Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA), zu denen neben Umschulungen und Qualifizierungen auch Hilfsmittel oder Anpassungen am Arbeitsplatz gehören, um eine Rückkehr ins Berufsleben zu ermöglichen. Darüber hinaus gibt es Leistungen zur sozialen Teilhabe, die Menschen dabei unterstützen, ihren Alltag möglichst selbstbestimmt zu gestalten und am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen. Ergänzend können unterhaltssichernde Leistungen, beispielsweise Übergangsgeld oder Zuschüsse zu Fahrtkosten, hinzukommen, damit Betroffene während einer Rehabilitationsleistung finanziell abgesichert sind.

Welcher Rehabilitationsträger zuständig ist, hängt insbesondere davon ab, wodurch der Rehabilitationsbedarf entstanden ist und welches Ziel die Maßnahme verfolgt.

Geht es darum, die Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen, ist häufig die gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI) für die erforderlichen Leistungen zuständig. Bestehen gesundheitliche Beeinträchtigungen in Folge eines Arbeitsunfalls, Wegeunfalls oder einer Berufskrankheit, ist in der Regel die gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII) zuständig. Ist eine medizinische Rehabilitation notwendig, ohne dass eine Zuständigkeit der Renten- oder Unfallversicherung vorliegt, liegt die Verantwortlichkeit in der Regel bei der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V). Daneben können je nach Lebenslage andere Kostenträger wie die Bundesagentur für Arbeit (SGB III) mit Leistungen zur beruflichen Eingliederung oder die Jugendhilfe (SGB VIII) bei Kindern und Jugendlichen verantwortlich sein.

Die Rolle der gesetzlichen Rentenversicherung

Menschen mit psychosomatischen oder psychiatrischen Störungsbildern sind häufig mit beruflichen Problemlagen konfrontiert. Im Sozialrecht wurde mit Einführung des Sozialgesetzbuches IX für solche Lebenssituationen der Grundsatz „Reha vor Rente“ für alle Leistungsträger gesetzlich geregelt (§ 9 SGB IX): Bevor eine Erwerbsminderungsrente gewährt wird, muss zunächst versucht werden, die bestehenden Funktionseinschränkungen durch Leistungen zur Teilhabe zu beheben.

Zu den Leistungen zur Teilhabe gehören unter anderem die medizinische Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA). Teilhabeleistungen sollen helfen, Erwerbsminderungsrenten (EM-Renten) zu vermeiden. Dementsprechend werden EM-Renten in der Regel nur dann bewilligt, wenn Menschen mit einer verminderten Erwerbsfähigkeit trotz geeigneter Leistungen zur Teilhabe entweder keine Aussicht auf eine berufliche (Wieder-) Eingliederung haben oder sich während einer Leistung (medizinische Rehabilitation oder LTA) herausgestellt hat, dass keine Verbesserungen der verminderten Erwerbsfähigkeit bzw. Minderung der Erwerbsfähigkeit herbeigeführt werden konnten oder wenn Leistungen zur Teilhabe nicht erfolgsversprechend sind.

Wie Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch die gesetzliche Rentenversicherung erbracht werden, ist im § 15 SGB VI gesetzlich geregelt.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sollen im Wesentlichen Funktions- und Teilhabestörungen bei gefährdeter oder bereits geminderter Erwerbsfähigkeit reduzieren und dadurch eine möglichst dauerhafte berufliche Eingliederung erreichen.

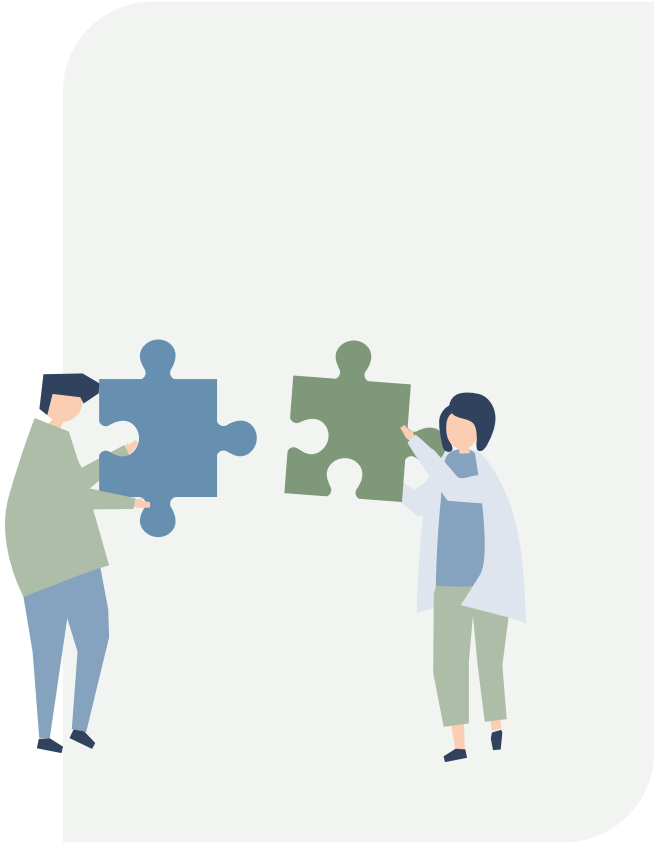
Die 16 Träger der Deutschen Rentenversicherung verfügen bundesweit über eigene und vertraglich verbundene Rehabilitationseinrichtungen mit hohen Qualitätsstandards. Diese Einrichtungen führen indikationsspezifisch, so auch bei psychosomatischen und psychiatrischen Erkrankungen, unter Einbezug der individuellen Bedürfnisse abgestimmte Rehabilitationsleistungen erfolgreich durch. Eine psychosomatische Rehabilitation dauert regulär fünf Wochen und erfolgt entweder stationär oder ganztägig-ambulant, je nach Schweregrad der Funktionsstörungen, Verfüg- und Erreichbarkeit und den Wünschen der Versicherten.

Anders als bei der gesetzlichen Krankenversicherung kann die psychosomatische Rehabilitation über die Deutsche Rentenversicherung nicht durch niedergelassene Ärzt*innen verordnet werden, sondern sie ist eine Antragsleistung. Dies bedeutet, dass Betroffene (Versicherte) mit Rehabilitationsbedarf, die die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllen, bei ihrem zuständigen Rentenversicherungsträger einen Antrag auf eine medizinische (psychosomatische) Rehabilitation stellen müssen.

Für die Bewilligung einer psychosomatischen Rehabilitation ist die abgeschlossene fachspezifische Diagnostik sowie eine vorausgegangene störungsspezifische Behandlung Voraussetzung. Rehabilitationsbedarf liegt dann vor, wenn die fachärztliche bzw. psychotherapeutische, leitliniengerechte, störungsspezifische Behandlung nicht ausreichend und eine multimodale, interdisziplinäre, gruppenorientierte Behandlung im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation (§ 10 SGB VI) erforderlich ist.

Psychosomatik und Psychiatrie – Unterschiede und Gemeinsamkeiten

Die Abgrenzung zwischen Psychosomatik und Psychiatrie liegt in ihrem jeweiligen Schwerpunkt. Die Psychosomatik richtet sich vordergründig auf die Wechselwirkungen von Psyche und Körper, die Psychiatrie auf genuin psychische Störungen. In der medizinischen Versorgung verlaufen diese Grenzen jedoch fließend.



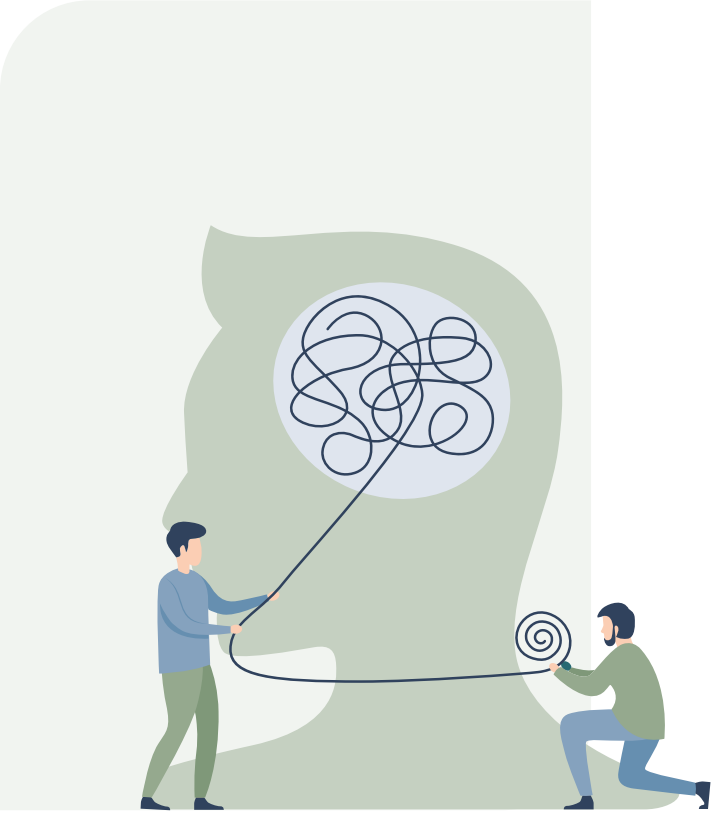
Die Anfänge der Psychosomatik gehen auf die Erkenntnisse der antiken Philosophie zurück. Bereits in dieser Zeit beschäftigte sich die Heilkunde mit dem „Leib-Seele-Problem“. Auch heute bezieht sich die psychosomatische Medizin in ihrer Krankheitslehre insbesondere auf die Wechselwirkungen zwischen somatischen, psychischen und sozialen Faktoren zur Entstehung von Funktionsstörungen und auf deren ressourcenorientierten Behandlung. Der Mensch wird in der Psychosomatik als ganzheitliche – psychisch-kognitiv-sozial-körperliche – Einheit aufgefasst. In dem Verständnis der Psychosomatik hat eine Störung der einzelnen Komponenten in unterschiedlichen Ausprägungsgraden, Folgestörungen der anderen Komponenten zur Folge. Dies muss sowohl bei der bio-psycho-sozialen Krankheitsgenese als auch bei den Behandlungsansätzen miteinbezogen werden.

Akut ambulante Behandlungsformen als Richtlinien-Psychotherapie (tiefenpsychologisch, verhaltenstherapeutisch, systemisch) sind für psychosomatisch Erkrankte bei entsprechender Indikation geeignet, wenn eine mittel- bis längerfristige Behandlung im Lebensumfeld zur Verbesserung der bio-psycho-sozialen Funktionsstörungen möglich ist und der Ausprägungsgrad der Funktionsstörungen eine Behandlung im Lebensumfeld zulässt.

Ambulante Behandlungen können im Einzel-, Gruppen- oder Paar- und Familiensetting angeboten werden. Eine begleitende Psychopharmakotherapie kann bei entsprechender Indikation auch von einem Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie verordnet werden. Bei höherem Ausprägungsgrad der Funktionsstörungen, die im ambulanten Setting nicht mehr zu behandeln sind, bei Nicht-Erfolg ambulanter psychotherapeutischer Vorbehandlungen, bei hoher Komplexität der Probleme und Störungen bis hin zur psychosozialen Dekompensation und der Notwendigkeit der Herausnahme aus dem pathogenen Lebensumfeld, kann die Indikation zur stationären psychosomatischen Akutkrankenhausbehandlung gegeben sein. Diese ermöglicht eine vorgegebene Struktur und einen schützenden Rahmen sowie ein multimodales interdisziplinäres Therapieangebot mit erhöhter Frequenz der Behandlung. Für die Behandlung in der Psychosomatik ist erforderlich, dass keine floride psychotische Symptomatik vorliegt. Ebenso müssen eine Suchterkrankung in

einem nicht-abstinenten Stadium und eine Eigen- oder Fremdgefährdung bei den Erkrankten ausgeschlossen sein. Zudem ist eine ausreichende bio-psycho-soziale Stabilität Voraussetzung, um an den verschiedenen multimodalen Gruppentherapien teilnehmen zu können.

Die Psychiatrie ist ein medizinisches Fachgebiet, das sich mit der Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer und psychosomatischer Störungen befasst. Die Bezeichnung Psychiatrie leitet sich etymologisch aus dem Griechischen ab und bedeutet übersetzt „Seelenheilkunde", der Psychiater wäre demnach der „Seelenarzt" („Psyche" als Seele, iatros als Arzt). Fachärzt*innen für Psychiatrie und Psychotherapie untersuchen und behandeln alle Gesundheits- und Verhaltensstörungen, welche die Psyche eines Menschen betreffen, basierend auf dem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell. Den Gesundheitsstörungen können körperliche, psychische und soziale Belastungsfaktoren zu Grunde liegen und können zu Beeinträchtigungen des Denkens, Fühlens, der Stimmung, des Antriebs, der Wahrnehmungen und des Verhaltens führen. Die primäre psychiatrische Patientenversorgung findet in erster Linie im ambulanten Bereich durch niedergelassene Fachärzt*innen für Psychiatrie und Psychotherapie statt. Darüber hinaus kann eine psychiatrische Behandlung durch Fachärzt*innen für Nervenheilkunde sowie Psychiatrie und Neurologie erfolgen. Bei schwereren Krankheitsverläufen oder in akuten Krisensituationen stehen teil- und vollstationäre Behandlungen in akutpsychiatrischen Kliniken zur Verfügung.



