

Prävention, Rehabilitation und Sozialmedizin

RV Fit

**Rahmenkonzept für Leistungen zur
Prävention**

Stand: Dezember 2020

Inhalt

1. Einleitung.....	3
2. Ziele der Prävention.....	4
3. Konzeptionelles Bezugssystem	5
4. Zugang und Einleitung der Prävention	6
4.1. Versicherungsrechtliche Voraussetzungen.....	6
4.2. Persönliche Voraussetzungen	6
4.3. Einleitung von Präventionsleistungen.....	7
4.3.1. Antragstellung.....	7
4.3.2. Einleitung durch den Firmenservice der DRV.....	7
5. Durchführung der Prävention	8
5.1. Inhalte und Ablauf der Regelpräventionsleistung.....	8
5.2. Ausgestaltung der Präventionsphasen	8
5.3. Kompakte Durchführung der Leistung	12
5.4. Zuzahlung	12
5.5. Reise- und Fahrkosten	12
6. Leistungsanbieter	13
7. Kooperation	14
7.1. Zusammenarbeit der Rentenversicherungsträger.....	14
7.2. Zusammenarbeit mit Betrieben.....	14
7.3. Schnittstellen mit anderen Sozialversicherungsträgern und Organisationen.....	14
8. Dokumentation	15
9. Qualitätssicherung	15
9.1 Ausrichtung und Ziele der Qualitätssicherung	15
9.2 Instrumente und Verfahren der Qualitätssicherung für Präventionsleistungen.....	15

1. Einleitung

Präventive Leistungen durch die Deutsche Rentenversicherung basieren auf dem Wissen, dass frühzeitige medizinische und multiprofessionelle Interventionen bei verhaltens- bzw. lebensstilbedingten Gesundheitsbeeinträchtigungen positive Auswirkungen auf die Gesundheit und damit auch auf die Beschäftigungsfähigkeit der*des Einzelnen haben. Dies ist insbesondere unter Berücksichtigung der Verlängerung der Lebensarbeitszeit der Beschäftigten und der Zunahme chronischer Krankheiten von großer Bedeutung. Ziel einer frühzeitig einsetzenden Präventionsleistung ist es, mit einer geeigneten Intervention konkretem Reha-Bedarf vorzubeugen und Beschäftigungsfähigkeit dauerhaft zu sichern. Der Gesetzgeber spricht im § 14 Abs. 1 SGB VI dabei von medizinischen Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit an Versicherte, die **erste gesundheitliche Beeinträchtigungen** aufweisen, die die **ausgeübte Beschäftigung gefährden**. 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.

Das Präventionsangebot der Rentenversicherung heißt RV Fit. Es soll Beschäftigte individuell dabei unterstützen, Risiken aus Lebens- und Arbeitswelt zu reduzieren und gleichzeitig ihre gesundheitlichen Ressourcen stärken. Darüber hinaus sollen ihre gesundheitlichen Kompetenzen durch Informationen und Übungen zu Themen wie Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung gefördert werden. Nicht zuletzt sollen die Zusammenhänge zwischen Lebensführung und der Entstehung/Verschlimmerung von Krankheiten mit Bezug auf den Lebens- und Arbeitsalltag verdeutlicht werden. Der Fokus liegt somit auf verhaltenspräventiven Leistungen, die idealerweise mit verhältnispräventiven Leistungen kombiniert werden können.

Die Deutsche Rentenversicherung beteiligt sich gemäß § 14 Abs. 3 SGB VI mit ihren Leistungen an der nationalen Präventionsstrategie.

Das Rahmenkonzept beschreibt die Ziele, Voraussetzungen und Inhalte von Präventionsleistungen der Rentenversicherung. Das Rahmenkonzept regelt die Umsetzung und gibt Hinweise für die Zusammenarbeit mit anderen Akteuren, die für die Erbringung der Leistungen zur Prävention zuständig sind.

2. Ziele der Prävention

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.

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.

