

Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Reha-Nachsorge in der Rentenversicherung

Stand: 07. April 2008

1. Einleitung

Für einen Teil der Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen ist die zeitlich begrenzte Rehabilitation in einer ambulanten oder stationären Einrichtung nicht ausreichend, um den Behandlungserfolg auch anhaltend zu stabilisieren. Viele Therapien sind langfristig effektiver, wenn sie über den Zeitraum der Rehabilitation hinaus fortgeführt werden. Eine Möglichkeit, den Transfer in den Alltag zu unterstützen, bietet die Nachsorge. Rehabilitation und Nachsorge sind aufeinander aufbauende Behandlungselemente, die ein gemeinsames Ziel haben.

Dieser Nachsorgegedanke ist in der Rentenversicherung akzeptiert, von den einzelnen Trägern wird er jedoch im Umfang und in der Ausgestaltung unterschiedlich umgesetzt. Insgesamt ist die Zahl der Nachsorgeleistungen innerhalb weniger Jahre auf mehr als 40.000 gewachsen (Reha-Statistik-Datenbasis 2005).

Die vorliegenden Empfehlungen der Projektgruppe „Nachsorge“ (PGNS) fassen die Erfahrungen mit dem Rahmenkonzept für die Nachsorge im Rahmen der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung vom 11. Oktober 2001, Ergebnisse aus wissenschaftlichen Studien und aus einer Umfrage bei den Rentenversicherungsträgern sowie die Stellungnahme der Projektgruppe „Suchtbehandlung“ (PGSB) „Zum aktuellen Stand und zu Weiterentwicklungsmöglichkeiten der Rehabilitation Abhängigkeitskranker“(DRV 10-11/2005) zusammen und machen Aussagen insbesondere dazu, wie die Nachsorgeangebote der gesetzlichen Rentenversicherung in Zukunft qualitativ und quantitativ weiterentwickelt werden können.

2. Was ist Nachsorge?

Gesundheitsbezogene Verhaltens- und Lebensstiländerungen sowie die Bewältigung einer chronischen Krankheit sind länger andauernde, zum Teil lebenslange adaptive Prozesse. Eine ambulante, berufsbegleitende Fortführung der in der Rehabilitationseinrichtung begonnenen Behandlungselemente und Selbsthilfeaktivitäten im Sinne eines strukturierten Trans-

fers in den Alltag ist deshalb vielfach notwendig. In der Nachsorgephase sollen Eigenaktivitäten weiter gefördert und damit Selbsthilfepotentiale gestärkt werden.

Rehabilitation und Nachsorge haben das gemeinsame Ziel eines langfristigen Erfolges der Rehabilitation. Der während einer mehrwöchigen medizinischen Rehabilitation erreichte Behandlungserfolg bedarf im Alltag oft einer weiteren Stabilisierung. Deshalb können im Anschluss an eine ambulante oder stationäre Rehabilitation zur Erreichung nachhaltiger Effekte für einen Teil der Rehabilitand(inn)en zeitlich begrenzt weitere Leistungen erforderlich sein. Zur Fortführung der in der Rehabilitation begonnenen Therapie bedarf es für diese Patientengruppe insbesondere wohnortnaher Nachsorge-Angebote.

2.1 Definition

Rehabilitation und Nachsorge sind eng verbundene Elemente des Prozesses der Krankheits- und Behinderungsbewältigung, der große Anforderungen an chronisch kranke Menschen stellt. Dieser Prozess beginnt häufig in der ambulanten oder stationären Rehabilitation und geht dann idealerweise in eine strukturierte Transferphase (Nachsorge) über. Von den Betroffenen selbst muss dieser Prozess in Eigeninitiative und Eigenverantwortung als langfristige Anpassung an die Krankheit und ihre Folgen in das Alltagsleben integriert und dort verstetigt werden. Es geht um die Nachhaltigkeit der Rehabilitation. Der Patient soll motiviert werden, dafür auch eigene Strategien zu entwickeln.

Von diesem umfassenden Verständnis von Nachsorge, die grundsätzlich für alle Rehabilitand(inn)en angebracht ist, sind die von der Rentenversicherung finanzierten Nachsorge-Angebote zu unterscheiden. Ein Teil der Rehabilitand(inn)en braucht Unterstützung durch gezielte und professionell erbrachte Nachsorgeangebote der Rentenversicherung, die Nachsorge im engeren Sinne, um das Reha-Ziel der Rentenversicherung, die (Wieder-)Eingliederung in das Erwerbsleben, zu erreichen. Dabei werden im Anschluss an eine Phase der medizinischen Rehabilitation ein oder mehrere Behandlungselemente fortgesetzt oder ergänzt. Etablierte Nachsorgeprogramme (z. B. IRENA, Curriculum Hannover) gehören ebenso wie Funktionstraining, Rehabilitationssport (als ergänzende Leistungen zur Rehabilitation nach § 44 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB IX) und die Nachsorge bei Abhängigkeitserkrankungen zu den bewährten Angeboten nachgehender Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung.

Diese zeitlich begrenzten, direkt an eine ambulante oder stationäre Rehabilitation anschließenden Nachsorge-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 Nachsorgeaktivitäten fördern.

Hier beginnt die zeitlich unbegrenzte Phase der Nachsorge, wie sie im weiteren Sinn definiert werden kann. Sie umfasst alle individuellen oder auch organisierten Aktivitäten, die Lebensstiländerungen und Krankheitsbewältigung unterstützen.

Dabei ist der Begriff „Nachsorge“ nicht unproblematisch, denn er vermittelt wegen des Wortes „sorge“ möglicherweise ein passives Therapieverständnis, das nicht dem Bild der modernen, aktivierenden Rehabilitation entspricht. Außerdem kann „nach“ auch mit „nachrangig“, also von geringerer Bedeutung, in Verbindung gebracht werden. Da bislang aber noch kein besserer Begriff gefunden wurde, wird auch im Folgenden weiter von „Nachsorge“ oder „Reha-Nachsorge“ gesprochen.

2.2 Aufgaben und Ziele der Reha-Nachsorge

Reha-Nachsorge kann sich an eine – ambulante oder stationäre – abgeschlossene Leistung zur medizinischen Rehabilitation anschließen, die das Reha-Ziel der Rentenversicherung, den Erhalt oder die Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben, grundsätzlich erreicht hat. Einzelne Teilziele der medizinischen Rehabilitation sind aber möglicherweise noch nicht erreicht. Aufgabe der Nachsorge ist es dann - mit unterschiedlichen indikationsbezogenen Schwerpunkten - den durch die vorangegangene Rehabilitation bereits eingetretenen Erfolg weiter zu verbessern oder nachhaltig zu sichern. Dazu gehören im Wesentlichen die weitere Verbesserung noch eingeschränkter Fähigkeiten, die Verstetigung von Lebensstiländerungen und Verstärkung der Selbstwirksamkeitseffekte, der nachhaltige und überprüfbare Transfer des Gelernten in den Alltag und die Förderung der persönlichen und sozialen Kompetenz. Nicht zuletzt sollen die enge Verzahnung von Rehabilitation und Nachsorge und eine Vernetzung mit vor- und nachbehandelnden Ärztinnen, Ärzten und Beratungsdiensten zu einer Minderung von Schnittstellenproblemen in der Gesundheitsversorgung beitragen.

Mit Blick auf einzelne Patient(inn)en kann die Reha-Nachsorge folgende Ziele verfolgen:

1. Das jeweilige Teilziel der Rehabilitation ist zwar erreicht, benötigt aber noch stabilisierende Maßnahmen, um langfristig im Alltag erhalten zu bleiben und so den Erfolg der Reha-Leistung zu sichern.
2. Das jeweilige Teilziel ist im Rahmen der ambulanten oder stationären Rehabilitation weitgehend, aber noch nicht vollständig erreicht. Die Nachsorge ist dann Voraussetzung für die vollständige Erreichung des Teilziels, z. B. durch weitere Verbesserung noch eingeschränkter Fähigkeiten.

Angebote zur Nachsorge flexibilisieren und differenzieren das Spektrum der Möglichkeiten der Rentenversicherung, ihr Rehabilitationsziel des langfristigen Eingliederungserhalts ihrer Versicherten zu erreichen. Sie sind eine wichtige Ergänzung der ambulanten oder stationären Rehabilitation, indem sie bestimmte Therapieelemente fortführen.

2.3 Indikation zur Reha-Nachsorge

Der Nachsorgebedarf wird durch sozialmedizinische Kriterien definiert und von der Rehabilitationseinrichtung festgestellt. Hierbei werden indikationsübergreifende und indikationsspezifische Merkmale zugrunde gelegt.

Aus folgenden indikationsübergreifenden, patientenbezogenen Voraussetzungen kann sich ein Nachsorgebedarf ableiten:

- Übungsbedarf bei fortbestehenden Einschränkungen,
- Lebensstiländerung soll stabilisiert werden,
- weitere Leistungen im Rahmen des Gesundheitstrainings erforderlich,
- Rehabilitationsteilziel auf der kognitiven Ebene erreicht, aber Rehabilitationsteilziel auf der emotionalen Ebene (Selbstwirksamkeitserwartung) bei Entlassung instabil und nur mit professioneller Unterstützung zu sichern,
- längerfristig modifikationsbedürftiger Stil der Krankheitsverarbeitung (Coping),
- längerfristiger Bedarf an strukturierter Unterstützung bei arbeitsplatzbezogenen Problemen.

Auch bei Durchführung einer stufenweisen Wiedereingliederung kann Nachsorge indiziert sein.

Eine positive Erwerbsprognose und die vorherige Teilnahme an einer ambulanten oder stationären medizinischen Rehabilitation nach § 15 SGB VI sind notwendige Voraussetzungen für die Leistungserbringung. Arbeitsunfähigkeit oder ein Antrag auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit sind grundsätzlich keine Ausschlussgründe, Arbeitsunfähigkeit ist umgekehrt aber auch keine Voraussetzung für die Leistungserbringung. Die persönlichen (§ 10 SGB VI) und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen (§ 11) sind durch die vorangegangene Bewilligung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation in der Regel gegeben. Bei Entlassung aus der Rehabilitationseinrichtung sollte eine Leistungsfähigkeit von mindestens 3 Stunden bezogen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt bestehen.

2.4 Anforderungen an Nachsorgeleistungen und Nachsorgeeinrichtungen

Die Nachsorgeangebote/-programme der Rentenversicherungsträger definieren die Indikation(en) und die zugehörigen therapeutischen Inhalte. In Abhängigkeit vom konkreten Nachsorgebedarf im Einzelfall sind sowohl komplexe Nachsorgeleistungen (z. B. IRENA, Curriculum Hannover) als auch spezifische Einzelleistungen (z. B. Medizinische Trainingstherapie - MTT, Krankengymnastik, Rehabilitationssport, Funktionstraining, Einzel- und Gruppengespräche) möglich.

Das jeweilige Nachsorgekonzept gibt auch den Umfang und den zeitlichen Rahmen vor. Leistungen zur Nachsorge schließen in der Regel unmittelbar an die medizinische Rehabilitation an. Nahtlosigkeit und Kontinuität sind wichtige Faktoren, um die Ziele der Nachsorge zu erreichen. Dies bedeutet, dass die Nachsorge in der Regel nicht später als drei Monate nach Abschluss der vorausgegangenen Rehabilitation beginnen soll. Für bestimmte Nachsorgeleistungen kann es jedoch sinnvoll sein, einen längeren Zeitraum zwischen Ende der Rehabilitation und Nachsorge einzuplanen, z. B. für Nachschulungen oder Auffrischungswochenenden.

Der zeitliche Rahmen, innerhalb dessen die Nachsorgeleistungen der Rentenversicherung erbracht werden können, sollte 12 Monate ab Ende der medizinischen Rehabilitation betragen. In der Regel gibt der Rentenversicherungsträger eine bestimmte maximale Anzahl von Nachsorgeeinheiten, bestehend jeweils aus mehreren Therapieeinheiten, vor. Häufigkeit, Dauer und tageszeitliche Organisation richten sich nach Indikation, Konzept und individueller Situation der Patientinnen und Patienten (z. B. Belastbarkeit, Berufstätigkeit). Die Verteilung der Leistungen und die Terminangebote der Einrichtungen müssen die Berufstätigkeit berücksichtigen.

Nachsorgeleistungen sollten vorrangig von ambulanten und stationären Reha-Einrichtungen erbracht werden. Weil aber z. B. außerhalb von Ballungsgebieten das Angebot der Nachsorge durch eine Reha-Einrichtung in der Nähe des Wohnortes nicht immer gegeben ist und der individuelle Nachsorgebedarf manchmal auch durch ein weniger komplexes Therapieangebot gedeckt werden kann, kommen andere Einrichtungen für die Durchführung von Nachsorgeleistungen in Frage, wenn wohnortnah keine Rehabilitationseinrichtung zur Verfügung steht. Je komplexer der Nachsorgebedarf, desto wichtiger wird die Behandlung in einer anerkannten Reha-Einrichtung. Leistungsanbieter für die Nachsorge müssen von der Rentenversicherung, d. h. von mindestens einem Rentenversicherungsträger, nach vorgegebenen Kriterien geprüfte und zugelassene Einrichtungen sein, auch wenn der Maßstab nicht unbedingt der für ambulante Reha-Einrichtungen geltende sein muss. Die Prüfung lässt sich ggf. delegieren (vgl. das Beispiel Rheumaliga für das Muskel-Aufbautraining (MAT) als Nachsor-

geangebot der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover oder Nachsorgeeinrichtungen für Abhängigkeitserkrankungen nach der Liste der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen DHS). Die Zusammenarbeit zwischen dem Rentenversicherungsträger und den Leistungserbringern wird auf der Basis eines entsprechenden Nachsorgekonzeptes in der Regel vertraglich geregelt.