Die Finanzierung und Zuständigkeit hierfür liegen bei den gesetzlichen und privaten Krankenkassen. Der akutambulante Bereich dient der kurzfristigen Symptomlinderung, der primären Diagnostik und der Einleitung und Durchführung ambulanter therapeutischer Maßnahmen. Hierbei ist insbesondere auch auf psychotherapeutische Behandlungsoptionen hinzuweisen. Auch die im Anschluss an teil- und vollstationäre psychiatrische Behandlungen weitergehende Versorgungskoordination gehört zu den Aufgaben der niedergelassenen Fachärzt*innen für Psychiatrie und Psychotherapie. Dazu gehört die Zusammenarbeit mit sozialpsychiatrischen Diensten, ambulanter Ergotherapie, betreutem Wohnen sowie mit gemeindepsychiatrischen Strukturen. Auch die Kooperation mit Wohlfahrtsverbänden spielt eine wichtige Rolle. Eine Behandlung im akutstationären Bereich ist dann indiziert, wenn die Behandlung im ambulanten Rahmen nicht ausreicht. Etwa bei akuter Dekompensation einer Schizophrenie, Suizidalität oder einer massiven Symptomverschlechterung einer psychischen Störung. Den Schwerpunkt der psychiatrischen Versorgung bilden Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis, das breite Spektrum affektiver Störungen mit Depressionen, bipolaren Störungen, Angst- und Zwangsstörungen, Abhängigkeitserkrankungen und Persönlichkeitsstörungen. Darüber hinaus gehören zum therapeutischen Repertoire die Behandlung von Suizidalität und psychischen Störungen im Zusammenhang mit neurodegenerativen Veränderungen.

Die psychischen Störungen sind multifaktoriell bedingt, somit ist auch die Notwendigkeit einer multidimensional angelegten Therapie gegeben mit vielfältigem therapeutischem Angebot von Richtlinien-Psychotherapie über Sport- und Musiktherapie bis hin zur Psychopharmakotherapie und soziotherapeutischen Maßnahmen. Zudem stehen für Menschen mit psychosomatischen und psychischen Störungen evidenzbasierte digitale Versorgungsoptionen (Digitale Gesundheitsanwendungen – DiGA) zur Verfügung. Diese können insbesondere als ergänzendes Versorgungsangebot eingesetzt werden, etwa zur Überbrückung von Wartezeiten auf Therapieplätze oder zur Unterstützung laufender Behandlungen.

Der Stellenwert der Sozialmedizin

Die Sozialmedizin beschäftigt sich mit Gesundheits- und Krankheitszuständen des Einzelnen, von Personen, Gruppen oder ganzer Bevölkerungsgruppen und damit der Gesellschaft.

Sie hat zur Aufgabe, Wechselwirkungen zwischen Gesundheit und Krankheit bio-psycho-sozial praktisch und theoretisch wissenschaftlich zu untersuchen. Dabei berücksichtigt die Sozialmedizin einerseits die Risiken, Funktionsstörungen zu entwickeln und andererseits die Ressourcen der Einzelnen oder der Bevölkerungsgruppen, mit diesen in ihren jeweiligen gesellschaftlichen Umständen umzugehen. Um den Einzelnen und die Gesamtheit in ihren sozialen und gesellschaftlichen Bezügen eine bestmögliche Teilhabe zu bahnen, arbeitet die Sozialmedizin medizinisch fachgebietsübergreifend als sogenanntes medizinisches Querschnitts- oder Brückenfach. Um sowohl den Bedürfnissen des Einzelnen, aber auch der Gesamtheit im Sinne eines „sozialen Friedens“ ausgleichend gerecht zu werden, bezieht die Sozialmedizin nicht nur ätiologische, präventive und rehabilitative, sondern auch gutachterliche, versorgungsrechtliche und ökonomische Gesichtspunkte mit ein.

Wichtige sozialmedizinische Begriffe im Überblick

Rehabilitationsbedarf

Rehabilitationsbedarf besteht, wenn bei Vorliegen einer gesundheitlich bedingt drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigung der Teilhabe über die kurative Versorgung hinaus der mehrdimensionale und interdisziplinäre Ansatz der Rehabilitation erforderlich ist, um Beeinträchtigungen der Teilhabe zu vermeiden, zu beseitigen, zu bessern, auszugleichen oder eine Verschlimmerung zu verhüten. Die Feststellung eines Rehabilitationsbedarfs erfolgt im Rahmen der sozialmedizinischen Sachaufklärung umfassend unter Berücksichtigung unter anderem folgender sozialmedizinischer Aspekte:

- Funktionseinschränkungen
- Beeinträchtigungen der Fähigkeiten
- Risikokonstellation
- Kombination von Gesundheitsstörungen und Multimorbidität
- Arbeitsunfähigkeitszeiten
- bisherige Therapie und Therapieoptionen
- Erfordernis der Koordination mehrerer Therapieformen
- hoher Schulungsbedarf
- Probleme bei der Krankheitsbewältigung

Darüber hinaus wird die leistungsrechtliche Zuständigkeit der einzelnen Rehabilitationsträger geprüft und dabei der Rehabilitationsbedarf im trägerspezifischen Sinne festgestellt. Rehabilitationsbedarf ist im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung z. B. dann gegeben, wenn die Erwerbsfähigkeit von Versicherten aus medizinischen Gründen erheblich gefährdet oder gemindert ist (Vorliegen der persönlichen Voraussetzungen, § 10 SGB VI).

Rehabilitationsfähigkeit

Rehabilitationsfähigkeit liegt vor, wenn trotz der vorliegenden Funktionsstörungen eine ausreichende körperliche und psychische Belastbarkeit für die aktive Teilnahme an einer Rehabilitation gegeben ist. Die Person muss in der Lage sein, das gesamte Spektrum der angebotenen therapeutischen Leistungen mit einem täglichen Umfang von vier bis sechs Stunden und einem großen Anteil an Gruppenbehandlungen wahrzunehmen. Die Anreise zur Rehabilitationseinrichtung und die Rückreise sollte in der Regel eigenständig erfolgen können.

Rehabilitationsprognose

Die Rehabilitationsprognose ist eine sozialmedizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage für den Erfolg der Leistung zur Teilhabe im Hinblick auf die Erreichbarkeit des Rehabilitationsziels. Bei der Rehabilitationsprognose sind zu berücksichtigen:

- die Erkrankung, der bisherige Verlauf, das Kompensationspotenzial bzw. die Rückbildungsfähigkeit unter Beachtung und Förderung individueller Ressourcen (Rehabilitationspotenzial einschließlich psychosozialer Faktoren),
- die Verfügbarkeit einer geeigneten Leistung zur Teilhabe und
- der zur Durchführung benötigte Zeitrahmen.

Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben haben Versicherte, bei denen die persönlichen Voraussetzungen gemäß § 10 SGB VI erfüllt sind und deren Partizipation am Erwerbsleben bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit oder verminderter Erwerbsfähigkeit durch eine entsprechende Leistung zur Teilhabe wesentlich gebessert oder wiederhergestellt oder deren wesentliche Verschlechterung abgewendet werden kann. Das Gesetz fordert damit eine positive Rehabilitationsprognose. Sind jedoch die funktionellen Beeinträchtigungen so gravierend, dass das Rehabilitationsziel der Rentenversicherung nicht erreicht werden kann, ist eine Leistung zur Teilhabe zu Lasten der Rentenversicherung ausgeschlossen.

Rehabilitationsziel

Übergeordnetes Rehabilitationsziel ist die Förderung der Selbstbestimmung und der gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen (§ 1 SGB IX Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft).

Trägerspezifische Rehabilitationsziele (gesetzlich vorgegeben) richten sich nach den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Teilen des Sozialgesetzbuches. Beispielsweise ist für die gesetzliche Rentenversicherung das Ziel, den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wieder einzugliedern (§ 9 SGB VI).

Individuelle Rehabilitationsziele sind konkrete Vereinbarungen zwischen Menschen, die an einer Rehabilitation teilnehmen und dem Rehabilitationsteam (Therapieziele), die sich auf das erwartete bzw. erreichbare Rehabilitationsergebnis unter Berücksichtigung der Konstellation des Einzelfalls beziehen.

Arbeitsunfähigkeit

Die Arbeitsunfähigkeit ist in der AU-Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) geregelt und ist ein durch Krankheit oder Unfall hervorgerufener, regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, aufgrund dessen die in der Kranken- oder Unfallversicherung Versicherten ihre bisherige Erwerbstätigkeit nicht oder nur unter der Gefahr der Verschlimmerung des Gesundheitszustandes weiter ausüben können. Arbeitsunfähigkeit liegt auch vor, wenn aufgrund eines bestimmten Krankheitszustandes, der für sich allein noch keine Arbeitsunfähigkeit bedingt, absehbar ist, dass aus der Ausübung der Tätigkeit für die Gesundheit oder Gesundung abträgliche Folgen erwachsen, die Arbeitsunfähigkeit unmittelbar hervorrufen. Auch während einer „stufenweisen Wiedereingliederung“ besteht Arbeitsunfähigkeit.

Aufforderung zum Rehabilitationsantrag durch die Krankenkasse (§ 51 SGB V) oder durch die Agentur für Arbeit (§ 145 SGB III)

Die gesetzliche Krankenversicherung kann arbeitsunfähige Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit nach ärztlichem Gutachten erheblich gefährdet oder gemindert ist, innerhalb einer Frist von derzeit zehn Wochen auffordern, einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen. Kommen die Versicherten dieser Aufforderung nicht nach, entfällt ihr Anspruch auf Krankengeld. Diese besonderen Umstände können dem Reha-Team vermehrte Motivationsarbeit abverlangen und auch den Reha-Verlauf beeinflussen.

Eine ähnliche Regelung besteht im Bereich der Agentur für Arbeit. Versicherte, deren Leistungsvermögen voraussichtlich länger als sechs Monate auf weniger als 15 Stunden wöchentlich eingestuft wurde, werden innerhalb eines Monats aufgefordert, einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen. Diese Vorgehensweise wird als Nahtlosigkeitsregelung bezeichnet und betrifft häufig arbeitslose Personen nach Aussteuerung aus dem Krankengeld. Kommen Arbeitslose dieser Aufforderung nicht nach, ruht der Anspruch auf Arbeitslosengeld.

Rehabilitationsentlassungsbericht (Reha-EB)

Der ärztliche Reha-EB der Deutschen Rentenversicherung ist ein Schriftstück zur Dokumentation und Information über Behandlungsanlass, Rehabilitationsverlauf und -ergebnis und insbesondere der sozialmedizinischen Beurteilung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben. Der Reha-EB wird durch die Beurteilung des Leistungsvermögens um die Dimension eines sozialmedizinischen Gutachtens erweitert. Er richtet sich somit nicht nur an die ambulant behandelnden Ärzt*innen, sondern dient als sektorenübergreifende Entscheidungsgrundlage für nachfolgende Leistungen der Renten- oder anderer Sozialversicherungsträger. Der Reha-EB fasst somit alle relevanten Aspekte des Rehabilitationsgeschehens zusammen, ohne den Anspruch auf die Vollständigkeit der Patientenakte zu haben.

Sozialmedizinisches Gutachten

Das sozialmedizinische Gutachten ist eine wesentliche Grundlage zur Entscheidung der Rentenversicherungsträger über eine Gewährung von Leistungen zur Teilhabe und von Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Die sozialmedizinische Beurteilung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben für die gesetzliche Rentenversicherung ist das Ergebnis einer sozialmedizinischen Begutachtung.

Das ärztliche Gutachten für die Deutsche Rentenversicherung dient im Antragsverfahren auf Leistungen zur Teilhabe der weiteren Sachaufklärung in Bezug auf das Leistungsvermögen des Versicherten im Erwerbsleben sowie den medizinischen und persönlichen Voraussetzungen und gilt in Gerichtsverfahren als Beweismittel.

Sozialmedizinische Beurteilung des Leistungsvermögens

Bei der sozialmedizinischen Beurteilung des Leistungsvermögens wird individuell eingeschätzt, welche körperliche und geistige Belastbarkeit besteht, in welchem zeitlichen Umfang Tätigkeiten ausgeübt werden können und welche krankheitsbedingten Gefährdungs- und Belastungsfaktoren zu berücksichtigen sind. Es handelt sich bei dieser Leistungsbeurteilung um eine abstrakte Beurteilung des Leistungsvermögens ohne Bezug zu einem konkreten Arbeitsplatz, den der Versicherte tatsächlich ausübt oder ausgeübt hat und unabhängig von freien Stellen und Verdienstmöglichkeiten. Im Fokus der sozialmedizinischen Beurteilung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben steht die Beantwortung der Frage, welche Auswirkungen die festgestellten Funktions- und Fähigkeitseinschränkungen auf das qualitative und quantitative Leistungsvermögen über einen längeren Zeitraum (mehr als 6 Monate) bei der Ausübung einer Berufstätigkeit, also im Erwerbsleben haben.

Leistungsvermögen im Erwerbsleben

Das Leistungsvermögen im Erwerbsleben wird in einen qualitativen und quantitativen Anteil aufgeteilt. Das Leistungsvermögen im Erwerbsleben ist für die gesetzliche Rentenversicherung gleichbedeutend mit dem Begriff Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben.

Das **qualitative** Leistungsvermögen ist die Zusammenfassung der festgestellten positiven und negativen Fähigkeiten, d. h. der festgestellten Ressourcen im Hinblick auf die aus ärztlicher Sicht leistbare körperliche Arbeitsschwere, Arbeitshaltung und Arbeitsorganisation (positives qualitatives Leistungsvermögen) und der Fähigkeiten, die krankheits- oder behinderungsbedingt nicht bestehen oder wegen der Gefahr einer gesundheitlichen Verschlimmerung nicht abzufordern sind (negatives qualitatives Leistungsvermögen).

Das **quantitative** Leistungsvermögen gibt den zeitlichen Umfang an, in dem eine Erwerbstätigkeit unter den festgestellten/beurteilten Bedingungen des qualitativen Leistungsvermögens arbeitstäglich ausgeübt werden kann, d. h. zumutbar ist.

Das quantitative Leistungsvermögen wird in drei Kategorien eingeteilt:

- sechs Stunden und mehr pro Tag
- drei bis unter sechs Stunden pro Tag
- unter drei Stunden pro Tag

Hinweis: Die Begriffe voll- und halbschichtig sind nach aktuellem Recht nicht mehr gültig.

