

Trägerübergreifende Zusammenarbeit - Koordinierung und Kooperation

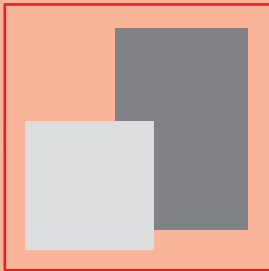
Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) ist die gemeinsame Repräsentanz der Verbände der gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherung, der Deutschen Rentenversicherung Bund, des Gesamtverbandes der landwirtschaftlichen Alterskassen, der Bundesagentur für Arbeit, der Bundesländer, der Spitzenverbände der Sozialpartner sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Förderung und Koordinierung der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen.



PRAXISLEITFADEN

Strategien zur Sicherung der Nachhaltigkeit
von Leistungen

zur **medizinischen Rehabilitation**



PRAXISLEITFADEN

Strategien zur Sicherung der Nachhaltigkeit
von Leistungen

zur medizinischen Rehabilitation

Herausgeber: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)
Walter-Kolb-Straße 9-11
60594 Frankfurt am Main
Telefon 069.6050180
Telefax 069.60501829
info@bar-frankfurt.de
www.bar-frankfurt.de

Frankfurt am Main - Februar 2008
ISBN 3-9807410-9-5

INHALT

VORWORT		6	
KAPITEL 1	1.0	Einleitung	8
	1.1	Sinn und Zweck von Nachhaltigkeitsstrategien im rehabilitativen Kontext	8
	1.1.1	Zielsetzung: Lebensstiländerung	10
	1.1.2	Zielsetzung: Wiedereingliederung in das Arbeitsleben	11
	1.1.3	Zielsetzung: Vermeidung von Beeinträchtigungen der Teilhabe, insbesondere von Pflegebedürftigkeit	12
	1.2	Mangelnde Umsetzung nachsorgender Aktivitäten und Gründe hierfür	13
KAPITEL 2	2.0	Strategien und Instrumente für die Sicherung der Nachhaltigkeit von Rehabilitationsleistungen	14
	2.1	Förderung von Motivation und Eigenbefähigung	14
	2.1.1	Motivationale Gesprächsführung	15
	2.1.2	Konkrete Handlungs- und Bewältigungsplanung	16
	2.2	Strategien und Instrumente vor und während der Rehabilitationsleistung	17
	2.2.1	Informationsaustausch innerhalb des Reha-Teams	18
	2.2.2	Vermittlung von Wissen und Handlungskompetenz	18
	2.2.3	Konkrete Planung nachsorgender Aktivitäten mit dem Rehabilitanden	19
	2.2.4	Thematisierung berufs- und arbeitsplatzbezogener Aspekte	20
	2.2.5	Berücksichtigung der Lebenslage von Pflegebedürftigkeit bedrohter/ betroffener Rehabilitanden	22
	2.2.6	Strategien und Instrumente speziell in der Entlassungsphase	23
	2.3	Strategien und Instrumente nach Abschluss der Rehabilitationsleistung	25
	2.3.1	Ansprechpartner für die postrehabilitative Phase	26
	2.3.2	Kontaktpflege zwischen Reha-Einrichtung und Rehabilitanden	26
KAPITEL 3	3.0	Nachsorgeangebote der Leistungsträger	28
KAPITEL 4	4.0	Die Rolle der Selbsthilfe in der medizinischen Rehabilitation	30
KAPITEL 5	5.0	Anhang	32
	5.1	Das bio-psycho-soziale Modell (ICF)	32
	5.2	Literaturverzeichnis	33
	5.3	Musternachsorgepass	36
	5.4	Beispielhafte Nachsorgemodelle und Praxisbeispiele der Leistungsträger	39
	5.4.1	Erkrankungen der Bewegungsorgane	39
	5.4.2	Psychische und Verhaltensstörungen	40
	5.4.3	Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems	40
	5.4.4	Krankheiten des Verdauungssystems / Stoffwechselkrankheiten	41
	5.4.5	Erkrankungen der Atemwege	41
	5.4.6	Neurologische Erkrankungen	41
	5.4.7	Abhängigkeitserkrankungen	42
	5.4.8	Reha-Nachsorge bei Kinder und Jugendlichen	42
	5.5	Verzeichnis der Mitwirkenden an der Erarbeitung des Praxisleitfadens	44

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bezwecken, Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden oder eine Verschlimmerung dieser zu verhüten. Weitere Zielsetzungen sind die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und die Vermeidung von Einschränkungen bzgl. der Erwerbsfähigkeit.

Zur Erreichung dieser Ziele und zur Festigung des in der Rehabilitation Angestoßenen kann auch im Anschluss an die zeitlich begrenzte Rehabilitationsleistung Handlungsbedarf bestehen. Beispielsweise bedarf es häufig nach erfolgter medizinischer Rehabilitation einer dauerhaften Umsetzung der im Reha-Verfahren eingeübten Verhaltens- und Lebensstiländerungen, um einen nachhaltigen Rehabilitationserfolg zu erzielen. Nicht selten tritt jedoch im Anschluss an die erfolgreich verlaufene Rehabilitation bei den Rehabilitanden der so genannte "Praxisschock" auf, also die Konfrontation mit dem Arbeits- und Familienalltag begleitet vom Verlust der Motivation zur Lebensstiländerung. Oder es ist nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation eine weitere Unterstützung des Rehabilitanden¹ zur Ermöglichung des Wiedereintritts ins Berufsleben und zur Vermeidung erneuter Arbeitsunfähigkeit erforderlich.

Aus diesen Gründen ist es wichtig, Strategien zur Sicherung der Nachhaltigkeit von medizinischen Rehabilitationsleistungen zu finden, die auf Grundlage des bio-psycho-sozialen Ansatzes der ICF (siehe Kapitel 5.1)² die Eigenverantwortung des Rehabilitanden als selbstbestimmte Persönlichkeit betonen und als „Brücke“ zwischen zeitlich begrenzter Rehabilitationsleistung und dem Alltagsleben des Rehabilitanden fungieren.

Der Praxisleitfaden gibt Hilfestellung dazu, wie die Nachhaltigkeit des Rehabilitationserfolges schon von der Rehabilitationseinrichtung aus vorbereitet und in die Wege geleitet werden kann. Es wird aufgezeigt, wie der Rehabilitand auch im Anschluss an eine medizinische Rehabilitationsleistung

¹ Um den Lesefluss nicht zu beeinträchtigen, wird im weiteren Verlauf die maskuline Form gewählt. Es sind aber immer Männer und Frauen gleichermaßen gemeint.

² Im Sinne des bio-psycho-sozialen Ansatzes der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) ist Behinderung eine negative Wechselwirkung zwischen dem Gesundheitsproblem und den Kontextfaktoren. D.h., der Zustand der funktionalen Gesundheit einer Person findet vor ihrem gesamten Lebenshintergrund, einschließlich Förderfaktoren und Barrieren, Beachtung.



tung gefördert und begleitet werden kann³.

Zielgruppe des Praxisleitfadens sind Ärzte, Therapeuten und die weiteren Mitglieder des Reha-Teams sowie die betroffenen Rehabilitanden selbst. Weiter wendet sich der Praxisleitfaden an niedergelassene Ärzte, die nach abgeschlossener Rehabilitation für die Weiterbehandlung des Rehabilitanden zuständig sind und eine unterstützende Rolle in der Erreichung der Nachhaltigkeit übernehmen können, sowie an die den Rehabilitanden durch Beratung zur Seite stehenden Mitarbeiter der Rehabilitationsträger und Gemeinsamen Servicestellen.

³ Dieser Praxisleitfaden thematisiert Nachhaltigkeitsstrategien im Anschluss an Leistungen der medizinischen Rehabilitation. Auch im Kontext von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (vgl. insofern u.a. www.arbeitsagentur.de) sind Nachhaltigkeitsstrategien wichtig, werden jedoch aufgrund des Umfangs der Thematik in diesem Praxisleitfaden nicht berücksichtigt.

1.0 Einleitung

■ 1.1 Sinn und Zweck von Nachhaltigkeitsstrategien im rehabilitativen Kontext

Eine Vielzahl von Studien belegt den Erfolg durchgeführter medizinischer Rehabilitationsleistungen, gleichzeitig wird aber auch dokumentiert, dass sich die erzielten positiven Effekte im Laufe der Zeit wieder verringern können. Die für einen langfristigen Rehabilitationserfolg oft notwendigen Verhaltens- und Lebensstiländerungen sind Prozesse, die im Rahmen einer mehrwöchigen (i.d.R. 3 Wochen) Rehabilitationsleistung eingeleitet, aber oft noch nicht ausreichend verfestigt werden können⁴.

Das SGB IX und der mit ihm eingeläutete Paradigmenwechsel „Teilhabe statt Fürsorge“ stellen den einzelnen Menschen als selbstbestimmte Persönlichkeit in den Mittelpunkt des Rehabilitationsgeschehens. Die Rehabilitation fokussiert nicht allein auf Schädigungen sowie daraus resultierender Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe, sondern will mit ihrem komplexen Ansatz die Betroffenen befähigen, „Selbstbestimmung über das eigene Leben“ zu ergreifen, d.h. Ressourcen zu mobilisieren und Fähigkeiten zu entwickeln, die eigene Zukunft aktiv mitzugestalten.

Empowerment als integraler Bestandteil des Rehabilitationsprozesses zielt darauf ab, die Handlungsfähigkeit des Einzelnen im Kontext zur Umwelt zu erhöhen, damit dieser trotz seiner Beeinträchtigungen individuelle Handlungsspielräume erkennen und nutzen kann. Eigenverantwortung und Entscheidungsfähigkeit müssen für dieses Ziel gestärkt werden.

