

Kontinuität der rehabilitativen Versorgung – Selbsthilfe und Nachsorge nach medizinischer Rehabilitation der Rentenversicherung

Einführung

Mit den Leistungen zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation kommt der Rentenversicherung eine besondere Aufgabe zu. Sie gewährt ihren Versicherten rehabilitative Leistungen, wenn sie an chronischen Erkrankungen leiden, in deren Verlauf eine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit eintreten kann. Die Rentenversicherung trägt mit derartigen Maßnahmen dazu bei, dass ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben in Folge chronischer Erkrankungen vermieden wird. Einen wesentlichen Anteil am Erreichen dieses Ziels haben die Rehabilitanden selbst, indem sie auch durch Veränderungen ihres Verhaltens Einfluss auf den Krankheitsverlauf nehmen (Rische 2007).

Derzeit bewilligt die Deutsche Rentenversicherung (DRV) pro Jahr über 1 Mio. Rehabilitationsleistungen (Korsukéwitz, Rehfeld 2009, DRV Bund 2010a). Eine weitere Zunahme ist dadurch zu erwarten, dass sich das durchschnittliche Alter der Erwerbstätigen sowohl aufgrund demografischer Veränderungen als auch durch Zunahme des Renteneintrittsalters erhöht. Auswirkungen chronischer Erkrankungen auf die Erwerbsfähigkeit nehmen im höheren Alter zu. Der größte Teil der medizinischen Rehabilitationsleistungen wird bei Versicherten mit muskuloskeletalen Erkrankungen erbracht, gefolgt von psychosomatischen und onkologischen Erkrankungen. Die übrigen Krankheitsgruppen nehmen einen kleineren Anteil an den Leistungen ein.

Die Möglichkeiten für die Rehabilitanden, durch Verhaltensänderungen selbst Einfluss auf den Krankheitsverlauf zu nehmen, sind in Abhängigkeit von der zur Rehabilitation führenden Erkrankung unterschiedlich groß. Dennoch haben sie vor dem Hintergrund, einen nachhaltigen Reha-Erfolg zu erzielen, eine zentrale Bedeutung. Die Rentenversicherung geht deshalb einerseits intensiv den Fragen nach, mit welchen Methoden und Maßnahmen die Bereitschaft der Rehabilitanden zur Mitwirkung verbessert werden kann, andererseits entwickelt und fördert sie Angebote, die solche Änderungsimpulse auch in der Zeit nach der Rehabilitation dauerhaft unterstützen (DRV Bund 2007, BAR 2004).

Auch die Form der Leistungserbringung kann einen Einfluss darauf haben, inwieweit es gelingt, Rehabilitanden für Verhaltensänderungen zu motivieren. Ein positiver Einfluss kann darin bestehen, dass die Leistungen ambulant in der Nähe des Lebensmittelpunktes der Rehabilitanden erbracht werden und

somit das soziale Umfeld einbezogen werden kann. Bei den muskuloskeletalen Erkrankungen liegt der Anteil der ambulant erbrachten Rehabilitationsleistungen derzeit bundesweit bereits bei knapp 20 Prozent (Baumgarten et al. 2008).

Selbsthilfe und Nachsorge in den Konzepten zur medizinischen Rehabilitation

Aus Sicht der Rentenversicherung gehört es zum grundsätzlichen Verständnis von Rehabilitation, dass ihre Zielstellungen nicht abschließend während der Rehabilitationsleistung selbst erreicht werden (Gerdes et al. 2005). Vielmehr sind die konzeptionellen Überlegungen darauf ausgerichtet, mit welchen Interventionen während der Rehabilitation eine möglichst nachhaltige Wirkung im Sinne von Verhaltensmodifikationen und Lebensstiländerungen erreicht werden kann. Für die diesbezüglichen allgemeinen Überlegungen sind in den letzten Jahren deutliche Veränderungen zu verzeichnen (Köpke 2008, Klosterhuis et al. 2002). Das ist einerseits auf ein verändertes Rollenverständnis der professionellen Mitarbeiter in der Rehabilitation wie auch der Rehabilitanden zurückzuführen, denen ein deutlich aktiverer Anteil am erreichbaren Rehabilitationserfolg zugeordnet wird, andererseits erweitert die schrittweise Umsetzung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) in die Praxis, die Zieldefinitionen der Rehabilitation im Sinne der Teilhabe an Arbeit und Beruf und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. In den Konzepten der Rentenversicherung zur medizinischen Rehabilitation findet diese Entwicklung in einer intensiven Auseinandersetzung mit Begriffen wie „Selbstbefähigung“, „Partizipation“ und „Teilhabe“ und in der Implementierung entsprechender Inhalte in die therapeutischen Prozesse ihren Niederschlag (DRV Bund 2010b).

Im Ergebnis der Weiterentwicklung steht auf der einen Seite die Etablierung professioneller Angebote nach der Rehabilitation im Sinne von Nachsorgeleistungen, die inzwischen seit 10 Jahren zur Verfügung stehen (Lindow, Grünbeck 2008, Sibold et al. 2010). Hintergrund ist die Überzeugung, dass ein strukturierter Transfer in das Alltagsleben im Anschluss an eine Rehabilitation die Nachhaltigkeit des Rehabilitationserfolges unterstützt. Diese zeitlich begrenzten, an eine ambulante oder stationäre Rehabilitation anschließenden professionellen Angebote sollen neben dem Fortführen einer begonnenen Therapie insbesondere einen verstärkten Anstoß in Richtung Eigenaktivitäten leisten und so die Initiative der Betroffenen zu weiteren individuellen Aktivitäten wie z. B. Selbsthilfe fördern (Ernst 2010).