Erwerbsfähigkeit

Erwerbsfähigkeit ist die Fähigkeit Versicherter, sich unter Ausnutzung der Arbeitsgelegenheiten, die sich nach individuellen Kenntnissen und körperlichen sowie geistigen Fähigkeiten im ganzen Bereich des wirtschaftlichen Lebens bieten, einen Erwerb zu erzielen (allgemeiner Arbeitsmarkt). Erwerbsfähigkeit bedeutet im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung (SGB VI) die physische und psychische Leistungsfähigkeit, eine Erwerbstätigkeit unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes in gewisser Regelmäßigkeit ausüben zu können.

Allgemeiner Arbeitsmarkt

Der Allgemeine Arbeitsmarkt (auch als 1. Arbeitsmarkt bekannt) ist die Bezeichnung für den Maßstab zur Beurteilung der Erwerbsfähigkeit und umfasst jede nur denkbare übliche Erwerbstätigkeit außerhalb einer beschützenden Einrichtung, für die auf dem Arbeitsmarkt Angebot und Nachfrage besteht, unabhängig von ihrer qualitativen Einordnung. Er umfasst darüber hinaus auch die körperlich leichtesten und geistig einfachsten Tätigkeiten.

Für die Beurteilung der Erwerbsfähigkeit ist das zeitliche Leistungsvermögen unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes maßgebliches Entscheidungskriterium, sowohl für alle abhängig Beschäftigten als auch selbstständig Tätige. Der Begriff „allgemein“ soll von Sonderbereichen (auch als 2. Arbeitsmarkt bekannt), wie z. B. Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) abgrenzen.

Erwerbsminderung

Erwerbsminderung ist eine rentenrechtlich relevante Einschränkung der Erwerbsfähigkeit im Sinne des ab 01.01.2001 geltenden § 43 SGB VI. Danach sind Versicherte teilweise erwerbsgemindert, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens 6 Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Voll erwerbsgemindert sind Versicherte, die in gleichem Sinne nicht mehr mindestens 3 Stunden täglich erwerbstätig sein können.

Hiervon ist zu unterscheiden der Begriff der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) nach dem SGB VII der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) sowie dem Beamtenversorgungsgesetz (BeamtVG).

Hinweis: Die Begriffe Erwerbsunfähigkeit und Berufsunfähigkeit wurden mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (EMReformG) zum 01.01.2001 durch den Begriff der Erwerbsminderung ersetzt. Detailliertere Informationen zu diesen Begriffen finden Sie im Internet unter: Erläuterungen zur Sozialmedizin | Begutachtungsportal

Leistungen der Deutschen Rentenversicherung

Die Deutsche Rentenversicherung verfügt über ein breites Leistungsspektrum, um den gesetzlichen Auftrag zu erfüllen. Dabei gilt der Grundsatz „Prävention vor Reha vor Rente“.

Ziel dieser Leistungen ist es, die Versicherten möglichst lange gesund im Erwerbsleben zu halten oder bei Krankheit dabei zu unterstützen, ihre Tätigkeit am Arbeitsplatz wieder aufzunehmen oder sie ins Arbeitsleben zu (re-)integrieren. Das Behandlungsziel einer medizinischen Rehabilitation ist die Verbesserung krankheitsbedingter Funktions- und Teilhabestörungen beziehungsweise des Gesundheitszustandes zu verbessern, um die Erwerbsfähigkeit zu erhalten. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben können einen wichtigen Beitrag zum Erhalt des vorhandenen Arbeitsplatzes oder zur Erlangung eines neuen Arbeitsplatzes leisten.

Prävention

Unter Beachtung des Grundprinzips „Prävention vor Rehabilitation“ bietet die Deutsche Rentenversicherung ihren Versicherten Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung an, um bereits im Vor- oder Frühstadium vieler Gesundheitsstörungen die Gesundheit der Menschen zu fördern bzw. die Auswirkungen auf die Beschäftigungsfähigkeit zu begrenzen.

Die Deutsche Rentenversicherung erbringt Leistungen zur Prävention für Beschäftigte, die erste gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen, die die ausgeübte Beschäftigung gefährden, mit dem Ziel, sie möglichst dauerhaft im Erwerbsleben zu halten. Das Präventionsangebot der Rentenversicherung heißt RV Fit. Die Präventionsleistung soll den gesundheitlichen Zustand, die individuelle Lebensführung und die Gesundheitskompetenz der Teilnehmenden beeinflussen und zur besseren Bewältigung der Anforderungen des Arbeits- und Berufslebens beitragen. Die Prävention zielt auf die Stärkung der persönlichen Ressourcen ab, insbesondere auf:

- Förderung von Bewegung und Körperwahrnehmung,
- Erwerb von Stress- und Konfliktbewältigungsstrategien am Arbeitsplatz,
- Erlernen von Strategien zum Umgang mit körperlicher Belastung und psychischer Anspannung,
- Vermittlung von Informationen zur gesundheitsförderlichen Ernährung,
- Stärkung von Motivation und Aktivität für eigenverantwortliches und gesundheitsbewusstes Verhalten.

Das RV Fit-Trainingsprogramm umfasst vier inhaltlich aufeinander aufbauende Phasen mit Elementen zu Bewegung, Ernährung und Stressbewältigung:

1. Intensiv starten

3 Tage ganztägig ambulant oder 5 Tage stationär von der Arbeit freigestellt

2. Regelmäßig trainieren

3 Monate 1-2 mal pro Woche berufsbegleitend (morgens oder abends)

3. Motiviert dranbleiben

3 Monate selbstständig trainieren berufsbegleitend (morgens oder abends)

4. Auffrischen

1 Tag ganztägig ambulant oder 3 Tage stationär von der Arbeit freigestellt

Präventionsleistungen kommen für Versicherte in Betracht, die aktiv beschäftigt sind, innerhalb der letzten zwei Jahre 6 Monate Rentenversicherungsbeiträge gezahlt haben und bei denen erste gesundheitliche Beeinträchtigungen vorliegen, die keiner akutmedizinischen Behandlung oder medizinischen Rehabilitation bedürfen.

Für die Bewilligung und Durchführung einer Präventionsleistung der Deutschen Rentenversicherung ist eine Antragstellung durch die versicherte Person selbst bei ihrem zuständigen Rentenversicherungsträger erforderlich. Nach Prüfung durch diesen erhält die/der Versicherte einen Bescheid mit Hinweisen zum Anbieter, der die Präventionsleistung durchführt. Anbieter von Präventionsleistungen können im Präventionsportal nach Postleitzahl gesucht werden. Anträge können im Internet unter www.rv-fit.de online mit dem e-Antrag gestellt werden.

Fallbeispiel

> Die 58-jährige Frau M. hat bisher keine (teil-) stationären Behandlungen oder Rehabilitationsleistungen in Anspruch genommen. Der Antrag auf eine psychosomatische Rehabilitation wurde aufgrund der Empfehlung ihres behandelnden Gynäkologen gestellt.

Diagnosen
Als Hauptdiagnose wird eine Erschöpfung bei psychischer Belastung angegeben. Als Nebendiagnosen werden eine erhöhte Infektanfälligkeit sowie eine Eisenmangelanämie benannt.

Beschwerden
Frau M. berichtet, sich psychisch angegriffen zu fühlen, insbesondere im Zusammenhang mit wiederkehrenden Infekten. Zudem gibt sie eine anhaltende Müdigkeit sowie eine insgesamt reduzierte körperliche und psychische Belastbarkeit an.

Aktuelle Therapie
Aktuell erfolgt eine medikamentöse Behandlung mit Antibiotika sowie Antimykotika.

Befunde
Es bestehen ein Harnwegsinfekt, ein Genitalsoor sowie klimakterische Beschwerden. Laborchemisch zeigt sich ein aktueller Hämoglobinwert von 11,8 g/dl. Zudem besteht Übergewicht.

Weitere ärztliche Unterlagen
In den vorliegenden Unterlagen ist die Behandlung einer Gürtelrose dokumentiert.

Berufliche Situation
Frau M. ist als ungelernte Arbeiterin in einer Fabrik zur Herstellung von Spielzeug tätig. Es handelt sich um eine mittelschwere körperliche Tätigkeit mit Früh- und Spätschicht im Akkord.

Arbeitsfähigkeit
Zum aktuellen Zeitpunkt besteht keine Arbeitsunfähigkeit.

Sozialmedizinische Empfehlung
Im vorliegenden Fall ergibt sich weder aus den beschriebenen psychischen noch aus den somatischen Beschwerden Rehabilitationsbedarf. Bei bestehenden gesundheitsbezogenen Risikofaktoren erscheint vielmehr eine Präventionsleistung der Deutschen Rentenversicherung angezeigt. Abgesehen davon scheint ergänzend die weitere diagnostische Klärung und ggf. Einleitung weiterer Therapien indiziert.

Die **Präventionsleistung RV fit** kommt für **psychisch belastete Personen** in Frage, bei denen **erste gesundheitliche Einschränkungen** bestehen, die aber **noch keinen Krankheitswert** haben.

Eine **Psychosomatische Rehabilitation** kommt für **psychisch und/oder psychosomatisch relevant erkrankte Patient*innen** in Frage.

Medizinische Rehabilitation

Die psychosomatische Rehabilitation nimmt im deutschen Gesundheitswesen eine zentrale Rolle ein, wenn es darum geht, den Genesungsprozess bei Menschen mit psychischen und psychosomatischen Störungen zu unterstützen und den Betroffenen die Teilhabe am gesellschaftlichen und beruflichen Leben zu ermöglichen.

Abgesehen davon kommen in Abhängigkeit von der jeweiligen spezifischen Erkrankung und ihrem Krankheitsverlauf andere medizinische konzeptionelle Schwerpunkte in Betracht. Diese werden nachfolgend erläutert und mit entsprechenden Fallbeispielen dargestellt.

Somatische Rehabilitation

Bei chronischen körperlichen Erkrankungen (z. B. des Bewegungsapparates), nach akuten Erkrankungen (z. B. nach Herzinfarkt), nach Operationen (z. B. nach Darmresektion) oder nach Unfallverletzungen (z. B. Wirbelkörperfraktur) mit jeweils anhaltender Funktions- und Teilhabestörung, die die Ausübung der beruflichen Tätigkeit zu beeinträchtigen drohen oder bereits beeinträchtigen, kommt die Einleitung einer somatischen Rehabilitation in Betracht.

Fallbeispiel

> Frau S. ist 46 Jahre alt und bezieht eine teilweise Erwerbsminderungsrente bei gleichzeitiger beruflicher Tätigkeit. Vor zwei Jahren wurde im Anschluss an einen stationären neurologischen Aufenthalt eine neurologische Rehabilitation der Phase D durchgeführt. Der aktuelle Antrag auf eine psychosomatische Rehabilitation wurde durch die behandelnde Neurologin angeregt.

Diagnosen
Als Hauptdiagnose besteht eine leichte depressive Episode (ICD-10: F32.0). Als Nebendiagnose liegt eine autoimmune limbische Enzephalitis vor, die erstmals im Jahr 2006 diagnostiziert wurde. Vor zwei Jahren kam es zu einem Rezidiv, das durch eine Aphasie sowie eine leichte kognitive Störung aufgefallen ist.

Beschwerden
Frau S. klagt weiterhin über eine leichte Aphasie sowie über eine reduzierte Informationsverarbeitung. Darüber hinaus bestehen leichte Einschränkungen der Konzentrations- und Gedächtnisleistung. Zudem berichtet sie über eine rasche Erschöpfbarkeit.

Aktuelle Therapie
Aktuell erfolgt eine Therapie mit Rituximab. Ergänzend befindet sie sich in logopädischer Therapie.

Befunde
Die erhobenen Befunde entsprechen den geschilderten Beschwerden, insbesondere im Bereich der sprachlichen und kognitiven Einschränkungen.

Weitere ärztliche Unterlagen
Weitere fachärztliche Unterlagen liegen nicht vor.

Berufliche Situation
Frau S. ist als Sachbearbeiterin bei einer Versicherung tätig. Der Arbeitsplatz wurde im Rahmen einer innerbetrieblichen Umsetzung an die bestehenden qualitativen Leistungseinschränkungen aufgrund der genannten Diagnosen angepasst. Es handelt sich um eine leichte Tätigkeit in der Frühschicht ohne Akkordarbeit oder Zeitdruck.

Arbeitsfähigkeit
Aktuell besteht Arbeitsunfähigkeit.

Sozialmedizinische Empfehlung
Als Hauptdiagnose wird eine leichtgradige depressive Episode angeführt. Aus den Angaben im Befundbericht der behandelnden Neurologin stellt sich jedoch die neurologische Symptomatik als führend dar. Vor diesem Hintergrund ist die Einleitung einer neurologischen Rehabilitation indiziert.

Eine **somatische Rehabilitation** kommt für Patient*innen in Frage, die **primär somatisch erkrankt** sind und **keine rehabilitationsrelevante psychische oder psychosomatische Störung** haben.

Eine **Psychosomatische Rehabilitation** kommt für **psychisch und/oder psychosomatisch relevant erkrankte Patient*innen ohne rehabilitationsrelevante somatische Erkrankungen** in Frage.

Verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation (VOR)

Die verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation (VOR) ist ein spezifisches Angebot für primär somatisch erkrankte Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit psychischer Komorbidität sowie Problemen bei der Krankheitsbewältigung. Eine Indikation für eine VOR kann gegeben sein, wenn eine gravierende Funktionseinschränkung in einem rehabilitationsrelevanten somatischen Indikationsbereich im Vordergrund steht und diese von einer wesentlichen psychischen Komponente der Fähigkeitseinschränkung begleitet wird, die keinen eigenständigen Rehabilitationsbedarf begründet. Steht die psychische Störung im Vordergrund der gefährdeten Erwerbsfähigkeit, ist die VOR nicht geeignet. In diesem Falle sollte der Bedarf einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitation geprüft werden.