Erste gesundheitliche Beeinträchtigungen können durch nicht gesundheitsförderliches Verhalten, wie zum Beispiel mangelnde Bewegung, Stress, ungesunde Ernährung entstehen und stellen noch keinen Zustand dar, der akutmedizinische Behandlungsbedürftigkeit oder Arbeitsunfähigkeit zur Folge haben muss. Sie können jedoch unter Wechselwirkungen mit arbeitsbezogenen Kontextfaktoren und mit dem persönlichen Lebenshintergrund die weitere Ausübung der Beschäftigung mittel- bis langfristig gefährden. Die ausgeübte Beschäftigung gilt als gefährdet, wenn absehbar ist, dass die Arbeitsanforderungen (körperlich, psychisch) zukünftig aufgrund der langfristigen Folgen dieser gesundheitlichen Beeinträchtigungen nicht mehr bewältigt werden können.

3. Konzeptionelles Bezugssystem

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) ist ein ressourcenorientiertes Klassifikationssystem, das die Komponenten von Gesundheit klassifiziert, und zwar Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten und Teilhabe sowie Umweltfaktoren. Personbezogene Faktoren werden ebenfalls aufgeführt; sie sind in der ICF jedoch nicht klassifiziert. Alle genannten Komponenten stehen miteinander in Wechselwirkung.

Der ICF liegt das bio-psycho-soziale Modell der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zugrunde:

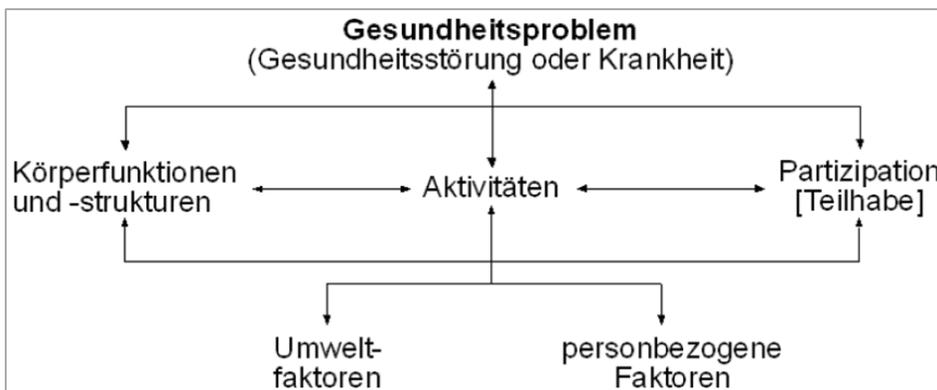


Abbildung 1: Bio-psycho-soziales Modell

Im Präventionskontext der Rentenversicherung stellen die ersten gesundheitlichen Beeinträchtigungen noch keine Krankheit dar, die Behandlungsbedürftigkeit oder Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Mit dem bio-psycho-sozialen Modell können nicht nur die ersten gesundheitlichen Beeinträchtigungen ohne bereits aufgetretene Schädigungen der Körperstrukturen und -funktionen beschrieben werden, sondern auch daraus resultierende Auswirkungen auf persönliche Aktivitäten und die Teilhabe am (gesellschaftlichen) Leben unter Berücksichtigung des jeweiligen Lebenshintergrundes (Kontext) einer Person. Das Modell erweitert so den Blick auf vorhandene Ressourcen und ist hilfreich, um mögliche Förderfaktoren und Barrieren zu erkennen.

4. Zugang und Einleitung der Prävention

4.1. Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

Präventionsleistungen kommen für Versicherte in Betracht, die aktiv beschäftigt sind. Dabei ist es unerheblich, ob zum Zeitpunkt der Antragstellung Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung besteht.

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Präventionsleistungen sind in § 11 SGB VI geregelt. Es reicht aus, wenn zum Beispiel in den letzten zwei Jahren vor der Antragstellung sechs Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Tätigkeit oder Beschäftigung entrichtet wurden oder die Wartezeit von 15 Jahren erfüllt ist.

Auch Versicherte, die eine geringfügige, versicherungsfreie Beschäftigung ausüben, können zum anspruchsberechtigten Personenkreis gehören.

Zeiten einer Freistellung (z. B. Inanspruchnahme von Elternzeit, unbezahlter Urlaub) oder einer häuslichen Pflege Tätigkeit erfüllen die Voraussetzung nicht.