3. Überblick über konkrete Nachsorgeangebote

3.1 Nachsorge im engeren Sinn

Unter Nachsorge im engeren Sinn werden die von der gesetzlichen Rentenversicherung finanzierten Nachsorgeleistungen verstanden. Es lassen sich reguläre, dauerhaft eingeführte Programme und zeitlich befristete Modellprojekte unterscheiden. Dieses Kapitel gibt einen kurzen Überblick über die insgesamt 32 Nachsorgeangebote, die wesentlich in der Umfrage bei den Rentenversicherungsträgern dokumentiert wurden. Der Anhang enthält eine kurze Beschreibung der Programme.

Die Reha-Nachsorge der Rentenversicherungsträger umfasst zurzeit unterschiedliche Angebote und Programme, die nach § 15 SGB VI (Leistungen zur medizinischen Rehabilitation), § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI (nachgehende Leistungen zur Sicherung des Erfolges der Leistungen zur Teilhabe) oder § 44 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB IX (Rehabilitationssport und Funktionstraining) erbracht werden.

3.1.1 Etablierte Programme

Die Nachsorgeprogramme sind für bestimmte Indikationen konzipiert. Enthalten Programme mehrere Indikationen, so sind in der Regel die Rahmenbedingungen für alle Indikationen ähnlich, die Behandlungen sind jedoch indikationsspezifisch. Das am weitesten verbreitete Programm ist IRENA (Intensivierte Rehabilitations-Nachsorge) der Deutschen Rentenversicherung Bund. Es wird von sieben Rentenversicherungsträgern angeboten, drei weitere Träger bieten vergleichbare Programme an. Etwa 65% aller dokumentierten Nachsorgeleistungen (ohne Sucht) entfallen auf IRENA. Die aktuellen IRENA-Indikationen sind Krankheiten der Bewegungsorgane (BO), Herz-Kreislauf-Erkrankungen (HZ), Stoffwechselerkrankungen (ST), Neurologische Erkrankungen (NS) und psychische Störungen außer Sucht (PS). Die Programme der Träger unterscheiden sich in den berücksichtigten Indikationen.

Die Empfehlung der Reha-Einrichtung ist für die Einleitung der Nachsorgeleistung ausreichend. Nachsorgeeinrichtungen sind von den Trägern zugelassene Reha-Einrichtungen.

Die Deutsche Rentenversicherung Bund hat ihre Rahmenkonzeption zu IRENA incl. Curriculum Hannover inzwischen überarbeitet; das neue Konzept ersetzt die bisherige Fassung seit 1. Dezember 2006.

Die wichtigste Neuerung ist die zeitliche Flexibilisierung des Verfahrens: Die Reha-Nachsorge kann in einem Zeitraum von maximal einem Jahr nach Ende der Leistung durchgeführt werden.¹ Dabei ist eine kontinuierliche, eine initial verdichtete oder eine intervallartige Therapiefolge möglich. Die Dauer einer Nachsorgeeinheit, die zwei bis drei Therapieeinheiten in der Gruppe umfasst, beträgt 90 bis 120 Minuten. Die maximale Anzahl der Termine beträgt unverändert 24, bei neurologischen Erkrankungen 36 und bei psychischen Störungen 26 (Curriculum Hannover 25 wöchentliche Termine plus jeweils ein Aufnahme- und Abschlussgespräch). Physiotherapeutische oder trainingsbezogene Maßnahmen müssen zeitnah beginnen und sind auf die ersten acht Wochen der Nachsorge limitiert.

Der Kreis der anspruchsberechtigten Personen wurde auf Erwerbsminderungsrentner(innen) (soweit diese mit einer Leistungsfähigkeit von mindestens drei Stunden pro Tag auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt entlassen werden) erweitert.

Für die Indikation Orthopädie gibt es von fünf Trägern reguläre Nachsorgeangebote. Darunter sind Medizinische Trainingstherapie bzw. Muskelaufbautraining (6 Monate) und Einzelkrankengymnastik (3 Monate). Diese Leistungen werden auch außerhalb von Reha-Einrichtungen erbracht. Zwei Programme mit komplexen, aber in Abhängigkeit vom Schweregrad auch im Umfang unterschiedlichen Leistungspaketen sind auf einzelne Reha-Einrichtungen beschränkt. Hierzu gehört auch die stufenweise Wiedereingliederung mit begleitender Nachsorge bei Arbeitsunfähigkeit.

In der Kardiologie betreffen zwei komplexe Nachsorgeangebote die koronare Herzkrankheit nach einer Anschlussheilbehandlung in ausgewählten Reha-Einrichtungen (6 Wochen bzw. 6 Monate). Ferner wird speziell das ärztlich überwachte Ergometertraining angeboten (6 Wochen).

Die Indikation Psychosomatik wird von 13 Trägern berücksichtigt. Neben dem IRENA-Angebot ist die Nachsorge in Form des Curriculum Hannover die Hauptform (3 Träger): Es werden 25 in der Regel wöchentliche Gruppensitzungen plus 2 oder 4 Einzelberatungen angeboten. Diesem vergleichbar ist auch der Behandlungsumfang der anderen psychosomatischen Nachsorgeleistungen. Zum Beispiel werden in einem Programm in Abhängigkeit vom Bedarf 8 Einzel- und/oder 25 Gruppengespräche angeboten, wobei die Obergrenze durch einen maximalen finanziellen Rahmen gegeben ist. Eine weitere spezielle Variante ist die

¹ Die Regionalträger haben ihre Regelungen zum Beginn der Reha-Nachsorge zum Teil noch nicht so weit flexibilisiert wie im neuen IRENA-Konzept der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Aufteilung von insgesamt 30 Behandlungseinheiten à 45 Minuten auf 9 Gruppenabende à 3 Einheiten und 3 Einzelgespräche à 1 Einheit über 3 Monate. Die Reha-Einrichtung empfiehlt/verordnet die Nachsorge, wobei teilweise noch eine Prüfung durch den Träger erfolgt. Die Nachsorgeeinrichtungen sind zugelassene Reha-Einrichtungen. Um möglichst viele Patienten zu erreichen, lässt ein Träger auch ausgewählte niedergelassene Psychotherapeuten zu.

Die Nachsorge bei Abhängigkeitserkrankungen kann im Wesentlichen aus Maßnahmen zur

- Erhaltung und Stabilisierung der Abstinenz,
- Unterstützung bei angemessenen Konfliktlösungsstrategien bei drohenden oder aktiven Krisen (Frustrationstoleranz),
- Förderung von Eigenaktivitäten allgemein (z. B. Freizeitgestaltung),
- Aufbau oder Stabilisierung eines suchtmittelfreien Freundes- und Bekanntenkreises,
- Unterstützung bei Maßnahmen schulischer und beruflicher (Wieder)-Eingliederung,
- Unterstützung bei der Inanspruchnahme medizinischer und psychotherapeutischer Hilfen,
- Zusammenarbeit mit anderen Hilfen wie Erziehungsberatung, Eheberatung, Schuldnerberatung, Übergangwohnheimen, oder Justiz usw. sowie
- Unterstützung beim Anschluss an eine Selbsthilfegruppe

bestehen und grenzt sich insoweit von der ambulanten medizinischen Rehabilitation (vgl. Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04. Mai 2001) ab.

Nachsorge wird beispielsweise geleistet durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Sucht-Beratungsstellen, Gesundheitsämtern, durch betriebliche Suchtberater, ambulante und stationäre Sucht-Reha-Einrichtungen. Sie arbeiten bei arbeitsbezogenen Fragestellungen mit den Reha-Fachberatern der verschiedenen Sozialleistungsträger eng zusammen.

Die Rentenversicherungsträger bewilligen im Rahmen der Sucht-Nachsorge ambulante Einzel- und Gruppengespräche in von den Rentenversicherungsträgern anerkannten Einrichtungen (in der Regel ein Gespräch pro Woche). Im Einzelfall – insbesondere unter Berücksichtigung regionaler Möglichkeiten – können auch sonstige Leistungen als förderungswürdig anerkannt werden. Bewilligungen werden für die erforderliche Dauer - in der Regel für bis zu 6 Monate - erteilt; in begründeten Ausnahmefällen kann die Nachsorge um höchstens 6 Monate verlängert werden. Die Nachsorgeleistung muss innerhalb von 3 Monaten nach Abschluss der Leistung zur medizinischen Rehabilitation angetreten werden.

Weitere reguläre Nachsorgeangebote betreffen die Onkologie (1 Träger) und Diabetes bzw. Adipositas (2 Träger).

3.1.2 Weitere Modelle der Reha-Nachsorge

Die neun Modellprojekte von sechs Trägern betreffen die Indikationen Orthopädie, Kardiologie, Stoffwechselerkrankungen, Onkologie, Neurologie und Psychosomatik.

Einen neuen Ansatz verfolgt die telefonische Nachsorge bei koronarer Herzkrankheit nach Anschlussheilbehandlung mit monatlichen Kontakten über ein Jahr.

Längere Nachsorgezeiten werden in einem Adipositas-Modell (1-2 Jahre) und einem Kardiologie-Modell (1 Jahr) geprüft. Im letzteren Modell ist gegebenenfalls eine Verkürzung der Rehabilitation um 2 Tage geplant.

Das Konzept des Modellprojektes „Fallmanagement innerhalb ‚Stärke durch Vernetzung‘“ (Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz) für die Indikationen BO und PS (einschließlich Sucht) ist die stufenweise Wiedereingliederung, verbunden mit einzelnen Nachsorgeleistungen nach Bedarf und einem begleitenden Fallmanagement. Die Dauer der Nachsorge in diesem Modell beträgt 2 Monate. In dem Projekt kooperieren der Rentenversicherungsträger, Krankenkassen, Reha-Einrichtungen und ein Betrieb. Im Mittelpunkt stehen Arbeitsplatzprobleme bei der Wiedereingliederung.

Die Verordnungsmöglichkeit von ambulanten Folgeleistungen in Form von EvoCare wird von der Deutschen Rentenversicherung Westfalen und zwei weiteren Rentenversicherungsträgern als Modellprojekt für die neurologische Nachsorge in einer Rehabilitationseinrichtung gefördert. Eine Erweiterung auf zwei andere Rehabilitationseinrichtungen ist in Planung. Bei EvoCare handelt es sich um eine Software für Telerehabilitation, die eine Betreuung der Versicherten von zuhause aus ermöglicht.

3.2 Nachsorge im weiteren Sinn

Die Nachsorge im weiteren Sinn geht über die von der Rentenversicherung getragenen Nachsorgeleistungen hinaus und umfasst – zeitlich oft unbegrenzt – alle individuellen oder auch organisierten Aktivitäten, die Lebensstiländerungen und Krankheitsbewältigung unterstützen. Studien zur Effizienz nachsorgender Aktivitäten zeigen, dass die zentralen Instrumente zur Sicherung der Nachhaltigkeit des Reha-Erfolges die Förderung der Motivation und Eigenbefähigung bereits während der Rehabilitation sind. Erfolgreich sind besonders gezielte Schulungsmodule bzw. sog. Nachsorgegespräche, in denen die Nachsorgestrategien mit den Patient(inn)en konkret besprochen und eingeleitet werden.

Auch für die Nachsorge im weiteren Sinn gibt es etablierte Programme verschiedener Anbieter, z. B. die Programme zum Nichtrauchen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Auch Präventionsangebote der Krankenkassen können für die Nachsorge genutzt werden, ebenso wie Kurse der Volkshochschulen (z. B. zum gesunden Kochen oder Entspannungstraining) und Angebote der Sportvereine.

Noch nicht als Routineangebote, aber als Modelle gibt es internetbasierte Nachsorgeangebote und verschiedenste gesundheitsbezogene Angebote privater Anbieter.

Eine andere Möglichkeit zur Nachsorge im weiteren Sinn kann die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe sein (siehe auch Abschnitt 7).

4. Aufgaben der Rehabilitationseinrichtung

Die Entscheidung über die Notwendigkeit von Nachsorgeleistungen kann nur aus dem Verlauf der medizinischen Rehabilitation nach § 15 SGB VI getroffen werden. Voraussetzung für die Durchführung der Nachsorge ist deshalb, dass die Rehabilitationseinrichtung den Nachsorgebedarf im Einzelfall feststellt, mit den Rehabilitand(inn)en gemeinsam einen konkreten Nachsorgeplan erarbeitet und geeignete Nachsorgeleistungen empfiehlt und einleitet.

4.1 Informationen zu aktuellen Nachsorgeangeboten

Jede Rehabilitationseinrichtung braucht einen Überblick über die Nachsorgeangebote, die für ihre Rehabilitand(inn)en in Frage kommen. Wichtig sind die Nachsorge-Programme der belegenden Träger als Reha-Nachsorge im engeren Sinn, aber auch passende Angebote der Nachsorge im weiteren Sinn, z. B. von Krankenkassen, Volkshochschulen oder anderen Anbietern. Die Informationen für einzelne Rehabilitand(inn)en müssen sich möglichst konkret an deren Bedürfnissen orientieren und als gut verständliches, graphisch gut aufbereitetes Info-Material zur Verfügung gestellt werden. Dabei sollten für Fragen der Nachsorge spezielle Nachsorgebeauftragte, aus dem Reha-Team benannt, als Ansprechpartner für die Patienten und die übrigen Mitarbeiter zur Verfügung stehen.