Eine verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation erfolgt in der Regel in Form eines geschlossenen interdisziplinären Gruppenkonzepts mit einer Bewilligungsdauer von 4 Wochen, alle Rehabilitand*innen der Gruppe reisen zum selben Zeitpunkt an und ab. Ärzt*innen sowie Psycholog*innen der somatischen Einrichtung sind psychotherapeutisch qualifiziert.

Fallbeispiel

> Herr H. ist 63 Jahre alt. Bisher wurden weder (teil-)stationäre Behandlungen noch Rehabilitationsleistungen durchgeführt. Der Antrag auf eine psychosomatische Rehabilitation wurde durch den behandelnden Hausarzt angeregt.

Diagnosen
Als Hauptdiagnose besteht ein chronisches Wirbelsäulensyndrom (ICD-10: M54.16) bei Zustand nach mehrfachen lumbalen Bandscheibenvorfällen. Als Nebendiagnosen werden Erschöpfung sowie eine depressive Symptomatik angegeben.

Beschwerden
Herr H. berichtet über eine progrediente körperliche und psychische Erschöpfung. Zudem beschreibt er Überforderungsgefühle sowohl im Alltag als auch im beruflichen Kontext, insbesondere im Zusammenhang mit der auszuübenden schweren körperlichen Tätigkeit.

Aktuelle Therapie
Aktuell erfolgt eine physiotherapeutische Behandlung. Ergänzend wird eine medikamentöse Schmerztherapie durchgeführt sowie eine orthopädische Mitbehandlung in Anspruch genommen.

Befunde
Es bestehen anhaltende Rückenschmerzen mit pseudoradikulären Beschwerden, insbesondere unter körperlicher Belastung. Darüber hinaus werden Schlafstörungen sowie Ängste vor einem möglichen Arbeitsplatzverlust beschrieben.

Weitere ärztliche Unterlagen
Es liegt ein MRT-Befund der Lendenwirbelsäule vor.

Berufliche Situation
Herr H. ist als Tiefbauer tätig. Es handelt sich um eine schwere körperliche Tätigkeit unter Zeitdruck.

Arbeitsfähigkeit
Aktuell besteht Arbeitsunfähigkeit.

Sozialmedizinische Empfehlung
Bei führenden orthopädischen Beschwerden im Sinne eines chronischen Wirbelsäulensyndroms und zusätzlich bestehenden, geringgradig ausgeprägten psychosomatischen Beschwerden ist eine verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation indiziert.

Eine **Verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation** kommt für Patient*innen in Frage, die **primär somatisch erkrankt und zusätzlich psychisch belastet** sind.

Eine **Psychosomatische Rehabilitation** kommt für **psychisch und/oder psychosomatisch relevant erkrankte** Patient*innen **ohne rehabilitationsrelevante somatische Erkrankungen** in Frage.

Psychosomatische Rehabilitation

Für die Behandlung in einer psychosomatischen Rehabilitation sind Rehabilitationsfähigkeit und eine positive Rehabilitationsprognose der Patient*innen sozialmedizinisch notwendig. Dazu benötigen die Betroffenen im Vergleich zur akut stationären psychosomatischen Krankenhausbehandlung einen höheren bereits eingetretenen bio-psycho-sozialen Stabilisierungsgrad als im Schutzraum eines Akutkrankenhauses.

In einer psychosomatischen Rehabilitation wird ein individuell abgestimmtes Therapieprogramm in einer auf ihre Erkrankung spezialisierten Fachabteilung stationär oder ganztägig ambulant durchgeführt. Ein multiprofessionelles Team ermöglicht eine ganzheitliche bio-psycho-soziale Behandlung der jeweiligen Erkrankung. Die Funktionsstörungen der Rehabilitand*innen stehen bei der multimodalen Behandlung im Vordergrund. Das multiprofessionelle Team arbeitet in der psychosomatischen Rehabilitation interdisziplinär und besteht aus Fachärzt*innen/Assistenzärzt*innen, Psychotherapeut*innen, Pflegepersonal, Physiotherapeut*innen, Sozialpädagog*innen/Sozialarbeiter*innen, Sportlehrer*innen, Ergotherapeut*innen, Kreativ-/Musiktherapeut*innen und Ernährungsberater*innen/Ökotropholog*innen.

Das multimodale Behandlungsangebot ist gruppenorientiert und berufsbezogen. Es beinhaltet ärztliche Diagnostik und Behandlung, Pflege, Psychotherapie, Physio-/Sporttherapie, physikalische Therapie, Ergotherapie, Kreativtherapie, Ernährungsberatung/Lehrküche, Patientenschulung, Entspannungsverfahren sowie arbeitsbezogene Behandlungsmodule (MBOR – medizinisch beruflich-orientierte Rehabilitation). Darüber hinaus erfolgt eine bedarfsadaptierte soziale, berufliche und sozialrechtliche Beratung.

Fallbeispiel Depressive Störung

> Frau B. ist 60 Jahre alt. Vor zwei Jahren erfolgte ein akutstationärer psychiatrischer Krankenhausaufenthalt. Bisher wurde keine Rehabilitationsleistung eingeleitet. Der Antrag auf eine psychosomatische Rehabilitation erfolgte auf Anraten der Hausärztin. Nach dem Tod ihres Sohnes vor etwa zweieinhalb Jahren kam es zu einer depressiven Dekompensation mit schädlichem Alkoholgebrauch und einem Suizidversuch in Form einer überdosierten Einnahme von Ibuprofen und Novaminsulfon. Nach dem stationären Krankenhausaufenthalt konnte die weitere Stabilisierung erreicht werden.

Diagnosen
Als Hauptdiagnose besteht eine rezidivierende depressive Störung, aktuell eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F33.1). Als Nebendiagnosen liegen ein schädlicher Alkoholgebrauch, aktuell abstinent, sowie ein Zustand nach Suizidversuch vor zwei Jahren vor.

Beschwerden
Frau B. berichtet über eine fehlende Tagesstruktur und benötigt Unterstützung bei der Erledigung des Haushalts. Zudem bestehen ein ausgeprägter sozialer Rückzug und eine verminderte soziale Aktivität.

Aktuelle Therapie
Frau B. wird medikamentös mit Escitalopram und Quetiapin behandelt. Zusätzlich befindet sie sich in ambulanter psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung.

Befunde
Psychopathologisch zeigen sich weiterhin eine gedrückte Stimmungslage, ein Antriebsdefizit sowie zeitweises Grübeln. Es bestehen soziale Rückzugstendenzen.
Von Suizidalität distanziert sich die Versicherte klar und glaubhaft.

Weitere ärztliche Unterlagen
Psychiatrische Befundberichte liegen vor.

Berufliche Situation
Die Versicherte ist als Pflegefachfrau tätig. Es handelt sich um eine mittelschwere Tätigkeit im Drei-Schicht-System unter Zeitdruck.

Arbeitsfähigkeit
Es besteht Arbeitsunfähigkeit seit der stationären Aufnahme vor zwei Jahren.

Sozialmedizinische Empfehlung
In diesem Fall ist eine psychosomatische Rehabilitation angezeigt. Nach dem Suizidversuch konnte im stationären Behandlungsrahmen eine Stabilisierung erreicht werden, eine ambulante fachärztlich-psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung findet statt. Es bestehen jedoch weiterhin relevante psychopathologische Auffälligkeiten. Die Erwerbsfähigkeit ist erheblich gefährdet.

Fallbeispiel Anpassungsstörung

> Herr D. ist 42 Jahre alt. Bisher wurden keine Rehabilitationsleistungen durchgeführt und es erfolgte kein (teil-) stationärer psychiatrischer oder psychosomatischer Krankenhausaufenthalt. Der Antrag auf psychosomatische Rehabilitation wurde durch den Hausarzt empfohlen. Herr D. ist verheiratet, hat drei kleine Kinder, bewohnt ein Eigenheim und berichtet über bestehende finanzielle Belastungen durch Schulden. Umstrukturierungen in seiner Firma haben bei Herrn D. zu einer innerbetrieblichen Umsetzung mit deutlichem Überforderungserleben und Konflikten am Arbeitsplatz geführt. Zudem bestehen partnerschaftliche Konflikte.

Diagnosen
Als Hauptdiagnose besteht eine Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2). Als Nebendiagnose liegt eine ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F 60.6) vor, die bereits im jungen Erwachsenenalter diagnostiziert wurde. Die Kriterien eines schädlichen Cannabisgebrauchs oder einer Cannabisabhängigkeit sind derzeit nicht erfüllt.

Beschwerden
Herr D. berichtet über Gereiztheit im Alltag, Schlafstörungen, Spannungskopfschmerzen, vermehrte Erschöpfung, Versagensängste und Überforderung am Arbeitsplatz. Gelegentlich konsumiere er THC.

Aktuelle Therapie
Seit etwa einem Jahr befindet sich Herr D. in ambulanter psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung.

Befunde
Ängstlich-dysphorische Stimmungslage, Ein- und Durchschlafstörungen, Konzentrationsstörungen, ausgeprägtes Erschöpfungserleben.

Weitere ärztliche Unterlagen
Befundberichte des behandelnden Psychiaters sowie der Psychotherapeutin liegen vor und begründen den Rehabilitationsbedarf. Aktuelles Screening auf THC im Urin negativ.

Berufliche Situation
Herr D. ist als Fachinformatiker tätig. Es handelt sich um eine leichte Tätigkeit mit erhöhten Anforderungen an die Konzentrationsfähigkeit sowie Verantwortung für Personen und Maschinen.

Arbeitsfähigkeit
Es besteht keine durchgehende Arbeitsunfähigkeit, jedoch kam es im letzten Jahr zu häufigen, an Dauer zunehmende Arbeitsunfähigkeitszeiten.

Sozialmedizinische Empfehlung
In diesem Fall ist eine psychosomatische Rehabilitation angezeigt. Herr D. befindet sich in einer leitliniengerechten ambulanten Behandlung. Die bestehenden Funktionseinschränkungen begründen eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit.

Fallbeispiel Somatoforme Störung

> Frau W. ist 58 Jahre alt. Vor einem Jahr wurde eine orthopädische Rehabilitation durchgeführt. Vor zwei Monaten erfolgte eine zehntägige stationäre multimodale Schmerztherapie. Der Antrag auf psychosomatische Rehabilitation wurde durch den Hausarzt empfohlen. Vor etwa eineinhalb Jahren trat ein Bandscheibenvorfall mit radikulären Beschwerden auf. Nach orthopädischer Rehabilitation trat eine Besserung der radikulären Symptomatik ein, jedoch entwickelten sich zunehmende Schmerzen im gesamten Bewegungsapparat. Zunächst erfolgte eine Opioidverordnung durch den Orthopäden, bei jedoch unzureichender Besserung wurde durch eine Überweisung in ein spezialisiertes Zentrum zur Schmerztherapie initiiert. Nach der stationären schmerztherapeutischen Behandlung zeigte sich eine Stabilisierung mit leichter Beschwerdebesserung.

Diagnosen
Als Hauptdiagnose besteht eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Symptomen (ICD-10: F45.41). Als Nebendiagnosen liegen ein Bandscheibenvorfall L4/L5, eine Osteochondrose der Wirbelsäule, eine diabetische Polyneuropathie bei Diabetes mellitus, Adipositas sowie eine Neurasthenie vor.

Beschwerden
Frau W. berichtet über Einschränkungen der Belastbarkeit und der Beweglichkeit im Alltag.

Aktuelle Therapie
Es erfolgt eine medikamentöse Behandlung mit Metformin, Duloxetin, Pregabalin, NSAR bei Bedarf sowie Tilidin bei Bedarf. Frau W. befindet sich in einer leitliniengerechten multimodalen Behandlung.

Zudem besteht seit wenigen Wochen eine ambulante psychotherapeutische Behandlung sowie eine psychiatrische Mitbehandlung.

Befunde
Es bestehen belastungsabhängige Schmerzen, insbesondere bei längerem Sitzen oder Stehen. Die Gehstrecke beträgt etwa einen Kilometer. Seit der letzten orthopädischen Rehabilitation zeigen sich keine relevanten Veränderungen der orthopädischen Krankheitsmerkmale. Darüber hinaus bestehen sozialer Rückzug außerhalb der Familie, Interessensverlust sowie eine gedankliche Einengung auf das Schmerzerleben.

Weitere ärztliche Unterlagen
Orthopädische, internistische und schmerztherapeutische Unterlagen liegen vor.

Berufliche Situation
Frau W. ist als Reinigungskraft tätig. Es handelt sich um eine mittelschwere Tätigkeit mit Früh- und Spätschicht unter Zeitdruck.

Arbeitsfähigkeit
Es besteht Arbeitsunfähigkeit seit sechs Monaten.

Sozialmedizinische Empfehlung
In diesem Fall ist eine psychosomatische Rehabilitation mit schmerztherapeutischem Schwerpunkt angezeigt.

Eine **Psychosomatische Rehabilitation** kommt für **psychisch und/oder psychosomatisch relevant erkrankte** Patient*innen in Frage, wenn medizinische Leistungen im Vordergrund stehen.

Medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen

Bei einer Alkohol-, Medikamenten-, Drogenabhängigkeit oder substanzungebundenen Abhängigkeit kann eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation für abhängigkeitserkrankte Menschen in Betracht kommen. Diese umfasst ärztliche, psychotherapeutische, sucht- und arbeitstherapeutische Leistungen sowie Elemente der Patientenedukation. Sie können ambulant, ganztägig ambulant, stationär oder in Kombination dieser Leistungsformen durchgeführt werden. Ziele der medizinischen Rehabilitation abhängigkeitserkrankter Menschen sind Abstinenz von dem Suchtmittel, körperliche und seelische Stabilisierung und Wiedereingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft. Der Zugang erfolgt in der Regel über eine Suchtberatungsstelle, die gemeinsam mit den Betroffenen einen Sozialbericht erstellt. Dieser ist gemeinsam mit den üblichen erforderlichen Antragsunterlagen (siehe Kapitel „Antworten rund um die Antragsstellung“) einzureichen.