Präventionsleistungen können nicht erbracht werden bei Vorliegen eines Ausschlussgrundes nach § 12 Abs. 1 SGB VI (zum Beispiel, wenn eine Rente wegen Alters von wenigstens zwei Dritteln der Vollrente bezogen oder beantragt wird oder wenn eine Beschäftigung ausgeübt wird, aufgrund derer nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Vorschriften eine Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet ist).

4.2. Persönliche Voraussetzungen

Die persönlichen Voraussetzungen für Präventionsleistungen (§ 14 Abs. 1 SGB VI) erfüllen Versicherte der gesetzlichen Rentenversicherung, bei denen **erste gesundheitliche Beeinträchtigungen** vorliegen, die keine akutmedizinische Behandlung bzw. keine längere Arbeitsunfähigkeit zur Folge haben und die in absehbarer Zeit, gegebenenfalls unter Wechselwirkungen mit anderen Kontextfaktoren, **die ausgeübte Beschäftigung bzw. die Beschäftigungsfähigkeit gefährden** können.

Liegt Reha-Bedarf vor, d. h. liegen bereits Funktionsstörungen im Sinne des bio-psycho-sozialen Modells mit einhergehender erheblicher Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit vor, ist eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation vorrangig, um die Erwerbsfähigkeit zu erhalten.

Wird bei der ärztlichen Untersuchung in der Startphase der Prävention ein Reha-Bedarf festgestellt, werden die Versicherten aufgefordert einen entsprechenden Antrag zu stellen, hierbei wird seitens der Einrichtung Unterstützung angeboten.

4.3. Einleitung von Präventionsleistungen

4.3.1. Antragstellung

Für die Bewilligung und Durchführung einer Präventionsleistung der Rentenversicherung nach § 14 Abs. 1 SGB VI ist eine Antragstellung durch die*den Versicherte*n beim zuständigen Rentenversicherungsträger erforderlich. Nach Prüfung durch den Rentenversicherungsträger erhält die*der Versicherte einen Bescheid mit Hinweisen zum Anbieter, der die Präventionsleistung durchführt. Anbieter von Präventionsleistungen können im Präventionsportal nach der Postleitzahl gesucht werden.

Anträge können im Internet unter www.rv-fit.de online mit dem e-Antrag gestellt werden. Sie sind auch in allen Auskunfts- und Beratungsstellen, bei den Versichertenältesten sowie über den Firmenservice der Deutschen Rentenversicherung erhältlich.

4.3.2. Einleitung durch den Firmenservice der DRV

Eine Zusammenarbeit des jeweiligen Rentenversicherungsträgers mit dem werks-/betriebsärztlichen Dienst, zum Beispiel durch Mitarbeitende des Firmenservices der DRV ist sinnvoll.

Der Firmenservice der DRV unterstützt Betriebe, Präventionsleistungen der Rentenversicherung als Bestandteil eines betrieblichen Gesundheitsmanagements zu implementieren und bildet eine Verbindung zu dem jeweils für die*den einzelne*n Antragsteller*in zuständigen Rentenversicherungsträger und den Einrichtungen.

5. Durchführung der Prävention

5.1. Inhalte und Ablauf der Regelpräventionsleistung

Die Präventionsleistungen der Rentenversicherung sind grundsätzlich modularisiert und umfassen vier inhaltlich aufeinander aufbauende Phasen, die zeitlich unmittelbar nacheinander durchgeführt werden. Das Regelpräventionsangebot der Deutschen Rentenversicherung umfasst grundsätzlich:

- eine Startphase: 3 Tage ganztägig ambulant oder 5 Tage stationär (siehe Kap. 5.2 a),
- eine 12-wöchige berufsbegleitende ambulante Trainingsphase (siehe Kap. 5.2 b),
- eine 12-wöchige Eigenaktivitätsphase (siehe Kap. 5.2 c) sowie
- eine Auffrischungsphase: 1 Tag ganztägig ambulant oder 3 Tage stationär (siehe Kap. 5.2 d).