Im Anschluss beginnt dann die zeitlich unbegrenzte Phase der Nachsorge. Sie umfasst alle auf der Grundlage von Eigeninitiative und der Entscheidung zur Lebensstiländerung unternommenen individuellen oder organisierten Aktivitäten. In der Ausgestaltung von Nachsorgeprogrammen haben sich zunächst aufgrund unterschiedlicher Gewichtung konzeptioneller Überlegun-

gen bei den RV-Trägern mehrere Programme etabliert (z. B. IRENA, INA, KARENA). Die Deutsche Rentenversicherung hat die unterschiedlichen Angebote umfassend analysiert und systematisiert und hieraus im April 2008 „Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Nachsorge in der Rentenversicherung“ abgeleitet. Die Inanspruchnahme von Nachsorgeleistungen (DRV Bund 2007, DRV Bund 2009) nimmt seit ihrer Einführung kontinuierlich zu. Die Empfehlung von Nachsorgeleistungen durch die Reha-Einrichtungen ist formal geregelt. Die Vermittlung in konkrete Nachsorgeeinrichtungen wird durch verfügbare Verzeichnisse unterstützt. Allerdings bestehen bisher bei dem Anteil der Rehabilitanden, für den Nachsorge empfohlen wird, deutliche Unterschiede zwischen den Reha-Einrichtungen.

Dieser professionellen Nachsorge, die als Unterstützung nur für eine begrenzte Zahl der Rehabilitanden indiziert ist, stehen alle selbst bestimmten individuellen oder auch organisierten Aktivitäten, die Lebensstiländerungen und Krankheitsbewältigung befördern, gegenüber. Zu ihnen zählt die gemeinschaftliche Selbsthilfe in Gruppen und Organisationen. In den konzeptionellen Überlegungen der Rentenversicherung hat die kollektive Selbsthilfe aufgrund fachlicher und sozialer Aspekte hohe Bedeutung. Zusätzlich kommt ihr ein hoher Stellenwert zu, da sie die Kontinuität der selbst bestimmten Aktivitäten fördert (RKI 2004). Bereits im Vorfeld der Rehabilitation erhält jeder Versicherte mit dem Bewilligungsbescheid eine Broschüre mit dem Titel „Rehabilitation: Was erwartet mich dort?“ (DRV Bund 2010). Neben allgemeinen Zielstellungen enthält die Broschüre indikationsspezifische verständliche Beschreibungen von Rehabilitationskonzepten in denen – in Abhängigkeit von der Verfügbarkeit – explizit auf nachfolgende Selbsthilfeangebote hingewiesen wird. Zudem können Versicherte bereits auf der Internet-Startseite der Deutschen Rentenversicherung Informationen zur Selbsthilfe beziehen und Unterstützung bei der Suche nach Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfegruppen und nach indikationsbezogenen Selbsthilfegruppen finden. Insgesamt stützen sich die Überlegungen der Rentenversicherung auf die gemeinsamen Empfehlungen der Selbsthilfe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (Höder, Deck 2008) aus dem Jahre 2004, die derzeit aktualisiert werden.

Von den Nachsorgekonzepten der Rentenversicherungsträger sind die Konzepte der einzelnen Einrichtungen zu unterscheiden. Die Reha-Einrichtungen setzen die allgemeinen Überlegungen in ihre tägliche Praxis um und beziehen sich dabei auf die Indikation der Einrichtung, die regionale Verfügbarkeit von Selbsthilfeangeboten sowie spezifische Informationsmaterialien und Vermittlungsaktivitäten. Umfassende Informationen über vergleichbare Aktivitäten aller Rehabilitationseinrichtungen liegen nicht vor. Bei Visitationen wird jedoch explizit auf die Information, Vermittlung und die Präsentation von Selbsthilfegruppen in der Einrichtung geachtet (Meixner et al. 2006). Dies kann als Mindeststandard für Rehabilitationseinrichtungen formuliert werden.

Nachsorge und Selbsthilfe in der Reha-Qualitätssicherung

Ihrem gesetzlichen Auftrag entsprechend führt die Rentenversicherung für medizinische Rehabilitationsleistungen umfassende Qualitätssicherungsmaßnahmen durch (Klosterhuis et al. 2010a, Klosterhuis 2010b). Sie dienen der Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen. Die einrichtungsbezogene Durchführung von vergleichenden Analysen der Qualität soll als Grundlage für ein wirksames Qualitätsmanagement der Leistungserbringer dienen. Hierfür hat die Deutsche Rentenversicherung bereits vor über 15 Jahren ein Programm der Qualitätssicherung entwickelt, schrittweise implementiert und in den Folgejahren kontinuierlich weiterentwickelt und ausgebaut. Ziel der Bemühungen ist eine am Patienten orientierte Verbesserung der Qualität der medizinischen Rehabilitation, eine gesteigerte Transparenz des Leistungsgeschehens in den Reha-Einrichtungen, eine verstärkte Orientierung am Ergebnis der Rehabilitation und eine enge Verknüpfung mit dem einrichtungsinternen Qualitätsmanagement. Dabei soll für jeden Versicherten sichergestellt werden, dass in den Reha-Einrichtungen, die von der Rentenversicherung belegt werden, ein vergleichbarer Standard der Qualität eingehalten wird.

Inhaltlich ist die Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung darauf ausgerichtet, möglichst viele unterschiedliche Aspekte der Qualität der Versorgung einzubeziehen. So wird die Behandlungsqualität im engeren Sinne durch Instrumente wie das Peer Review oder Reha-Therapiestandards erfasst. Die therapeutischen Inhalte während der medizinischen Rehabilitation werden mit einer Leistungsdokumentation entsprechend der Klassifikation therapeutischer Leistungen abgebildet. Aus Sicht der Rehabilitanden wird die Qualität im Sinne der Patientenorientierung mit der Rehabilitandenbefragung erhoben. Dabei geht es im Wesentlichen um die Zufriedenheit der Rehabilitanden mit der Behandlung, aber auch um die Einschätzung des subjektiven Behandlungsergebnisses. Die Strukturqualität der Reha-Einrichtung, d. h. die räumliche und personelle Ausstattung wird im Rahmen von Strukturserhebungen dokumentiert und analysiert. In Form von sog. „Berichten zur Reha-Qualitätssicherung“ werden die Einrichtungen und die RV-Träger regelmäßig über ihre Ergebnisse zu den einzelnen Qualitätsaspekten informiert.