Vor Beginn einer medizinischen Rehabilitation bei Vorliegen einer Abhängigkeitserkrankung durch psychotrope Substanzen (Alkohol, Medikamente, Cannabis, illegale Drogen) ist eine Entzugsbehandlung erforderlich. Mittel der Wahl ist die „qualifizierte Entzugsbehandlung“. Neben dem körperlichen Entzug (früher häufig „Entgiftung“ genannt) sollen eine Krankheitseinsicht, erste Techniken im Umgang mit der Abhängigkeitserkrankung und die Motivation zur weiterführenden Behandlung erreicht werden. Zuständiger Kostenträger hierfür ist in der Regel die Krankenkasse. Bei Bedarf ist im Anschluss an die qualifizierte Entzugsbehandlung die direkte Verlegung (Nahtlosregelung) in eine Einrichtung zur Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen möglich.

Fallbeispiel

> Herr V. ist 24 Jahre alt. Bisher wurden keine Rehabilitationsleistungen in Anspruch genommen. Der Antrag auf psychosomatische Rehabilitation wurde durch den behandelnden Hausarzt initiiert. In der Vorgeschichte kam es unter regelmäßigem Cannabiskonsum zur Entwicklung psychotischer Symptome mit stattgehabter stationärer psychiatrischer Behandlung, die zur vollständigen Remission der psychotischen Symptomatik führte. In diesem Zusammenhang erfolgte eine qualifizierte Entzugsbehandlung. Seither ist Herr V. abstinent und an eine Suchtberatungsstelle angebunden. Es besteht eine schwierige psychosoziale Lebenssituation mit ausgeprägten Konflikten innerhalb der Familie sowie am Arbeitsplatz.

Diagnosen
Als Hauptdiagnose liegt eine psychische und Verhaltensstörung durch Cannabinoide im Sinne eines Abhängigkeitssyndroms (ICD-10: F12.2) im abstinenten Stadium vor. Als Nebendiagnosen bestehen eine akute polymorphe psychotische Störung in Remission sowie eine Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Beschwerden
Herr V. berichtet über Schlafstörungen, eine ausgeprägte Überforderung mit sämtlichen Alltagsanforderungen sowie subjektiv empfundene Konzentrations- und Gedächtnisstörungen.

Aktuelle Therapie
Aktuell erfolgt eine medikamentöse Behandlung mit Risperidon und Sertralin.

Befunde
Der psychopathologische Befund ist weitestgehend unauffällig. Insbesondere zeigen sich keine Hinweise auf kognitive Störungen, Wahninhalte oder Halluzinationen.

Weitere ärztliche Unterlagen
Psychiatrischer Krankenhausentlassungsbericht.

Berufliche Situation
Herr V. ist ungelernter Produktionshelfer in einer Fabrik. Es handelt sich um eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit mit Früh- und Spätschicht.

Arbeitsfähigkeit
Aktuell besteht Arbeitsunfähigkeit.

Sozialmedizinische Empfehlung
In diesem Fall ist keine psychosomatische Rehabilitation indiziert, sondern aufgrund der im Vordergrund stehenden Abhängigkeitserkrankung eine Entwöhnungsbehandlung. Die komorbiden psychischen Störungen sind im Rahmen einer Rehabilitation für Abhängigkeitserkrankte behandelbar.

Die **Rehabilitation für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen** kommt für Patient*innen mit manifesten **Abhängigkeitserkrankungen im abstinenten Stadium** in Frage.

Eine **Psychosomatische Rehabilitation** hingegen ist für **manifest Abhängigkeitserkrankte nicht geeignet**.

Rehabilitation für psychisch kranke Menschen (RPK)

Die RPK ist eine Leistung für psychisch schwer erkrankte Versicherte. Dabei ergibt sich die Indikation nicht allein aus der Diagnose der vorliegenden psychischen Erkrankung, sondern vor allem aus der zusammenfassenden Analyse und Bewertung der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren der Betroffenen.

Dies trifft insbesondere für Menschen mit schweren psychischen Störungen zu,

- die nach klinischer Behandlung zur Stabilisierung und Anpassung an die Anforderungen des Alltags auch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie zur Teilhabe am Arbeitsleben bedürfen,
- die durch ihre Krankheit oder Behinderung Leistungen zur Teilhabe benötigen, welche die Selbstversorgungsfähigkeiten und soziale Kompetenzen stärken, Versagensängste abbauen, Selbstvertrauen fördern und die Motivation zur Eingliederung in Gesellschaft, Schule, Arbeit und Beruf aufbauen,
- die nach mehreren psychiatrischen Krankenhausaufenthalten zunächst wieder an den Arbeitsplatz, in Schule, Ausbildung oder Studium zurückkehren, aber wegen Überforderung Rückfälle erleiden und bei denen schulischer und beruflicher Abstieg oder Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit droht oder eingetreten ist,
- die vor Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben einer Stabilisierung des Leistungsvermögens bedürfen,
- die während der Schul- oder Berufsausbildung durch psychische Beeinträchtigungen gescheitert sind, unregelmäßig gearbeitet haben und somit keinen Standort im Berufsleben gefunden haben,
- die als Folge ihrer psychischen Erkrankung und daraus resultierender Beeinträchtigungen nicht zu einem möglichst selbstständigen Leben gekommen sind, notwendige tragfähige Beziehungen zu Verwandten, Freundinnen/Freunden, Partnerinnen/Partnern und Kolleginnen/Kollegen aufbauen konnten und daher von Isolation verbunden mit erhöhtem Rückfallrisiko bedroht sind.

Die Rehabilitationsleistung RPK kombiniert Leistungen der medizinischen Rehabilitation (medizinische Phase) mit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Phase). Die medizinische Rehabilitationsphase dient der psychischen Stabilisierung und kann in der Regel bis zu 12 Monaten dauern. Bei entsprechend stabilem psychischen Zustand erfolgt ein nahtloser Übergang in die berufliche Phase der RPK. Nähere Informationen zur RPK sind online abrufbar unter:

BAR e. V.:
RPK-Empfehlungsvereinbarung „Rehabilitation für psychisch kranke Menschen (RPK)“ und

BAR e. V.: Handlungsempfehlungen Praktische Umsetzung der RPK-Empfehlungsvereinbarung.

Fallbeispiel

Die 28-jährige Frau A. hat eine Ausbildung zur Heil- und Erziehungspflegerin abgeschlossen, wobei es bereits während der Ausbildungszeit zu zahlreichen Fehlzeiten kam. Seit der Jugend besteht eine psychiatrische Behandlungsanamnese aufgrund eines ausgeprägten selbstverletzenden Verhaltens bei emotional-instabiler Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ. In der Vorgeschichte finden sich Gewalterfahrungen in Form häuslicher und sexueller Gewalt. In der Vergangenheit kam es zu wiederholten stationären Krankenhausaufenthalten, zuletzt vor etwa eineinhalb Jahren mit Schwerpunkt Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT-A), die zu einer zwischenzeitlichen Stabilisierung führte. Nach zunächst erfolgreich abgeschlossener Durchführung eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) vor einem Jahr kam es jedoch erneut aufgrund psychischer Dekompensationen zu langen Fehlzeiten. Sie fühlt sich ihrer beruflichen Tätigkeit nicht mehr gewachsen. Seitens des betriebsärztlichen Dienstes erscheint eine berufliche Neuorientierung nach ausreichender psychischer Stabilisierung angezeigt und eine RPK-Leistung wurde empfohlen.

Diagnosen:
Es liegt eine emotional-instabile Persönlichkeitsstörung, Typ Borderline (ICD-10: F60.31) vor. Zusätzlich besteht eine mittelgradige depressive Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33.1). Die Kriterien eines schädlichen Alkoholkonsums oder einer Alkoholabhängigkeit sind derzeit nicht erfüllt.

Beschwerden:
Aktuell berichtet Frau A. vordergründig über ausgeprägte Stimmungsschwankungen sowie eine hohe Erschöpfbarkeit. Diese Symptomatik führt zu sozialem Rückzug und erheblichen Schwierigkeiten in der Bewältigung nahezu aller Alltagsbereiche. Das vormals manifeste selbstverletzende Verhalten hat sich aktuell in Richtung eines gelegentlichen Alkoholkonsums verschoben, der der Regulation arbeitsbezogenen Stresses dient. Aufgrund der persistierenden affektiven Instabilität, der erhöhten Erschöpfbarkeit sowie der Einschränkungen in der Alltagsbewältigung ist die Versicherte erheblich in ihrer gesellschaftlichen Teilhabe beeinträchtigt. Im Rahmen einer beruflichen Neuorientierung besteht ein erhöhter Behandlungs- und Unterstützungsbedarf.

Aktuelle Therapie:
Bisher erfolgte eine regelmäßige psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung, zudem eine medikamentöse Therapie mit einem Antidepressivum sowie einem Antipsychotikum.

Befunde:
Die erhobenen Befunde entsprechen der geschilderten Beschwerdesymptomatik mit affektiver Instabilität, erhöhter psychischer Erschöpfbarkeit und deutlich eingeschränkter psychosozialer Belastbarkeit.

Weitere ärztliche Unterlagen:
Aktuelle Befundberichte des behandelnden Psychiaters sowie der Psychotherapeutin liegen vor und begründen den komplexen Rehabilitationsbedarf.

Berufliche Situation:
Frau A. ist als Heil- und Erziehungspflegerin tätig. Die Tätigkeit ist mit regelmäßigem Publikumsverkehr verbunden und stellt hohe Anforderungen an Stressbelastbarkeit, Umstellungsfähigkeit und Flexibilität. Zudem besteht eine unmittelbare Verantwortung für betreute Personen, was eine stabile emotionale und psychische Belastbarkeit voraussetzt.

Arbeitsunfähigkeit:
Es besteht eine mehrmonatige Arbeitsunfähigkeit.

Sozialmedizinische Empfehlung:
Aufgrund des langjährigen Krankheitsverlaufs und der damit verbundenen deutlich ausgeprägten Funktions- und Teilhabeeinschränkungen ist eine RPK-Leistung mit ihrer Komplexleistung im medizinischen und beruflichen Rehabilitationsbereich indiziert. Für die Einleitung ist ein fachärztliches Gutachten der gewünschten RPK-Einrichtung erforderlich.

Eine **Rehabilitation für psychisch kranke Menschen (RPK)** kommt für **psychisch schwer Erkrankte mit ausgeprägten beruflichen und sozialen Teilhabeeinschränkungen** in Frage, bei denen **ein kombinierter Bedarf an medizinischer und beruflicher Rehabilitation besteht**.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Die Rentenversicherungsträger erbringen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben allein oder in Ergänzung zu vorausgegangenen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zielen darauf ab:

- Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit positiv zu beeinflussen
- ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern und
- eine möglichst dauerhafte berufliche Eingliederung zu erzielen,
- indem der vorhandene Arbeitsplatz erhalten wird oder durch Erlangung eines neuen Arbeitsplatzes. Hierfür steht eine Vielzahl von unterschiedlichen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zur Verfügung (siehe Abbildung).

Die Leistungen sollen zielorientiert und sachgerecht in dem Umfang eingesetzt werden, der notwendig ist, um Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen zu befähigen, am Arbeitsleben möglichst dauerhaft teilzuhaben. Bei der Auswahl der geeigneten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden Eignung, Neigung und bisherige Tätigkeit der Versicherten angemessen berücksichtigt, ebenso wie die persönlichen und sozialen Verhältnisse. Aber auch Lage und Entwicklung des Arbeitsmarktes sind im Interesse einer dauerhaften Eingliederung in das Erwerbsleben zu beachten. Bei Bedarf arbeiten die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung mit den Arbeitsagenturen zusammen, um zu erreichen, dass sich die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben an den Gegebenheiten des allgemeinen Arbeitsmarktes orientieren.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben kommen für **psychisch Erkrankte** in Frage, wenn diese im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation **zum Erhalt des Arbeitsplatzes oder zur Erlangung eines Arbeitsplatzes** erforderlich sind oder eine medizinische Rehabilitation nicht im Vordergrund steht.

Eine **Psychosomatische Rehabilitation** kommt für **psychosomatisch relevant Erkrankte** in Frage, wenn **medizinisch rehabilitative Leistungen im Vordergrund** stehen.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

- **1.** Hilfen zur Erhaltung und Erlangung eines Arbeitsplatzes
  - **A** Förderung aus dem Vermittlungsbudget
  - **B** Aktivierungsleistungen
  - **C** Kraftfahrzeughilfe
  - **D** Hilfen zur Berufsausbildung
  - **E** Arbeitsassistenz
  - **F** Wohnungshilfe
  - **G** Inanspruchnahme von Integrationsfachdiensten
- **2.** Berufsvorbereitung
- **3.** Individuelle berufliche Qualifizierung im Rahmen unterstützter Beschäftigung
- **4.** Berufliche Bildung (Qualifizierungsleistungen)
  - **A** Anpassung und Integrationsleistungen
  - **B** Weiterbildung: Fortbildung oder Umschulung
  - **C** Ausbildung
- **5.** Förderung der Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit (Gründungszuschuss)
- **6.** Leistungen an Arbeitgeber
  - **A** Ausbildungszuschüsse zur betrieblichen Ausführung von Bildungsleistungen
  - **B** Eingliederungszuschüsse
  - **C** Zuschüsse für Arbeitshilfen im Betrieb
  - **D** Kostenerstattung für eine befristete Probebeschäftigung
- **7.** Leistungen im Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich
  - **A** In einer Werkstatt für behinderte Menschen
  - **B** Bei einem anderen Leistungsanbieter i. S. v. § 60 SGB IX
- **8.** Ergänzende Leistungen
  - **A** Übergangsgeld
  - **B** Beiträge zur Sozialversicherung
  - **C** Reisekosten einschließlch Familienheimfahrten
  - **D** Haushaltshilfe/Kinderbetreuungskosten
- **9.** Erbringung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Rahmen eines persönlichen Budgets

Strukturierte Bedarfsprüfung und Empfehlung von Teilhabeleistungen im Kontext psychosomatischer und psychiatrischer Störungsbilder

Die vorangegangenen Ausführungen der spezifischen medizinischen Rehabilitationskonzepte und der zugehörigen Fallbeispiele verdeutlichen das Spektrum indikationsbezogener Schwerpunkte. Psychosomatische und psychiatrische Störungsbilder erfordern eine differenzierte und ganzheitliche Betrachtung des individuellen Rehabilitationsbedarfs.