Startphase, Trainingsphase und Auffrischungsphase sollten möglichst in geschlossenen Präventionsgruppen durchgeführt werden, um positive Gruppeneffekte und soziales Lernen zu ermöglichen. Die Gruppen sollten nach Möglichkeit zielgruppen- bzw. beschwerdespezifisch zusammengesetzt werden. Die Leistungen der Startphase und der Auffrischungsphase werden in der Regel in eigenen Reha-Einrichtungen der Rentenversicherungsträger oder in für Prävention zugelassenen Reha-Einrichtungen, mit denen ein Vertrag nach § 38 SGB IX besteht, durchgeführt. Die Zulassung erfolgt nach Prüfung des nach dem Rahmenkonzept erstellten Präventionskonzepts durch den federführenden Rentenversicherungsträger.

Während die Startphase und die Auffrischungsphase entweder ganztägig ambulant oder stationär durchgeführt werden, erfolgt die berufsbegleitende Trainingsphase ambulant und wohnort- oder arbeitsplatznah.

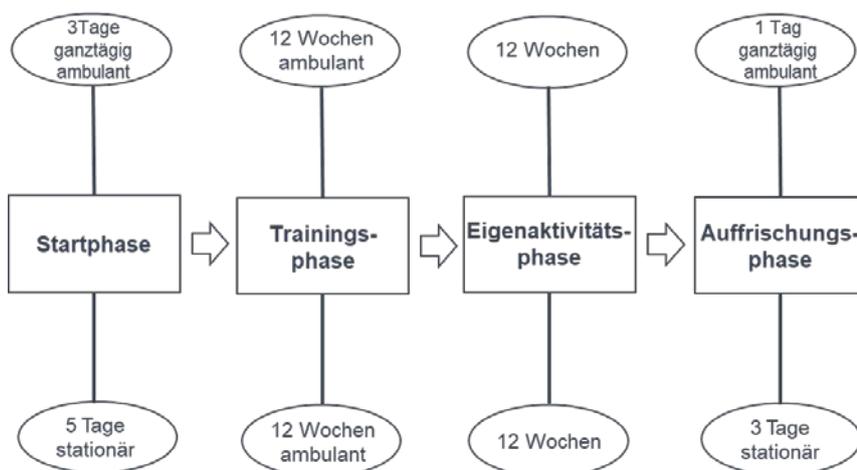


Abbildung. 2: Regelpräventionsangebot der Rentenversicherung
Tage = Leistungstage

5.2. Ausgestaltung der Präventionsphasen

a. Startphase

Die Präventionsleistung wird in der Startphase in einer Reha-Einrichtung (stationär oder ganztägig ambulant) möglichst als Gruppenangebot mit bis zu fünfzehn Teilnehmer*innen durchgeführt. Die Dauer beträgt grundsätzlich drei Tage ganztägig ambulant oder fünf Tage stationär.

Die Teilnehmer*innen erhalten Informationen über den Ablauf, die Ziele und die Inhalte der Leistung. Außerdem erfolgt die für die konkrete Planung und Durchführung der Leistung erforderliche Diagnostik, einschließlich ärztlicher Eingangsuntersuchung. Hierdurch sollen insbesondere individuelle berufsbezogene Probleme und sonstige Risikofaktoren identifiziert und bereits vorhandene Ressourcen analysiert werden. Das Präventionsteam der Reha-Einrichtung entwickelt gemeinsam mit den Teilnehmer*innen individuelle Präventionsziele und hält diese in einem Präventionsplan fest. Der Präventionsplan umfasst darüber hinaus den Übergang in die nachgelagerte Trainingsphase und die Eigenaktivitätsphase.

Die inhaltliche Einführung in das Präventionsprogramm erfolgt sowohl praktisch als auch theoretisch.