Doch wie können Rehabilitanden ermuntert und befähigt werden, Strategien zur Überwindung ihrer beeinträchtigten Aktivitäten/Teilhabe zu entwickeln und – auch gemeinsam mit anderen – erfolgreich umzusetzen? Geeignete Ansätze gruppieren sich um die Begriffe „Fähigkeiten, Kompetenzen und Ressourcen“. Unter Kompetenzen werden Fähigkeiten verstanden, die benötigt werden, um den individuellen Anforderungen gerecht zu werden. Auf der persönlichen Ebene geht es zunächst darum, die eigene Situation zu erkennen und zu akzeptieren und den Wunsch und die Bereitschaft, diese Situation selbst in die Hand zu nehmen und aktiv zu gestalten. Hierzu gilt es, den Fokus auf vorhandene Ressourcen und Kompetenzen zu

⁴ Deck und Raspe 2004, S.55; Haaf, 2005



richten, um so das Selbstwertgefühl hervorzuheben, das Kontrollbewusstsein zu stärken und Bewältigungsstrategien zu erlernen.

Auf der Ebene der Teilhabe gilt es, die Rehabilitanden für die Erkenntnis zu sensibilisieren, dass auch andere Personen als die Rehabilitanden ähnlich gelagerte Probleme haben. Aus der Interaktion mit diesen können gemeinsame Interessen entwickelt und Ziele formuliert werden. Individueller Veränderungswillen und gemeinsam formulierte Ziele gehen in die Strategie zur Zielerreichung ein. Hierzu gehört, ebenso Einfluss auf Kontextfaktoren zu nehmen wie auch Netzwerke und Unterstützungsstrukturen zu nutzen, um die eigenen Interessen umzusetzen.

In diesem Zusammenhang ist insbesondere die Motivationsförderung während des Rehabilitationsprozesses von entscheidender Bedeutung und ein unverzichtbarer Bestandteil der Rehabilitationsleistungen. Durch das Aufzeigen von Wegen der Eigeninitiative und die Ermunterung des Rehabilitanden, geeignete nachsorgende Aktivitäten in seiner Umgebung wahrzunehmen, wird die Rückkehr des Rehabilitanden in seinen Lebensalltag vorbereitet.

Diese Verstetigung des Rehabilitationserfolges ist ein Weg hin zur möglichst umfassenden Teilhabe, also zur langfristigen Sicherung der sozialen Integration und der jeweils größtmöglichen Selbständigkeit in der Alltagsbewältigung. Letztendlich können durch die Festigung des Rehabilitationserfolges Kosten eingespart werden, da Behandlungskosten und Geldleistungen vermieden werden können. Deshalb ist auch aus Sicht der Rehabilitationsträger die Sicherung der Nachhaltigkeit des Rehabilitationserfolges sinnvoll. Je nach zuständigem Rehabilitationsträger können unterschiedliche Schwerpunkte für die Zielsetzung von Nachhaltigkeitsstrategien vorliegen. Während die Träger der Rentenversicherung und die Träger der Unfallversicherung primär die Wiedereingliederung in das Arbeitsleben für ihre Rehabilitanden anstreben (Zielsetzung „Rehabilitation vor Rente“), haben es die Träger der Krankenversicherung vornehmlich mit Rehabilitanden zu tun, bei denen durch Rehabilitation Pflegebedürftigkeit (Zielsetzung „Rehabilitation vor Pflege“) oder eine Behinderung als Folge chronischer Krankheiten vermieden bzw. gebessert oder die Verschlimmerung verhindert werden soll.

Alles in allem lassen sich – im Sinne der (Wieder-) Erreichung einer möglichst umfangreichen Teilhabe des behinderten oder von einer Behinderung bedrohten Menschen – für die Sicherung der Nachhaltigkeit des Rehabilitationserfolges folgende Ziele und Aufgaben nennen:

- Wiedereingliederung in das Arbeitsleben
- Vermeidung von Pflegebedürftigkeit
- Professionelle Unterstützung der Betroffenen bei der Identifizierung ihrer Ressourcen
- Nutzung ihrer Gestaltungsspielräume
- Dauerhafte Lebensstiländerung.

■ 1.1.1 Zielsetzung: Lebensstiländerung

Der Rehabilitand kann bei seinen Bemühungen unterstützt werden, das während der Rehabilitationsleistung als gesundheitsschädigend erkannte Verhalten abzubauen und das geänderte gesundheitsfördernde Verhalten auf Dauer stabil, d.h. nachhaltig, in den Alltag zu integrieren.

Eine Lebensstiländerung ist dann angezeigt, wenn:

- verhaltensabhängige Risikofaktoren vorliegen, die Folgekrankheiten hervorrufen können, wie z.B. Rückenschmerzen, Diabetes, koronare Herzkrankheiten oder
- bereits manifeste Erkrankungen vorliegen, deren Verlauf durch verhaltensabhängige Risikofaktoren negativ beeinflusst wird, wie z.B. chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD).

Verhaltensabhängige Risikofaktoren können z.B. sein:

- Bewegungsmangel
- Fehlernährung (Über- oder Untergewicht)
- Suchtmittelkonsum
- Medikamentenmissbrauch
- Stress und psychosoziale Belastungssituationen.

Um verhaltensabhängigen Risikofaktoren entgegenzuwirken, sollte der Rehabilitand zu Folgendem befähigt werden:

- Aufrechterhaltung eines auf ihn abgestimmten Bewegungsprogramms
- Praktizieren einer gesunden, indikationsbezogen ausgewogenen Ernährung
- Angemessener Umgang mit Genussmitteln und Medikamenten (z.B. mit Hilfe von Nichtrauchertraining, Interventionsprogrammen bei Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch)
- Stress- und Problembewältigung durch geeignete Strategien.

■ 1.1.2 Zielsetzung: Wiedereingliederung in das Arbeitsleben

Die zentrale Zielsetzung der Rehabilitation durch Renten- und Unfallversicherung ist der Erhalt bzw. die Wiederherstellung der beruflichen Leistungsfähigkeit. Diese hängt von physischen und psychischen Merkmalen ab. Um den langfristigen Rehabilitationserfolg zu optimieren, bedarf es – neben einer berufs- und arbeitsplatzbezogenen medizinischen Rehabilitation – geeigneter Strategien zur Sicherung der Nachhaltigkeit der medizinischen Rehabilitation und ggf. der Reha-Nachsorge.

Dies kann, neben der Förderung einer oft notwendigen Änderung des Lebensstils (siehe oben), z.B. umgesetzt werden durch:

- Förderung einer positiven subjektiven Erwerbsprognose, Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung, auch bzgl. der beruflichen Leistungsfähigkeit
- Ausrichtung der medizinischen Rehabilitation an den individuellen beruflichen Anforderungen und den noch vorhandenen Fähigkeiten
- Rechtzeitige und systematische Einbindung von Betriebsärzten (ggf. auch behandelnden Ärzten), Reha-Fachberatern/Berufshelfern und dem jeweiligen Arbeitgeber als Verantwortlichen für das Betriebliche Eingliederungsmanagement nach § 84 Abs. 2 SGB IX⁵ zwecks Klärung, wie die Arbeitsunfähigkeit (AU) überwunden bzw. dem Eintritt von AU vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann
- Nach länger andauernder, schwerer Krankheit schrittweise Wiederheranführung an die volle Arbeitsleistung im Rahmen einer stufen-

⁵ Vgl. Hilfestellung für Unternehmen zur Einführung eines betrieblichen Eingliederungsmanagements (§ 84 Abs. 2 SGB IX) – Handlungsleitfaden. Abrufbar unter www.bar-frankfurt.de

weisen Wiedereingliederung (i.S.d. § 28 SGB IX)⁶

- Ggf. Vorbereitung beruflicher Neuorientierung bereits während der medizinischen Rehabilitation, z.B. durch Information über Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

■ 1.1.3 Zielsetzung: Vermeidung von Beeinträchtigungen der Teilhabe, insbesondere von Pflegebedürftigkeit

In der gesetzlichen Krankenversicherung ist es Aufgabe der Rehabilitation, Beeinträchtigungen der Teilhabe abzuwenden oder zu mindern sowie Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

Ziel ist dabei insbesondere

- die möglichst umfassende Wiederherstellung des ursprünglichen Niveaus der Aktivitäten/Teilhabe
- die Nutzung verbliebener Funktionen oder Aktivitäten bzw. die Entwicklung von Ersatzstrategien
- die Anpassung von Umweltbedingungen an bestehende Beeinträchtigungen
- Risiken entgegen zu wirken, die auf die weitere Entwicklung der Gesundheit bzw. der bestehenden Beeinträchtigungen negativen Einfluss haben.

Diese Ziele mit Blick auf die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit können z.B. nachhaltig umgesetzt werden durch:

- Befähigung zur Selbstversorgung (z.B. Ernährung, Körperpflege, Exkretion)
- Förderung der Selbständigkeit zur Fortbewegung
- Wiederherstellung von Kommunikationsfähigkeiten
- Befähigung zur körperlichen Beweglichkeit und Geschicklichkeit
- Befähigung zur Selbststrukturierung des Tagesablaufs.

⁶ Vgl. BAR-Arbeitshilfe für die stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess. Abrufbar unter www.bar-frankfurt.de

■ 1.2 **Mangelnde Umsetzung nachsorgender Aktivitäten und Gründe hierfür**

Untersuchungen haben ergeben, dass Empfehlungen zu nachsorgenden Aktivitäten nicht immer die notwendige Umsetzung erfahren⁷. Sich selbst zur Umsetzung der empfohlenen Aktivitäten zu motivieren, ist für die Rehabilitanden, insbesondere im Kontext des Arbeits- und Familienalltags mit all seinen Verpflichtungen und Forderungen, nicht immer einfach, zumal nachsorgende Aktivitäten „unbequem“ sein können (z.B. Aneignung neuer Verhaltensweisen wie mehr körperliche Bewegung) und somit Selbstüberwindung erfordern.

Studien zur Umsetzung von nachsorgenden Aktivitäten belegen aber auch, dass es nicht immer die fehlende Motivation ist, die einer Umsetzung des Empfohlenen im Wege steht. Verschiedene Faktoren in Person oder Umfeld des Rehabilitanden (im Sinne der ICF) können Hinderungsgründe sein. Bisweilen sind Empfehlungen zu nachsorgenden Aktivitäten nicht mit den Lebensumständen des Rehabilitanden in Einklang zu bringen. Beispielsweise können ungünstige Arbeitszeiten das regelmäßige Besuchen einer Wassergymnastikgruppe verhindern oder Stress und Kantinenessen eine bewusste Ernährung erschweren⁸.