4.2 Erkennen des individuellen Nachsorgebedarfs und Motivation

Die Notwendigkeit zur längerfristigen Nachsorge muss während der Rehabilitation von Ärztinnen, Ärzten und dem gesamten Therapeuten-Team der Rehabilitationseinrichtung überzeugend vermittelt werden. Das Reha-Team ist gefordert, den speziellen Bedarf der Rehabilitand(inn)en frühzeitig zu erkennen, zu definieren und mit ihnen gemeinsam einen individuel-

len Nachsorge-Plan zu erarbeiten. Zur Nachsorge zählen neben den Möglichkeiten zur Teilnahme an einem der Reha-Nachsorgeprogramme der Rentenversicherung auch die Nachsorge im weiteren Sinn und die von jedem Einzelnen zu leistenden individuellen Nachsorgeaktivitäten. Dazu können auch Angebote im Rahmen des Betriebssports gehören.

Im Rahmen der Nachsorge kommen insbesondere Leistungen in Betracht, die während der vorangegangenen Rehabilitation begonnen wurden, jedoch noch fortgesetzt werden sollen. Nachsorgeleistungen sind jeweils dem Einzelfall, der Indikation und den regionalen Bedingungen entsprechend in der Regel im Auftrag des Rentenversicherungsträgers durch die Rehabilitationseinrichtung festzulegen.

4.3 Nachsorgeplanung und Unterstützung bei der Umsetzung

Die Planung der Nachsorge ist eine Aufgabe, die mit den Rehabilitand(inn)en gemeinsam unter Berücksichtigung der individuellen Lebens- und Arbeitssituation erfolgen muss. Motivation und Nachsorgebereitschaft zu fördern, ist eine wichtige Aufgabe des gesamten Reha-Teams, die insbesondere in der Patientenschulung, aber auch in den übrigen Elementen der Rehabilitation (z. B. in der Bewegungstherapie) zu leisten ist. Empfehlungen, die keine Chancen zur Umsetzung haben, wirken demotivierend und sind zu vermeiden. Die empfohlenen Nachsorgeangebote sollten innerhalb einer angemessenen Zeit erreichbar sein (30-45 min).

Insgesamt ist ein aktiveres Vorgehen der Reha-Einrichtungen bei der Vorbereitung der Nachsorge wünschenswert. Dazu gehört nicht nur, Nachsorgeangebote zu benennen und zu empfehlen, sondern auch die Rehabilitand(inn)en anzuregen (und bei Bedarf dabei zu unterstützen), möglichst schon während der Rehabilitation den ersten Kontakt herzustellen und einen ersten Termin zu vereinbaren. Es geht um die praktische Unterstützung bei der Umsetzung guter Vorsätze.

Hilfreich kann dabei eine Checkliste sein, die vom Reha-Team dazu genutzt werden kann, die verschiedenen Aspekte und Aufgaben der Nachsorge-Einleitung zu realisieren.

Neben vielfältigen Bemühungen im Verlauf ist ein gezieltes zusammenfassendes Nachsorgegespräch spätestens gegen Ende der Rehabilitation günstig. Folgende drei, gemeinsam mit den Rehabilitand(inn)en zu gehende Schritte sollten dabei beachtet werden:

1. Bedarf definieren,
2. Möglichkeiten für die Umsetzung und Hindernisse explorieren,
3. ggf. notwendige unterstützende Maßnahmen initiieren.

Für die Rehabilitand(inn)en kann ein schriftlicher Nachsorge-Plan, z. B. in Form eines Nachsorge-Passes, zur Stärkung der Motivation und der Verbindlichkeit der Entscheidung zur Nachsorge beitragen. Die weiterbehandelnden Ärztinnen und Ärzte sind zeitnah über die Reha-Nachsorge zu informieren (z. B. über einen Kurzbrief) und – wenn es aus Sicht der Rehabilitationseinrichtung angebracht ist - in die Gestaltung der Nachsorge einzubeziehen. Dies ist insbesondere dann wichtig, wenn der/die Versicherte in ein Disease Management-Programm der Krankenkasse (DMP) eingeschrieben ist.

Geprüft werden sollte, inwieweit die Rehabilitationseinrichtungen nach der eigentlichen medizinischen Rehabilitation ihre Rehabilitand(inn)en bei Bedarf auch bei der Durchführung der Reha-Nachsorge, z. B. durch telefonische Beratung, unterstützen und begleiten können. Dies könnte die Inanspruchnahme der empfohlenen Nachsorgeangebote erhöhen.

4.4 Zusammenarbeit mit Nachsorgeeinrichtungen

Eine gute Zusammenarbeit der Rehabilitationseinrichtung mit den Nachsorgeeinrichtungen, die von ihren Patientinnen und Patienten in Anspruch genommen werden, erleichtert die nahtlose Weiterführung der in der Rehabilitation begonnenen Aktivitäten. Mit Zustimmung der Patient(inn)en kann den Nachsorgeeinrichtungen der Entlassungsbericht zur Verfügung gestellt werden.

Regelmäßige Kontaktgespräche – bei Bedarf unterstützt durch den federführenden Rentenversicherungsträger - stellen sicher, dass Rehabilitations- und Nachsorgeeinrichtung dieselbe Linie verfolgen und die Patienten nicht durch unterschiedliche Botschaften verunsichern.

4.5 Nachsorgeempfehlungen im ärztlichen Entlassungsbericht

Voraussetzung für die Durchführung von Nachsorgeleistungen durch die gesetzliche Rentenversicherung ist die Verordnung bzw. Empfehlung durch die Rehabilitationseinrichtung. Das Reha-Team stellt den Nachsorgebedarf im Einzelfall fest und empfiehlt konkret geeignete Maßnahmen. Diese werden im ärztlichen Entlassungsbericht dokumentiert und begründet.

5. Aufgaben des Rehabilitationsträgers

5.1 Mitwirkung bei der Sicherstellung von Nachsorgeangeboten

Zur Durchführung der Nachsorge sollten vorhandene Leistungsangebote (auch der Rehabilitationseinrichtungen selbst) genutzt und bei Bedarf neue Angebote durch die Rehabilitationsträger initiiert oder ggf. geschaffen werden. Eine enge institutionelle Zusammenarbeit mit den

übrigen Trägern und geeigneten Anbietern im Gesundheitssektor ist anzustreben, um das Angebot zu verbessern.

5.2 Information der Versicherten

Der Rentenversicherungsträger sollte seinen Versicherten erreichbare Nachsorgeangebote benennen, sofern die Rehabilitationseinrichtungen in dieser Hinsicht noch nicht hinreichend selbst tätig geworden sind. Dafür bedarf es einer Kontaktstelle beim Rentenversicherungsträger, dezentral (z. B. in den Gemeinsamen Servicestellen oder in den Auskunfts- und Beratungsstellen) oder zentral (evtl. als Hotline oder im Internet).

5.3 Information der weiterbehandelnden Ärztinnen und Ärzte

Mit Zustimmung der Versicherten leiten die Rentenversicherungsträger den Entlassungsbericht mit seinen konkreten Nachsorgeempfehlungen an die weiterbehandelnden Ärztinnen und Ärzte weiter und informieren diese so auch über die verordneten Nachsorgeleistungen.

5.4 Vorgaben und Hilfen für die Rehabilitationseinrichtungen

Die Rentenversicherungsträger machen den Rehabilitationseinrichtungen deutlich, wie wichtig es ist, die Nachsorgeplanung und -einleitung in die medizinische Rehabilitation einzubeziehen. Die mit den Rehabilitationseinrichtungen zu vereinbarenden Behandlungskonzepte müssen das vorsehen, ebenso die Prozessleitlinien der Rentenversicherung. Die Vorbereitung und Einleitung der Reha-Nachsorge ist außerdem Gegenstand der Qualitätssicherung der Rentenversicherung.

Neben solchen Vorgaben können die Rentenversicherungsträger die Nachsorge aber auch über die Unterstützung der Reha-Einrichtungen bei der Suche nach geeigneten Nachsorgeangeboten fördern. Dies ist besonders bedeutsam für Rehabilitationseinrichtungen, die geographisch vom Wohnort der Rehabilitand(inn)en weit entfernt liegen. Die Träger selbst (oder ggf. Dritte in deren Auftrag) könnten Listen von Nachsorgeangeboten im engeren und weiteren Sinn erstellen und pflegen.

5.5 Nachsorgemanagement im Einzelfall (Case Management)

Bei komplizierteren Fallgestaltungen, wenn etwa verschiedene Nachsorgeleistungen notwendig sind und deren Auswahl und/oder Koordination schwierig ist, könnte der Rentenversicherungsträger die Versicherten bei der Suche nach geeigneten Nachsorgeeinrichtun-

gen und deren Inanspruchnahme unterstützen. Dieses Nachsorgemanagement im Einzelfall, als ein auf die Nachsorge konzentriertes Case-Management, ließe sich als Aufgabe z. B. bei den Gemeinsamen Servicestellen, beim Fachberatungsdienst oder bei geeigneten Rehabilitationseinrichtungen ansiedeln.

5.6 Finanzierung der Nachsorge

Die Deutsche Rentenversicherung übernimmt die Kosten der Nachsorgeleistungen, wenn das Nachsorgekonzept von der Rentenversicherung anerkannt ist (siehe Abschnitt 2.4). Die Vergütung der Nachsorgeleistungen wird zwischen Rentenversicherungsträger und Leistungserbringer vereinbart.

6. Aufgaben der Nachsorgeeinrichtung

6.1 Zusammenarbeit mit den Rehabilitationseinrichtungen

Ähnlich wie die Rehabilitationseinrichtungen mit den Nachsorgeeinrichtungen zusammenarbeiten sollen (siehe Abschnitt 4.4), ist auch die Kooperation der Nachsorgenden mit der medizinischen Rehabilitation wichtig. Die Botschaften und Behandlungselemente der Nachsorge müssen zu dem in der vorangegangenen Rehabilitation Durchgeführten und Vermittelten passen. Darüber hinaus kann in der Nachsorge deutlich werden, warum bestimmte, in der Rehabilitation erarbeitete Pläne sich nicht umsetzen lassen – darüber sollte die Rehabilitationseinrichtung wenn möglich eine Rückmeldung erhalten.

6.2 Adäquate Durchführung der Nachsorge

Das Nachsorgekonzept orientiert sich – wie die medizinische Rehabilitation insgesamt – am biopsychosozialen Krankheitsmodell. Als mögliche Nachsorgeelemente seien beispielhaft genannt:

- Sport- und Bewegungstherapie, einschl. Muskelaufbautraining/Medizinische Trainingstherapie (MAT/MTT)
- Physiotherapie
- Information, Motivation, Schulung (z. B. Motivationsförderung, Ernährungsberatung, Lehrküche, Rückenschule, Schulungen im Umgang mit speziellen gesundheitlichen Problemen)

- Problem- und störungsorientierte Gruppenarbeit (z. B. zu Stressbewältigung, Konfliktlösung, Abstinenzhaltung, Entspannung, Tabakentwöhnung, Adipositas)
- Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie (z. B. Training sozialer Kompetenz, Umgang mit Arbeitslosigkeit und berufliche Orientierung, sozialrechtliche Beratung, Freizeitgestaltung, Unterstützung beim Anschluss an eine Selbsthilfegruppe, Zusammenarbeit mit anderen Hilfen), unterstützende Fallbegleitung (z. B. bei stufenweiser Wiedereingliederung), Kontakte mit Betrieben und Betriebsärzt(inn)en
- Ergotherapie, Sprachtherapie, Funktionstraining
- Arbeitstherapie (z. B. Arbeitsplatztraining)
- Neuropsychologische Therapie
- Psychotherapie.

Die einzelnen Nachsorgeelemente sind in der Regel Gruppenangebote. Bei entsprechendem Bedarf der Versicherten sind auch Einzelangebote möglich. Das Angebot separater Gruppen für Frauen oder Männer kann bei bestimmten Problemkonstellationen z. B. in der Bewegungstherapie, der psychologischen Betreuung oder der Ernährungstherapie sinnvoll sein, um geschlechtsspezifische Bedürfnisse stärker zu berücksichtigen.

Nachsorge kann auch in Form von Telerehabilitation, als telefonische Nachsorge oder internetbasiert, durchgeführt werden (vgl. Abschnitt 11.9).

Soweit erforderlich und möglich, sollten auch die Angehörigen in die Nachsorge einbezogen werden. Das kann die Compliance der Versicherten und die Nachhaltigkeit der Nachsorgewirkungen erhöhen. Ein Beispiel wäre die gemeinsame Teilnahme von Ehepaaren oder das Einbeziehen von Lebenspartnern in Kurse zur Gesundheitsbildung (z. B. zu gesunder Ernährung).