Dabei entwickelt die Reha-Qualitätssicherung selbst sich kontinuierlich weiter (Klosterhuis et al., 2010a). In diesem Zusammenhang werden die aufgeführten Instrumente und Verfahren ständig aktualisiert. Die Aktualisierung erfolgt entsprechend dem Fortschritt der wissenschaftlichen Erkenntnis und auf der Grundlage empirischer Ergebnisse. Unter den neueren Entwicklungen sind die Reha-Therapiestandards aufzuführen. Sie ermöglichen eine Einschätzung, ob die therapeutischen Prozesse entsprechend evidenzbasierter Anforderungen gestaltet werden und vermindern die Versorgungsunterschiede, die heute noch in einem erheblichen Ausmaß zwischen den Reha-Einrichtungen festzustellen sind. Bei der historischen Betrachtung eines Zeitraums von über

15 Jahren wird deutlich, dass einerseits die Patientenorientierung zunehmende Bedeutung in der Qualitätssicherung gewonnen hat, indem schrittweise in allen Instrumenten und Verfahren der Reha-Qualitätssicherung patientenorientierte Aspekte Raum gewonnen haben und dass andererseits die qualitätsorientierten Fragestellungen sich nicht nur auf den Zeitraum der Rehabilitation selbst beschränken sondern zunehmend die Zielstellung der Verstetigung und Nachhaltigkeit der Leistungen einbeziehen. In diesem Zusammenhang kann auch die zunehmende Bedeutung der Selbsthilfe bei der Weiterentwicklung der Reha-Qualitätssicherung dargestellt werden.

Es liegen zunehmend auch empirische Ergebnisse zu den Gesichtspunkten von Nachsorge und Selbsthilfe vor, die einige generelle Feststellungen ermöglichen. Eine der grundsätzlichen Aussagen besteht darin, dass Selbsthilfe in Abhängigkeit von dem medizinischen Indikationsgebiet eine sehr unterschiedliche Ausprägung hat (Höflich et al. 2007). Während die Selbsthilfe bei Abhängigkeitserkrankungen von je her konzeptioneller Bestandteil der Behandlung ist, dementsprechend auch in den Rehabilitationskonzepten von Entwöhnungseinrichtungen fest verankert, häufig verfügbar und die Inanspruchnahme dementsprechend hoch, schlagen sich in den Ergebnissen aus der Qualitätssicherung Selbsthilfeaspekte bei einzelnen onkologischen Erkrankungen kaum nieder. Eine Ursache hierfür ist sicher auch die Verfügbarkeit entsprechender Angebote. Bei anderen Erkrankungen, wie z. B. ischämischen Herzerkrankungen, sind spezifische Angebote im Sinne von Koronarsportgruppen sehr etabliert und werden in der Nachsorge genutzt. Bei der Anbahnung von Nachsorgeleistungen und Kontakten zur Selbsthilfe wird von Reha-Einrichtungen Unterstützung erwartet. Während des Aufenthaltes der Rehabilitanden können entsprechend Informationen vermittelt werden und konkrete Hilfestellungen für die Situation am Wohnort gegeben werden. Bei spezifischen Fragestellungen stehen den Einrichtungen die Selbsthilfe-Kontaktstellen zur Verfügung, die die regionalen Möglichkeiten überblicken.

Rehabilitandenbefragung

Bei der Beschreibung der Instrumente zur Reha-Qualitätssicherung wurde bereits auf die Rehabilitandenbefragung hingewiesen. Eine Zufallsstichprobe von Rehabilitanden aus den Reha-Einrichtungen wird hierbei zu zahlreichen Aspekten der Rehabilitation befragt, die zum Zeitpunkt der Befragung vor 10 bis 12 Wochen abgeschlossen wurde (Widera, Klosterhuis 2007, Widera 2010). Die Besonderheit dieses Verfahrens besteht darin, dass die Rehabilitanden selbst eine Rückmeldung zur Rehabilitation und deren Auswirkungen und Ergebnissen geben und damit dokumentieren, in welchem Umfang gewünschte Effekte eingetreten sind. Im aktuellen Befragungsbogen für die somatischen Indikationen lassen unterschiedliche Fragen Rückschlüsse auf den Stellenwert von Nachsorge und Selbsthilfe in der jeweiligen Reha-Einrichtung zu. Eine allgemeine Frage bezieht sich darauf, ob die Rehabilitanden sich gut auf

die Zeit nach der Rehabilitation vorbereitet fühlen und nützliche Verhaltenempfehlungen erhalten haben (Widera 2010).