Auch schon bei der Therapieplanung in der Rehabilitation selbst und bei der Empfehlung von nachsorgenden Aktivitäten sind von vorneherein die Lebensumstände des Rehabilitanden zu berücksichtigen.

Mögliche Barrieren können auch andere kulturelle Hintergründe oder Sprachprobleme bei Migranten sein.

⁷ Köpke 2004, S.11

⁸ Gerdes et al. 2005, S.71ff

■ 2.0 *Strategien und Instrumente für die Sicherung der Nachhaltigkeit von Rehabilitationsleistungen*

■ 2.1 *Förderung von Motivation und Eigenbefähigung*

Die Förderung von Motivation und Eigenbefähigung spielt zu jedem Zeitpunkt der Rehabilitationsleistung eine wichtige Rolle. Sowohl in den Schulungsprogrammen und Arztgesprächen während der Rehabilitation als auch beim Entlassgespräch ist Motivationsförderung ein wichtiger Bestandteil. Insbesondere durch gesundheitsförderndes Verhalten kann der Rehabilitand selbst zur Aufrechterhaltung des Rehabilitationserfolgs beitragen.

Es bedarf folglich geeigneter Strategien, die den Rehabilitanden beim „Einfügen der Verhaltensänderung in ihren Lebensplan“ helfen. Dazu gehört auch – mit Blick auf die Zeit nach der Rehabilitation – das Erlernen von Bewältigungsmöglichkeiten bei kritischen bzw. belastenden Situationen schon während des Reha-Aufenthaltes.

Je nach persönlichem und Erkrankungskontext bringen Rehabilitanden unterschiedliche Veränderungsbereitschaft und Beweggründe in Bezug auf ihre Gesundheit und die notwendige Verhaltensänderung mit. Den Rehabilitanden „dort abzuholen, wo er steht“ bedeutet, sich im therapeutischen Gespräch und in der individuellen Behandlungsplanung daran zu orientieren, inwieweit der Rehabilitand schon zur Veränderung seines Lebensstils bereit ist.

Dies bedeutet auch, dass je nach (vorliegender) Indikation oder Lebensabschnitt unterschiedliche Strategien der Motivationsförderung angewandt werden müssen. Dabei ist auf die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse, ggf. einen bestehenden Migrationshintergrund des Rehabilitanden, zu achten.

Bei Kindern und Jugendlichen z.B. kommen unter Berücksichtigung alters- und entwicklungsspezifischer Ressourcen und des jeweils zugrunde liegenden Krankheitsbildes in der Regel pädagogische und verhaltenstherapeutisch orientierte Strategien zum Einsatz. Hierbei gilt es auf das psychosoziale Umfeld (Familie, Kindergarten, Schule) in besonderem Maße



zu fokussieren. Dies geschieht vor allem im Vorschul- und Schulalter unter enger Einbindung der Eltern. Elternttraining zum motivationsfördernden Erziehungsverhalten und die Vermittlung krankheitsspezifischer Kompetenzen sind eine wesentliche Grundlage der Motivationsförderung. Die individuelle Motivierung unterliegt altersspezifischen Strategien (z.B. Verhaltensmodifikation durch altersadaptierte Belohnungssysteme, medienorientierte Einbindung von Jugendlichen). Eigenes Kompetenzerleben, insbesondere auch bei Sport- und Freizeitaktivitäten, kann das individuelle Krankheitsmanagement sowie die Motivation zum Transfer in den Alltag steigern und somit die soziale Integration fördern.

Beim geriatrischen Rehabilitanden gilt es ebenfalls besondere Faktoren zu berücksichtigen, die sich auf die Motivationslage und Motivationsförderung auswirken können. Diese können zum einen in der Person begründet sein, z.B. durch Beeinträchtigungen der Kognition, der Kommunikation oder des Verhaltens insbesondere auf Basis depressiver oder dementieller Erkrankungen, andererseits kann sich auch das gesellschaftliche Interesse an der eher jüngeren Generation hemmend auf die Motivation der betroffenen Person selbst als auch ihres Umfeldes auswirken. Aus diesem Grund gilt es, frühzeitig gemeinsam mit dem alten Menschen und unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes eine exakte Problemfokussierung vorzunehmen und ihm die persönliche Relevanz der Therapieangebote im Hinblick auf z.B. die Möglichkeiten des Verbleibs in der bisherigen Häuslichkeit, Verbesserungen der Lebensqualität und Verminderungen der Pflegeabhängigkeit auch bei eingeschränkter Mobilität aufzuzeigen. Hilfreich erweist sich hierbei, dass das prozedurale (motorische) Lernen auch bei kognitiv eingeschränkten Patienten relativ lange erhalten bleibt.

■ 2.1.1 **Motivationale Gesprächsführung**

Im Therapeut-Rehabilitanden-Kontakt bieten sich speziell entwickelte motivationsfördernde Gesprächsführungstechniken an. Eine solche Technik ist die motivierende Gesprächsführung („motivational interviewing“). Diese spezifische Beratungsmethode greift die Aspekte der Ambivalenz (Wille einerseits, tatsächliches Verhalten andererseits) auf. Motivation zur Veränderung gilt hier nicht als Voraussetzung, sondern als Ziel der Beratung. Die persönliche Ansprache in klienten-zentrierter Haltung und eine auf die

Stufen der Veränderung abgestimmte Gesprächstechnik sollen die Betroffenen darin unterstützen, ihre persönlichen Gesundheitsziele selbst definieren und verfolgen zu können.

■ 2.1.2 Konkrete Handlungs- und Bewältigungsplanung

Die medizinische Rehabilitation ist meist in der Lage, die Motivation zu Verhaltens- und Lebensstiländerungen beim Rehabilitanden anzustoßen. Dabei spielen schon während des Rehabilitationsaufenthalts Planungsinterventionen eine entscheidende Rolle. Sie stärken die selbstregulativen Fähigkeiten der Rehabilitanden und das Entwerfen konkreter Handlungspläne für das angestrebte „neue“ Verhalten.

- Handlungsplanung: Mit den Rehabilitanden zusammen werden Pläne für ihre nachsorgenden Aktivitäten entwickelt. Die Fragestellungen „Was?“, „Wann?“, „Wo?“, „Wie?“, „Mit wem?“ werden gemeinsam durchgegangen und erörtert. Zusätzlich wird die Selbstwirksamkeit des Rehabilitanden überprüft. Die Frage „Glaube ich, dass ich das neue Verhalten durchhalten kann?“ gehört ebenso dazu wie das Entwerfen einer Strategie zur konkreten Umsetzung („Wie könnte ich die oben formulierte Absicht an meinem Wohnort konkret umsetzen?“).
- Bewältigungsplanung: Die Verhaltensänderung kann noch effektiver unterstützt werden, wenn zusätzlich zu Handlungsplänen auch Bewältigungspläne erstellt werden. Umsetzungshindernisse und Widerstände werden im Sinne des bio-psycho-sozialen Ansatzes der ICF angesprochen und damit vorweggenommen. Fragen wie „Welche inneren Barrieren (z.B. fehlender eigener Antrieb) oder äußeren Hindernisse (z.B. berufliche Stresssituationen) könnten mein Zielverhalten zum Abbruch bringen?“ werden erörtert, und es werden gemeinsam entsprechende Bewältigungsmöglichkeiten entwickelt.

Es ist wichtig zu beachten, dass sich Rehabilitanden in unterschiedlichen Stadien befinden können: Verschiedene theoretische Modelle konzipieren Verhaltensänderungen von Personen als das Durchlaufen mehrerer (psychologischer) Stadien. Nach diesen Modellen werden Menschen gemäß den aktuellen Phasen, in welchen sie sich jeweils befinden, unterschieden. Folglich muss in verschiedener Art und Weise auf sie zugegangen werden.

Im Hinblick auf Gesundheitsverhaltensänderung lassen sich aus mehreren Modellen drei psychologische Stadien zusammenfassen:

- **Nicht-intentionales Stadium:** In diesem Stadium ist noch keine Intention zur Verhaltensänderung gebildet. Ein Grund hierfür kann im unzureichenden Wissen über die Gefahr des Risikoverhaltens liegen. Es ist aber auch möglich, dass trotz umfangreichen Wissens das Risikoverhalten aufrechterhalten wird und keine Bereitschaft zur Verhaltensänderung vorliegt.
- **Intentionales Stadium:** Die Verhaltensänderung wurde als notwendiges Ziel erkannt, und es liegt eine hohe Intention vor, Aktivitäten zu starten. Maßgeblich ist jetzt eine konkrete Planung der Herangehensweise zur Umsetzung der vorgenommenen Aktivitäten und zur Realisierung der anvisierten Ziele.
- **Aktionales Stadium:** Gesundheitsverhalten wird probenhalber oder schon routiniert ausgeführt. Die dauerhafte Integration des neuen Verhaltens in den Lebens- und Arbeitsalltag und damit eine Aufrechterhaltung des Erreichten sind jetzt relevante Schritte.

Ist das aktuelle psychologische Stadium eines Rehabilitanden bekannt, kann eine Intervention entsprechend individuell angepasst werden. Erste empirische Befunde bestätigen die Wirksamkeit maßgeschneiderter Planungsinterventionen. Solch ein individuell angepasster Plan geht auch in eine gemeinsame Zielvereinbarung zwischen Rehabilitand und Rehabilitationseinrichtung ein.

■ 2.2 ***Strategien und Instrumente vor und während der Rehabilitationsleistung***

Bei der Beratung über eine indizierte Rehabilitationsleistung verdeutlicht der behandelnde Haus- oder Facharzt dem Patienten, dass die vorgesehene ambulante oder stationäre Rehabilitation Teil eines umfassenden Prozesses ist. Der Patient wird somit frühzeitig dafür sensibilisiert, dass die Rehabilitationsleistung Teil einer Gesamtstrategie ist, deren förderliche Elemente im Alltag fortgeführt werden sollten, um einen anhaltenden Erfolg zu erzielen. Auf diese Weise kann die Motivation des Patienten zur aktiven Mitarbeit zusätzlich gefördert werden.