6.3 Übergang in andere Betreuung und Eigenaktivität

So wie die Rehabilitationseinrichtung die sich anschließende Nachsorge im engeren Sinn plant und einleitet, sollte die Nachsorgeeinrichtung die sich ihr anschließende Integration der Patient(inn)en in weitere Gruppenangebote (z. B. Herzsportgruppen, Rheumafunktionstraining, Selbsthilfegruppen, Sportvereine) aktiv fördern, d. h. unter anderem mit den Betroffenen gemeinsam konkret planen und soweit wie möglich schon beginnen lassen. Die Verordnung von Reha-Sport/Funktionstraining muss bereits in der Reha-Einrichtung erfolgt sein

und der Reha-Sport/das Funktionstraining müssen innerhalb von drei Monaten nach Abschluss der Rehabilitation begonnen werden.

6.4 Abschlussbericht und Nachsorgedokumentation

Das Nachsorgekonzept legt fest, in welcher Form (in der Regel durch einen Abschlussbericht) die Einrichtung dem Rentenversicherungsträger über Verlauf und Ergebnis der Nachsorge berichtet. Form und Umfang der Dokumentation werden je nach Art der Nachsorge (und ggf. der Nachsorgeeinrichtung) unterschiedlich sein müssen. Einerseits sollte die Dokumentation alle wesentlichen Informationen zum (fallbezogenen) Verlauf und Ergebnis der Nachsorge enthalten, die alle Beteiligten den möglichen Bedarf an weiteren Leistungen erkennen lassen und ggf. ein effektives Fallmanagement ermöglichen; andererseits muss der Dokumentationsaufwand in einem angemessenen Verhältnis zum Umfang der Nachsorgeleistung selbst stehen (siehe Abschnitt 11.4).

6.5 Zusammenarbeit mit behandelnden Ärztinnen und Ärzten der Betroffenen

Eine Einbindung der Nachsorge in bestehende Versorgungsstrukturen wird angestrebt. Insbesondere ist die kooperative Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten (einschließlich Psychotherapeut(inn)en und betriebsärztlicher Dienste) eine wesentliche Aufgabe der Nachsorgeeinrichtungen. Diese sollten – die Zustimmung der Versicherten vorausgesetzt – über die vorgesehenen Nachsorgeleistungen informiert werden und – ggf. über den Versicherten – den Abschlussbericht zur Nachsorgeleistung bekommen.

7. Selbsthilfe und Nachsorge

Neben den beschriebenen Nachsorgeangeboten kann auch die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe einen weiteren Bestandteil der Nachsorge nach einer Rehabilitationsleistung darstellen. Die Rehabilitations- und die Nachsorgeeinrichtungen beziehen dies in die individuelle Planung der Nachsorge ein und arbeiten mit geeigneten Selbsthilfegruppen, deren Organisationen und Selbsthilfekontaktstellen zusammen. Aus Untersuchungen zum langfristigen Rehabilitationserfolg geht hervor, dass der Besuch von Selbsthilfegruppen positive Effekte hat (z.B. auf die Abstinenz bei Abhängigkeitskranken), allerdings sollten Patienten nicht gezwungen werden, eine Gruppe zu besuchen.

8. Rahmenbedingungen

Für die Teilnahme an Nachsorgeleistungen ist von den Versicherten in der Regel keine Zahlung zu leisten. Je nach Art der Nachsorgeleistung können den Versicherten entstehende Fahrtkosten individuell oder pauschaliert erstattet werden.

Für eine Kombinationsnachsorge (d. h. zwei oder mehr Leistungen in unterschiedlichen Einrichtungen) soll die vorherige Genehmigung durch den Rentenversicherungsträger gefordert werden, es sei denn, das anerkannte Nachsorgekonzept sieht diese Kombination bereits vor.

Nachsorgeleistungen sind – wenn zusätzlich notwendig – auch parallel zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) und zur stufenweisen Wiedereingliederung möglich. Sie können auch eine wichtige Brückenfunktion zwischen medizinischer Rehabilitation und einer später beginnenden LTA erfüllen.

9. Dokumentation und Qualitätssicherung der Nachsorge

Die Dokumentation der Nachsorge im Einzelfall erfolgt in der Regel über einen Abschlussbericht (siehe Abschnitt 6.4). Zur Verbesserung der Dokumentation des Nachsorgegeschehens sollen die statistischen Angaben zur Nachsorge differenzierter und einheitlicher erhoben werden als bisher.

Die Qualitätssicherung der Nachsorge beginnt mit der Prüfung der Strukturqualität im Anerkennungsverfahren einer Nachsorgeeinrichtung. Komplexe Nachsorgeleistungen wie z.B. IRENA sollten in die Qualitätssicherung der Rehabilitation durch die Rentenversicherung einbezogen werden. Einzelne Elemente der Qualitätssicherung, wie etwa Teilnehmerbefragungen, könnten auch für andere Nachsorgeleistungen durchgeführt werden.

10. Evaluation der Nachsorge und Reha-Forschung

Die Evaluation der Nachsorge in ihren verschiedenen Formen, insbesondere die Analyse ihrer Wirkungen auf Lebensqualität, Arbeits- und Erwerbsfähigkeit, ist Aufgabe der Reha-Forschung. Weitere noch offene Fragen beziehen sich auf Zielgruppen für die Nachsorge, die optimale Gestaltung der Nachsorgeangebote, die Verbesserung der Teilnahme an Nachsorgeleistungen sowie Kosten-Wirksamkeits- und Kosten-Nutzen-Studien. Entsprechende Bemühungen sind zu verstärken. Genderaspekte sind in allen Phasen der Forschung von der Projektplanung bis zur Datenanalyse und Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen.

11. Ausblick

11.1 Reha-Nachsorge bei besonderen Indikationen

Onkologische Rehabilitationsleistungen werden sowohl nach § 15 SGB VI als auch als sonstige Leistungen nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB VI erbracht. Während für onkologische Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 15 SGB VI Reha-Nachsorge nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI grundsätzlich in Frage kommt, ist diese Vorschrift (Leistungen zur Eingliederung der Versicherten in das Erwerbsleben) bei onkologischer Rehabilitation nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB VI nicht anwendbar, weil in diesen Fällen die persönlichen und/oder versicherungsrechtlichen Voraussetzungen (§§ 10, 11 SGB VI) nicht erfüllt sind. Es sollte eine Möglichkeit gefunden werden, dass trotz dieser Rechtslage auch diese Patient(inn)en bei Bedarf im Anschluss an eine onkologische Rehabilitation geeignete Nachsorgeleistungen bekommen können, z. B. durch Zuschüsse nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB VI an geeignete Verbände, Institutionen und Selbsthilfe-Organisationen.

Im Anschluss an Rehabilitationsleistungen für Kinder und Jugendliche (§ 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB VI) ist eine Reha-Nachsorge ebenfalls auf der Grundlage des § 31 SGB VI nicht möglich, auch weil die Vorschrift zu den Kinderheilbehandlungen nur stationäre Leistungen erlaubt. Aus rehabilitationsmedizinischer Sicht ist gerade für Kinder und Jugendliche (z. B. bei Adipositas oder Asthma bronchiale) Reha-Nachsorge indiziert, da Lebensstil- und Verhaltensänderungen in jungen Jahren wesentlichen Einfluss auf Gesundheit und Krankheit im Erwachsenenalter haben. Es sollte daher eine Möglichkeit gefunden werden, in solchen Fällen Reha-Nachsorge zu erbringen. Bereits bei der Diskussion um ein Präventionsgesetz im Jahr 2006 hatte die Rentenversicherung eine Änderung des § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB VI vorgeschlagen, indem das Wort "stationär" gestrichen wird. Dadurch könnten flexibler notwendige Leistungen für z. B. übergewichtige Kinder erbracht werden.

11.2 Genderaspekte

Um den unterschiedlichen Lebenssituationen, Problemlagen und Bedürfnissen beider Geschlechter gerecht zu werden, muss die Nachsorge geschlechtersensibel geplant und durchgeführt werden. Frauen und Männer weisen oft unterschiedliche Risikokonstellationen auf und haben zum Teil unterschiedliche Präferenzen für bestimmte Nachsorgeaktivitäten. Das berücksichtigen Nachsorge-Angebote, die gezielt auf besondere Bedürfnisse oder Problemlagen von Frauen oder Männern eingehen.

11.3 Koordination zwischen den Rentenversicherungsträgern

Versicherte sollten die für sie notwendigen und geeigneten Reha-Nachsorgeleistungen erhalten, unabhängig davon, welcher Rentenversicherungsträger für sie zuständig ist. Das setzt voraus, dass die Deutsche Rentenversicherung sich auf ein einheitliches Spektrum von Nachsorgeangeboten verständigt, die für ihre Versicherten in Frage kommen. Angesichts der erheblichen Unterschiede, die es derzeit in den Reha-Nachsorgeangeboten der verschiedenen Rentenversicherungsträger gibt, ist zumindest eine gewisse Vereinheitlichung geboten.

Soweit wie möglich sollten die Rentenversicherungsträger ihre Nachsorgeangebote gegenseitig anerkennen, so dass jede Rehabilitationseinrichtung ihren Patient(inn)en sowohl die Angebote des für den Wohnort zuständigen Regionalträgers empfehlen kann als auch die Angebote der Bundesträger.

Zur Abstimmung über die gegenseitige Anerkennung der Reha-Nachsorgeangebote sollten Gespräche zwischen den Rentenversicherungsträgern, insbesondere zwischen den Bundesträgern und den Regionalträgern, aufgenommen werden.

Dabei sind insbesondere folgende Fragen zu regeln:

- Welche einzelnen, in einer Region vorhandenen Reha-Nachsorgeangebote der Rentenversicherungsträger sollen wechselseitig anerkannt werden?
- Wie erfolgt die gegenseitige Information der jeweiligen Rentenversicherungsträger über neue Angebote der Reha-Nachsorge?

Die Gespräche könnten innerhalb der Regionalverbände geführt werden, die für die Koordination in der Rehabilitation gebildet wurden.

Bei diesen Gesprächen können insbesondere solche Reha-Nachsorgeleistungen wechselseitig anerkannt werden, die

- (a) von einem Rentenversicherungsträger erbracht werden,
- (b) in einer Rehabilitationseinrichtung oder (insbesondere im Bereich Psychotherapie/Psychosomatik und Sucht) von einer anderen, von einem Rentenversicherungsträger anerkannten Einrichtung durchgeführt werden,
- (c) in den somatischen Indikationen komplexe Leistungen sind, d. h. unterschiedliche Therapieelemente enthalten,

und

- (d) als Gruppenangebote oder als Kombination von bzw. mit Einzelangeboten durchgeführt werden.

Darüber hinaus sollte in den Abstimmungsgesprächen geprüft werden, ob weitere Nachsorgeangebote wechselseitig anerkannt werden können, für die aus regionalen und/oder inhaltlichen Gründen ein Bedarf besteht. Dies ist beispielsweise dann der Fall, wenn Versicherte für das Erreichen/Stabilisieren ihres Reha-Zieles keine komplexe Nachsorgeleistung benötigen oder solche Leistungen für Versicherte wohnortnah nicht angeboten werden.

Weitere, über die wechselseitig anerkannten Angebote hinausgehende Nachsorgeangebote einzelner Rentenversicherungsträger sind nach wie vor möglich. Die Weiterentwicklung der Reha-Nachsorge sollte aber vor allem die gemeinsamen Angebote stärken.

Über die Koordination der Reha-Nachsorgeangebote selbst hinaus sollte das Verfahren beim Zugang zu Nachsorgeleistungen zwischen den Rentenversicherungsträgern vereinheitlicht werden, ebenso wie das für die Empfehlung bzw. die Verordnung der Nachsorge durch die Rehabilitationseinrichtung erforderliche Formular.

11.4 Vereinheitlichung der Dokumentation

Je stärker die Nachsorgeangebote selbst einander angeglichen werden, desto leichter ist es, auch die Dokumentation der Reha-Nachsorge, in der Regel über einen Abschlussbericht, einheitlich zu gestalten. Durch einheitliche, standardisierte Formulare sind dann auch vergleichende Auswertungen möglich, z. B. zur Prozessqualität. Fernziel wäre ein einheitlicher Nachsorge-Abschlussbericht mit einem Kernsatz von gemeinsamen Merkmalen und mit einem entsprechenden Leitfaden für seine Erstellung.

11.5 Zusammenarbeit mit der Gesetzlichen Krankenversicherung

Auch die Krankenkassen können bestimmte Leistungen der Reha-Nachsorge gemäß § 43 SGB V erbringen, um das Ziel der Rehabilitation zu erreichen oder zu sichern. Hierzu zählen insbesondere Rehabilitationssport und Funktionstraining (vgl. BAR-Rahmenvereinbarung "Rehabilitationssport und Funktionstraining", Neufassung in Kraft getreten am 1. Januar 2007), Nachsorgeleistungen bei Abhängigkeitserkrankungen und Patientenschulungsmaßnahmen für chronisch Kranke.

11.6 Kooperation mit Betrieben

Auch Betriebe bieten im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung oder des betrieblichen Gesundheits- bzw. Eingliederungsmanagements präventiv ausgerichtete Programme an, die für die Nachsorge im weiteren Sinne geeignet sein können (vgl. auch das präventive Angebot „1+12“ der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg). Für den Versi-

cherten sind sie oft kostengünstiger als andere Angebote, ggf. auch leichter zu erreichen, wenn sie beispielsweise im Betrieb selbst oder in dessen Nähe durchgeführt werden.