Aus den nachfolgend aufgeführten Modulen wird ein individueller Präventionsplan partizipativ erstellt, der neben einem Selbstmanagement-Modul weitere bedarfsorientiert ausgewählte Leistungen umfasst:

Module:

Selbstmanagement	Verbesserung der persönlichen Resilienz und Stärkung der eigenen Selbstwirksamkeitsüberzeugung, Umgang mit psychischen Belastungen
Bewegung	körperliche Aktivität (unter anderem zu Ausdauer und Muskelaufbau) und deren Auswirkungen auf die Gesundheit
Entspannung	Entspannungstechniken (z. B. autogenes Training, progressive Muskelentspannung) und deren Auswirkungen auf die Gesundheit
Ernährung	Informationen über gesunde und ausgewogene Ernährung, ihre Bedeutung sowie ihre Auswirkungen auf den Körper
Risikofaktoren	Information über die gesundheitsschädigende Wirkung und die langfristigen Folgen von Genussmittelmisbrauch, Substanz- und Medikamentenmissbrauch

b. Trainingsphase

Die Trainingsphase wird im Anschluss an die Startphase alltags- und berufsbegleitend in der Nähe des Wohn- oder Arbeitsorts durch zugelassene Einrichtungen durchgeführt. Über einen Zeitraum von grundsätzlich zwölf Wochen nehmen die Teilnehmer*innen ein bis zweimal pro Woche an einem oder mehreren ausgewählten Präventionsmodulen teil (siehe Kap. 5.2 a), die auf den Inhalten der Startphase aufbauen. Die im Präventionsplan individuell festgelegten Ziele sollen weiter verfolgt und gefestigt werden. Die Teilnehmer*innen sollen zudem motiviert werden, das vereinbarte Präventionsziel konsequent und in Eigenverantwortung umzusetzen.

Der Fokus der Trainingsphase liegt auf der Vertiefung und Übung der in der Startphase vermittelten Strategien zum erfolgreichen Selbstmanagement für einen nachhaltig gesunden und aktiven Lebensstil entsprechend dem erstellten Trainingsplan. Im Rahmen der Präventionsmodule erfolgt die Vermittlung relevanten Wissens durch theoretische und praktische Schwerpunkte. Auftretende Problemlagen der Teilnehmer*innen können in Einzelgesprächen geklärt werden. Am Ende der Trainingsphase erfolgt eine Zielkontrolle bezüglich der in der Startphase aufgestellten individuellen Ziele.

Mit der*dem Teilnehmer*in wird gemeinsam das bestmögliche Angebot hinsichtlich der individuellen Bedarfe sowie der Wohnort- und Arbeitsplatznähe ausgewählt. Mögliche Angebote für die Durchführung der Trainingsphase sind:

- Anbieter für die Start- und Auffrischungsphase, die entweder von Trägern der Rentenversicherung selbst betrieben werden oder mit denen ein Vertrag nach § 38 SGB IX besteht,
- Anbieter, die bereits für die DRV Nachsorgeleistungen nach § 17 Abs. 1 SGB VI erbringen,

sowie **perspektivisch**

- Anbieter, die vom Deutschen Olympischen Sportbund (DOSB) mit den Qualitätssiegeln „Sport pro Gesundheit“, „Pluspunkt Gesundheit“ und „Sport PRO Fitness“ zertifiziert worden sind,
- Präventionsanbieter, die von der Zentralen Prüfstelle für Präventionsleistungen der Krankenkassen (KK) nach dem Präventionsleitfaden zertifiziert sind,
- für Versicherte, die vor allem eine Stärkung ihrer Stressbewältigungskompetenzen und ihrer Resilienz benötigen, neben Nachsorgeeinrichtungen auch psychotherapeutische Institute oder Praxisgemeinschaften, die über ausreichende personelle und räumliche Kapazitäten verfügen.

Sofern keine wohnort- oder arbeitsplatznahen Angebote vorhanden sind oder die Teilnahme an Leistungen der Trainingsphase aus persönlichen Gründen (etwa wegen Schichtarbeit, Betreuung von Kindern, zu pflegenden Angehörigen etc.) nicht möglich ist, könnten auch geeignete digitale Angebote genutzt werden.