■ 2.2.1 Informationsaustausch innerhalb des Reha-Teams

Es ist wichtig, dass während der Rehabilitationsleistung vom gesamten Reha-Team ein Augenmerk darauf gelegt wird, inwiefern beim jeweiligen Rehabilitanden eine Notwendigkeit für nachsorgende Aktivitäten vorliegt. Dies ist insbesondere auch zur Absicherung der beruflichen Wiedereingliederung im Anschluss an die Rehabilitation oder zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit hilfreich. Deshalb sind Gespräche mit dem Rehabilitanden sinnvoll, in denen auf sein Krankheitsbild sowie seine berufliche, familiäre und häusliche Situation eingegangen wird. Hierbei sollte ein sich abzeichnender Bedarf frühzeitig thematisiert werden. Eine notwendige Voraussetzung bildet insoweit eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit, denn erst der interdisziplinäre Austausch innerhalb des Reha-Teams ermöglicht ein umfassendes Bild über die funktionale Gesundheit des Rehabilitanden. Liegt ein Bedarf an Reha-Nachsorge vor, sollten Therapeuten und Ärzte diesen gemeinsam abklären und den Rehabilitanden dabei unmittelbar mit einbeziehen.

■ 2.2.2 Vermittlung von Wissen und Handlungskompetenz

Die Vermittlung von ausreichendem Wissen und Handlungskompetenz ist eine notwendige Voraussetzung für die längerfristige Aufrechterhaltung von Verhaltensänderungen. Gesundheitsbildungsprogramme und Patientenschulungen sind deshalb zentrale Bestandteile der medizinischen Rehabilitation bei fast allen chronischen Krankheiten mit dem Ziel, die Mitarbeit der Betroffenen im Rehabilitationsprozess zu verbessern und ihre Fähigkeit zum selbstverantwortlichen Umgang mit ihrer Erkrankung (Selbstmanagement) in Kooperation mit professioneller Hilfe zu stärken. Durch den Erwerb von Wissen, Fertigkeiten und Kompetenzen wird der Rehabilitand in die Lage versetzt, Entscheidungen über seine Lebensführung zu treffen (Kapitel 1.1). Standardisierte Schulungsprogramme beinhalten deshalb in der Regel:

- Informationen über Krankheit und Behandlung
- Training von Fertigkeiten zur Selbstdiagnostik und -behandlung
- Motivierung, Verminderung von Risikofaktoren und Annahme eines gesundheitsförderlichen Lebensstils

- Verbesserung von Copingstrategien und Stressbewältigung sowie
- psychologische Unterstützung zum Abbau von Angst und Depression.

Mit Hilfe dieser Inhalte soll der Rehabilitand auf die Zeit nach der Rehabilitation vorbereitet werden, um bspw. eingeübte Bewegungsprogramme selbständig zu Hause weiterführen zu können.

Grundsätzlich sollten alle Rehabilitationseinrichtungen schriftliches Informationsmaterial zur Verfügung stellen, in dem der Rehabilitand auf für seine Indikation sinnvolle Reha-Nachsorgeaktivitäten und -programme aufmerksam gemacht wird.

■ **2.2.3 Konkrete Planung nachsorgender Aktivitäten mit dem Rehabilitanden**

Zeichnet sich die Notwendigkeit einer Reha-Nachsorge ab, ist die Planung nachsorgender Aktivitäten schon während der Rehabilitationsleistung unerlässlich. Im Sinne einer konkreten Handlungs- und Bewältigungsplanung muss die Thematik „Wie gestalte ich meine Zeit nach der Entlassung aus der Rehabilitation?“ besprochen werden.

Wie auch schon bei der Therapieplanung ist es unerlässlich, sich bereits zu Beginn der Rehabilitation einen Überblick vom für die Rehabilitation relevanten Lebenshintergrund des Rehabilitanden zu verschaffen und diesen in die weiteren Überlegungen einzubeziehen. Im Gespräch mit dem Rehabilitanden müssen Förderfaktoren und Barrieren, die einen Einfluss auf das Rehabilitationsziel haben können, identifiziert und bei den Empfehlungen zur Reha-Nachsorge entsprechend berücksichtigt werden.

Zusammen mit dem Rehabilitanden sollte, sofern sich während der Rehabilitation die Notwendigkeit einer Rehabilitationsnachsorge ergeben hat, spätestens in der Entlassungsphase (vgl. Kapitel 2.2.6) ein konkreter „Nachsorgeplan“ erarbeitet und die Nachsorgeziele sowie hierfür erforderlichen Strategien schriftlich festgehalten werden⁹. Sofern erforderlich ist darüber mit Einverständnis des Rehabilitanden die Abstimmung mit dem behandelnden Arzt/Betriebsarzt herbeizuführen.

⁹ Insbesondere im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung als integraler Bestandteil des Rehabilitationsplanes.

■ 2.2.4 Thematisierung berufs- und arbeitsplatzbezogener Aspekte

Die Wiedereingliederung in das Arbeitsleben im Anschluss an eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation ist ein wichtiges Ziel, auf das während der Durchführung der Leistung von der Rehabilitationseinrichtung gemeinsam mit dem Rehabilitanden hingewirkt werden muss. Für die Einrichtung bedeutet dies, dass sie die physische und psychische Leistungsfähigkeit mit dem Anforderungsprofil des Arbeitsplatzes bzw. mit den Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes abzugleichen hat. Eine Arbeitsplatzanamnese ist deshalb unverzichtbarer Bestandteil der medizinischen Rehabilitation. Insoweit kann es sich – unter Berücksichtigung der Regelungen zum Sozialdatenschutz – anbieten, zu Beginn oder während der Leistung Kontakt mit dem Betrieb oder dem Betriebsarzt aufzunehmen, um zu klären, ob und ggf. welche berufs- bzw. arbeitsplatzbezogenen Belastungen vorliegen und welche diesbezüglichen Aspekte im Rahmen der Rehabilitation zu berücksichtigen sind. Von Bedeutung sind diese Feststellungen insbesondere für die Planung und Gestaltung berufsbezogener Elemente der medizinischen Rehabilitation, wozu Arbeitsplatzanalyse und -beratung, arbeitsbezogene Leistungsdiagnostik, berufs-spezifische Belastungserprobung und ggf. Arbeitstherapie, arbeits- und berufsbezogene Trainingstherapie sowie Beratung hinsichtlich beruflicher Fragestellungen zu rechnen sind. Bei dieser Thematisierung berufs- und arbeitsplatzbezogener Aspekte ist auch die Arbeitsmotivation des Rehabilitanden mit einzubeziehen.

Ergeben sich im Rahmen der medizinischen Rehabilitation Anhaltspunkte dafür, dass für die berufliche Wiedereingliederung Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben angezeigt sind, ist dies mit dem Rehabilitanden zu besprechen und der Reha-Fachberater der Rentenversicherung bzw. der Berufshelfer/ Reha-Manager der Unfallversicherung bereits während der Leistung zur medizinischen Rehabilitation zu beteiligen. Bei schwerbehinderten Menschen könnte auch eine Beteiligung der Integrationsämter oder Integrationsfachdienste (§§ 109 ff. SGB IX) hilfreich sein. Vorrangiges Ziel muss es dabei sein, den Rehabilitanden zu befähigen, weiter seiner bisherigen Tätigkeit nachgehen zu können.

In Abhängigkeit davon, welche Ergebnisse während der Rehabilitation

erzielt werden konnten, muss insbesondere in der Entlassungsphase gemeinsam mit dem Rehabilitanden abgeklärt werden, ob er direkt im Anschluss an die Rehabilitation wieder im bisherigen zeitlichen Umfang an seinem Arbeitsplatz tätig sein kann. Dabei gilt es, die physische und psychische Leistungsfähigkeit des Rehabilitanden, wie sie sich nach Abschluss der Leistung zur medizinischen Rehabilitation darstellt, mit dem Anforderungsprofil des Arbeitsplatzes abzugleichen. Sofern sich Diskrepanzen zwischen der Leistungsfähigkeit des Rehabilitanden und den konkreten Anforderungen des Arbeitsplatzes ergeben, ist gemeinsam mit dem Rehabilitanden und ggf. unter Einbeziehung des Betriebes oder des Betriebsarztes nach Möglichkeiten zu suchen, wie die berufliche Wiedereingliederung, vorrangig am bisherigen Arbeitsplatz, unterstützt werden kann. Nach länger andauernder, schwerer Krankheit kann es z.B. sinnvoll sein, durch eine stufenweise Wiedereingliederung im Sinne von § 28 SGB IX den Rehabilitanden wieder an die volle Arbeitsbelastung heranzuführen. Die stufenweise Wiedereingliederung muss sodann von der Rehabilitationseinrichtung detailliert vorbereitet bzw. eingeleitet werden. Bei Betrieben, die über ein strukturiertes Betriebliches Eingliederungsmanagement nach § 84 Abs. 2 SGB IX verfügen, kann die Beteiligung des betrieblichen Integrationsteams eine Handlungsoption darstellen. Haben sich im Rahmen der medizinischen Rehabilitation Anhaltspunkte dafür ergeben, dass für eine voraussichtlich erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder besondere Hilfen für schwerbehinderte Menschen erforderlich sind, müssen entsprechende Anregungen im Entlassungsbericht nachvollziehbar begründet und dokumentiert werden. Dies gilt insbesondere dann, wenn die bisherige Arbeit nur mit Einschränkungen der Arbeitsgestaltung oder Arbeitsorganisation verrichtet werden könnte.

Berufsorientierte Elemente der medizinischen Rehabilitation sind bei Bedarf auch in der Reha-Nachsorge fortzusetzen. Sport-, Bewegungs- und Physiotherapie sollten auf die jeweiligen Anforderungen am Arbeitsplatz zugeschnitten werden, psychologische Gruppenangebote auf problematische Situationen im Betrieb/am Arbeitsplatz eingehen. Beratung kann die Rehabilitanden dabei unterstützen, trotz ggf. noch bestehender Krankheitsfolgen weiter ihre bisherige berufliche Tätigkeit auszuüben.