Eine weitergehende Zusammenarbeit mit geeigneten Betrieben, auch für die Reha-Nachsorge im engeren Sinne, könnte in Modellen erprobt werden.

11.7 Unterstützende Instrumente

Zur Unterstützung der Rehabilitationseinrichtungen dienen Checklisten und Manuale, die konkret beschreiben, wie die Reha-Nachsorge vorbereitet, geplant, mit den Rehabilitanden besprochen und ihnen empfohlen werden soll. Solche Materialien könnten Teil einer Leitlinie zur Reha-Nachsorge sein, die auch Aussagen zum Nachsorgebedarf enthalten müsste.

Die Adressen und Angebote von Nachsorgeeinrichtungen sollten den Reha-Einrichtungen, soweit noch nicht geschehen, geeignet zugänglich gemacht werden, z. B. über das Internet.

11.8 Berufliche Orientierung

Die Berufsorientierung gewinnt in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung zunehmend an Bedeutung. Dieser Baustein der Rehabilitation muss auch in der Reha-Nachsorge bei Bedarf fortgesetzt werden, um die berufliche (Wieder-)Eingliederung der/des Rehabilitandin/en zu erreichen. Sport-, Bewegungs- und Physiotherapie können auf die jeweiligen Anforderungen am Arbeitsplatz zugeschnitten werden; psychologische Gruppenangebote können auf problematische Situationen im Betrieb eingehen. Beratung kann die Versicherten dabei unterstützen, ihren Beruf trotz ggf. noch bestehender Krankheitsfolgen weiter auszuüben. Der beruflichen Orientierung dient auch die Kooperation der Nachsorgeeinrichtungen mit den Betrieben und deren Betriebsärzt(inn)en.

11.9 Telemedizin, Internet oder andere Formen der Datenfernübertragung

Moderne Informations- und Kommunikationstechnologien erlauben neue Formen der Reha-Nachsorge. Technisch einfach zu realisieren ist eine telefonische Nachsorge in Form von regelmäßigen Telefongesprächen, z. B. mit geschulten Krankenpflegekräften, wie sie in der Kardiologie bereits erprobt wurde (Projekt von Dr. Mittag im Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“). Aufwendiger sind computergestützte Trainingsprogramme, z. B. in der Neurologie, deren Einsatz bei den Rehabilitand(inn)en über das Internet oder per Datenfernübertragung individuell gesteuert wird (vgl. das Modellprojekt EvoCare). Das Internet erleichtert über E-Mail die – allerdings etwas unpersönliche – Kommunikation einer Rehabilitations-

einrichtung mit ihren ehemaligen Rehabilitand(inn)en. Insbesondere für Jugendliche erscheint ein Internet-Angebot zur Nachsorge (z. B. in Form von Chatrooms) oder die Nutzung des Handys (via SMS) interessant. Solche und andere Modelle sollten bezogen auf ihre Einsatzmöglichkeiten innerhalb der Reha-Nachsorge weiterentwickelt und praktisch erprobt werden.

Anhang:

Beschreibung von Nachsorgeprogrammen der gesetzlichen Rentenversicherung

Anhang:

Beschreibung der Nachsorgeangebote – Ergebnisse der Umfrage bei den Rentenversicherungsträgern 2005 bis 2007

1. Mehrere Indikationen

1.1 Intensivierte Rehabilitations-Nachsorge (IRENA)

| <u>Träger</u> | <u>Beginn</u> | <u>Indikation</u> ¹⁾ |
|-----------------------------------|-------------------------|---------------------------------|
| DRV Berlin-Brandenburg | 2002/2003 | BO HZ NS ST PS |
| DRV Bund | 2001 (Modell 1999-2000) | BO HZ NS ST PS |
| DRV Niederbayern-Oberpfalz | 2000 | BO HZ NS |
| DRV Oberbayern | 2000 | BO HZ NS |
| DRV Oberfranken und Mittelfranken | 2002 (Modell 2000-2002) | BO HZ NS |
| DRV Schwaben | 2000 | BO HZ NS ST PS |
| DRV Unterfranken | 2000 | BO |

1) Erkrankungen des Bewegungsapparates (BO), Herz-Kreislaufkrankungen (HZ), neurologische Erkrankungen (NS), Stoffwechselerkrankungen (ST), psychische Störungen (PS)

Beschreibung

IRENA ist ein Programm der Deutschen Rentenversicherung Bund, das von weiteren Rentenversicherungsträgern übernommen wurde (s. Liste). Abweichungen gibt es insbesondere bei den einbezogenen Indikationen.

Das Ziel von IRENA besteht in der Sicherung des Rehabilitationszieles und in der Festigung der bereits während der Rehabilitation erreichten Rehabilitationsergebnisse. Die Notwendigkeit von Nachsorgeleistungen ergibt sich entsprechend indikationsübergreifender Kriterien (z.B. Trainingsbedarf bei fortbestehenden Einschränkungen) und indikationsspezifisch bei funktionellen Einschränkungen, Transferproblemen oder modifikationsbedürftigem Copingstil. Den Bedarf an Nachsorge im Einzelfall stellt die Rehabilitationseinrichtung fest. Berentung oder eine Leistungsfähigkeit von weniger als 3 Stunden pro Tag sind Ausschlussgründe für eine Nachsorge.

Dem IRENA-Programm liegt ein integratives und zielgerichtetes Rehabilitationskonzept zugrunde. Der Behandlungsrahmen ist durch das Konzept vorgegeben, die konkrete Ausgestaltung richtet sich aber nach der Empfehlung der Reha-Ärztinnen und –Ärzte gemäß dem individuellen Bedarf der Rehabilitand(inn)en, gemessen am zu stabilisierenden Rehabilitationsziel. Therapiearten sind z. B. Physiotherapie, Trainingstherapie, Entspannungstraining, problemorientierte Gruppenarbeit sowie Information, Motivation und Schulung; sie werden in der Regel in Gruppenform angeboten. Nachsorgeeinrichtungen sind vom Rentenversicherungsträger zugelassene ambulante und stationäre Rehabilitationseinrichtungen (Reha-Zentren).

Die Nachsorge soll spätestens 3 Monate nach der Rehabilitation beginnen. Die Behandlungsdauer beträgt 8 Wochen, pro Woche werden maximal 3 Behandlungseinheiten mit jeweils 90-120 Minuten angeboten. Bei NS und PS kann die Nachsorgeeinrichtung die Dauer um 4 Wochen verlängern.

Die Deutsche Rentenversicherung Bund hat ihre Rahmenkonzeption zu IRENA (incl. Curriculum Hannover) inzwischen überarbeitet, dieses neue Konzept ist seit 1. Dezember 2006 in Kraft. Obwohl davon ausgegangen werden kann, dass sich die anderen Träger auch der neuen Fassung anschließen werden, bezieht sich zum jetzigen Zeitpunkt die Übernahme noch auf die vorausgehende Fassung.

Die wichtigste Neuerung ist die zeitliche Flexibilisierung des Verfahrens: Die Reha-Nachsorge kann in einem Zeitraum von maximal einem Jahr nach Ende der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durchgeführt werden. Dabei ist eine kontinuierliche, eine initial verdichtete oder eine intervallartige Therapiefolge möglich. Die maximale Dauer einer Nachsorgeeinheit, die zwei bis drei Therapieeinheiten in der Gruppe umfasst, beträgt 90 bis 120 Minuten. Die maximale Anzahl der Termine beträgt unverändert 24, bei neurologischen Erkrankungen 36 und bei psychischen Störungen 26 (Curriculum Hannover 25 wöchentliche Termine plus jeweils ein Aufnahme- und Abschlussgespräch). Physiotherapeutische oder trainingsbezogene Maßnahmen müssen zeitnah beginnen und sind auf die ersten acht Wochen der Nachsorge beschränkt.

Erweitert wurde der Kreis der anspruchsberechtigten Personen um Rentner(innen) mit voller Erwerbsminderung soweit diese mit einer Leistungsfähigkeit von mindestens drei Stunden pro Tag auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt entlassen werden.

Fallzahl: Für das Jahr 2005 werden 25.900 Fälle berichtet, wovon 22.000 auf die DRV Bund entfallen (darin sind auch die Nachsorgefälle nach dem Curriculum Hannover enthalten).

1.2 Ambulantes Stabilisierungsprogramm (ASP)

| <u>Träger</u> | <u>Beginn</u> | <u>Indikation</u> ¹⁾ |
|-----------------------|---------------|---------------------------------|
| DRV Baden-Württemberg | 1996 | BO HZ NS ST PS |

1) Erkrankungen des Bewegungsapparates (BO), Herz-Kreislaufkrankungen (HZ), neurologische Erkrankungen (NS), Stoffwechselerkrankungen (ST), psychische Störungen (PS)

Beschreibung

Die Nachsorgeleistungen sollen den eingetretenen Erfolg weiter verbessern bzw. nachhaltig sichern. Die Rehabilitationseinrichtung verordnet die Nachsorge und macht Vorschläge für die weiterführende ambulante Therapie. Ausschlussgründe für ein ASP sind eine Leistungsfähigkeit von weniger als drei Stunden und der Bezug einer Vollrente.

Nachsorgeeinrichtungen sind vom Rentenversicherungsträger zugelassene ambulante Rehabilitationseinrichtungen (Reha-Zentren). Gruppen- und Einzelbehandlungen werden angeboten.

ASP sollte innerhalb eines Monats nach Beendigung der ambulanten oder stationären Rehabilitation begonnen werden. ASP muss in der Regel innerhalb von drei Monaten, längstens jedoch nach sechs

Monaten abgeschlossen werden. Die Behandlungsdauer beträgt bis zu 3 Monate, pro Woche werden maximal 3 Behandlungseinheiten mit jeweils 60 Minuten angeboten.

Fallzahl: Ca. 1.800 Fälle im Jahr 2006.

1.3 Nachsorgeleistungen für die Indikation Kardiologie/Onkologie

| <u>Träger</u> | <u>Beginn</u> | <u>Indikation</u> ¹⁾ |
|--|------------------|---------------------------------|
| DRV Mitteldeutschland (LVA Sachsen) | Modell 2005-2006 | HZ ON |

1) Herz-Kreislaufkrankungen (HZ), onkologische Erkrankungen (ON)

Beschreibung

Durch die Nachsorgeleistungen soll das Rehabilitationsziel vollständig erreicht bzw. das erreichte Rehabilitationsziel verstetigt werden. Die Rehabilitationseinrichtung empfiehlt die Nachsorge und die therapeutischen Leistungen (kontrollierte Übungs-/Trainingstherapie, physikalische Therapie, problemorientierte Gruppenarbeit, Information, Motivation, Schulung). Gruppenbehandlung ist der Regelfall.

Indikationen im engeren Sinn sind die koronare Herzkrankheit nach AHB und Brustkrebs. Ausschlussgründe sind Berentung, Leistungsfähigkeit unter 3 Stunden pro Tag und eine negative Prognose, die Vollschichtigkeit zu erreichen. Nachsorgeeinrichtung ist die MEDICA-Klinik Leipzig.

Die Nachsorge umfasst insgesamt 15 Behandlungseinheiten, die individuell auf die Behandlungsdauer von maximal 8 Wochen verteilt werden. Dies entspricht 2-3 Behandlungseinheiten pro Woche mit jeweils 90-120 Minuten (Kardiologie) bzw. 90 Minuten (Onkologie).

Fallzahl: 15 Fälle im Jahr 2005.

1.4 Medizinische Reha-Nachsorgeleistungen (MERENA)

| <u>Träger</u> | <u>Beginn</u> | <u>Indikation</u> ¹⁾ |
|---------------------|---------------|---------------------------------|
| DRV Rheinland-Pfalz | 2001 | BO HZ NS ST PS |

1) Erkrankungen des Bewegungsapparates (BO), Herz-Kreislaufkrankungen (HZ), neurologische Erkrankungen (NS), Stoffwechselerkrankungen (ST), psychische Störungen (PS)

Beschreibung

Das Konzept ist vergleichbar mit IRENA.

Die Verlängerung (mit erweitertem Umfang) ist hier nicht möglich, bei psychischen Erkrankungen kann aber bis zu 6 Monaten bei gleichem Umfang verlängert werden.

Fallzahl: 1.340 Fälle im Jahr 2005.

1.5 Ambulante Reha-Nachsorge (ARENA)

| <u>Träger</u> | <u>Beginn</u> | <u>Indikation</u> ¹⁾ |
|---------------|---------------|---------------------------------|
| DRV Saarland | 2005 | BO HZ NS ST PS |

1) Erkrankungen des Bewegungsapparates (BO), Herz-Kreislaufkrankungen (HZ), neurologische Erkrankungen (NS), Stoffwechselerkrankungen (ST), psychische Störungen (PS)

Beschreibung

Das Konzept ist mit IRENA vergleichbar.

Die Nachsorge soll innerhalb von 4 Wochen beginnen. Die Behandlungsdauer beträgt höchstens 12 Wochen, für die die maximale Anzahl von 24 Behandlungseinheiten à 90 Minuten vorgegeben ist.

Fallzahl: 68 Bewilligungen von Jan. bis Okt. 2006.