Abb. 1

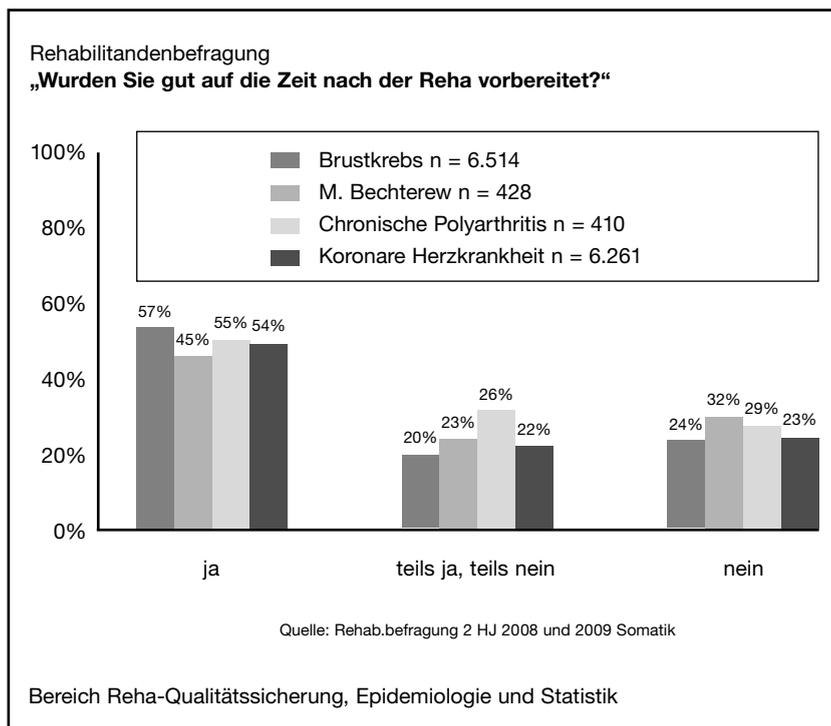
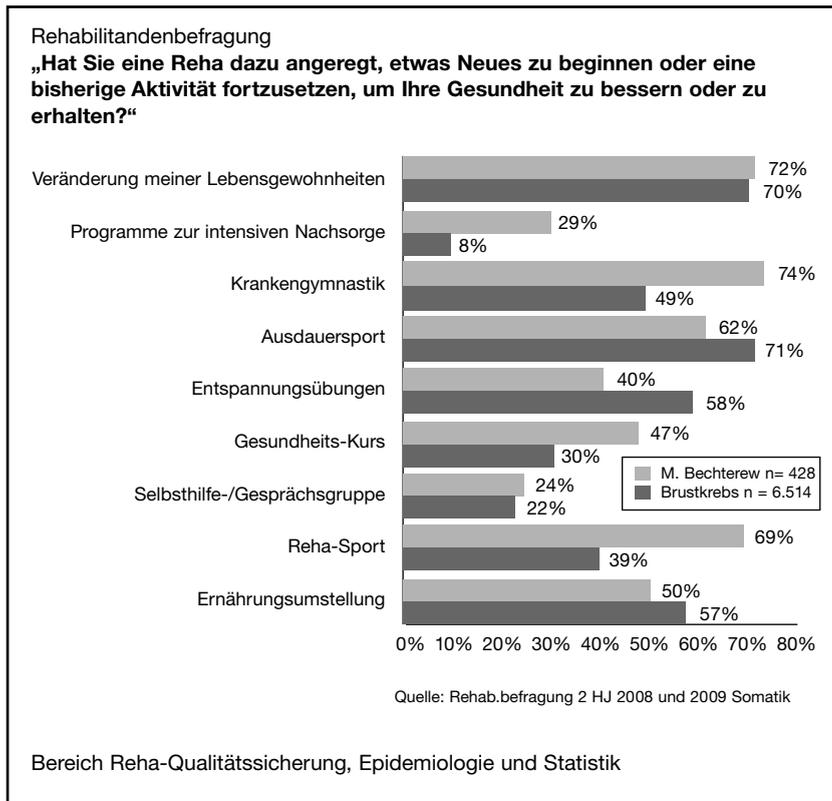


Abbildung 1 zeigt, dass diese Frage in der Regel von über der Hälfte der Befragten bejaht wird. Für die Abbildung wurden Diagnosen ausgewählt, bei denen vorab ein hoher Kenntnisstand über mögliche Aktivitäten nach der Rehabilitation einschließlich Selbsthilfe erwartet werden kann. Gezielter wird dann nach Beratungen, die die Inanspruchnahme von Hilfestellungen am Wohnort unterstützen, gefragt. Spezifisch zur Selbsthilfe lautet die Fragestellung: „Hat Sie die Reha dazu angeregt, etwas Neues zu beginnen oder eine bisherige Aktivität fortzusetzen, um Ihre Gesundheit zu bessern oder zu erhalten? Z. B. Selbsthilfe-/Gesprächsgruppe“. Die Ergebnisse sind indikationspezifisch durchaus unterschiedlich. So wird diese Frage von 9 % aller kardiologischen Rehabilitanden bejaht. In der Orthopädie sind es 7 %, in der Onkologie dagegen 18 %. Dabei sind die Befragungsergebnisse für die Jahre 2009 und 2010 gleichbleibend. Für die Interpretation dieser Ergebnisse bedarf es jedoch zusätzlicher Informationen. Zum einen sind die Antworten für die Indikationsgebiete insgesamt nicht gleichzusetzen mit den Antworten von Rehabilitanden mit Krankheitsbildern, bei denen z. B. Selbsthilfe besonders etabliert ist. Während für das Indikationsgebiet Onkologie insgesamt 18 % die Anregung zur Selbsthilfe bejahen, sind es bei den onkologischen Rehabilitandinnen mit

Brustkrebs 22 %. Die Unterschiede werden in der Orthopädie mit einem Gesamtergebnis von 7 % noch deutlicher, wenn man lediglich die Gruppe der Rehabilitanden mit Spondylitis ankylosans (Morbus Bechterew) betrachtet (Abb. 2). Hier geben 24 % der Betroffenen an, entsprechende Anregungen erhalten zu haben.

Abb. 2



Zum anderen wurde bereits darauf hingewiesen, dass der Rehabilitation nachfolgende Eigenaktivitäten sich indikationsspezifisch voneinander unterscheiden. In der gleichen Frage wird u. a. auch nach Anregungen zum Reha-Sport gefragt. Während diese Frage bei onkologischen Rehabilitanden lediglich von 33 % bejaht wird, liegt der Anteil in der Kardiologie bei 62 %, da hier die Koronar-Sportgruppen die eingeführte Form einer nachfolgenden Eigenaktivität darstellen. Weiterhin müssen Klinikunterschiede berücksichtigt werden. So zeigt sich bei einer vergleichenden Betrachtung von fünf onkologischen Reha-Einrichtungen mit hohen Fallzahlen, dass die positive Beantwortung der Frage nach Anregung zur Selbsthilfe zwischen 14 % und 22 % variiert, eine Anregung zur intensiven Nachsorge wird von 5 % bis 12 % der Rehabilitanden bejaht. Noch beeindruckender sind die Rehabilitandenangaben zu ei-