■ 2.2.5 Berücksichtigung der Lebenslage von Pflegebedürftigkeit bedrohter/betroffener Rehabilitanden

Grundsätzlich werden im Rehabilitationsplan bestehende Schädigungen und daraus resultierende Beeinträchtigungen unter Berücksichtigung der rehabilitationsrelevanten und fördernden Kontextfaktoren mit der Zielsetzung erfasst, diese Beeinträchtigungen zu beseitigen oder zumindest zu vermindern.

Sowohl bei geriatrischen Rehabilitanden als auch für eine Reihe von neurologischen Rehabilitanden ist aufgrund von beispielsweise kognitiven Beeinträchtigungen oder sprachlicher Defizite ein solches Vorgehen ohne das Einbeziehen einer Bezugsperson oft nicht möglich. Des Weiteren ist insbesondere beim multimorbiden geriatrischen Rehabilitanden selbst bei guter Rehabilitationsprognose häufig davon auszugehen, dass Beeinträchtigungen von Aktivitäten und der Teilhabe in einem gewissen Umfang bestehen bleiben und daher zur Sicherung der Nachhaltigkeit der Rehabilitation Hilfen, auch personelle Hilfen, für ein künftiges möglichst selbst bestimmtes Leben erforderlich sein werden.

Für einige neurologische Rehabilitanden (z.B. nach apallischem Syndrom) besteht auch nach einer stationären Rehabilitation noch erhebliche Pflegebedürftigkeit meist mit intensivmedizinischen Anteilen. Dies gilt sowohl für Rehabilitanden, bei denen während der stationären Rehabilitation keine Verbesserungen erreicht werden konnten, aber auch für diejenigen, bei denen sich zwar Fortschritte z.B. hinsichtlich der Kommunikations- oder der Schluckfähigkeit erreichen ließen, dennoch aber ein erheblicher Pflege- und Betreuungsbedarf fortbesteht.

Wie für den geriatrischen Rehabilitanden bedarf es auch für diesen Personenkreis einer rechtzeitigen und umfassenden Klärung der weiteren Versorgungsstrategien zur Sicherung der Nachhaltigkeit der Rehabilitation. Generell gilt es jedoch, die Bezugspersonen/Angehörigen frühzeitig in die weitere Versorgungsplanung einzubeziehen und sie über realistische Rehabilitationsziele und zu erwartende Beeinträchtigungen ausführlich zu informieren. So kann einerseits einer ggf. drohenden Überforderung der Bezugspersonen/Angehörigen begegnet, diese andererseits aber in die Lage versetzt werden, die erforderlichen Hilfen zu leisten.

Ein wesentliches Rehabilitationsziel ist die Rückkehr in das häusliche Umfeld und damit verbunden die Befähigung, elementare Aktivitäten selbst oder zumindest mit geringer Hilfe wieder durchführen zu können (beispielsweise Transfer Bett/Rollstuhl). Sofern das Rehabilitationsteam erkennt, dass bei dem Rehabilitanden Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI vorliegen könnte, ist die zuständige Pflegekasse zu informieren. Die Pflegekasse wird den MDK mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI beauftragen, um die ambulante oder stationäre Weiterversorgung und Betreuung (z.B. Wohnumfeldverbesserungen, Kurzzeitpflege) sicherzustellen. Die Begutachtung wird in der stationären Rehabilitationseinrichtung durchgeführt.

Parallel hierzu sollte das Rehabilitationsteam zusammen mit den Angehörigen klären, ob Wohnumfeld verändernde Maßnahmen (beispielsweise Umbaumaßnahmen im Dusch-/Badebereich) eingeleitet werden müssen. Ebenso sollte sowohl unter Berücksichtigung der vorhandenen Ressourcen und Defizite des Rehabilitanden als auch unter Würdigung der konkreten häuslichen Bedingungen die ggf. erforderliche Hilfsmittelversorgung in den Fokus der Entlassungsplanung rücken. Beratungen zu Leistungen nach dem SGB XI können für die Bezugsperson hilfreich sein, da ggf. erst unter Einbeziehung von ambulanten Pflegediensten/anderen Hilfen eine Rückkehr in das häusliche Umfeld möglich wird. Die Möglichkeiten einer Rückkehr (in das private Umfeld) und Pflege im privaten Umfeld versus stationäre Pflege sind hinsichtlich der speziellen Vor- und Nachteile sowie zu erwartenden Belastungen kritisch zu besprechen. Kann eine vollstationäre Pflege nicht vermieden werden, sollten die Angehörigen bei der Heimplatzsuche unterstützt und das Pflegeheim ebenfalls informiert werden.

Generell trägt aber auch der rechtzeitig eingeleitete Kontakt zu der Pflegekasse, Hausärzten und falls erforderlich Therapeuten zur Minimierung der Schnittstellenprobleme beim Übergang von der Rehabilitation in die Häuslichkeit bei.

■ **2.2.6 Strategien und Instrumente speziell in der Entlassungsphase**

Liegt ein Bedarf an Reha-Nachsorge vor, sollten auch im gemeinsamen Abschlussgespräch zwischen Rehabilitand, Arzt und Therapeuten die

bestehenden Notwendigkeiten und Möglichkeiten der Reha-Nachsorge besprochen werden. Folgende Punkte sollte das gemeinsame Abschlussgespräch aufgreifen¹⁰:

- Der Bedarf nachsorgender Aktivitäten des Rehabilitanden in Form von Eigenaktivitäten oder als Angebot von Rehabilitationsträgern sollte definiert werden.
- Die Umsetzungsmöglichkeiten und Umsetzungshindernisse vor Ort sollten geklärt werden.
- Flankierende Maßnahmen zur Unterstützung der Umsetzung nachsorgender Aktivitäten sollten ggf. eingeleitet werden.

Um ihre Erkenntnis und Motivation in praktisches Handeln umsetzen zu können, brauchen Rehabilitanden vor allem in der Entlassungsphase noch einmal Impulse und feste Orientierungspunkte. Zu diesem Zweck sollte es in den Rehabilitationseinrichtungen einen festen Ansprechpartner – in der Regel im Bereich Sozialarbeit – geben, der für den Rehabilitanden Möglichkeiten der Reha-Nachsorge vor Ort recherchiert und ihm im Rahmen der Informationsweitergabe konkrete Adressen, Kurse oder lokale Ansprechpartner nennt. Auch kann der Rehabilitand auf für ihn interessante Internetseiten – bspw. Internetforen zum Informationsaustausch mit gleichbetroffenen Menschen oder Internetseiten speziell zu seinem Krankheitsbild – hingewiesen werden.

Darüber hinaus sollte der „Nachsorgeplan“ in schriftlicher Form dem Rehabilitanden bei Entlassung z.B. als Empfehlung im endgültigen oder vorläufigen Entlassungsbrief oder aber in einem gesonderten Dokument, z.B. einem Nachsorgepass¹¹, mitgegeben werden. Er dient einerseits dem Informationstransfer an den Nachbehandler, andererseits soll er die Motivation des Rehabilitanden fördern, die in der Rehabilitation eingeleiteten Maßnahmen/Lebensstiländerungen fortzuführen. Zu dem Zweck sollte er neben den üblichen Angaben zur Person und Diagnose alle weiteren Schritte und Hinweise enthalten, die der betroffene Rehabilitand vor Ort benötigt, um die vorgesehenen Nachsorgeangebote nutzen zu können.

¹⁰ Gerdes et al. 2005, S.15

¹¹ Ein unverbindliches Muster ist unter 5.3 beigefügt.

Zusätzlich sollten konkrete Maßnahmen benannt werden, wie

- Trainings- und Übungsprogramme (Sportart, Rehabilitationssport, Funktionstraining, Nichtrauchertraining, Entspannungstraining u.a.)
- Interventionsprogramme (z.B. zum Suchtmittelkonsum)
- Beratungsangebote (z.B. zu Ernährung, Gewicht, psycho-soziale Problemkonstellationen) und
- Selbsthilfeeaktivitäten (diverse indikationsbezogene Selbsthilfegruppen).

Außerdem sind dezidierte Angaben zu zeitlichen Vorgaben, aber auch möglichen Einschränkungen der Belastbarkeit erforderlich.

■ 2.3 **Strategien und Instrumente nach Abschluss der Rehabilitationsleistung**

Hauptakteur für eine erfolgreiche Nachsorge ist der Rehabilitand selbst. Ihn zu sensibilisieren und zu motivieren, ist deshalb von zentraler Bedeutung. Ist dies mit den Strategien und Instrumenten, wie unter Kapitel 2.2 dargestellt, gelungen, dann steht nicht (mehr) die ärztliche oder therapeutische Betreuung, sondern das eigene Tätigwerden im Vordergrund. Im Idealfall wird der Rehabilitand die Initialzündung der Rehabilitation nutzen, um eigeninitiativ den Reha-Erfolg durch Integration der erworbenen Strategien und Instrumente in den täglichen Lebensrhythmus zu festigen (z.B. durch Mitgliedschaft in einem Sport- oder Schwimmverein oder durch Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe).

Die Rehabilitationseinrichtung oder der Rehabilitationsträger sollten für den Versicherten flankierende Hilfen, wie nachfolgend unter Kapitel 2.3.1 exemplarisch dargestellt, bereithalten. So kann eine „begleitete“ Eigeninitiative wirksam werden, damit der Rehabilitand die Verhaltensänderung verinnerlicht.

Vereinbarte Anreize und Belobigungen (telefonische Nachfragen), aber auch Selbstverpflichtung („Brief an sich selbst“) können die Impulse zur Eigeninitiative zusätzlich verstärken.

■ 2.3.1 *Ansprechpartner für die postrehabilitative Phase*

Zur Sicherung der Umsetzung der dem Rehabilitanden auf den Weg gegebenen Empfehlungen ist ein Ansprechpartner wichtig, der den Rehabilitanden in seiner bestehenden Motivation fördert und die notwendigen Informationen zur Verfügung stellen kann. Der weiterbehandelnde Arzt und ggf. der Betriebsarzt übernehmen hierbei eine entscheidende Rolle. Dieser sollte deshalb – unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Regelungen – über Art, Inhalt und Umfang der aus Sicht der Reha-Einrichtung medizinisch notwendigen Nachsorgeleistungen informiert und so in die Lage versetzt werden, das weitere Vorgehen mit seinem Patienten besprechen zu können. Diese Aufgabe kann auch z.B. vom Fallmanager, Sachbearbeiter oder Reha-Fachberater des jeweiligen Trägers übernommen werden. Es besteht des Weiteren die Möglichkeit der Beteiligung von Integrationsfachdiensten nach §§109 ff. SGB IX.