2. Abhängigkeitserkrankungen

| <u>Träger</u> | <u>Beginn</u> | <u>Indikation</u> |
|---------------|---------------|---------------------------|
| alle RVT | 1987 | Abhängigkeitserkrankungen |

Beschreibung

Die ambulante Nachsorge ist nach einer Entwöhnungsbehandlung innerhalb eines halben Jahres möglich und wird mit 20 Einzel- und Gruppengesprächen zuzüglich 2 Gesprächseinheiten für Bezugspersonen vom Rentenversicherungsträger bewilligt und in von den Rentenversicherungsträgern anerkannten Einrichtungen (in der Regel ein Gespräch pro Woche) durchgeführt. In begründeten Einzelfällen kann die Nachsorge um höchstens 6 Monate verlängert werden. Die Nachsorgeleistung muss innerhalb von 3 Monaten nach Abschluss der Leistung zur medizinischen Rehabilitation angetreten werden.

Zum Teil erfolgt die Abgeltung derzeit noch pauschal.

Anfallende Fahrtkosten werden erstattet. Da die Nachsorgeleistungen außerhalb der Arbeitszeit durchgeführt werden sollen, entsteht in der Regel kein Verdienstaussfall.

Die Nachsorge soll bei Bedarf schon während der medizinischen Rehabilitation vorbereitet und konkret eingeleitet werden. Nach Abschluss der Nachsorge wird ein Bericht über den Verlauf erstellt und dem Leistungsträger vorgelegt.

Fallzahl: Für das Jahr 2006 wurden im Bereich der Deutschen Rentenversicherung mehr als 9200 Fallzahlen ermittelt (Trägerumfrage Juli 2007, teilweise basierend auf konkret ermittelten Fallzahlen, teilweise auch geschätzt, teilweise keine Ermittlung möglich, da eine genaue statistische Erfassung zur Zeit noch nicht durchgehend möglich ist).

3. Kardiologie

3.1 Ambulante kardiologische Reha-Nachsorge

| <u>Träger</u> | <u>Beginn</u> | <u>Indikation</u> ¹⁾ |
|--|---------------|---------------------------------|
| DRV Nord (LVA Mecklenburg-Vorpommern) | 2004 | HZ |

1) Herz-Kreislaufkrankungen (HZ)

Beschreibung

Durch die Nachsorgeleistungen soll das Rehabilitationsziel vollständig erreicht bzw. das erreichte Rehabilitationsziel verstetigt werden. Rehabilitationsärztinnen und -ärzte verordnen im Rahmen der AHB-Abschlussuntersuchung die kardiologische Nachsorge. Zu den therapeutischen Inhalten gehören Bewegungs- und Entspannungstherapie, Risikofaktorenmanagement, medizinische und sozialmedizinische Beratung und eine Abschlussuntersuchung. Gruppen- und Einzelbehandlungen werden angeboten.

Indikation ist die koronare Herzkrankheit nach AHB. Ausschlussgründe sind Berentung, Leistungsfähigkeit unter 3 Stunden pro Tag und eine negative Prognose. Als Nachsorgeeinrichtung kommen 5 Kliniken in Frage.

Die Nachsorge soll innerhalb von 4 Wochen beginnen. Sie besteht aus 6 halbtägigen Auffrischkursen, verteilt auf 6 Monate. Die Dauer einer Behandlungseinheit beträgt 30-45 Minuten.

Fallzahl: 48 Fälle im Jahr 2005.

3.2 Kardiologische Reha-Nachsorge (KARENA)

| <u>Träger</u> | <u>Beginn</u> | <u>Indikation</u> ¹⁾ |
|--------------------------------------|------------------|---------------------------------|
| DRV Nord (LVA Schleswig-Holstein) | Modell 2005-2007 | HZ |

1) Herz-Kreislaufkrankungen (HZ)

Beschreibung

Durch die Nachsorgeleistungen soll das Rehabilitationsziel vollständig erreicht bzw. das erreichte Rehabilitationsziel verstetigt werden. Die Rehabilitationseinrichtung empfiehlt die Nachsorge. KARENA ist ein standardisiertes Nachschulungsprogramm für das erste Jahr nach kardiologischer Rehabilitation. Ziele sind Wissensauffrischung und Motivationsförderung. Zu den Schulungsinhalten gehören Bewegung, Ernährung, psychosoziale Aspekte und medikamentöse Behandlung, die Veranstaltungen finden in Gruppen mit etwa 6 Patient(inn)en statt. Das Schulungsprogramm steht auf CD-Rom zur Verfügung (128 Folien zu 4 Themen).

Ausschlussgründe sind Berentung und eine negative Prognose. Nachsorgeeinrichtungen sind drei zugelassene Rehabilitationseinrichtungen.

Die Nachsorge soll innerhalb von drei Monaten beginnen. Sie dauert ein Jahr und besteht aus 4 halbtägigen (4 Stunden) Nachsorgeveranstaltungen.

Fallzahl: 5 Fälle im Jahr 2005.

3.3 Telefonische Nachsorge in der kardiologischen Rehabilitation

| <u>Träger</u> | <u>Beginn</u> | <u>Indikation</u> ¹⁾ |
|--------------------------------------|------------------|---------------------------------|
| DRV Nord (LVA Schleswig-Holstein) | Modell 2001-2004 | HZ |

1) Herz-Kreislauferkrankungen (HZ)

Beschreibung

Durch die Nachsorge soll das Rehabilitationsziel vollständig erreicht bzw. das erreichte Rehabilitationsziel verstetigt werden. Indikation ist die koronare Herzkrankheit nach AHB. Ausschlussgründe sind Umstände, die die telefonische Kommunikation erschweren.

Durch geschulte und erfahrene Studien-Pflegefachkräfte werden die Patient(inn)en einmal pro Monat ein Jahr lang telefonisch kontaktiert. Das Gespräch dauert etwa 30 Minuten, das Programm zur Verbesserung der Sekundärprävention ist verhaltensmedizinisch orientiert. Das erste Telefonat ist innerhalb von 4 Wochen nach der Rehabilitation.

Fallzahl: An der Studie nahmen 343 Patientinnen und Patienten teil, die durch Randomisierung dem Telefonprogramm (171 Patient(inn)en) und der Vergleichsgruppe (172 Patient(inn)en), die eine schriftliche Information erhielt, zugeordnet wurden.

3.4 Ambulante Folgeleistungen bei kardiologischen Erkrankungen in Form von ärztlich überwachtem Ergometertraining

| <u>Träger</u> | <u>Beginn</u> | <u>Indikation</u> ¹⁾ |
|---------------|---------------|---------------------------------|
| DRV Westfalen | 1999 | HZ |

1) Herz-Kreislauferkrankungen (HZ)

Beschreibung

Durch die Nachsorgeleistungen soll das Rehabilitationsziel vollständig erreicht bzw. das erreichte Rehabilitationsziel verstetigt werden. Rehabilitationsärztinnen und -ärzte empfehlen die kardiologische Nachsorge, der Träger prüft die formalen Kriterien. Das Ergometertraining kann als Gruppen- oder Einzelbehandlung erfolgen.

Ausschlussgründe sind Berentung und eine negative Prognose, die Vollschichtigkeit zu erreichen. Nachsorgeeinrichtungen sind Rehabilitationseinrichtungen sowie mit dem Träger kooperierende kardiologische Praxen.

Die Nachsorge soll innerhalb von 3 Monaten beginnen. Sie besteht aus insgesamt 18 Behandlungseinheiten von je 20 Minuten, das wöchentliche Maximum sind 3 Einheiten.

Fallzahl: 6 Fälle im Jahr 2006.

3.5 Intensivierte Nachsorge (INA) – ein Verfahren zur Verbesserung der beruflichen Reintegration nach Herzinfarkt oder Bypassoperation

| <u>Träger</u> | <u>Beginn</u> | <u>Indikation</u> ¹⁾ |
|---------------|---------------|---------------------------------|
| DRV Westfalen | 1999 | HZ |

1) Herz-Kreislaufkrankungen (HZ)

Beschreibung

Durch die Nachsorgeleistungen soll das Rehabilitationsziel vollständig erreicht bzw. das erreichte Rehabilitationsziel verstetigt werden. Rehabilitationsärztinnen und -ärzte empfehlen die Teilnahme an INA, ein Nachsorgeplan wird erarbeitet. INA ist ein klinikspezifisches Programm (Klinik Königsfeld), das auch nur für die Rehabilitand(inn)en dieser Klinik zugänglich ist. Die therapeutischen Inhalte orientieren sich an den Inhalten der Rehabilitation (kontrollierte Sport- und Bewegungstherapie, medizinische Trainingstherapie, Einzelkrankengymnastik, Ernährungsberatung, psychologische Betreuung und Sozialberatung). Die Therapien erfolgen in Gruppen- und Einzelform.

Indikation ist die koronare Herzkrankheit nach AHB. Einschlusskriterien sind Alter unter 60 Jahre und Arbeitsunfähigkeit bei Entlassung. Die Berentung ist Ausschlussgrund.

Die Nachsorge beginnt unmittelbar nach der AHB. Sie umfasst 12 Behandlungstage mit je 6 Stunden, pro Woche sind zwei Behandlungstage vorgesehen.

Fallzahl: 31 Fälle im Jahr 2006.

4. Orthopädie

4.1 Muskelaufbautraining an medizinischen Geräten (medizinische Trainingstherapie)

| <u>Träger</u> | <u>Beginn</u> | <u>Indikation</u> ¹⁾ |
|--|-------------------------|---------------------------------|
| DRV Braunschweig-Hannover | 1999 (Modell 1994-1998) | BO |
| DRV Nord (Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern) | Modell 2005-2007 | BO |
| DRV Oldenburg-Bremen | 2004 | BO |

1) Erkrankungen des Bewegungsapparates (BO)

Beschreibung

Durch die Nachsorgeleistungen soll das Rehabilitationsziel vollständig erreicht und verstetigt werden. Rehabilitationsärztinnen und –ärzte verordnen das MAT (alternativ zu Rehabilitationssport und Funktionstraining). Mehrfachverordnungen sollen auf Einzelfälle beschränkt bleiben. Die Therapie erfolgt in Gruppenform.

Die Verordnung muss sich auf die 1. oder 2. Diagnose im Entlassungsbericht der Rehabilitation beziehen und muss von einem Arzt oder einer Ärztin dieser Fachrichtung ausgestellt werden. Berentung ist ein Ausschlussgrund. Die Nachsorgeeinrichtungen sind Rehabilitationseinrichtungen sowie weitere vom Träger (DRV Braunschweig-Hannover und DRV Oldenburg-Bremen) anerkannte Einrichtungen (Physiotherapeuten, Krankengymnasten, Reha-Sportvereine, Sportlehrer sowie Fachübungsleiter mit Zusatzqualifikation).

Die Nachsorge beginnt spätestens 6 Wochen nach der Rehabilitation. Die Dauer beträgt 6 Monate mit zwei Einheiten pro Woche à 60 Minuten.

Es wird ein Eigenanteil von 1-10 € pro Monat geleistet.

Fallzahl: Ca. 9.000 Verordnungen im Jahr 2005, wovon 75% in Anspruch genommen werden.

4.2 Ambulante orthopädische Nachsorge

| <u>Träger</u> | <u>Beginn</u> | <u>Indikation</u> ¹⁾ |
|---|---------------|---------------------------------|
| DRV Mitteldeutschland (LVA Sachsen-Anhalt) | 2002 | BO |

1) Erkrankungen des Bewegungsapparates (BO)

Beschreibung

Durch die Nachsorgeleistungen soll das Rehabilitationsziel vollständig erreicht und verstetigt werden. Rehabilitationsärztinnen und –ärzte empfehlen die Nachsorge. Die Therapie erfolgt in Gruppen- und Einzelform. Nachsorgeeinrichtungen sind die Rehabilitationseinrichtungen in Sachsen-Anhalt.

Voraussetzung für die Nachsorge ist eine Leistungsfähigkeit von mindestens 6 Stunden. Berentung ist ein Ausschlussgrund.

Die Nachsorge soll innerhalb von 3 Monaten beginnen. Sie dauert 8 Wochen mit 25 Behandlungseinheiten à 90-120 Minuten. Drei Termine pro Woche sollen nicht überschritten werden.

Fallzahl: 906 Fälle im Jahr 2005 (zusammen mit 3.3).

4.3 Nachsorgeleistungen für die Indikation Orthopädie

| <u>Träger</u> | <u>Beginn</u> | <u>Indikation</u> ¹⁾ |
|--|---------------|---------------------------------|
| DRV Mitteldeutschland (LVA Sachsen) | 2004 | BO |

1) Erkrankungen des Bewegungsapparates (BO)

Beschreibung

Durch die Nachsorgeleistungen soll das Rehabilitationsziel vollständig erreicht bzw. das erreichte Rehabilitationsziel verstetigt werden. Rehabilitationsärztinnen und –ärzte empfehlen die Nachsorge, Nachsorgeeinrichtungen sind Rehabilitationseinrichtungen. Die Leistungen werden in der Regel in Gruppen angeboten, gegebenenfalls aber auch einzeln. Sie beinhalten medizinische Trainingstherapie, Krankengymnastik, Schmerz- und Entspannungstherapie, Ernährungsberatung, physikalische Anwendungen, sozialmedizinische Beratung sowie ärztliche Kontroll- und Abschlussuntersuchung.

Ausschlusskriterien sind Berentung, Leistungsfähigkeit von unter 3 Stunden und eine negative Prognose, Vollschichtigkeit durch die Nachsorge zu erreichen.

Der Umfang der Nachsorgeleistungen hängt vom Schweregrad ab.