Neben Symptomschwere und -verlauf, Komorbidität und Behandlungsverlauf sind insbesondere das Ausmaß der funktionellen Beeinträchtigung auf die berufliche und soziale Teilhabe, Motivation bzw. Motivierbarkeit, vorhandene Ressourcen sowie psychosoziale Kontextfaktoren für die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs entscheidend. Des Weiteren muss die fachspezifische Diagnostik abgeschlossen und eine störungsspezifische Behandlung vorausgegangen sein. Rehabilitationsbedarf liegt dann vor, wenn die fachärztliche bzw. psychotherapeutische leitliniengerechte störungsspezifische Behandlung nicht ausreichend und eine multimodale interdisziplinäre gruppenorientierte Behandlung erforderlich ist.

Voraussetzungen für die Inanspruchnahme einer Leistung der DRV

Für die Bewilligung eines Antrages für eine medizinische Rehabilitation müssen Versicherte sowohl die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen (§11 SGB VI) als auch die persönlichen Voraussetzungen (§10 SGB VI) der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen.

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

Das Versicherungskonto beim zuständigen Rentenversicherungsträger muss vor Antragsstellung bzw. zum Zeitpunkt der Antragsstellung bestimmte Mindestversicherungszeiten nachweisen. Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Beantragung einer medizinischen (wie zum Beispiel psychosomatischen) Rehabilitation sind erfüllt, wenn u. a.

- in den letzten zwei Jahren für sechs Kalendermonate Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit eingezahlt wurden oder
- die Wartezeit von 15 Jahren (180 Beitragsmonate) erfüllt ist oder
- eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bezogen wird oder
- eine große Witwenrente/Witwerrente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bezogen wird oder
- innerhalb von zwei Jahren nach einer Ausbildung bis zum Antrag eine versicherte Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit ausgeübt wurde oder nach einer solchen Beschäftigung oder Tätigkeit bis zum Antrag Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit bestand oder
- verminderte Erwerbsfähigkeit besteht bzw. dieser Zustand einzutreten droht und die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren erfüllt ist.

Darüber hinaus darf kein Ausschlussgrund vorliegen. Zu den Ausschlussgründen zählen u. a. der Bezug einer Altersrente (Ausnahme: Altersrentner*innen können eine onkologische Rehabilitation beantragen), Arbeitsunfall, Berufskrankheit oder Verbeamtung. In diesen Fällen kann bei anderen Leistungs- bzw. Rehabilitationsträgern (dazu zählen u. a. die gesetzliche Krankenversicherung, gesetzliche Unfallversicherung sowie Beihilfeversicherung) eine medizinische Rehabilitationsleistung beantragt werden. In der Regel kann alle vier Jahre (§12 Abs. 2 SGB VI) eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation bewilligt werden. Diese sog. Wartezeit gilt jedoch nicht bei medizinischer Notwendigkeit, d. h., dass auch vor Ablauf der 4-Jahresfrist bei medizinischer Notwendigkeit ein Antrag gestellt und bewilligt werden kann.

Persönliche Voraussetzungen

Im Mittelpunkt steht die Frage, ob aus gesundheitlichen Gründen ein Bedarf an Rehabilitation besteht und ob durch geeignete Maßnahmen die Erwerbsfähigkeit gesichert oder verbessert werden kann. Die persönlichen Voraussetzungen beinhalten Rehabilitationsbedarf, Rehabilitationsmotivation und -fähigkeit sowie eine positive Rehabilitationsprognose.

Rehabilitationsbedarf liegt vor, wenn die Erwerbsfähigkeit einer versicherten Person aufgrund von Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung erheblich gefährdet oder bereits gemindert ist. Es muss also eine wesentliche Beeinträchtigung der Fähigkeit bestehen, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen oder diese in absehbarer Zeit auszuüben. Der Rehabilitationsbedarf ergibt sich aus der konkreten gesundheitlichen Situation und ihren Auswirkungen auf das Erwerbsleben.

Eine positive Rehabilitationsmotivation bezieht sich auf die Bereitschaft einer versicherten Person, aktiv am Erreichen der individuell vereinbarten Rehabilitationsziele mitzuwirken. Rehabilitationsfähigkeit besteht, wenn die körperlichen und psychischen Voraussetzungen eine adäquate Teilnahme an der Rehabilitation ermöglichen.

Darüber hinaus ist eine positive Rehabilitationsprognose erforderlich. Das bedeutet, dass aufgrund sozialmedizinischer Einschätzung zu erwarten ist, dass durch Leistungen zur Teilhabe die Erwerbsfähigkeit erhalten, wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann. Ausreichend ist auch, wenn eine drohende Verschlechterung verhindert oder der Eintritt einer Erwerbsminderungsrente vermieden beziehungsweise hinausgeschoben werden kann.

Der Befundbericht für die Antragsstellung

Der Befundbericht dient der sozialmedizinischen Beurteilung eines Rehabilitationsantrags durch die Rentenversicherung. Im Zentrum steht die nachvollziehbare medizinische Begründung des Rehabilitationsbedarfs unter besonderer Berücksichtigung der funktionellen Einschränkungen und der langfristigen Teilhabebeeinträchtigungen. Entscheidend ist eine präzise, funktionell orientierte und nachvollziehbare Darstellung der medizinischen Gesamtsituation. Eine kompakte Übersicht mit Ausfüllhinweisen soll eine strukturierte und vollständige Bearbeitung des Befundberichtes erleichtern. Der Befundbericht kann sowohl durch Ärzt*innen als auch psychologische Psychotherapeut*innen ausgefüllt werden. Für die sozialmedizinische Bewertung im Kontext von psychosomatischen/psychiatrischen Störungen sind Befundberichte der behandelnden Ärzt*innen sowie psychologischen Psychotherapeutinnen gleichermaßen von Bedeutung.

Diagnosen (priorisiert)
Zu Beginn des Befundberichts sind die Diagnosen in einer nachvollziehbaren Rangfolge anzugeben. An erster Stelle steht zwingend die antragsbegründende Hauptdiagnose, also jene Erkrankung, aus der sich der Rehabilitationsbedarf primär ableitet. Weitere Diagnosen folgen in absteigender Bedeutung.

Nicht nur die formale Benennung der Diagnose (z. B. ICD-Code) ist entscheidend, sondern vor allem die Beschreibung der damit verbundenen Funktionseinschränkungen. Es muss deutlich werden, welche körperlichen, psychischen oder kognitiven Leistungen krankheitsbedingt eingeschränkt sind und was die Patientin oder der Patient konkret nicht mehr oder nur noch eingeschränkt leisten kann (z. B. mittelgradige depressive Episode mit deutlichen Konzentrations- und Antriebsstörungen ICD F32.1).

Antragsrelevante Anamnese und Funktionseinschränkungen
Die Anamnese soll die medizinische Begründung des Reha-Bedarfs nachvollziehbar herleiten. Hierzu gehören Beginn, Verlauf und aktuelle Ausprägung der Beschwerden ebenso wie Chronifizierungsprozesse oder Therapieresistenzen.

Die Beschwerden sind detailliert darzustellen, da die Beurteilung durch ärztliche Kolleginnen und Kollegen erfolgt, die den Patienten nicht persönlich kennen. Neben der subjektiven Symptomatik sind ein ausführlicher psychopathologischer Befund sowie insbesondere die daraus resultierenden funktionellen Einschränkungen zu schildern – etwa reduzierte Belastbarkeit, verminderte Konzentrationsfähigkeit, eingeschränkte Mobilität oder verminderte psychische Stabilität.

Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe (ICF-orientiert)
Die Einschätzung orientiert sich am bio-psycho-sozialen Modell der WHO. Es geht nicht nur um Diagnosen, sondern um deren Auswirkungen auf zentrale Lebensbereiche. Die Einschränkungen sollen langfristig bestehen (mindestens sechs Monate).

Zu beurteilen sind insbesondere Beeinträchtigungen in folgenden Bereichen:

- Selbstversorgung
- Mobilität
- Haushaltsführung
- soziale Kontakte
- berufliche Leistungsfähigkeit
- allgemeine Belastbarkeit
- gesellschaftliche Teilhabe

Ziel ist es, das tatsächliche Funktionsniveau im Alltag und Berufsleben darzustellen.

Bisherige und aktuelle Therapien
Hierbei ist vollständig darzustellen, welche Therapien bezogen auf die antragsbegründenden Diagnosen durchgeführt wurden. Anzugeben sind Art, Dauer und Umfang der Behandlungen, etwa Anzahl der Physio- oder Psychotherapiesitzungen.

Auch die aktuelle Medikation ist exakt zu dokumentieren, einschließlich Wirkstoff, Dosierung und Einnahmefrequenz. Zudem sollte der bisherige Therapieverlauf bewertet werden. Diese Angaben ermöglichen der Rentenversicherung zu prüfen, ob ambulante Maßnahmen ausgeschöpft sind oder ob noch vorrangig ambulante Behandlungsoptionen bestehen.

Untersuchungsbefunde und medizinisch-technische Befunde
In diesem Abschnitt sind alle relevanten objektiven Befunde anzugeben, die sich auf die antragsbegründende(n) Diagnose(n) beziehen. Je nach Erkrankung können dies beispielsweise ein orientierender psychischer Befund, ein orthopädischer oder neurologischer Status, kardiologische Befunde, Laborwerte oder bildgebende Diagnostik sein.

Auch Angaben zu Größe und Gewicht sind erforderlich, da diese unter anderem für die Auswahl einer geeigneten Rehabilitationsklinik relevant sind.

Beschreibung der Lebensumstände (Kontextfaktoren)
Für die sozialmedizinische Gesamteinschätzung sind die individuellen Lebensumstände bedeutsam. Hierzu zählen familiäre Belastungen, Pflegeverpflichtungen, Alleinerziehenden Status, Todesfälle im engeren Umfeld, finanzielle Probleme oder Konflikte am Arbeitsplatz.

Diese Kontextfaktoren können den Krankheitsverlauf beeinflussen, zur Chronifizierung beitragen oder den Reha-Erfolg mitbestimmen und sollten daher sachlich dargestellt werden.

Risikofaktoren
Es ist anzugeben, ob eine Gefährdung durch Alkohol oder andere Suchtmittel besteht. Diese Information ist relevant, da gegebenenfalls eine Entwöhnungsmaßnahme vorrangig geprüft werden muss.

Arbeitsunfähigkeit
Der aktuelle Status der Arbeitsunfähigkeit ist zu dokumentieren, einschließlich Beginn und ggf. fortlaufender Dauer. Falls die Krankschreibung durch eine andere Ärztin oder einen anderen Arzt erfolgt, sollte dies ebenfalls vermerkt werden, da der Rentenversicherung nicht immer vollständige aktuelle Meldedaten vorliegen.

Belastbarkeit für eine Rehabilitation
Eine Rehabilitationsleistung setzt eine ausreichende körperliche und psychische Stabilität voraus. Die Patientin oder der Patient muss grundsätzlich in der Lage sein, vier bis sechs Stunden am Tag an Bewegungstherapien, Schulungen und Gruppentherapien teilzunehmen.

Bei schweren akuten Krankheitszuständen – beispielsweise einer schweren Depression mit ausgeprägter Antriebsminderung oder Suizidalität – besteht in der Regel keine Reha-Fähigkeit. In solchen Fällen ist eine stationäre Krankenhausbehandlung angezeigt. Die Anreise zur Rehabilitationseinrichtung und die Rückreise sollte in der Regel eigenständig mit öffentlichen Verkehrsmitteln erfolgen können.

Bemerkungen und Rückrufmöglichkeit
Im Abschnitt „Bemerkungen“ können zusätzliche relevante Informationen ergänzt werden, etwa Hinweise auf weitere behandelnde Ärztinnen und Ärzte oder medizinisch begründete Wünsche hinsichtlich der Klinikauswahl.

Falls eine Rücksprache mit dem Sozialmedizinischen Dienst gewünscht wird, sollten Telefonnummer, bevorzugte Erreichbarkeitszeiten und der Anlass für den Rückruf angegeben werden.

Antworten rund um die Antragsstellung

Wann kann ein Antrag gestellt werden?

Bei chronischen körperlichen (z. B. Diabetes mellitus) oder psychischen Erkrankungen (z. B. Angsterkrankung), nach akuten Erkrankungen (z. B. nach Hirninfarkt), nach Operationen (z. B. nach Darmresektion) oder nach Unfallverletzungen (z. B. traumatische Wirbelsäulenschädigung) mit jeweils anhaltender Funktions- und Teilhabestörung, die die Ausübung der beruflichen Tätigkeit zu beeinträchtigen drohen oder bereits beeinträchtigen, sollte die Einleitung einer medizinischen Rehabilitation initiiert werden. Die Rentenversicherung spricht in dieser Situation von einer bedrohten oder gar bereits geminderten Erwerbsfähigkeit.

Wie wird der Antrag gestellt?