Eine zusätzliche Möglichkeit bietet – mit Einverständnis des Rehabilitanden – die Einbindung der Gemeinsamen Servicestelle am Wohnort. Sie kann den Rehabilitanden bei der weiteren Suche nach passenden Nachsorgeleistungen unterstützen.

■ 2.3.2 *Kontaktpflege zwischen Reha-Einrichtung und Rehabilitanden*

Die Kontaktpflege der Rehabilitationseinrichtung zu ihren ehemaligen Rehabilitanden stellt eine gute Möglichkeit zur Aufrechterhaltung der während der Rehabilitationsleistung erworbenen Motivation dar. Der Rehabilitand wird persönlich angesprochen und an die Notwendigkeit der Weiterführung eines gesundheitsfördernden Verhaltens bzw. der Durchführung gesundheitsfördernder Aktivitäten erinnert.

Rehabilitationseinrichtungen können beispielsweise im Anschluss an die Rehabilitation den Kontakt zu ihren ehemaligen Rehabilitanden systematisch fortsetzen und ihnen regelmäßig neue Informationen bezüglich der Gesundheitserhaltung zukommen lassen. Eine Möglichkeit hierzu bietet die Einrichtung eines „Vereins der Freunde“, der regelmäßig Treffen für ehemalige Rehabilitanden organisiert. Auch eine von der Rehabilitationseinrichtung herausgegebene Zeitschrift oder ein per E-Mail zuge-

sandter Newsletter können als Bindeglied zwischen Rehabilitationseinrichtung und ehemaligem Rehabilitand fungieren. Insbesondere das Internet kann für die Reha-Nachsorge wegen seines interaktiven Charakters neue Wege öffnen.

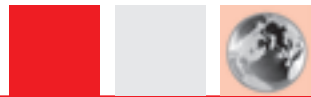
Eine weitere Methode der Motivationsförderung ist die mentale Unterstützung des Rehabilitanden durch eine wiederholte persönliche Ansprache nach Abschluss der Rehabilitation. Dies kann die Umsetzung gesetzter Ziele/ Empfehlungen zur Reha-Nachsorge sichern. Beispielsweise können vorgenommene Ziele per E-Mail abgefragt werden, oder es kann eine telefonische Begleitung des Rehabilitanden stattfinden.

■ 3.0 Nachsorgeangebote der Leistungsträger

Zum einen kann der Rehabilitand beispielsweise während der Rehabilitationsleistung gezielt auf Kurse in Sportvereinen oder bei der Volkshochschule hingewiesen werden, die für ihn und sein Krankheitsbild geeignet sind. Zum anderen werden von den Rehabilitationsträgern angebotene Reha-Nachsorgeprogramme/Aktivitäten empfohlen, die in Form angeleiteter Gruppen helfen, das als notwendig erkannte gesundheitsfördernde Verhalten zu trainieren und dauerhaft in den Alltag zu integrieren bzw. noch bestehende gesundheitliche Einschränkungen zu überwinden¹².

Als grundlegende Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Leistungen zur Reha-Nachsorge müssen die Rehabilitanden eine entsprechende Bedürftigkeit sowie Fähigkeit hierfür aufweisen, zudem muss eine positive Prognose über den Erfolg der Reha-Nachsorgeleistung gegeben sein. Bedürftigkeit in diesem Sinne besteht, wenn der Rehabilitand in seinem Alltag noch zeitlich begrenzt gefördert und begleitet werden muss, um den erzielten Rehabilitationserfolg aufrechterhalten bzw. das in der Rehabilitation Erlernte dauerhaft in den Alltag umsetzen zu können. Fähigkeit in diesem Sinne besteht, wenn der Rehabilitand zur Verhaltensänderung und Beibehaltung dieser Veränderung motiviert ist, jedoch noch Unterstützung benötigt bzw. bei instabiler Motivationslage dazu motiviert werden kann und sowohl physisch als auch psychisch in der Lage ist, am festgelegten Nachsorgeprogramm teilzunehmen. Die ebenfalls erforderliche Prognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage über die Erreichbarkeit des festgelegten Nachsorgeziels, nämlich Beseitigung/Verminderung von Risikofaktoren durch Verhaltensänderung. Abhängig ist die Prognose vom bisherigen Rehabilitationsverlauf und der Motivation/Motivierbarkeit des Rehabilitanden, von der positiven Unterstützung, die der Rehabilitand bei der Integration von verändertem Verhalten in den Alltag aus seinem sozialen Umfeld erhält, und seinen persönlichen Ressourcen, die abhängig sind von Eigenschaften oder Attributen der Person, z.B. Erziehung, Bildung und Ausbildung, Beruf, Erfahrung, Lebensstil, Gewohnheit, Bewältigungsstile, individuelle Lebenssituation, andere Gesundheitsprobleme, Zeitreserven und Alter.

¹² Vgl. Köpke 2005, Die Rehabilitation, 44, S.344-352



Nachsorgeangebote der Rehabilitationsträger dienen der gezielten Fortführung von begonnenen Therapien und bilden eine Brücke zu den Aktivitäten in Eigeninitiative im Anschluss daran.

Eine Auflistung mit einer Auswahl bestehender Nachsorgeangebote ist unter Kapitel 5.4 beigefügt¹³.

¹³ Für den Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung wird insoweit auf die „Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Reha-Nachsorge in der Rentenversicherung“ hingewiesen, ferner auf die Zusammenstellung von Nachsorgeangeboten von K.-H. Köpke, download über www.bar-frankfurt.de.

■ 4.0 *Die Rolle der Selbsthilfe in der medizinischen Rehabilitation*

Gemeinsame Zielsetzung der Rehabilitation und der Selbsthilfe ist es, von zumeist chronischer Krankheit oder Behinderung betroffenen Menschen Hilfestellungen zum selbstverantwortlichen und eigenständigen Leben zu geben.

Selbsthilfegruppen sind dabei freiwillige Zusammenschlüsse von Menschen auf örtlicher Ebene, deren Aktivitäten sich auf die gemeinsame Bewältigung von Krankheiten und/oder psychischen Problemen richten, von denen sie – entweder selbst oder als Angehörige – betroffen sind.

Zur Stabilisierung des Rehabilitationserfolgs im Alltag kann das Engagement von Rehabilitanden in einer Selbsthilfegruppe ein hilfreicher Weg sein. In vielen Indikationsbereichen (z.B. Krebserkrankungen, Rheuma, Sucht) stellt die Selbsthilfe bereits einen wichtigen und nicht mehr wegzudenkenden Baustein der medizinischen Rehabilitation dar. In anderen Bereichen, beispielsweise den psychischen Erkrankungen oder den Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems gilt es, die Selbsthilfe und die Rehabilitation noch stärker zu verbinden.

Den konkreten und empirisch belegten Nutzen von Selbsthilfegruppen für Rehabilitanden zeigen mehrere Studien auf. Als wesentliche positive Auswirkungen der Gruppenarbeit werden von den Gruppenteilnehmern psychosoziale Unterstützung und soziale Aktivierung, Informationsgewinn und damit verbundene gezieltere Nutzung medizinischer und therapeutischer Angebote, gegenseitige Unterstützung im Alltag und die Minderung körperlicher Beschwerden benannt.

Schon während des Aufenthalts in der Rehabilitationseinrichtung sollten Selbsthilfepotentiale aktiviert und die Rehabilitanden ermutigt werden, in Selbsthilfegruppen zu gehen. Die Hemmschwelle, Kontakt mit einer Selbsthilfegruppe aufzunehmen, ist für die Rehabilitanden jedoch oftmals recht hoch. So sind die Vorstellungen über das Funktionieren der Gruppen oft eher vage, die Erwartungen diffus und die Berührungängste (zu) groß. Deswegen ist es von großer Bedeutung, den Rehabilitanden bereits während der Rehabilitation Informationen über die Möglichkeiten und Chancen, die Selbsthilfegruppen bieten, zu geben.



Konkrete Hilfestellungen während der Rehabilitation zur vermehrten Mitwirkung von Rehabilitanden in Selbsthilfegruppen können sein:

- An positive Erfahrungen mit der Patient-Patient-Beziehung, der Gruppentherapie und den Patientenschulungen anknüpfen
- Den Rehabilitanden die Möglichkeit geben, die Arbeit von Selbsthilfegruppen zu erkunden; durch die Begegnung mit Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und/oder Selbsthilfekontaktstellen (z.B. im Rahmen der Patientenschulung) können die Rehabilitanden mit dem Selbsthilfegruppengedanken vertraut gemacht werden
- Kontakte zwischen Rehabilitanden und Selbsthilfegruppen am Wohnort anbahnen; Informationen und Hinweise zu Selbsthilfegruppen am Wohnort der Rehabilitanden erhalten Interessierte über das bundesweite Netz der lokalen Selbsthilfekontaktstellen sowie die krankheitsspezifisch arbeitenden Selbsthilfeorganisationen¹⁴.

Verstärkt sollten auch Selbsthilfe-Informationen an die Klinikmitarbeiter gegeben werden, damit diese als gut informierte Multiplikatoren wirken können. Dies kann u.a. über regelmäßige Informationen, Treffen und gemeinsame Veranstaltungen von Selbsthilfekontaktstellen und Rehabilitationseinrichtungen vor Ort gewährleistet werden¹⁵.