AHB und schwere Funktionseinschränkungen: 24 Behandlungseinheiten in 8 Wochen,

AHB und leichte Funktionseinheiten: 16 Behandlungseinheiten in 4-8 Wochen,

chronische Erkrankung: 24 Behandlungseinheiten in 12 Wochen.

Die Dauer einer Behandlungseinheit beträgt 90 Minuten.

Fallzahl: 906 Fälle im Jahr 2005 (zusammen mit 3.2).

4.4 Flexibles Stufenkonzept für ambulante Nachsorge bei orthopädischen Erkrankungen

| <u>Träger</u> | <u>Beginn</u> | <u>Indikation</u> ¹⁾ |
|---------------------------|---------------|---------------------------------|
| DRV Nord (LVA Hamburg) | 2002 | BO |

1) Erkrankungen des Bewegungsapparates (BO)

Beschreibung

Durch die Nachsorgeleistungen soll das Rehabilitationsziel vollständig erreicht bzw. das erreichte Rehabilitationsziel verstetigt werden. Rehabilitationsärztinnen und –ärzte verordnen die Nachsorge. Nachsorgeeinrichtungen sind zwei Hamburger Reha-Zentren. Die Leistungen werden in Abhängigkeit vom individuellen Bedarf in drei Varianten angeboten.

Stufe 1 ist die Standardvariante und beinhaltet in der Gruppe medizinische Trainingstherapie, Krankengymnastik, Entspannungstherapie oder Gesundheitstraining. Der Umfang beträgt 2 Behandlungseinheiten pro Woche über 8 Wochen, die Dauer einer Behandlungseinheit ist maximal 2 Stunden.

In der Stufe 2 sind auch krankengymnastische, physikalische oder psychologische Einzeltherapien eingeschlossen. Der Umfang beträgt zwei Behandlungseinheiten pro Woche über 8 Wochen, wobei die Dauer einer Behandlungseinheit bis zu 4 Stunden betragen kann.

Stufe 3 entspricht einer Rehabilitationsnachsorge mit begleitender stufenweiser Wiedereingliederung entsprechend dem Hamburger Modell. Die Nachsorge dauert 6 Wochen, in der ersten Hälfte mit 2 Reha-Tagen pro Woche, in der zweiten Hälfte mit einem Reha-Tag pro Woche. Die Arbeitstage haben die Regelarbeitszeit. Besonderer Wert wird auf das Case-Management gelegt.

Die Nachsorge soll innerhalb von 3 Monaten beginnen. Ausschlusskriterien sind Berentung, Leistungsfähigkeit von unter 3 Stunden und Alter unter 60 Jahre. Voraussetzung für die stufenweise Wiedereingliederung ist die Arbeitsunfähigkeit bei Entlassung aus der Rehabilitation.

Das Programm wird in dieser speziellen Form nicht weitergeführt, sondern durch IRENA ersetzt.

Fallzahl: Keine Angabe.

4.5 Ambulante Folgeleistungen bei muskuloskeletalen Erkrankungen in Form von Einzelkrankengymnastik

| <u>Träger</u> | <u>Beginn</u> | <u>Indikation</u> ¹⁾ |
|---------------|---------------|---------------------------------|
| DRV Westfalen | 1998 | BO |

1) Erkrankungen des Bewegungsapparates (BO)

Beschreibung

Durch die Nachsorgeleistungen soll das Rehabilitationsziel vollständig erreicht bzw. das erreichte Rehabilitationsziel verstetigt werden. Rehabilitationsärztinnen und –ärzte empfehlen die Nachsorge, der Träger prüft die formalen Kriterien. Die Therapie wird in der Gruppe und einzeln angeboten. Nachsorgeeinrichtungen sind Rehabilitationseinrichtungen, zugelassene krankengymnastische Praxen und physikalische Krankenhausabteilungen.

Ausschlussgründe sind Berentung und eine negative Prognose, die Vollschichtigkeit zu erreichen.

Die Nachsorge beginnt innerhalb von 3 Monaten nach der Rehabilitation. Die Nachsorge dauert 3 Monate mit insgesamt 24 Behandlungseinheiten (12 Einheiten im Fall der Krankengymnastik am Gerät) à 20-30 Minuten, pro Woche sind 2 Einheiten vorgesehen.

Fallzahl: 5.103 Verordnungen im Jahr 2006, davon 3.115 abgerechnet; das entspricht einer Inanspruchnahme von 61%.

5. Psychosomatik

5.1 Curriculum Hannover – ambulante psychosomatische Nachsorge

| <u>Träger</u> | <u>Beginn</u> | <u>Indikation</u> ¹⁾ |
|---------------------------|---------------|---------------------------------|
| DRV Bund | 2001 | PS |
| DRV Braunschweig-Hannover | 2000 | PS |
| DRV Nord | 2003 | PS |

1) psychische Störungen (PS)

Beschreibung

Ziel der Nachsorge ist es, das erreichte Rehabilitationsziel zu verstetigen. Die Rehabilitationseinrichtung empfiehlt die Nachsorge, der Träger prüft formale Kriterien. 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. Gesteigerter Wert wird auf externe Kontakte gelegt: Vernetzung mit der zuweisenden Klinik, Integration der Reha-Berater, Kontakt zu behandelnden Ärztinnen und Ärzten und zu Psychotherapeut(inn)en bei notwendiger weiterer Psychotherapie. Die Aufgabe des Case-Managements übernehmen die Leiter(innen) der Nachsorgegruppe.

Ausschlussgründe sind Berentung und Leistungsfähigkeit unter 3 Stunden.

Die Nachsorge soll innerhalb von 3 Monaten nach der Rehabilitation beginnen; sie umfasst insgesamt 25 in der Regel wöchentliche Gruppensitzungen und 4 Einzelsitzungen (bzw. 2, DRV Bund). Die Dauer einer Sitzung ist 90 Minuten (bzw. 90-120 Minuten, DRV Bund).

Fallzahl: Ca. 350 Fälle im Jahr 2005.

5.2 Weiterführende ambulante Psychotherapie in der Klinik Bernau

| <u>Träger</u> | <u>Beginn</u> | <u>Indikation</u> ¹⁾ |
|------------------------|-------------------------|---------------------------------|
| DRV Berlin-Brandenburg | 1997 (Modell 1995-1997) | PS |

1) psychische Störungen (PS)

Beschreibung

Ziel der Nachsorge ist es, das Rehabilitationsziel vollständig zu erreichen und zu verstetigen. Die Rehabilitationseinrichtung empfiehlt die Nachsorge, der Träger prüft. Nachsorgeeinrichtung ist die Brandenburg Klinik Bernau, Ort der Nachsorge sind angemietete Räume in Berlin. Die Nachsorge gewährleistet, dass der begonnene Rehabilitationsprozess fortgesetzt wird. Die Therapie ist eine Kombination aus psychoanalytischen und verhaltenstherapeutischen Elementen. Bei Bedarf werden Beratungen zur beruflichen Situation angeboten. Die Gruppenstärke beträgt 10 Personen.

Ausschlussgrund ist eine dauerhafte Leistungsfähigkeit unter 6 Stunden.

Die Nachsorge soll innerhalb von 2 Monaten nach der Rehabilitation beginnen; sie dauert maximal 8 Monate und umfasst 25 Gruppensitzungen à 90 Minuten.

Fallzahl: Keine Angabe.

5.3 Ambulante psychosomatische Nachsorge

| <u>Träger</u> | <u>Beginn</u> | <u>Indikation</u> ¹⁾ |
|---|---------------|---------------------------------|
| DRV Mitteldeutschland (LVA Sachsen-Anhalt) | 2003 | PS |

1) psychische Störungen (PS)

Beschreibung

Ziel der Nachsorge ist es, das Rehabilitationsziel vollständig zu erreichen und zu verstetigen. Die Rehabilitationseinrichtung empfiehlt die Nachsorge. Nachsorgeeinrichtungen sind die Rehabilitationskliniken in Sachsen-Anhalt.

Ausschlussgründe sind Berentung und eine Leistungsfähigkeit von unter 6 Stunden.

Die Nachsorge soll innerhalb von 3 Monaten nach der Rehabilitation beginnen; sie dauert 6 Monate und umfasst 25 Gruppensitzungen à 90 Minuten.

Fallzahl: 55 Fälle im Jahr 2005.

5.4 Ambulante Psychotherapie für Psychosomatikpatientinnen

| <u>Träger</u> | <u>Beginn</u> | <u>Indikation</u> ¹⁾ |
|----------------------|---------------|---------------------------------|
| DRV Oldenburg-Bremen | 2003 | PS |

1) psychische Störungen (PS)

Beschreibung

Ziel der Nachsorge ist es, das erreichte Rehabilitationsziel zu verstetigen. Die Rehabilitationseinrichtung verordnet die Nachsorge. Nachsorgeeinrichtung ist das Frauengesundheitszentrum Bremen. Das Behandlungsprogramm baut auf dem Konzept der hauptsächlich zuweisenden Marbachtalklinik auf. „Als zentrale thematische Bestandteile werden jedoch der Umgang mit konflikthaften Gefühlen, die eigene Körperwahrnehmung sowie der Bereich Kommunikation und Problemlöseverhalten angesehen.“

Für den Zeitpunkt des Beginns gibt es keine Einschränkungen. Die Nachsorge dauert 3 Monate und umfasst 9 Gruppensitzungen à 3x45 Minuten und 3 Einzelsitzungen à 45 Minuten.

Das Programm wurde im Jahr 2005 eingestellt und durch das Curriculum Hannover ersetzt.

Fallzahl: Keine Angabe.

5.5 Ambulante Folgeleistung in Form von psychosomatischer Reha-Nachsorge (PRN)

| <u>Träger</u> | <u>Beginn</u> | <u>Indikation</u> ¹⁾ |
|---------------|---------------|---------------------------------|
| DRV Westfalen | 2001 | PS |

1) psychische Störungen (PS)

Beschreibung

Ziel der Nachsorge ist es, das Rehabilitationsziel zu verstetigen bzw. vollständig zu erreichen und zu verstetigen. Die Rehabilitationseinrichtung empfiehlt die Nachsorge, der Träger prüft formale Kriterien. Nachsorgeeinrichtungen sind ärztliche und psychologische Psychotherapiepraxen. Das Konzept ist die psychotherapeutische Begleitung am Wohnort. Die Nachsorge soll dabei unterstützen, die in der Klinik erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten im Alltag zu erproben und einzusetzen.

Ausschlussgründe sind Berentung und eine negative Prognose, die Vollschichtigkeit zu erreichen.

Die Nachsorge soll innerhalb von 3 Monaten nach der Rehabilitation beginnen; sie dauert insgesamt 6 Monate und umfasst 25 Gruppensitzungen à 90 Minuten oder 8 Einzelsitzungen à 50 Minuten. Die Kombination von Gruppen- und Einzeltherapie ist möglich, die Kosten dürfen jedoch einen Höchstbetrag nicht überschreiten.

Fallzahl: 487 Verordnungen im Jahr 2006, davon abgerechnet 403, das entspricht einer Inanspruchnahme von 83%.

6. Stoffwechselerkrankungen

6.1 Langzeitprogramm „Schlanker werden – gesünder sein“ bei Adipositas

| <u>Träger</u> | <u>Beginn</u> | <u>Indikation</u> ¹⁾ |
|---------------|---------------|---------------------------------|
| DRV Hessen | 1997 | ST |

1) Stoffwechselerkrankungen (ST)

Beschreibung

Ziel der Nachsorge ist es, das Rehabilitationsziel vollständig zu erreichen und zu verstetigen. Die Rehabilitationseinrichtung empfiehlt die Nachsorge, der Träger prüft. Nachsorgeeinrichtung ist die Eleonoren-Klinik in Lindenfels-Winterkasten. Die Nachsorge ist ein Langzeitprogramm mit den Therapiebausteinen Verhaltenstherapie, Bewegungstherapie und Ernährungsberatung und wird in geschlossenen Gruppen durchgeführt. Erreicht werden soll eine Gewichtsreduktion von 10% bis 15%.

Indikation ist Adipositas: BMI>35 (L-Programm) und BMI>45 (XXL-Programm). Es gibt keine Ausschlussgründe.

Die Nachsorge soll innerhalb von 6 Monaten nach der Rehabilitation beginnen. Das L-Programm enthält innerhalb von 2 Jahren 3 Behandlungseinheiten (1 mal 1 Tag (1. Einheit) und 2 mal 8 Tage stationär); das XXL-Programm enthält innerhalb von 3 Jahren 4 Behandlungseinheiten (1 mal 1 Tag (1. Einheit) und 3 mal 8 Tage stationär). Zum XXL-Programm gehört auch ein monatlicher telefonischer Kontakt.

Die Dauer der vorausgehenden Rehabilitation beträgt 5 Wochen.

Fallzahl: 176 Fälle im Jahr 2005.

6.2 MEDIAS 2-Programm

| <u>Träger</u> | <u>Beginn</u> | <u>Indikation</u> ¹⁾ |
|---------------|---------------|---------------------------------|
| DRV Hessen | 2005 | ST |

1) Stoffwechselerkrankungen (ST)

Beschreibung

Das Programm ist auf eine Reha-Einrichtung beschränkt. Schwerpunkt des Behandlungskonzeptes ist die Verhaltenstherapie; soziales Umfeld und Lebenserfahrungen werden einbezogen.