ner globalen rehaabedingten Verbesserung des Gesundheitszustandes. Diese Verbesserung wird bei Patientinnen mit Mammakarzinom zu 72 % bestätigt. Bei Patienten mit Spondylitis ankylosans (Morbus Bechterew) sind es 82 % und bei der ischämischen Herzkrankheit sogar 86 % aller Rehabilitanden. Auf die Sonderstellung der Selbsthilfe bei Abhängigkeitserkrankungen wurde bereits hingewiesen. In dem indikationsspezifischen Befragungsinstrument wird die Frage nach einer ausführlichen Information während des Reha-Aufenthaltes über die Möglichkeit zur Teilnahme an Nachsorgeprogrammen am Wohnort (z. B. Selbsthilfegruppe, Nachsorgeangebote von Beratungsstellen) von 86 % der Befragten bejaht. Und 70 % aller Befragten geben an, nach der Beendigung der Rehabilitationsmaßnahme auch tatsächlich bereits an Nachsorgeaktivitäten wie z. B. Selbsthilfegruppen regelmäßig teilgenommen zu haben. Insgesamt ist die Rehabilitandenbefragung aber nur *ein* Instrument – wenn auch ein besonderes – um Informationen über den Stellenwert von Selbsthilfe in der Rehabilitation für einzelne Indikationsgebiete und für einzelne Reha-Einrichtungen zu erhalten. Für ein Gesamtbild müssen Ergebnisse anderer Qualitätssicherungsinstrumente hinzugenommen werden.

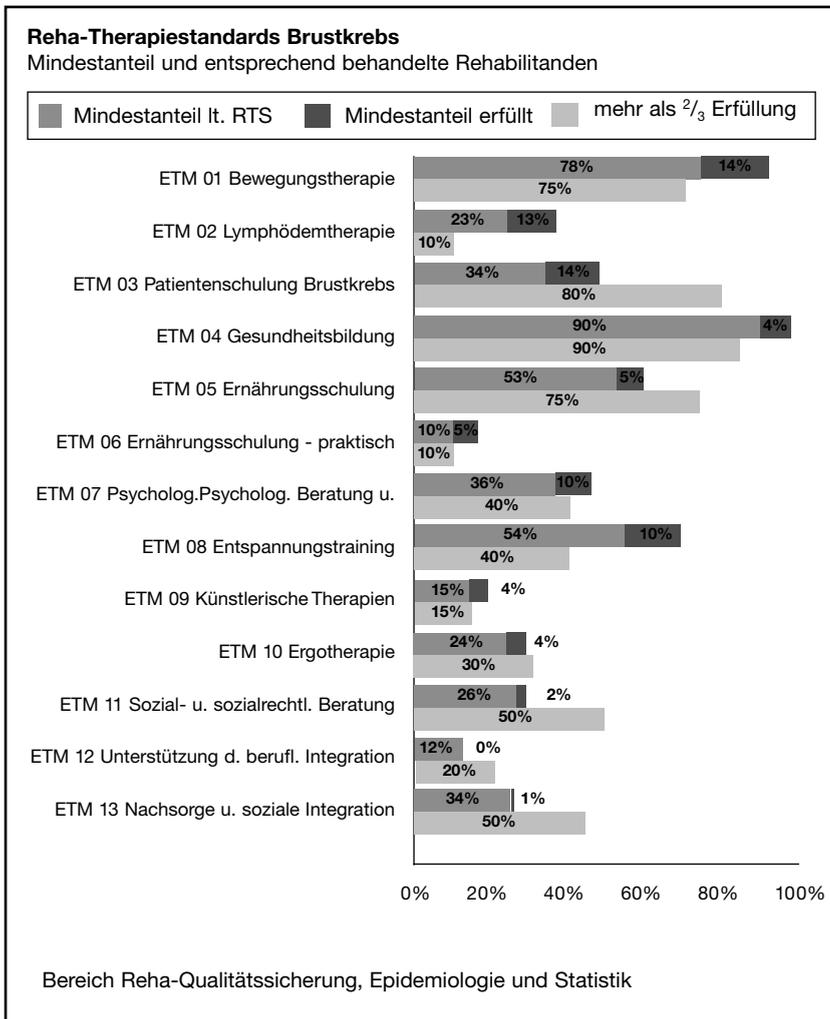
Peer Review-Verfahren

Eines der weiteren Qualitätssicherungsverfahren ist das sog. „Peer Review“. Im Peer Review wird anhand von Entlassungsdokumentation und Therapieplan umfassend die Prozessqualität einer Reha-Einrichtung bewertet, und zwar durch geschulte leitende Ärzte anderer Reha-Einrichtungen. Hierfür steht ihnen ein differenziertes Manual zur Verfügung, in dem festgehalten ist, welche Prozessmerkmale für welche Bereiche erfüllt werden sollen. Für der Rehabilitation nachfolgende Leistungen werden im Manual unter dem Punkt „weitere Therapie“ explizit Empfehlungen zu strukturierten Nachsorgemaßnahmen beschrieben, die von der Reha-Einrichtung erwartet werden. Von den Peers wird sowohl geprüft, ob eine Indikation für nachfolgende Leistungen besteht, und wenn ja, ob die Reha-Einrichtung geeignete Maßnahmen zu deren Umsetzung durchgeführt hat (Baumgarten, Klosterhuis 2007). Durchweg in allen Indikationen werden von den Peers für diesen Bereich der Prozessgestaltung überwiegend eher wenig Mängel festgestellt. Der Anteil „keine Mängel“ liegt in der Onkologie bei 69 % der geprüften Fälle, in der Kardiologie sind es 71 % und auch bei den Abhängigkeitserkrankungen, bei denen die nachfolgenden Leistungen einen besonders hohen Stellenwert haben, werden bei 71 % keine Mängel festgestellt. Erneut ist darauf hinzuweisen, dass diese Angaben Durchschnittswerte darstellen. Die Werte für einzelne Reha-Einrichtungen können davon stark abweichen und variieren zwischen 40 % ohne Beanstandung und 95 % ohne Beanstandung. Da den Reha-Einrichtungen die Ergebnisse regelmäßig zurückgemeldet werden, besteht für sie ein deutlicher Anreiz, Prozessbereiche mit einer höheren Beanstandungsrate zu optimieren.