¹⁴ Aktuell recherchierte Adressen von Selbsthilfekontaktstellen (ROTE ADRESSEN) und Selbsthilfeorganisationen (GRÜNE ADRESSEN) abrufbar unter www.nakos.de

¹⁵ Als bundesweite Netzwerkeinrichtung im Feld der Selbsthilfe gibt NAKOS eine Vielzahl von Materialien zum Thema Selbsthilfe heraus. Siehe unter www.nakos.de

■ 5.0 Anhang

■ 5.1 Das bio-psycho-soziale Modell (ICF)

Durch die von der WHO entwickelte Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF)¹⁶ kann der Zustand der funktionalen Gesundheit einer Person vor ihrem gesamten Lebenshintergrund, einschließlich Förderfaktoren und Barrieren, beschrieben werden¹⁷.

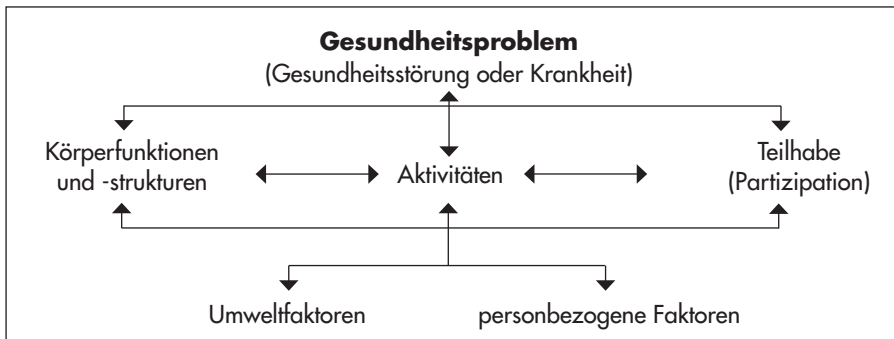


Abbildung 1: Das bio-psycho-soziale Modell der Komponenten der Gesundheit

Im Sinne der ICF ist Behinderung eine negative Wechselwirkung zwischen dem Gesundheitsproblem und den Kontextfaktoren (= alle umwelt- und personbezogenen Faktoren) und weiter gefasst als der Behinderungsbegriff gemäß SGB IX, der sich vor allem auf eine gesundheitlich bedingte drohende oder manifeste Beeinträchtigung der Teilhabe bezieht. Hilfreich zum Verständnis des bio-psycho-sozialen Modells der ICF ist der Begriff der funktionalen Gesundheit (functioning). Danach ist eine Person funktional gesund, wenn – vor ihrem gesamten Lebenshintergrund (Konzept der Kontextfaktoren) –

1. ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereiches, dies schließt auch psychische Funktionen mit ein) und Körperstrukturen all-

¹⁶ Die vorläufige Fassung der deutschsprachigen Übersetzung der ICF (Stand Oktober 2005) wurde von DIMDI (Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information) herausgegeben. Diese Version ist unter www.dimdi.de abrufbar.

¹⁷ Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2005



- gemein anerkannten (statistischen) Normen entsprechen (Konzept der Körperfunktionen und -strukturen),
2. sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet wird (Konzept der Aktivitäten),
 3. sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Teilhabe an Lebensbereichen).

Weitere Details finden sich im von der BAR veröffentlichten ICF- Praxisleitfaden¹⁸.

■ 5.2 *Literaturverzeichnis*

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.) (2004): Arbeitshilfe für die stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.) (2005): Rehabilitation und Teilhabe. Wegweiser für Ärzte und andere Fachkräfte der Rehabilitation. Köln, Deutscher Ärzte-Verlag

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.) (2006): Arbeitshilfe zur geriatrischen Rehabilitation

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.) (2006): ICF-Praxisleitfaden. Trägerübergreifender Leitfaden für die praktische Anwendung der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) beim Zugang zur Rehabilitation

Deck, R. / Glaser-Möller, N. / Mittag, O. (Hrsg.) (2004): Rehabilitation und Nachsorge. Bedarf und Umsetzung

Deck, R. / Raspe, H. (2004): Nachsorgeempfehlungen und ihre Umsetzung im Anschluss an die Rehabilitation. In: Deck, R.; Glaser-Möller, N.; Mittag, O. (Hrsg.) (2004): Rehabilitation und Nachsorge. Bedarf und Umsetzung, S. 55-70

¹⁸ ICF Praxisleitfaden. Trägerübergreifender Leitfaden für die praktische Anwendung der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) beim Zugang zur Rehabilitation. Abrufbar unter: www.bar-frankfurt.de

Demmel, R. (2001): Motivational Interviewing. Ein Literaturüberblick, Sucht, 47, S. 158-170

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2007): Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Reha-Nachsorge in der gesetzlichen Rentenversicherung

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2007): Pschyrembel Sozialmedizin. Berlin

Egelkraut, W. (2004): Nachsorge in der Rehabilitation – „Begriffe und sozialrechtliche Aspekte“, in: Deck, R.; Glaser-Möller, N.; Mittag, O. (Hrsg.) (2004): Rehabilitation und Nachsorge. Bedarf und Umsetzung, S.29-38

Ehlebracht-König, I. / Bönisch, A. (2004): Stationäre Rehabilitation bei rheumatischen Erkrankungen – Konzept, Erprobung und Akzeptanz. Die Rehabilitation, 43, S. 358-367

Faller, H. (2001): Patientenschulung. Konzept und Evaluation, Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 14:97-106

Friedl-Huber, A. / Küffner, R. / Ströbl, V. / Reusch, A. / Vogel, H. / Faller, H. (2007): Praxis der Patientenschulung in der medizinischen Rehabilitation - eine empirische Bestandsaufnahme bei 771 Rehabilitationseinrichtungen. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation. 75:15-20

Fuchs, R. (2003): Handlungs- und Bewältigungsplanung. Sport, Gesundheit und Public Health

Gerdes, N. / Bührlen, B./ Lichtenberg, S. / Jäckel, W. (2005): Rehabilitationsnachsorge. Analyse der Nachsorgeempfehlungen und ihrer Umsetzung, Regensburg

Haaf, H.-G. (2005): Ergebnisse zur Wirksamkeit der Rehabilitation. Die Rehabilitation, 44 (5), S. 259-276

Keller, S. (Hrsg.) (1999): Stadienmodell. Motivation zur Verhaltensänderung, Forschung und Praxis, Freiburg

Köpke, K.-H. (2004): Nachsorge in der Rehabilitation, Eine Studie zur Optimierung von Reha-Leistungen in der gesetzlichen Rentenversicherung

Köpke, K.-H. (2005): Aufwerten, ausbauen und systematisieren – Eine Analyse von Situation, Reformbedarf und innovativen Projekten zur Nachsorge in der Rehabilitation der Rentenversicherung. *Die Rehabilitation*, 44, S. 344-352

Maurischat, C. / Neufang, A. (2006): Das Transtheoretische Modell in der medizinischen Rehabilitation – eine Übersicht.

Miller, W. / Rollnick, S. (2006): *Motivationale Gesprächsführung*, Freiburg

Nübling, R. / Muthny, F.A. / Bengel, J. (Hrsg.): *Reha-Motivation und Behandlungserwartung* (S. 38-57), Bern

Oettingen, G. / Gollwitzer, P.M. (2000): Das Setzen und Verwirklichen von Zielen. *Zeitschrift für Psychologie*, 208 (3-4), S. 406-430

Prochaska, J.O. / Velicer, W.F.: The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Promot.* 1997 12: 38-48

Scholz, R. / Sniehotta, F.F. (2006): Langzeiteffekte einer Planungs- und Handlungskontrollintervention auf die körperliche Aktivität von Herzpatienten nach der Rehabilitation. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 14 (2), S. 73-81

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.) (2004a): *Statistik Rehabilitation des Jahres 2003*. Band 146, Frankfurt/Main

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.) (2004b): *Informationen zur Nachsorge aus dem Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung. Ausgewählte Ergebnisse aus der Patientenbefragung Oktober 2002 bis März 2004*, Frankfurt/ Main

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.) (2005): *Statistik Rehabilitation des Jahres 2004*. Band 154, Berlin

■ 5.3 *Musternachsorgepass*

Musterexemplar

NACHSORGEPASS

für

Name, Vorname
Geburtsdatum
Anschrift
Von (Name, Anschrift der Reha-Einrichtung mit Tel.- Nummer)
ausgestellt am
Reha-Träger
Behandelnder Arzt Name
Facharzt für
Anschrift, Tel.- Nummer

Wichtige Daten und Informationen der Reha-Einrichtung

Zeitraum (von - bis) der ambulanten oder stationären Reha-Leistung:

Entlassungsdiagnosen/wichtige Begleitkrankheiten:

Die folgenden REHA-ZIELE wurden während der Maßnahme erreicht und sollten durch Nachsorgeleistungen langfristig gesichert/gefestigt werden:

Die folgenden NACHSORGEZIELE wurden mit dem Patienten vereinbart:

Besonderheiten (z. B. eingeschränkte Belastbarkeit):

Der Patient benötigt/wünscht bei den Nachsorgeaktivitäten die Beteiligung einer Bezugsperson

nein ja, weil _____

Nachsorgeempfehlungen

(Bitte zutreffende Empfehlungen ankreuzen)

Aktive Maßnahmen in der Gruppe bzw. als Einzelmaßnahme zur dauerhaften Stabilisierung des Reha-Erfolgs im Bereich:

Bewegung

Trainings- und Übungsprogramme zum Ausgleich von Bewegungsmangel
empfohlene Sportart: _____

- Rehabilitationssport
- Funktionstraining
- Krisenintervention (Einzelgespräche)

Fehlernährung/Übergewicht

- Ernährungsberatung
- Gewichtsreduktionsprogramme mit Schwerpunkt vermehrte körperliche Aktivität
- Krisenintervention (Einzelgespräche)

Genussmittel- und/oder Medikamentenkonsum

- Nichtrauchertraining
- Interventionsprogramm bei erhöhtem Alkohol- und Medikamentenkonsum
- Krisenintervention (Einzelgespräche)

Stress/psychosoziale Belastungssituation

- psychosoziale Beratung
- Entspannungstechniken
- Krisenintervention (Einzelgespräche)

- Selbsthilfegruppe für den Personenkreis:

Die Nachsorgeempfehlungen werden erstellt von:
(Bitte Name, Funktion in der Reha-Einrichtung und Telefonnummer für etwaige Rückfragen angeben)