Indikationen sind das metabolische Syndrom und Diabetes Typ 2 im Frühstadium.

Das Programm umfasst eine stationäre Behandlung von vier Wochen (Basistherapie) und eine stationäre Nachsorgeweche nach einem Jahr. Zwischenzeitlich werden die Rehabilitand(inn)en drei mal von der Reha-Einrichtung angeschrieben. In dieser Zeit können sich auch die Rehabilitand(inn)en an die Klinik wenden.

Fallzahl: 13 Fälle im Jahr 2005.

6.3 Poststationäre ambulante Behandlung von Versicherten mit diabetischem Fußsyndrom

| <u>Träger</u> | <u>Beginn</u> | <u>Indikation</u> ¹⁾ |
|---------------|---------------|---------------------------------|
| DRV Hessen | 1998 | ST |

1) Stoffwechselerkrankungen (ST)

Beschreibung

Ziel der Nachsorge ist es, das Rehabilitationsziel vollständig zu erreichen und zu verstetigen. Die Rehabilitationseinrichtung empfiehlt die Nachsorge. Nachsorgeeinrichtung ist die Eleonoren-Klinik in Lindenfels-Winterkasten, behandelt wird das diabetische Fußsyndrom (Verbandswechsel, Wundrevision).

Es gibt keine Ausschlussgründe.

Die Nachsorge soll innerhalb von 3 Monaten nach der Rehabilitation beginnen und dauert bis zu 6 Monaten. Pro Woche sind 1-2 Behandlungseinheiten à 30 Minuten vorgesehen.

Fallzahl: Keine Fälle im Jahr 2005.

6.4 Fränkisches Adipositas Training (FAT)

| <u>Träger</u> | <u>Beginn</u> | <u>Indikation</u> ¹⁾ |
|-----------------------------------|------------------|---------------------------------|
| DRV Oberfranken und Mittelfranken | Modell 2003-2005 | ST |

1) Stoffwechselerkrankungen (ST)

Beschreibung

Ziel der Nachsorge ist es, das Rehabilitationsziel vollständig zu erreichen und zu verstetigen. Die Rehabilitationseinrichtung empfiehlt die Nachsorge. Nachsorgeeinrichtung ist die Frankenland-Klinik Bad Windsheim. Es handelt sich um ein Langzeitprogramm mit den Bausteinen Ernährung, Essverhalten, Bewegung und medizinische Mitbetreuung. Die Gruppen werden aus 10 stationären Patient(inn)en und 5 ambulanten Patient(inn)en gebildet.

Indikation ist Adipositas: (BMI>35 bzw. BMI>40). Berufstätigkeit ist Voraussetzung.

Das Programm dauert ein bzw. zwei Jahre mit zweimaliger bzw. einmaliger ganztägiger Behandlung pro Monat.

Fallzahl: Bisher 20 Fälle.

6.5 Adipositas-Schulung

| <u>Träger</u> | <u>Beginn</u> | <u>Indikation</u> ¹⁾ |
|---------------|-------------------------|---------------------------------|
| DRV Westfalen | 1996 (Modell 1993-1996) | ST |

1) Stoffwechselerkrankungen (ST)

Beschreibung

Ziel der Nachsorge ist es, das Rehabilitationsziel zu verstetigen bzw. vollständig zu erreichen und zu verstetigen. Die Rehabilitationseinrichtung empfiehlt die Nachsorge, der Träger prüft formale Kriterien. Nachsorgeeinrichtung ist die Klinik Rosenberg.

Indikation ist Adipositas ($BMI \geq 30$). Ausschlussgründe sind Alter >58 Jahre und unzureichende Motivation.

Der Rahmen der Nachsorge ist ein stationärer Aufenthalt von 2 Wochen (10 Behandlungstage) etwa ein Jahr nach der Rehabilitation. Die Nachschulung wird mit Gruppen von 12 Personen durchgeführt.

Fallzahl: 140 Fälle im Jahr 2006.

6.6 Diabetiker-Schulung

| <u>Träger</u> | <u>Beginn</u> | <u>Indikation</u> ¹⁾ |
|---------------|-------------------------|---------------------------------|
| DRV Westfalen | 1996 (Modell 1993-1996) | ST |

1) Stoffwechselerkrankungen (ST)

Beschreibung

Ziel der Nachsorge ist es, das Rehabilitationsziel zu verstetigen bzw. vollständig zu erreichen und zu verstetigen. Die Rehabilitationseinrichtung empfiehlt die Nachsorge, der Träger prüft formale Kriterien. Nachsorgeeinrichtung ist die Klinik Rosenberg.

Indikation ist Diabetes. Ausschlussgründe sind Alter >58 Jahre und unzureichende Motivation.

Der Rahmen der Nachsorge ist ein stationärer Aufenthalt von 2 Wochen (10 Behandlungstage) etwa ein Jahr nach der Rehabilitation. Die Nachschulung wird mit Gruppen von 12 Personen durchgeführt.

Fallzahl: 8 Fälle im Jahr 2006.

7. Onkologie

7.1 Onkologische Nachsorge

| <u>Träger</u> | <u>Beginn</u> | <u>Indikation</u> ¹⁾ |
|---|---------------|---------------------------------|
| DRV Mitteldeutschland (LVA Sachsen-Anhalt) | 2005 | ON |

1) Onkologische Erkrankungen (ON)

Beschreibung

Ziel der Nachsorge ist es, das Rehabilitationsziel vollständig zu erreichen und zu verstetigen. Die Rehabilitationseinrichtung empfiehlt die Nachsorge. Nachsorgeeinrichtungen sind die onkologischen Rehabilitationskliniken in Sachsen-Anhalt.

Die Nachsorge soll nicht später als 3 Monate nach der Rehabilitation beginnen. Sie dauert 3 Monate bei 2-3 Behandlungen pro Woche oder 6 Monate bei einer Behandlung pro Woche. Die Dauer einer Behandlungseinheit beträgt 90-120 Minuten. Dritte Variante ist ein stationärer Aufenthalt von einer Woche etwa ein Jahr nach der Rehabilitation, vorzugsweise für Patient(inn)en, die eine Nachsorgeeinrichtung ambulant nicht erreichen können.

Fallzahl: 5 Fälle im Jahr 2005.

7.2 Bremer psychosoziales Nachsorgeprogramm für an Brustkrebs erkrankte Frauen

| <u>Träger</u> | <u>Beginn</u> | <u>Indikation</u> ¹⁾ |
|----------------------|------------------|---------------------------------|
| DRV Oldenburg-Bremen | Modell 2003-2005 | ON |

1) Onkologische Erkrankungen (ON)

Beschreibung

Ziel der Nachsorge ist es, das Rehabilitationsziel zu verstetigen bzw. vollständig zu erreichen und zu verstetigen. Die Rehabilitationseinrichtung verordnet die Nachsorge, der Träger prüft (bei Bedarf). Nachsorgeinstitution ist die Bremer Krebsgesellschaft e.V. Das Programm ist ein vorwiegend psychosozialer Behandlungsansatz. Zu den Interventionen gehören Gruppen- und Einzelgespräche einschließlich Entspannungsübungen und Kompetenztraining, Sozialberatung, Ernährungsberatung und Angehörigenseminare. Indikation ist Brustkrebs, weitere Krebslokalisationen sollen folgen. Die Primärbehandlung muss abgeschlossen sein, allgemeine Ausschlusskriterien sind durch § 12 SGB VI gegeben (Berentung, Leistungsbezug).

Die Nachsorge dauert 4 Monate, wöchentlich ist ein Termin von 3 Stunden. Die Patientinnen haben bereits vor der stationären Rehabilitation Kontakt zur Nachsorgestelle.

Das Programm wird in dieser spezifischen Form nicht weitergeführt.

Fallzahl: Keine Angabe.

8. Sonderfälle

8.1 Modellprojekt Ambulante Folgeleistungen bei neurologischen Erkrankungen in Form von EvoCare

| <u>Träger</u> | <u>Beginn</u> | <u>Indikation</u> ¹⁾ |
|---------------|---------------|---------------------------------|
| DRV Westfalen | 2005 (Modell) | NS |
| DRV Bund | 2006 (Modell) | NS |

1) Neurologische Erkrankungen (NS)

Beschreibung

Bei EvoCare handelt es sich um eine Software für Telerehabilitation, die eine Betreuung der Versicherten von zuhause aus ermöglicht.

Die Deutsche Rentenversicherung Westfalen setzt das System in den beiden Therapiebereichen Neuropsychologie und Sprachtherapie ein. Durch das Teletherapie-System werden im Bereich Neuropsychologie vorrangig Übungen zur Steigerung der Leistungsfähigkeit, der Aufmerksamkeit, der visuellen Wahrnehmung, der Konzentration und des exekutiven Leistungsvermögens durchgeführt. Im Bereich Sprachtherapie wird das System in der Therapie mit schwer bis mittelschwer betroffenen Aphasie-Patient(inn)en eingesetzt, hierbei insbesondere auf den drei Gebieten auditives Sprachverständnis, Schriftsprachverständnis und Schriftsprachproduktion.

Die Patient(inn)en erhalten für die Therapie ein speziell für ihr Krankheitsbild zusammengestelltes Therapieprogramm und können diese Therapien, nachdem sie bereits in der Rehabilitationseinrichtung mit diesem Programm geübt haben, auch zu Hause durchführen.

Art, Schwierigkeit, Häufigkeit und Trainingsdauer werden von den Therapeut(inn)en der Rehabilitationseinrichtung voreingestellt. Die Ergebnisse der durchgeführten Übungen werden den Therapeut(inn)en durch eine Server-basierte Vernetzung übermittelt. Zusätzlich können die Patient(inn)en eine grobe Bewertung der Übungsschwierigkeit abliefern. Außerdem können zwischen Patienten und Therapeuten kurze E-Mail-Nachrichten ausgetauscht werden. Mit diesen Informationen können die Therapeut(inn)en jederzeit ohne gleichzeitigen direkten Kontakt mit den Patient(inn)en die Übungen dem Trainingsfortschritt anpassen.

Patienten und Therapeuten können zeitlich unabhängig voneinander das System nutzen. Bei jedem Aufruf des Trainingsprogramms erhalten die Patient(inn)en ihr aktuelles, für diesen Tag vorgesehenes Übungsprogramm, das sie dann abarbeiten. Nach dem Ende jedes Therapieabschnittes werden die Daten zum zentralen Server per Datenfernübertragung (DFÜ) rückübermittelt. Die Therapeuten können sich jederzeit die Therapieverlaufsdaten vom zentralen Server auf ihre Rechner abrufen und Anpassungen im Therapieprogramm vornehmen.

Mit geringem Aufwand erhalten die Therapeut(inn)en Auswertungen über den Übungsverlauf. Diese können ausgedruckt werden und der Deutschen Rentenversicherung Westfalen zur Therapieverlaufsdokumentation zur Verfügung gestellt werden.

Fallzahl: 12 Fälle im Jahr 2006.

8.2 Programm „1+12“ für Mitarbeiter von größeren Betrieben

| <u>Träger</u> | <u>Beginn</u> | <u>Indikation</u> |
|-----------------------|---------------|-------------------|
| DRV Baden-Württemberg | 2004 | Alle Indikationen |

Beschreibung

Es handelt sich um ein präventives Reha-Angebot zu Lasten der DRV Baden-Württemberg (Präventionsangebot nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI) für Mitarbeiter(innen) von größeren Betrieben. Der betriebsärztliche Dienst empfiehlt beim Vorliegen von Gesundheitsrisiken den Mitarbeiter(inne)n die Antragstellung, der Rentenversicherungsträger prüft. Kooperationspartner: Träger in diesem Modell sind der Betrieb, die Reha-Klinik Überrauch und eine ambulante Reha-Einrichtung, die die Nachsorge durchführt.

Diese sonstige Leistung beginnt mit einer einwöchigen stationären Präventionsleistung. Anschließend wird 12 Wochen lang einmal wöchentlich Training im Betrieb bzw. in der ambulanten Reha-Einrichtung durchgeführt. Nach 13 Wochen findet ein Festigungswochenende in der Reha-Klinik Überrauch statt.

Fallzahl: 8 Kurse à 20 Personen pro Jahr.

8.3 Fallmanagement im Rahmen des Modellprojektes „Stärke durch Vernetzung“

| <u>Träger</u> | <u>Beginn</u> | <u>Indikation</u> ¹⁾ |
|---------------------|------------------|---------------------------------|
| DRV Rheinland-Pfalz | Modell 2005-2007 | BO PS |

1) Erkrankungen des Bewegungsapparates (BO), psychische Störungen (PS)

Beschreibung

In diesem Modellprojekt arbeiten der Rentenversicherungsträger, Rehabilitationseinrichtungen, Krankenkassen und das Daimler Chrysler Werk Wörth zusammen. Die Rehabilitationseinrichtung empfiehlt die Nachsorge/stufenweise Wiedereingliederung. Kern des Modells ist in diesem Fall die enge Fallbegleitung zur Koordination einzelner Maßnahmen und mit besonderem Blick auf die Lösung von Arbeitsplatzproblemen. Die Wiedereingliederung beginnt spätestens zwei Wochen nach der Rehabilitation und dauert maximal zwei Monate. Einzelgespräche werden nach Bedarf geführt.

Fallzahl: 133 Fälle im Jahr 2005.