Es gibt zwei Wege für die Antragsstellung: online als „eAntrag“ oder alternativ postalisch. Für eine möglichst schnelle Bearbeitung des Antrags ist es wichtig, dass alle erforderlichen Unterlagen vollständig eingereicht werden. Fehlende Nachweise werden von der Deutschen Rentenversicherung schriftlich nachgefordert. Eine abschließende Entscheidung ist in der Regel erst möglich, wenn sämtliche Unterlagen vollständig vorliegen. Bei unvollständigem Antrag kann sich die Bearbeitungszeit entsprechend verlängern. Weitere Informationen zu den beiden Antragswegen finden Sie im Kapitel „Der Weg zur Rehabilitation“.

Wo wird der Antrag gestellt?

Der Antrag wird beim zuständigen Rentenversicherungsträger gestellt. Auf der jeweiligen jährlichen Renteninformation stehen die Versicherungsnummer und die zuständige Rentenversicherung.

Was wird für den Antrag benötigt?

Um eine medizinische Rehabilitation zu beantragen, werden die Versicherungsnummer und folgende Formulare benötigt:

- ✓ Antrag auf Leistungen zur Teilhabe von Versicherten – Rehabilitationsantrag (Formular G0100-00)
- ✓ Anlage zum Antrag auf medizinische Rehabilitation (Formular G0110-00)
- ✓ Selbsteinschätzungsbogen (G 0115-00)
- ✓ AUD-Beleg – Anlage zum Antrag auf medizinische Rehabilitation (Formular G0112-00)
- ✓ Befundbericht für die Deutsche Rentenversicherung (Formular S0051-00)
- ✓ Honorarabrechnung für die Deutsche Rentenversicherung (Formular S0050-00)

Dabei sind die Formulare G0100-00 (Antrag), G0110-00 (Anlage zum Antrag), G0115-00 (Selbsteinschätzungsbogen) von der versicherten Person selbst auszufüllen, die Formulare S0050-00 (Honorarabrechnung) sowie S0051-00 (Befundbericht) von der behandelnden Ärztin/ vom behandelnden Arzt (bevorzugt Fachärzt*in) bzw. von der behandelnden Psychotherapeutin/ vom behandelnden Psychotherapeuten. Im Befundbericht müssen die rehabilitationsrelevanten Diagnosen, bisherige Behandlungen, der Reha-Bedarf mit Angabe der vorliegenden Funktions- und Teilhabestörungen (damit sind die Auswirkungen der gesundheitlichen und persönlichen Probleme auf den Alltag, die Familie und die berufliche Tätigkeit gemeint), die Reha-Fähigkeit, das Reha-Ziel sowie die Reha-Prognose angegeben werden. Vorliegende wichtige Befunde und Arztbriefe sollten in Kopie zusätzlich als Anlage beigefügt werden. Das Formular G0112-00 (AUD-Beleg) füllt die Krankenversicherung aus.

Wo stehen die Formulare für den Reha-Antrag zur Verfügung?

Im Internet stehen diese Formulare unter www.deutsche-rentenversicherung.de mit den jeweiligen Ausfüllanleitungen zur Verfügung. Wenn in das Suchfeld „Formularpaket Rehabilitation“ eingegeben wird, erscheint in den Suchergebnissen das Formularpaket Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Handelt es sich um einen Antrag für ein eigenes Kind bis zum 27. Geburtstag, ist im Suchfeld der Begriff „Formularpaket Kinder“ einzugeben, worüber das Formularpaket zur Kinder- und Jugendrehabilitation aufgerufen wird. Die Formulare bzw. Formularpakete sind auch in allen Auskunfts- und Beratungsstellen der Deutschen Rentenversicherung erhältlich. Sie können alternativ auch telefonisch über das bundesweite kostenfreie Servicetelefon unter 0800 1000 4800 (Montag bis Donnerstag 7.30–19.30 Uhr, Freitag 7.30–15.30 Uhr) oder per E-Mail mit diesem Anliegen an info@deutsche-rentenversicherung.de bezogen werden.

Einrichtungsauswahl

Versicherte können seit dem 01.07.2023 auf Grund des Gesetzes Digitale Rentenübersicht § 15 Abs. 6a SGB VI n. F. ihrem Rentenversicherungsträger auf Seite 2 des Antrags auf Leistungen zur Teilhabe (G0100-00) Rehabilitationseinrichtungen vorschlagen. Zum einen können es explizite Wünsche sein, d. h. es werden eine oder mehrere Wunscheinrichtungen für die medizinische Rehabilitation angegeben, die im Einrichtungsauswahlverfahren auf ihre sozialmedizinische Eignung geprüft werden, oder implizite Wünsche, bei denen Merkmale zur Lage der Einrichtung (z. B. an der See, in den Bergen, etc.) oder andere Anforderungen an die Einrichtungen (z. B. Mitaufnahme eines gesunden Begleitkindes, Mitnahme eines zu pflegenden Angehörigen, Haustier-Mitnahme, etc.) angegeben werden, die bei der Einrichtungsauswahl ebenfalls mit berücksichtigt werden. Um die Suche für die Betroffenen zu erleichtern, gibt es das Webportal „Meine Rehabilitation – Ihr Wegweiser zu einer qualitätsgesicherten Reha-Einrichtung“, im Internet abrufbar unter www.meine-rehabilitation.de. Werden keine expliziten Wünsche geäußert, schlägt der Rentenversicherungsträger bis zu vier Einrichtungen vor, von denen eine ausgewählt werden kann.

Kinderbetreuung

Bei Kindern unter 12 Jahren oder bei hilfebedürftigen Kindern kann unter bestimmten Voraussetzungen eine Mitnahme des Kindes in eine dafür geeignete Rehabilitationseinrichtung oder eine Betreuung des Kindes im häuslichen Umfeld im Rahmen der „Haushaltshilfe“ erfolgen. Die dafür anfallenden Kosten werden von der Deutschen Rentenversicherung übernommen. Liegen die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme nicht vor, kann jedoch eine Bezuschussung der unvermeidbaren Kosten erfolgen. Die Übernahme der Kosten muss rechtzeitig vor Beginn der Rehabilitation, am besten im Rahmen des Reha-Antrags, beantragt werden. Die dafür erforderlichen Formulare können im Internet unter www.deutsche-rentenversicherung.de über das Suchfeld mit der Eingabe „Formularpaket Haushaltshilfe“ abgerufen werden.

Mitnahme eines/einer zu pflegenden Angehörigen

Die Mitnahme eines/einer zu pflegenden Angehörigen kann erfolgen, wenn dafür eine geeignete Rehabilitationseinrichtung zur Verfügung steht. Die Kosten für die Mitaufnahme trägt die zuständige Pflegekasse, mit der im Vorfeld eigenständig die Kostenübernahme abgestimmt werden muss.

Kosten und finanzielle Absicherung während der Rehabilitation

Der Rentenversicherungsträger übernimmt die Kosten für die Reise, Unterkunft und Verpflegung sowie die medizinische Rehabilitation (ärztliche Betreuung, therapeutische Leistungen, medizinische Anwendungen). Erfolgt die Unterbringung stationär in einer Reha-Klinik, muss eine anteilige Kostenübernahme durch den*die Versicherte*n in Höhe von höchstens 10 Euro pro Tag für längstens 42 Tage im Kalenderjahr erfolgen. Dabei werden bereits getätigte Zuzahlungen, auch die an die Krankenkasse, für bereits in Anspruch genommene Reha-Leistungen des jeweiligen Kalenderjahres berücksichtigt. Abhängig von der Einkommenssituation kann eine (ggf. auch teilweise) Befreiung durch den Rentenversicherungsträger erfolgen. Während der Rehabilitation haben Arbeitnehmer*innen Anspruch auf die Fortzahlung ihres Gehalts, der Zeitraum hierfür beträgt in der Regel sechs Wochen. Besteht jedoch aufgrund der Erkrankung kein oder nur teilweise Anspruch auf Lohnfortzahlung, kann unter bestimmten Voraussetzungen von der Rentenversicherung sog. Übergangsgeld bezogen werden.

Der Weg zur Rehabilitation

Die Antragstellung kann sowohl digital als eAntrag als auch alternativ auf dem postalischen Weg erfolgen. Im Zuge der geplanten Weiterentwicklung hin zu einem medienbruchfreien digitalen Antragsverfahren gewinnt der elektronische Antragsweg zunehmend mehr an Bedeutung. Dieser ermöglicht eine schnellere und effizientere Übermittlung der Antragsdaten sowie eine vereinfachte Bearbeitung. Selbstverständlich besteht weiterhin die Möglichkeit, Anträge in Papierform auszufüllen und postalisch einzureichen. Beide Wege stehen den Antragstellenden gleichermaßen zur Verfügung.

Elektronische Antragsstellung (eAntrag)

Das elektronische Antragsverfahren (eAntrag) der Deutschen Rentenversicherung ermöglicht es, Anträge online auszufüllen und direkt digital einzureichen. Die Nutzung des e-Antrags ist kostenfrei und steht im Internet rund um die Uhr zur Verfügung. Die Anwendung führt Schritt für Schritt durch den Antrag und unterstützt dabei, fehlende Angaben zu vermeiden. Dokumente und Nachweise können elektronisch hochgeladen werden. Der Antrag kann zwischengespeichert und zu einem späteren Zeitpunkt weiterbearbeitet werden. Die digitale Antragstellung ist sowohl über das Kundenportal der Deutschen Rentenversicherung (Mein Kundenportal | Deutsche Rentenversicherung) als auch über die Webseite (eAntrag – Startseite) möglich.

Postalische Antragsstellung

Die vollständigen Antragsunterlagen werden per Post an den zuständigen Rentenversicherungsträger geschickt. Die jeweiligen Adressen sind im Kapitel „Kontaktdaten der Rentenversicherungsträger“ aufgeführt. Fehlläufer werden innerhalb der Fristen an den zuständigen Kostenträger automatisch weitergeleitet.

Prüfung der eingereichten Unterlagen

Wenn beim zuständigen Rentenversicherungsträger der Antrag – idealerweise mit den vollständigen Unterlagen – vorliegt, wird der Antrag im ersten Schritt auf das Vorliegen der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen geprüft. Sind diese nicht erfüllt, wird der Antrag an den vermeintlich zuständigen Kostenträger weitergeleitet. Sind diese jedoch erfüllt, wird der Antrag bei Vorliegen der vollständigen Unterlagen vom sozialmedizinischen Dienst des Rentenversicherungsträgers dahingehend beurteilt, ob die persönlichen Voraussetzungen (§10 SGB VI – Reha-Bedarf, Reha-Prognose, Reha-Fähigkeit) ebenfalls erfüllt sind und die Rehabilitation medizinisch notwendig ist. Die Information über die Entscheidung erfolgt schriftlich in Form eines Bescheides des zuständigen Rentenversicherungsträgers.

Abschluss des Antragsverfahrens

Ist der Antrag abschließend bearbeitet und wurde eine Entscheidung getroffen, erhalten die Versicherten hierüber eine schriftliche Mitteilung. Diese schriftliche Entscheidung wird im Verwaltungsverfahren auch als Bescheid bezeichnet.

Wenn die/der Versicherte den Bewilligungsbescheid erhält, muss sie/er sowohl den Arbeitgeber als auch die behandelnde/ den behandelnden Ärztin/Arzt informieren. Die zugewiesene Rehabilitationseinrichtung wird von der Rentenversicherung ebenfalls über diese Entscheidung informiert. Die Rehabilitationseinrichtung nimmt zeitnah Kontakt mit dem/der Patient*in auf, um den Aufnahmetermin und andere wichtige Informationen bekannt zu geben.

Kommt es zu einer Ablehnung des Antrages, besteht die Möglichkeit innerhalb eines Monats gegen diese mit einer entsprechenden Begründung Widerspruch einzulegen. Dabei kann die behandelnde Ärztin/Psychotherapeutin bzw. der behandelnde Arzt/Psychotherapeut mit einer Stellungnahme, die die medizinische Notwendigkeit der beantragten Rehabilitation begründet, unterstützen.

Grafische Übersicht des Antragsverfahrens

Die Abbildung fasst die erforderlichen Einzelschritte für die Beantragung einer medizinischen Rehabilitation zusammen. Auch die für die Antragsstellung notwendigen Formulare sind hier nochmals aufgeführt.

Reha-Antrag stellen

Wer stellt den Antrag?	• Patient*in/ die/der Versicherte
Was wird benötigt?	• Versichertennummer • Reha-Antrag G0100-00 • Anlage G0110-00 • Selbsteinschätzungsbogen G0115-00 • Befundbericht S0051-00 • Honorarabrechnung S0050-00
Wer bearbeitet was?	• Patient*in/ die/der Versicherte G0100-00, G0110-00, G0115-00 • Ärztin/Arzt S0051-00, S0050-00 • Krankenversicherung G0112-00
Wohin?	eAntrag (automatische Übermittlung an zuständige Rentenversicherung) doer alternativ postalisch an zuständige Rentenversicherung

Prüfung der vollständigen Unterlagen durch den Rentenversicherungsträger

Bewilligung
Die/der Versicherte informiert Arbeitgeber*in und behandelnden Ärztin/Arzt informieren.

Ablehnung
Die/der Versicherte kann innerhalb der gesetzlichen Frist Widerspruch mit Begründung einlegen

Nach der Psychosomatischen Rehabilitation

Nachsorgeleistungen (Psy-RENA)

An eine abgeschlossene Leistung zur psychosomatischen Rehabilitation kann sich Reha-Nachsorge anschließen, die das übergeordnete Reha-Ziel der Rentenversicherung, den Erhalt oder die Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben, grundsätzlich erreicht hat. Einzelne Teilziele der medizinischen Rehabilitation können aber möglicherweise noch optimiert werden, um dieses übergeordnete Ziel zu sichern bzw. die nachhaltige Erreichung des Ziels nicht zu gefährden. Dabei handelt es sich insbesondere um Behandlungselemente mit folgender Ausrichtung:

- Verbesserung noch bestehender funktionaler Einschränkungen,
- Stabilisierung/Verstetigung von Verhaltens- und Lebensstiländerungen,
- nachhaltiger Transfer des Gelernten in Alltag und Beruf,
- strukturierte Unterstützung bei spezifischen Problemen am Arbeitsplatz oder bei der beruflichen Wiedereingliederung,
- Förderung von Selbstmanagementkompetenzen.