■ 5.4 **Beispielhafte Nachsorgemodelle und Praxisbeispiele der Leistungsträger**

■ 5.4.1 **Erkrankungen der Bewegungsorgane**

- Beispiel aus dem Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung¹⁹: IRENA (= Intensivierte Reha-Nachsorge) ist ein Programm der Deutschen Rentenversicherung Bund, das auch andere Träger der Rentenversicherung übernommen haben. IRENA ist nicht nur für die Erkrankungen des Bewegungsapparates, sondern auch für Herz-Kreislaufkrankungen, neurologische Erkrankungen, psychische Störungen und Stoffwechselerkrankungen konzipiert und zugelassen. Therapiearten sind Übungs- und Trainingstherapie, Problemverarbeitung, Verhaltensänderung und Entspannungstherapie sowie Information, Motivation und Schulung; sie werden in der Regel als Gruppenform angeboten. Nachsorgeeinrichtungen sind die vom Rentenversicherungsträger zugelassenen ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen.
- Beispiel aus dem Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung²⁰: Einem Rehabilitanden, der wegen seines Rückenleidens eine Rehabilitationsleistung erhält, wird schon während der Rehabilitation, hier insbesondere im Abschlussgespräch von den Ärzten und Therapeuten der Einrichtung geraten, sich nach der Rehabilitationsleistung einer Rehabilitationssportgruppe anzuschließen. Dies wird auch im Reha-Entlassbericht festgehalten. Nach Eingang des Reha-Entlassberichts bei der Krankenkasse nimmt diese Kontakt mit dem Rehabilitanden auf und informiert ihn über das weitere Vorgehen, nämlich die erforderliche Verordnung des Rehabilitationssports durch den behandelnden Arzt mit anschließender Genehmigung durch die Krankenkasse. Der Rehabilitand wird von dieser Krankenkasse bei der Suche nach einer geeigneten Sportgruppe an seinem Wohnort unterstützt.

¹⁹ www.deutsche-rentenversicherung-bund.de; www.deutsche-rentenversicherung-westfalen.de

²⁰ www.aok.de; www.bkk.de; www.vdak-aev.de; www.lsv.de; www.mdkn.de

■ 5.4.2 Psychische und Verhaltensstörungen

Ein Nachsorgeangebot in der Psychosomatik ist das Programm „Curriculum Hannover – ambulante psychosomatische Nachsorge“, dessen Ziel die Verstetigung des erreichten Rehabilitationsergebnisses ist. Nachsorgeeinrichtungen sind Rehabilitationseinrichtungen und reha-komplementäre Einrichtungen (Beratungsstellen), jedoch keine psychotherapeutischen Praxen. Das Konzept des „Curriculum Hannover“ beschreibt weniger die einzelnen therapeutischen Leistungen als vielmehr die zu bearbeitenden Problembereiche im zeitlichen Ablauf der Nachsorge.

■ 5.4.3 Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems

- Als etabliertes Modell gelten die bundesweit rund 6.000 so genannten Herzgruppen, in denen über 100.000 Patienten mit koronarer Herzkrankheit oder Herzfehlern von qualifizierten Übungsleitern und Ärzten betreut werden. Ziele sind u.a. das Erlernen der Einschätzung der körperlichen Belastbarkeit, die Beherrschung persönlicher Risikofaktoren und die Bewältigung der chronischen Krankheit²¹.
- Die Deutsche Rentenversicherung Nord praktiziert das KARENA-Verfahren (4 x 4 Stunden Nachsorge in 12 Monaten) in Anlehnung an die Ergebnisse der HANSA-Studie (Effektivität und Akzeptanz halbtägiger Auffrischkurse nach stationärer Anschlussrehabilitation von Patienten mit koronarer Herzkrankheit).
- Eine Stabilisierung des Reha-Erfolges bezweckt auch das Nachsorge-Angebot „Intensivierte Nachsorge (INA)“ – ein Verfahren zur Verbesserung der beruflichen Reintegration“ nach Herzinfarkt oder Bypassoperation, das durch die Deutsche Rentenversicherung Westfalen angeboten wird. Die therapeutischen Inhalte orientieren sich an den Inhalten der Rehabilitation (kontrollierte Sport- und Bewegungstherapie, medizinische Trainingstherapie, Einzelkrankengymnastik, Ernährungsberatung, psychologische Betreuung und Sozialberatung).

²¹ Vgl. Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining i.d.F. vom 1. Januar 2007, zu beziehen über die BAR.

■ **5.4.4 Krankheiten des Verdauungssystems/Stoffwechselkrankheiten**

„Schlanker werden – gesünder sein“ ist ein Adipositas-Programm der gesetzlichen Rentenversicherung, bei dem unterschieden wird zwischen body mass index (BMI) > 35 (L-Programm) und BMI > 45 (XXL-Programm). Dieses Langzeitprogramm bedeutet Nachsorge mit den Therapiebausteinen Verhaltenstherapie, Bewegungstherapie und Ernährungsberatung in geschlossenen Gruppen. Erreicht werden soll eine Gewichtsreduktion von 10% bis 15%. Die Nachsorge soll innerhalb von 6 Monaten nach der Rehabilitation beginnen.

■ **5.4.5 Erkrankungen der Atemwege**

Angeichts der großen sozialpolitischen und ökonomischen Bedeutung der Berufskrankheit Asbestose (Nr. 4101 Asbeststaublungenenerkrankung – Asbestose) haben die Berufsgenossenschaften²² ein Heilverfahrenskonzept zur integrativen Asbestose-Rehabilitation entwickelt, bei dem die Rehabilitationsmaßnahmen möglichst frühzeitig beginnen und im Sinne einer lebenslangen Nachsorge fortgeführt bzw. in regelmäßigen Abständen wiederholt werden.

■ **5.4.6 Neurologische Erkrankungen**

Der Stationär-ambulante Verbund zur ambulanten Rehabilitation Hirnverletzter e.V. (SAV) ist ein Zusammenschluss niedergelassener Neuropsychologen und Ärzte sowie verschiedener Rehabilitationskliniken in Bayern mit dem Ziel, für die gesetzliche Unfallversicherung durch eine enge Vernetzung und ein ambulantes Reha-Management Lücken im Versorgungsprozess bei Schädel-Hirn-Verletzungen zu schließen und Schnittstellen zu überbrücken. Dabei werden insbesondere die Fälle in das Blickfeld gerückt, in denen sich im Anschluss an eine stationäre Rehabilitation größere Probleme der beruflichen oder sozialen Eingliederung ergeben.

²² www.dguv.de

■ 5.4.7 Abhängigkeitserkrankungen

Bei Nachsorgeleistungen für abhängigkeitskranke Menschen – der sog. Suchtnachsorge – handelt es sich um Gesprächsangebote und sonstige Maßnahmen, die der Sicherung und Festigung der in der medizinischen Rehabilitation erworbenen Verhaltensweisen und Einstellungen sowie der Erhaltung und Festigung der Abstinenz – insbesondere der Unterstützung in Krisenfällen sowie bei der Erhaltung der Abstinenzmotivation – dienen²³. Nachsorge wird geleistet durch Mitarbeiter in Sucht-Beratungsstellen, Gesundheitsämtern, durch betriebliche Suchtberater und Sucht-Reha-Einrichtungen. Sie arbeiten bei arbeitsbezogenen Fragestellungen mit den Reha-Fachberatern der verschiedenen Sozialleistungsträger eng zusammen.

■ 5.4.8 Reha-Nachsorge bei Kinder und Jugendlichen

- Die von Trägern der Krankenversicherung geleistete sozialmedizinische Nachsorge nach § 43 Abs. 2 SGB V soll als Hilfe zur Selbsthilfe unterstützend wirken, in dem sie eine sektorenübergreifende Brückenfunktion einnimmt, die sich in Art, Umfang und Dauer an der Schwere der Erkrankung und dem Interventions- und Unterstützungsbedarf des Kindes und dessen Eltern bzw. Bezugspersonen orientiert. Diese Nachsorgemaßnahmen richten sich an chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder, die das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen umfassen die erforderliche Analyse des Versorgungsbedarfs, die Koordinierung der verordneten Leistungen sowie Anleitung und Motivierung zur Inanspruchnahme der verordneten Leistungen. Die sozialmedizinische Nachsorge umfasst in der Regel maximal 20 Nachsorgeeinheiten zu je 60 Minuten.
- Die DAK bietet seit 2003 eine Behandlung für Familien mit übergewichtigen und adipösen Kindern und Jugendlichen nach vorhergehender medizinischer Rehabilitation an. Die Altersspanne der Kinder und Jugendlichen liegt zwischen 8 und 15 Jahren. Für die Betreuung der

²³ Vgl. Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 4. Mai 2001 sowie die Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen (Stand: 2006). Die Arbeitshilfe ist abrufbar unter: www.bar-frankfurt.de

Familien vor Ort wurde ein Netzwerk aus selbständigen Ernährungsfachkräften (Oecotrophologen, Diätassistenten) aufgebaut²⁴.

²⁴ Weitere Informationen: www.dak.de

■ 5.5 **Verzeichnis der Mitwirkenden an der Erarbeitung des Praxisleitfadens**

Dr. Ingrid Aster-Schenck, Deutsche Rentenversicherung Bund

Oliver Blatt, Verband der Angestellten-Krankenkassen/AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Bettina Brandeis, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

Dr. Rolf Buschmann-Steinhage, Deutsche Rentenversicherung Bund

Dr. Sabine Grotkamp, MDK Niedersachsen

Frank Hassenpflug, Spitzenverbände der landwirtschaftlichen Sozialversicherung

Karl-Heinz Köpke

Markus Oberscheven, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung

Jürgen Ritter, Deutsche Rentenversicherung Bund

Petra Scheuermann, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

Peter Schnelle, BKK Bundesverband

Dr. Thomas Stähler, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

Reinhild Waldeyer-Jeebe, AOK-Bundesverband

Dr. Helmut Wallrabenstein, Bundesagentur für Arbeit, Regionaldirektion Nord

Angelika Wegener, Deutsche Rentenversicherung Westfalen

www.bar-frankfurt.de

NOTIZEN