Darauf aufbauend werden abschließend weitergehende Empfehlungen für die Zeit nach der Trainingsphase (Eigenaktivitätsphase, siehe Kap. 5.2 c) gegeben.

c. Eigenaktivitätsphase

In der Eigenaktivitätsphase, die in der Regel zwölf Wochen innerhalb des zeitlich zusammenhängenden Phasenmodells der Prävention dauert, sollen die Teilnehmer*innen die ihnen vermittelten Ansätze zu Verhaltens- und Lebensstiländerungen eigenverantwortlich im Lebensalltag umsetzen. Ein gesundheitsförderlicher Lebensstil sowie Kompetenzen zu einer aktiven, gesundheitsorientierten Lebensführung werden in dieser Phase von den Teilnehmer*innen selbstständig trainiert. Darüber hinaus sollen die Teilnehmer*innen, um Nachhaltigkeit zu erreichen, das begonnene Training in eigener Verantwortung möglichst dauerhaft fortführen.

Kosten, die den Teilnehmer*innen während der Eigenaktivitätsphase durch die Teilnahme an Kursen, Mitgliedschaft in einem Verein o. ä. entstehen, werden von der Rentenversicherung grundsätzlich nicht übernommen. Etwaige Kosten tragen die Teilnehmer*innen in dieser Phase in der Regel selbst.

d. Auffrischungsphase

Die Auffrischungsphase findet in der Regel zwölf Wochen nach Abschluss der Trainingsphase bei dem Anbieter statt, der auch die Startphase durchgeführt hat. Die Dauer beträgt grundsätzlich einen Tag ganztägig ambulant oder drei Tage stationär.

Diese Phase dient der Auffrischung der in den vorherigen Phasen besprochenen Inhalte und erworbenen Kompetenzen. Die Erfahrungen der Teilnehmer*innen bezüglich der Lebensstiländerung in Alltag und Beruf sollen lösungsorientiert reflektiert werden. Dabei soll auch die Motivation zu einer gesunden Lebensführung nochmals nachhaltig gefördert werden.

Am Ende der Auffrischungsphase erfolgt eine Zielkontrolle bezüglich der in der Startphase aufgestellten individuellen Ziele.

5.3. Kompakte Durchführung der Leistung

Die Durchführung von Präventionsleistungen wie unter 5.2 beschrieben ist noch nicht in allen Regionen möglich, weil zurzeit geeignete wohnort- bzw. arbeitsplatznahe Angebote fehlen. Außerdem kann es auch in der Person der Versicherten liegende Gründe geben, (beispielsweise die familiäre Situation oder arbeitsbedingte Gründe wie Schichtarbeit, Montagearbeit bei Fernfahrer*innen oder Seeleuten), die die Teilnahme an einer mehrwöchigen berufsbegleitenden Leistung erschweren.

Für diesen Personenkreis wurden so genannte Kompaktangebote entwickelt. Die Kompaktangebote enthalten die oben beschriebenen Module in komprimierter Form. Die Ergänzung durch eine telefonische oder digitale Maßnahme ist wünschenswert, um die Nachhaltigkeit der erzielten Ergebnisse zu gewährleisten.

5.4. Zuzahlung

Eine Zuzahlung durch die Versicherten ist bei Präventionsleistungen nicht zu erbringen.

5.5. Reise- und Fahrkosten

Nach § 28 SGB VI erstattet die Rentenversicherung die in Start- und Auffrischungsphase entstehenden Reise- oder Fahrkosten entsprechend § 73 SGB IX. An den in den ambulanten Phasen entstehenden Fahrkosten beteiligt sich die Rentenversicherung auf Antrag (G0196) gem. § 28 Abs. 2 SGB VI regelmäßig mit einer Fahrkostenpauschale, deren Höhe von den zuständigen Gremien der Rentenversicherung jeweils angepasst wird. Derzeit beträgt die Fahrkostenpauschale 5 Euro pro wahrgenommenen Termin.

6. Leistungsanbieter

Für die Durchführung der Leistungen der Start- und Auffrischungsphase wird möglichst auf bestehende Strukturen und Ressourcen aus dem Bereich der Rehabilitation zurückgegriffen.

Grundsätzlich dürfen die Start- und Auffrischungsphase von RV-eigenen Reha-Einrichtungen oder von anderen entsprechend zugelassenen Leistungsanbietern durchgeführt werden, mit denen ein Vertrag nach § 38 SGB IX besteht und deren Präventionskonzept dem Rahmenkonzept entspricht und durch den federführenden Rentenversicherungsträger akzeptiert wurde.