Die Entscheidung über die Notwendigkeit von Nachsorgeleistungen kann in der Regel nur aus dem Verlauf der medizinischen Rehabilitation getroffen werden. Voraussetzung für die Durchführung der Reha-Nachsorge ist deshalb, dass die Rehabilitationseinrichtung den Nachsorgebedarf in Art und Umfang im Einzelfall feststellt, mit den Rehabilitand(inn)en gemeinsam einen konkreten Nachsorgeplan erarbeitet und geeignete Nachsorgeleistungen empfiehlt und einleitet.

Nach einer psychosomatischen Rehabilitation kommt Psy-RENA® als unimodales Reha-Nachsorgeangebot in Frage. Im Einzelfall kann Psy-RENA® auch bei psychischer Komorbidität, begleitend zu einer somatischen Grunderkrankung, erbracht werden. Psy-RENA® hat das Ziel, die Konfliktlösefähigkeiten und die Teilhabe am Arbeitsleben und an der Gesellschaft zu fördern. Im Zentrum stehen Strategien zur Bewältigung von

psychosozialen und beruflichen Konflikten. Es werden Themen wie Probleme am Arbeitsplatz und in der Arbeitswelt, Angst, Depression, funktionelle Beschwerden, Förderung der sozialen Kompetenzen, Reflektion der Selbstwahrnehmung sowie Beziehungsprobleme bearbeitet. Die Leistungserbringung bei Psy-RENA® erfolgt grundsätzlich in der Gruppe. Psy-RENA® umfasst 25 wöchentliche Gruppengespräche à 90 Minuten und zwei Einzelgespräche (Aufnahme- und Abschlussgespräch à 50 Minuten). Die psychosomatische Nachsorge ersetzt keine Psychotherapie bei einer niedergelassenen Psychotherapeutin/ einem niedergelassenen Psychotherapeuten.

Stufenweise Wiedereingliederung

Die stufenweise Wiedereingliederung dient dazu, teilarbeitsfähige Versicherte nach einer Krankheit schonend an ihre bisherige Arbeitsbelastung heranzuführen. Die Deutsche Rentenversicherung erbringt unmittelbar nach einer medizinischen Rehabilitation eine stufenweise Wiedereingliederung, wenn das erforderlich ist und die Voraussetzungen dafür vorliegen. In diesem Fall wird das Übergangsgeld bis zum Ende der Wiedereingliederung weitergezahlt.

Fallmanagement

Das Fallmanagement der Deutschen Rentenversicherung richtet sich an Versicherte mit komplexen Problemlagen, bei denen eine intensive persönliche Begleitung und Koordination von Maßnahmen erforderlich ist, um eine nachhaltige berufliche Wiedereingliederung zu erreichen. Das Fallmanagement der Deutschen Rentenversicherung ist eine am individuellen Bedarf ausgerichtete Vorgehensweise und verfolgt primär das Ziel der Erhaltung und Wiedererlangung der Teilhabe am Arbeitsleben. Kernelemente sind eine personenorientierte Beratung, Planung, Begleitung und Koordination des Rehabilitationsprozesses. Fallmanagement greift die besonderen beruflichen Problemlagen auf und umfasst unterschiedliche Intensitätsstufen. Dabei ist die schnittstellenübergreifende Vernetzung benötigter Leistungsangebote von zentraler Bedeutung. Bei der Bedarfsermittlung wird das bio-psycho-soziale Modell der ICF zugrunde gelegt. Die Ausgestaltung des Fallmanagements im Einzelfall ist in entscheidendem Maße abhängig vom fördernden und hemmenden Einfluss der person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren. Die selbstbestimmte Teilhabe des Versicherten bleibt wesentliches Ziel des Fallmanagements. Das Management im Einzelfall bedarf einer adäquaten Einbindung in die Organisation und in das regionale Versorgungssystem. Die Bereitstellung der erforderlichen Ressourcen und die Vernetzung mit anderen Akteuren stellen dabei Organisationsaufgaben der Rentenversicherungsträger dar.

Kontaktdaten der Rentenversicherungsträger

Deutsche Rentenversicherung Bund
Ruhrstraße 2, 10709 Berlin
Telefon: 030 865-0, Telefax: 030 865-27240
Kostenloses Servicetelefon: 0800 1000 480 70

Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg
Standort Karlsruhe:
Gartenstraße 105, 76135 Karlsruhe
Telefon: 0721 8250
Standort Stuttgart:
Albert- Stifter-Straße 105, 70437 Stuttgart
Telefon: 0711 848-0
Kostenloses Servicetelefon: 0800 1000 480 24

Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd
Standort Landshut:
Am Alten Viehmarkt 2, 84028 Landshut
Telefon: 0871 81-0, Telefax: 0871 81-2140
Standort München:
Thomas-Dehler-Str. 3, 81737 München
Telefon: 089 6781-0, Telefax: 089 6781-2345
Servicetelefon: 0800 1000 480 15

Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg
Standort Frankfurt (Oder):
Bertha-von-Suttner-Straße 1, 15236 Frankfurt (Oder)
Telefon: 0335 551-0, Telefax: 0335 551-1295
Standort Berlin:
Knobelsdorffstraße 92, 14059 Berlin
Telefon: 030 3002-0, Telefax: 030 3002-1009
Kostenloses Servicetelefon: 0800 1000 480 25

Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover
Standort Laatzen:
Lange Weihe 6, 30880 Laatzen
Telefon: 0511 829-0 Telefax: 0511 829-2635
Standort Braunschweig:
Kurt-Schumacher-Straße 20, 38102 Braunschweig
Telefon: 0531 7006-441, Telefax: 0511 829-2635
Kostenloses Servicetelefon: 0800 1000 480 10

Deutsche Rentenversicherung Hessen
Städelstraße 28, 60596 Frankfurt am Main
Telefon: 069 6052-0, Telefax: 069 6052-1600
Kostenloses Servicetelefon: 0800 1000 480 12

Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland
Standort Leipzig:
Georg-Schumann-Straße 146, 04159 Leipzig
Telefon: 0341 550-55, Telefax: 0341 550-5900
Standort Erfurt:
Kranichfelder Straße 3, 99097 Erfurt
Telefon: 0341 55055 Telefax: 0361 482-62299
Standort Halle:
Paracelsusstraße 21, 06114 Halle
Telefon: 0341-55055, Telefax: 0345 202-3314
Kostenloses Servicetelefon: 0800 1000 480 90

Deutsche Rentenversicherung Nord
Standort Lübeck:
Ziegelstraße 150, 23556 Lübeck
Telefon: 0451 485-0
Standort Neubrandenburg:
Platanenstraße 43, 17033 Neubrandenburg
Telefon: 0395 370-0
Standort Hamburg:
Friedrich-Ebert-Damm 245, 22159 Hamburg
Telefon: 040 5300-0
Servicetelefon: 0800 1000 480 22

Deutsche Rentenversicherung Nordbayern
Standort Bayreuth:
Wittelsbacherring 11, 95444 Bayreuth
Telefon: 0921 607-0, Telefax: 0921 607-989006
Standort Würzburg:
Friedenstraße 12/14, 97072 Würzburg
Telefon: 0931 802-0 Telefax: 0931 802-980000
Kostenloses Servicetelefon: 0800 1000 480 18

Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen
Hauptverwaltung Oldenburg:
Huntestraße 11, 26135 Oldenburg
Telefon: 0441 927-0, Telefax: 0441 927-2563
Auskunfts- und Beratungsstelle Bremen:
Schwachhauser Heerstraße 32-34, 28209 Bremen
Telefon: 0421 3407-0 Telefax: 0421 3407-257
Kostenloses Servicetelefon: 0800 1000 480 28

Deutsche Rentenversicherung Rheinland
Königsallee 71, 40215 Düsseldorf
Telefon: 0211 937-0, Telefax: 0211 937-3096
Kostenloses Servicetelefon: 0800 1000 480 13

Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz
Eichendorffstraße 4-6, 67346 Speyer
Telefon: 06232 17-0, Telefax: 06232 17-2589
Kostenloses Servicetelefon: 0800 1000 480 16

Deutsche Rentenversicherung Saarland
Martin-Luther-Straße 2-4, 66111 Saarbrücken
Telefon: 0681 3093-0, Telefax: 0681 3093-199
Kostenloses Servicetelefon: 0800 1000 480 17

Deutsche Rentenversicherung Schwaben
Dieselstraße 9, 86154 Augsburg
Telefon: 0821 500-0, Telefax: 0821 500-1000
Kostenloses Servicetelefon: 0800 1000 480 21

Deutsche Rentenversicherung Westfalen
Gartenstraße 194, 48147 Münster
Telefon: 0251 238-0, Telefax: 0251 238-2960
Kostenloses Servicetelefon: 0800 1000 480 11

Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
Pieperstraße 14-28, 44789 Bochum
Telefon: 0234 304-0, Telefax: 0234 304-66050
Kostenloses Servicetelefon: 0800 1000 480 80

Informationen für Versicherte

Auf der Startseite können in der Menüleiste im Kapitel „Reha“ weitere detaillierte Informationen zur medizinischen Rehabilitation abgerufen werden:

Startseite | Deutsche Rentenversicherung

Wichtigste online abrufbare Informationsbroschüren

Homepage | Medizinische Rehabilitation: Wie sie Ihnen hilft | Deutsche Rentenversicherung

Homepage | Mit Rehabilitation wieder fit für den Job | Deutsche Rentenversicherung

Homepage | Mit Rehabilitation wieder fit für den Job | Deutsche Rentenversicherung

Impressum

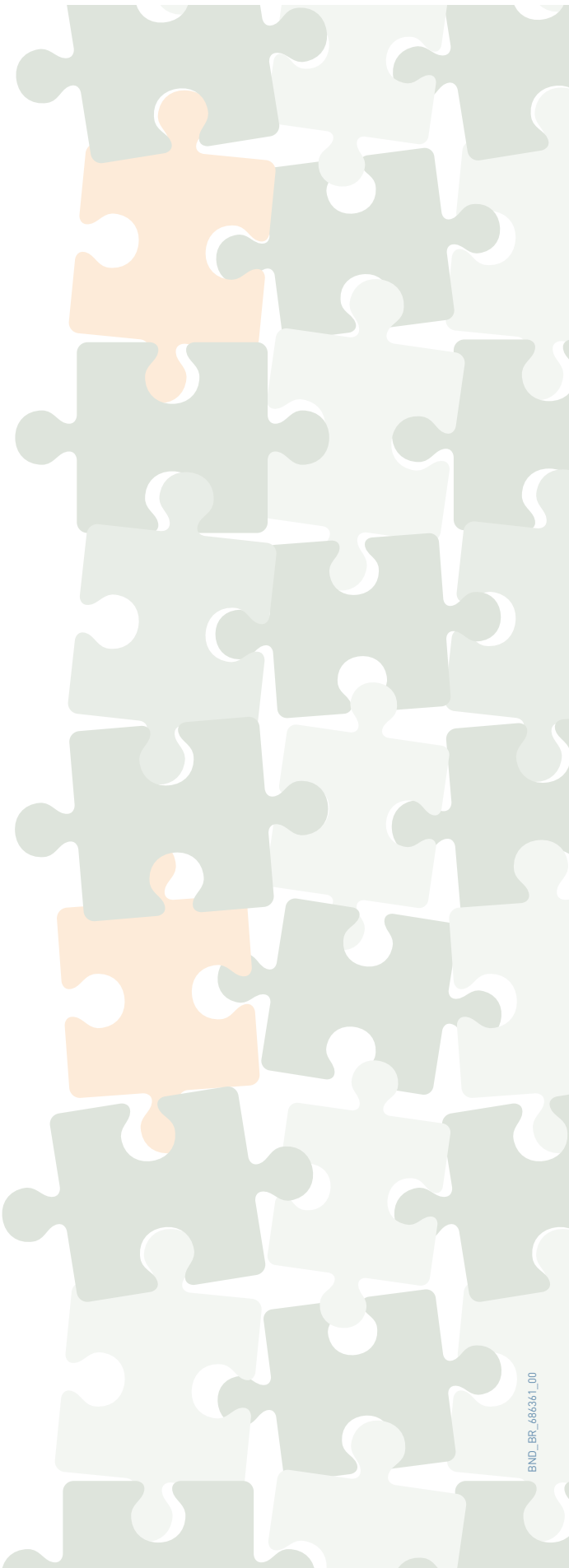
Herausgeber:
Deutsche Rentenversicherung Bund
10709 Berlin, Ruhrstraße 2
Postanschrift: 10704 Berlin
Telefon: 030 865–0
Telefax: 030 865–27240

www.deutsche-rentenversicherung-bund.de

Redaktion:
Dr. med. Susanne Weinbrenner, Abt. GB 0400 –
Prävention, Rehabilitation und Sozialmedizin

Für die trägerübergreifende Unterarbeitsgruppe Psychosomatische Rehabilitation (UAG Psy) der Arbeitsgruppe Sozialmedizin (AGMED) der DRV:
Dr. med. Soha Asgari (DRV Bund), Dr. med. Ingrid Borski (DRV Bayern Süd), Dr. med. Regine Delbrück (DRV Baden-Württemberg), Katrin Fürnau (DRV Mitteldeutschland), Dr. med. Angela Harksen (DRV Nord), PD Dr. med. Aike Hessel (DRV Oldenburg-Bremen), Dr. med. Maria Zeising (DRV Nordbayern)

1. Auflage (08/2026)



Deutsche
Rentenversicherung

BND_BR_686361_00