Reha-Therapiestandards

Auch mit dem Ziel, die bereits mehrfach angesprochene große Varianz zwischen den Reha-Einrichtungen zu reduzieren, hat die Rentenversicherung seit einigen Jahren für relevante Diagnosengruppen in der medizinischen Rehabilitation Reha-Therapiestandards (RTS) entwickelt. Sie verfolgen ebenfalls den Ansatz, der Rehabilitation insgesamt eine höhere Evidenzorientierung zu geben. In einem umfangreichen wissenschaftlichen Verfahren wird jeweils geprüft, für welche Behandlungsverfahren der Rehabilitation Evidenz vorliegt. Für die jeweiligen bedeutsamen Behandlungen werden unter Beteiligung von Reha-Klinikern, Reha-Wissenschaftlern und Vertretern von Selbsthilfeorgani-

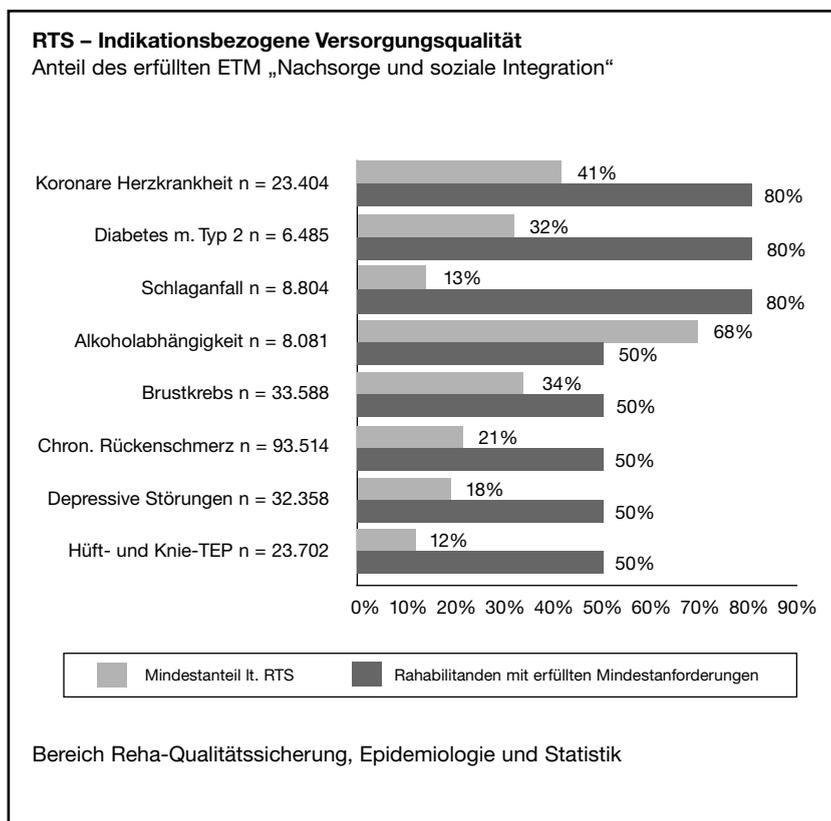
Abb. 3



sationen sog. evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) formuliert, in denen Anforderungen für die zu erbringenden Leistungen festgelegt sind. Die Reha-Therapiestandards beziehen sich immer auf alle Rehabilitanden, die einer bestimmten Diagnosegruppe zuzuordnen sind. Zwischenzeitlich wurden 11 Standards entwickelt und hierunter finden sich solche für die Rehabilitation bei Diabetes mellitus Typ 2, Brustkrebs (DRV Bund, Reha-Therapiestandards Brustkrebs 2009), Koronare Herzkrankheit, aber auch Alkoholabhängigkeit. Beispielhaft sind in der Abbildung 3 die Therapiemodule der Reha-Therapiestandards Brustkrebs dargestellt. Den Anforderungen ist dabei jeweils die durchschnittliche Erfüllung durch die Reha-Einrichtungen gegenübergestellt.

Auch die Leistungsinhalte der klinischen Sozialarbeit sind Bestandteil der Therapiestandards. Dabei sind deren Aufgaben so spezifiziert, dass der Vorbereitung und Organisation der Nachsorge jeweils ein eigenes Therapiemodul vorbehalten ist. Im Ergebnis bedeutet das, dass es zu den Anforderungen an eine Rehabilitationsklinik gehört, für einen bestimmten Anteil ihrer Rehabilitanden Leistungen im Sinne der Vorbereitung und Organisation von Nach-

Abb. 4



sorge zu erbringen. Der Anteil der Rehabilitanden, für die entsprechende Leistungen erwartet werden, variiert in Abhängigkeit von der Diagnosegruppe zwischen 50 % und 80 %. Bei entsprechenden Auswertungen zeigt sich, dass im Durchschnitt für keinen der bisherigen Reha-Therapiestandards diese Anforderungen bereits vollständig erfüllt werden. Der Anteil der mit entsprechenden Leistungen versorgten Rehabilitanden liegt überwiegend unter 50 %. Lediglich bei den Therapiestandards für Alkoholabhängigkeit werden 68 % der Rehabilitanden mit Leistungen in entsprechendem Umfang versorgt (Abb. 4).