Die Trainingsphase kann auch in anderen Einrichtungen durchgeführt werden, die den oben unter 5.2 beschriebenen Anforderungen entsprechen. Jeder Anbieter übernimmt die Verantwortung für die Durchführung seiner Leistungen und rechnet selbstständig mit dem zuständigen Rentenversicherungsträger ab.

Die aktuellen Vorschriften des Datenschutzes und der Datensicherheit müssen gewährleistet sein.

Im Rahmen ihrer Strukturverantwortung für die Rehabilitation nach § 36 SGB IX stellen die Rentenversicherungsträger sicher, dass in den Regionen flächendeckende Präventionsangebote, die dem Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung entsprechen, zur Verfügung gestellt werden.

7. Kooperation

7.1. Zusammenarbeit der Rentenversicherungsträger

Versicherte sollen gemäß dem Gleichbehandlungsgebot deutschlandweit vergleichbare Präventionsleistungen erhalten, unabhängig davon, welcher Rentenversicherungsträger für sie zuständig ist. Deshalb verständigt sich die DRV in diesem Rahmenkonzept auf ein einheitliches Regelangebot zur Prävention, das für ihre Versicherten unabhängig von RV-Zugehörigkeit und Region in Frage kommt. Die Rentenversicherungsträger erkennen ihre Anbieter für das Regelangebot gegenseitig an.

7.2. Zusammenarbeit mit Betrieben

Eine Zusammenarbeit des jeweiligen Rentenversicherungsträgers mit dem werks-/betriebsärztlichen Dienst, zum Beispiel durch Firmenberater*innen (siehe auch Kap. 4.3.2), ist sinnvoll, um Arbeitnehmer*innen mit ihren Risikofaktoren zu identifizieren, die für eine Präventionsleistung in Frage kommen. Bei einer Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen oder bei einer Arbeitsplatzsituationsanalyse könnten Bedarfe an verhaltenspräventiven Maßnahmen festgestellt werden. Ansonsten kämen arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen sowie die BEM-Gespräche als Schnittstellen in Betracht.

7.3. Schnittstellen mit anderen Sozialversicherungsträgern und Organisationen

Eine Kooperation bei der Durchführung der Leistung mit anderen Leistungsträgern im Gesundheitswesen wie etwa Krankenkassen ist wünschenswert und wird angestrebt. Mit der gesetzlichen Unfallversicherung existiert bereits die Erklärung „Starke Partner für gesundes Leben und Arbeiten“¹. Die Zusammenarbeit der Sozialversicherungsträger ist ein Ziel des Präventionsgesetzes und der nationalen Präventionsstrategie sowie der wesentliche gesetzliche Auftrag des SGB IX. Hierzu gehört auch die Vereinbarung von gemeinsamen Empfehlungen auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)², z. B. Gemeinsame Empfehlung Prävention nach § 3 SGB IX vom Januar 2018.

¹ Gemeinsame Erklärung am 14. Dezember 2016 zwischen der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) und der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund).

² Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e. V. ist ein Zusammenschluss zur Förderung und Koordinierung der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Sie ist eine gemeinsame Repräsentanz von:
der Bundesagentur für Arbeit und der Bundesländer
der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung und der Deutschen Rentenversicherung
der Spitzenverbände der landwirtschaftlichen Sozialversicherung und der Sozialpartner
der Bundesarbeitsgemeinschaften der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen und der überörtlichen Träger der Sozialhilfe
der gesetzlichen Krankenversicherung sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

8. Dokumentation

Verlauf und Ergebnisse der Startphase und der Trainingsphase werden vom jeweiligen Anbieter auf dem Dokumentationsbogen G0195 niedergelegt und den Teilnehmer*innen, dem Anbieter der folgenden Phase sowie dem Rentenversicherungsträger übersandt. Nach Abschluss der Auffrischungsphase erstellt der Anbieter auf dem letzten Dokumentationsbogen eine Abschlussdokumentation und übersendet diese ebenfalls an die Teilnehmer*innen und den Rentenversicherungsträger. Die Berichte über Ablauf und Ergebnis der Präventionsleistungen sind ein zentraler Bestandteil der Qualitätssicherung der Präventionsleistungen der Deutschen Rentenversicherung.

9. Qualitätssicherung

9.1. Ausrichtung und Ziele der Qualitätssicherung

Analog zur Qualitätssicherung (QS) in den Bereichen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation soll auch in der Qualitätssicherung von Leistungen zur Prävention zwischen den drei Qualitätsdimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unterschieden werden, wenn es darum geht, die Qualität dieser Leistungen zu beurteilen. Neben Befragungsdaten, die im Rahmen noch zu etablierender Verfahren erhoben werden, stehen auch Routinedaten der DRV prinzipiell für Auswertungen zur Verfügung.

Ziel der Qualitätssicherung ist eine wirksame, an den Bedarfen der Leistungsberechtigten orientierte und unter Berücksichtigung von Wirtschaftlichkeitsprinzipien bestmögliche Qualität der Präventionsleistungen zu gewährleisten. Gleichzeitig soll durch QS-Aktivitäten die Transparenz des Leistungsgeschehens und das interne Qualitätsmanagement der Reha-Einrichtungen gestärkt werden.

9.2. Instrumente und Verfahren der Qualitätssicherung für Präventionsleistungen

*Präventand*innenbefragung*

Da die*der Versicherte mit ihrem/seinem individuellen Präventionsbedarf in den Mittelpunkt der Bemühungen zu stellen ist, ist die Etablierung einer Präventand*innenbefragung Kernelement der QS. Dabei sollen Zugangswege zur Prävention sowie verschiedene Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität von Präventionsleistungen aus Sicht der Teilnehmer*innen evaluiert werden. Das Befragungsinstrument wird nicht nur unter Einbezug von Expert*innen der Leistungserbringer und der Rentenversicherung, sondern auch unter Einbezug der Teilnehmer*innen selbst sowie mit externer wissenschaftlicher Begleitung entwickelt und evaluiert.

Strukturanforderungen

Trägerweite einheitliche Anforderungen tragen dazu bei, dass die Strukturqualität in Reha-Einrichtungen der Deutschen Rentenversicherung sichergestellt wird (DRV Bund, 2014). Die Strukturanforderungen umfassen die räumliche und technische Ausstattung sowie die personelle Besetzung.

Im Einzelfall können im Rahmen von Visitationen oder anderen geeigneten Qualitätssicherungsinstrumenten die Voraussetzungen zur Erbringung von Präventionsleistungen bei Einrichtungen der Start- und Auffrischungsphase mit denen ein Vertrag gem. § 38 SGB IX besteht, überprüft werden.

*Präventand*innenstruktur*

Die spezifische Zusammensetzung hinsichtlich verschiedener Merkmale (Alter, Geschlecht etc.) der Teilnehmer*innen einer Einrichtung ist ein wichtiger Aspekt, der bei der Beurteilung der Qualität dieser Leistungen berücksichtigt werden sollte. Als Grundlage für eine Beschreibung der Präventand*innenstruktur können Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung dienen, die im Zusammenhang mit der Durchführung von Präventionsleistungen nach § 14 SGB VI produziert werden. Es können u. a. soziodemografische und trägerspezifische Angaben wie Alter, Geschlecht, Erwerbsstatus, Angaben zum Versicherungsträger etc. in die Auswertung einbezogen werden.

Therapeutische Versorgung (KTL)

Die therapeutische Versorgung in den Reha-Einrichtungen ist Bestandteil der Prozessqualität und lässt sich über die Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) abbilden (DRV Bund, 2015). Grundsätzlich können anhand der KTL-Dokumentation auch die Inhalte von Präventionsleistungen abgebildet und für QS-Zwecke genutzt werden, denn die KTL wurde nicht nur für stationäre und ambulante medizinische Rehabilitation von Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern, sondern auch für Leistungen der Nachsorge und der Prävention entwickelt. Voraussetzung für eine Auswertung von KTL-Daten im Rahmen der Qualitätssicherung ist allerdings eine ausreichend große Fallzahl mit gültiger KTL-Dokumentation. Die Dokumentation sollte nach Möglichkeit Startphase und Auffrischungsphase der Präventionsleistung umfassen und im § 301er Verfahren übermittelt werden.