Aus zwei Gründen muss dieses Ergebnis jedoch nicht zu negativ bewertet werden. Zum einen kommt hier ein spezifischer Teilbereich „klinische Sozialarbeit“ zur Darstellung, der bewusst separat dargestellt werden soll, aber im klinischen Alltag bisher oft nicht so dargestellt wird. Zum anderen sind die Reha-Therapiestandards im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung ein neues Instrument, und die Einrichtungen hatten in der Vergangenheit keine Informationen über die Anforderungen und deren Erfüllung. Erste Erfahrungen am Beispiel der koronaren Herzkrankheit – diese Reha-Therapiestandards sind bereits länger eingeführt – zeigen, dass auch hier die einrichtungsbezogene Rückmeldung der Ergebnisse Wirkung zeigt. So nähern sich insgesamt die therapeutischen Leistungen in dieser Diagnosegruppe den Anforderungen an. Die Verfügbarkeit der Reha-Therapiestandards erweitert die Aussagemöglichkeiten zur Qualität von Rehabilitationseinrichtungen deutlich.

Therapeutische Versorgung (KTL)

Neben den Reha-Therapiestandards, die die Anforderungen für die Therapie formulieren, wird das gesamte therapeutische Leistungsgeschehen nach der „Klassifikation Therapeutischer Leistungen“ (KTL) für jeden Rehabilitanden dokumentiert und damit auswertbar (Zander et al. 2009). In dem sehr breiten Gesamtspektrum der Leistungen ist ebenfalls der Bereich „klinische Sozialarbeit“ vertreten. Im Folgenden sollen zwei spezifische Leistungen aus diesem Bereich ausführlicher dargestellt werden und zwar die „Vor- und Nachbereitung der Teilnahme an Selbsthilfegruppen“ und die „Vermittlung in Selbsthilfegruppen“. Am Beispiel der Rehabilitanden mit Ischämischen Herzerkrankungen, die in kardiologischen Fachabteilungen rehabilitiert werden, lässt sich zeigen, dass etwa ein Drittel der Rehabilitanden während der Maßnahmen mindestens eine der beiden genannten therapeutischen Leistungen erhält. Anhand zahlreicher soziodemografischer und krankheitsbezogener Merkmale lässt sich prüfen, ob Teilgruppen mit ischämischer Herzkrankheit mehr dieser Leistungen erhalten oder weniger. Diese Annahme bestätigt sich für die meisten Merkmale nicht. Die Leistungen sind z. B. bei Männern und Frauen und in den unterschiedlichen Altersgruppen der Rehabilitanden sehr ähnlich verteilt. Etwas intensiver ist die Versorgung bei den Teilgruppen, denen im Anschluss an die Rehabilitation eine stufenweise Wiedereingliederung oder ein Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben empfohlen wird. Die arbeitslos entlassenen Rehabilitanden erhalten ebenfalls etwas mehr

Leistungen. Auch die Einschätzung der Rehabilitationseinrichtung zur zukünftigen Erwerbsfähigkeit der Rehabilitanden zeigt Auswirkungen auf die therapeutischen Leistungen. Wird die zukünftige Erwerbsfähigkeit kritisch beurteilt nimmt der Anteil der Rehabilitanden mit den spezifischen Leistungen der klinischen Sozialarbeit bis auf 40 % zu. Insgesamt ist es jedoch so, dass auch hier die Versorgungsroutine der einzelnen Kliniken deutlich stärkere Abweichungen zeigen, als sie sich aus den Merkmalen der Rehabilitanden ableiten lassen. Maßgeblich ist sozusagen der „Stil des Hauses“.

Zusammenfassung und Ausblick

Das Ziel der Rehabilitation der Rentenversicherung ist der langfristige Erhalt der Erwerbsfähigkeit ihrer Versicherten. Dieses Ziel ist ein langfristiges und lässt sich nur erreichen, wenn es gelingt, die Rehabilitanden zu einer aktiven Mitwirkung zu motivieren und für ein zielorientiertes nachhaltiges Eigenengagement zu gewinnen. Die Rehabilitation selbst stellt dabei die Initialzündung dar, die Zielerreichung kann anschließend durch spezifische strukturierte Nachsorgeprogramme und Inanspruchnahme von Selbsthilfe unterstützt werden. Insofern ist die Selbsthilfe fester Bestandteil der konzeptionellen Überlegungen zur Rehabilitation der Rentenversicherung.

Die Qualität der Rehabilitation der Rentenversicherung wird durch ein umfangreiches Programm gesichert. Qualitätsbewertungen erfolgen aus unterschiedlichen Perspektiven und zu verschiedenen Bereichen. In allen Instrumenten und Verfahren der Reha-Qualitätssicherung sind die Aspekte Nachsorge und Selbsthilfe verankert. Auch bei den Neuentwicklungen – z. B. den Reha-Therapiestandards – wird ein spezifischer Schwerpunkt auf die der Rehabilitation nachfolgenden Leistungen gelegt. Die derzeit bestehenden großen Klinikunterschiede sollen durch einrichtungsbezogene Berichte zur Reha-Qualitätssicherung und insbesondere die festgelegten Anforderungen in den Reha-Therapiestandards reduziert werden. Die Ergebnisse der Reha-Qualitätssicherung zeigen, dass die Selbsthilfe in den Einrichtungen einen festen Stellenwert hat. Die Vermittlung von Informationen und Anregungen zur Beteiligung an Selbsthilfegruppen, oder sogar zur Initiierung von Gruppengründung durch die Rehabilitanden insbesondere in Indikationen, die ein flächendeckendes Angebot nicht ermöglichen, bleibt für die Reha-Einrichtungen eine große Herausforderung. Selbsthilfe-Kontaktstellen, die auf diese Fragestellungen spezialisiert sind, bieten hier ihre Unterstützung an.

Literatur

- Baumgarten, Eckehard; Klosterhuis, Here: Aktuelles aus der Reha-Qualitätssicherung: Peer Review-Verfahren ausgewertet – bessere Reha-Qualität, aber deutliche Unterschiede zwischen Reha-Einrichtungen. In: RVaktuell, Jg. 54 (2007), H. 5, S. 152-154.
- Baumgarten, Eckehard; Lindow, Berthold; Klosterhuis, Here: Wie gut ist die ambulante Rehabilitation? Aktuelle Ergebnisse der Reha-Qualitätssicherung. In: RVaktuell, Jg. 55 (2008), H. 11, S. 335-342.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Gemeinsame Empfehlung zur Förderung der Selbsthilfe (2004).

- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Positionspapier Rehabilitation (2010b).
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung (2009).
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Reha-Bericht 2010 . Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik (2010a).
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Vgl. Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Reha-Nachsorge (2007). Siehe im Internet unter: www.deutsche-rentenversicherung-bund.de (Zielgruppen: Sozialmedizin und Forschung/Konzepte und Systemfragen /Konzepte/Nachsorge).
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Rehabilitation: Was erwartet mich dort? (2010).
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Reha-Therapiestandards Brustkrebs – Leitlinie für die medizinische Rehabilitation (2009).
- Ernst, Gundula: Nachsorge in der Medizinischen Rehabilitation – Welche Erfolgsfaktoren lassen sich erkennen? Ergebnisse einer systematischen Literaturanalyse. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): 19. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium (Referate) Tagungsband (2010).
- Gerdas, Nikolaus; Bührlen, Bernhard; Lichtenberg, Stephanie; Jäckel, H. Wilfried: Rehabilitationsnachsorge – Analyse der Nachsorgeempfehlungen und ihrer Umsetzung. In: Bengel, Jürgen, Jäckel, H. Wilfried (Hrsg.): Rehabilitationswissenschaften, Rehabilitationspsychologie, Rehabilitationsmedizin, S. Roderer-Verlag (2005) Band 10.
- Höder, Jürgen; Deck, Ruth: Nachsorge Wunsch und Wirklichkeit aus dem Blickwinkel von Rehabilitanden mit muskuloskelettalen Erkrankungen. In: Deck, Ruth; Glaser-Möller, Nathalie, Remé, Thomas (Hrsg.): Rehabilitation und Wiedereingliederung. Der Rehabilitand im Mittelpunkt, Lippe Verlag (2008) S. 97-125.
- Höfllich, Anke; Matzat, Jürgen; Meyer, Friedhelm; Knickenberg, J. Rudolf; Bleichner, Franz; Merkle, Wolfgang; Reimer, Christian; Franke, Wolfram; Beutel, E. Manfred: Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppen und Psychotherapie im Anschluss an eine stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung. In: Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie Jg. 57 (2007), H. 5, S. 213-220.
- Klosterhuis, Here: Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung – eine kritische Bestandsaufnahme. In: RVaktuell, Jg. 57 (2010b), H. 8, S. 260-268.
- Klosterhuis, Here; Baumgarten, Eckehard; Beckmann, Ulrike; Erbstößer, Sabine; Lindow, Berthold; Naumann, Barbara; Widera, Teresia; Zander, Janett: Ein aktueller Überblick zur Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung. In: Die Rehabilitation, Jg. 49 (2010a), S. 356-367.
- Klosterhuis, Here; Gross, Brigitte; Winnefeld, Marlies: Erfolgreiche Rehabilitation braucht Nachsorge und Selbsthilfe – Ihr Stellenwert in der Rehabilitation der Bundesversichertenanstalt für Angestellte (BfA). In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (Hrsg.). Selbsthilfegruppenjahrbuch 2002, Eigenverlag (2002), S. 90-100.
- Köpke, Karl-Heinz: Erfolgreiche Rehabilitation braucht Nachsorge. Auf gutem Wege und dennoch großer Handlungsbedarf. In: Weber, Andreas (Hrsg.): Gesundheit – Arbeit – Rehabilitation. Festschrift für Wolfgang Slesina. Regensburg: S. Roderer Verlag (2008), S. 71-90.
- Korsukéwitz, Chritiane; Rehfeld, Uwe: Rehabilitation und Erwerbsminderung – ein aktueller Überblick. In: RVaktuell, Jg. 56 (2009), H. 10, S. 335-344.
- Lindow, Berthold; Grünbeck, Peter: Nachsorge nach medizinischer Rehabilitation – Wer nimmt welche Leistungen in Anspruch? In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): 17. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium (Referate) Tagungsband (2008).
- Meixner, Katja; Lubenow, Bert; Brückner, Ulrike; Gerdas, Nikolaus: Weiterentwicklung und Validierung eines Verfahrens zur Visitation von Rehabilitationseinrichtungen. In: Die Rehabilitation, Jg. 45 (2006), H. 3, S. 152-60.
- Rische, Herbert: Die Herausforderungen annehmen – Den Wandel gestalten – Die Rehabilitation zukunftsfest machen. In: RVaktuell Jg. 54 (2007), H. 1/2, S.2-8.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Selbsthilfe im Gesundheitsbereich (2004).
- Sibold, Manuela; Mittag, Oskar; Kulick, Barbara; Müller, Evelin; Opitz, Ursula; Jäckel, H. Wilfried: Prädiktoren der Teilnahme an medizinischer Rehabilitationsnachsorge bei erwerbstätigen Patienten mit chronischen Rückenschmerzen. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): 19. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium (Referate) Tagungsband (2010).

Widera, Teresia: Aktuelles aus der Reha-Qualitätssicherung – neue Ergebnisse der Rehabilitandenbefragung. In: RVaktuell, Jg. 57 (2010), H.4, S. 153-159.

Widera, Teresia; Klosterhuis, Here: Patientenorientierung in der Praxis – 10 Jahre Rehabilitandenbefragung im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung. In: RVaktuell, Jg. 54 (2007), H. 6, S. 177-182.

Zander, Janett; Beckmann, Ulrike; Somhammer, Bruno; Klosterhuis, Here: Therapeutische Versorgung in der medizinischen Rehabilitation – mehr Transparenz mit der Klassifikation therapeutischer Leistungen. In: RVaktuell, Jg. 56 (2009), H. 5/6, S. 186-194.

Dr. Here Klosterhuis ist Leiter des Bereichs Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik der Deutschen Rentenversicherung Bund. Berthold Lindow ist als Referatsleiter und Barbara Naumann als Mitarbeiterin in diesem Bereich tätig.