

Erfolgreiche Rehabilitation braucht Nachsorge und Selbsthilfe – ihr Stellenwert in der Rehabilitation der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA)

Die gesetzliche Rentenversicherung erbringt Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die darauf ausgerichtet sind, die Auswirkungen von Krankheit oder einer körperlichen, seelischen oder geistigen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit ihrer Versicherten zu überwinden. Dadurch sollen Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit vermindert und ein vorzeitiges, krankheitsbedingtes Ausscheiden aus dem Erwerbsleben verhindert werden. Chronisch Kranke sollen möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wieder eingegliedert werden.

Eine Phase intensiver medizinischer Rehabilitation in einer Rehabilitationseinrichtung reicht häufig nicht aus, um das gewünschte Rehabilitationsziel zu erreichen. Änderungen von Lebensstil und Verhalten, Prozesse der Krankheitsbewältigung, die weitere Verbesserung der Funktionsfähigkeit, die Anpassung an veränderte körperliche Funktionen und der Transfer des Gelernten in den Alltag erfordern eine längere Zeitdauer. Deshalb müssen rehabilitative Bemühungen oft auch nach der Rehabilitation fortgeführt werden. Hier gilt es verstärkt, Eigenaktivitäten zu fördern und Selbsthilfepotentiale zu wecken. Die Nachsorge nach Rehabilitation soll also den Rehabilitationserfolg weiter verbessern und nachhaltig sichern. Mögliche therapeutische Elemente der Nachsorge sind beispielsweise: Muskelaufbautraining und medizinische Trainingstherapie, Einzelkrankengymnastik Ergotherapie, Geh- und Rückenschule, Ernährungsberatung, Logopädie, Psychotherapie, Neuropsychologisches Training, Kurse zur Gesundheitsbildung (z. B. Stressbewältigungstraining, Entspannungstraining, Raucherentwöhnung, Veränderung von Ernährungsverhalten, Gesundheitssport). Beispielsweise hat die BfA in den letzten Jahren ein spezielles Nachsorge-Angebot entwickelt.

BfA-Projekt zur intensivierten Rehabilitationsnachsorge

Die intensivierte Rehabilitationsnachsorge (IRENA) wurde von der BfA als neues ambulantes Nachsorgeangebot in den Indikationsgebieten Erkrankungen des Bewegungsapparates, Herz-Kreislauf- und neurologische Erkrankungen modellhaft eingeführt. Ziele dieses Nachsorgeprogramms, das mit mehrwöchiger Dauer und einer Frequenz von zwei bis drei Terminen pro Woche im Anschluß an eine stationäre bzw. ambulant/teilstationäre Rehabilitationsmaßnahme stattfindet, sind die Stabilisierung von Rehabilitationsergebnissen, weitere Verbesserung von Funktionseinschränkungen und Unterstützung von Transferprozessen zwischen Rehabilitation und Alltag. Nach Abschluß einer zweijährigen Modellphase wurde die intensivierte Rehabilitationsnachsorge Anfang 2001 als BfA-Regelverfahren eingeführt und das Indikationsspektrum um psychische und Stoffwechselerkrankungen erweitert.

Neben den genannten Nachsorgeangeboten kann selbstverständlich auch die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe ein wesentlicher Bestandteil von Nachsorge nach Rehabilitation darstellen. Auch die Reha-Kommission hat die Möglichkeiten einer stärkeren Einbeziehung von Selbsthilfegruppen in die medizinische Rehabilitation hervorgehoben (VDR 1992). Den Rehabilitationseinrichtungen kommt hinsichtlich Nachsorge und

Selbsthilfe die zentrale Aufgabe zu, sie in die Planung der Nachsorge für den Rehabilitanden einzubeziehen und entsprechend intensiv mit Selbsthilfegruppen, zusammenzuarbeiten. Indikationsspezifisch ergeben sich für eine solche Kooperation unterschiedliche Bedingungen. Generell nennen van Kampen und Vogt (1996) als eine wesentliche Voraussetzung für eine bessere Verbindung von Rehabilitation und Selbsthilfe: »Die Fachleute in der Rehabilitation müssen über die Leistungen, besonders aber über die Grenze der Leistungsfähigkeit und die Anforderungen, die Selbsthilfegruppen an ihre Mitglieder stellen, gut informiert sein, damit sie ihre KlientInnen entsprechend beraten können.« Bei einer stärkeren Einbeziehung in das Rehabilitationssystem halten die Autoren zum einen eine infrastrukturelle, organisatorische und finanzielle Unterstützung des Selbsthilfe-Sektors für erforderlich. Außerdem müsse in der Rehabilitation stärker das Selbsthilfepotential der chronisch Kranken ermutigt werden.

Finanzielle Selbsthilfe-Förderung durch die BfA

Nicht erst seit Inkrafttreten des SGB IX, das einen Schwerpunkt auf die verstärkte Förderung der Selbsthilfestrukturen legt, hat die BfA die Bedeutung der Selbsthilfe erkannt. Bereits seit vielen Jahren wird Selbsthilfearbeit in erheblichem Umfang gefördert. So wurden im Jahr 2001 über € 3,9 Millionen für Selbsthilfegruppen, -verbände und -organisationen aufgewendet.

Instrumente der Selbsthilfeförderung der BfA sind die direkte Selbsthilfegruppenförderung, die infrastrukturelle Förderung sowie die institutionelle Förderung zur Schaffung selbsthilfefreundlicher Rahmenbedingungen wie z. B. die Förderung von Verbänden. Im Jahre 2001 lag der Förderschwerpunkt mit fast € 2,3 Mio bei der Bekämpfung der Suchtkrankheiten, hier insbesondere bei der Nachsorge und der regionalen Suchtkrankenhilfe. Bei der Bekämpfung anderer Krankheiten lag der Schwerpunkt bei rheumatischen (rd. € 0,33 Mio) und bei onkologischen Erkrankungen (rd. € 0,16 Mio). Aber auch die Arbeit der Behindertenverbände wurde entsprechend gefördert. So gingen an den Bundesverband sowie die Landesverbände der Deutschen Multiplen Sklerose-Gesellschaft ein Betrag in Höhe von € 199.404. Der Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e.V. wurde eine Zuwendung in Höhe von € 161.057

und dem Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V. von € 115.041 zur Verfügung gestellt. Weitere € 11.504 flossen an andere Verbände. Mit diesen Ausgaben wurden die finanziellen Möglichkeiten der BfA ausgeschöpft.

Ein weiterer Schwerpunkt der BfA im Zuwendungsbereich ist die Unterstützung von Forschungsarbeiten. Fast € 1,5 Mio wurden an Forschungseinrichtungen im gesamten Bundesgebiet gegeben, u. a. als Kostenbeteiligung an Forschungsaufwendungen bei der Krebsbekämpfung oder bei der Entwicklung von Grundlagen für die Qualitätssicherung in der Rehabilitation. Auch im Rahmen des Förderschwerpunkts »Rehabilitationswissenschaften« (Buschmann-Steinhage u.a. 1998), der paritätisch von der Bundesregierung und der Rentenversicherung finanziert wird, fördert die BfA mehrere Forschungsprojekte, die sich mit der Problematik von Angehörigen chronisch Kranker, ihren Belastungen, aber auch ihrem Beitrag zur Krankheitsbewältigung der Partner befassen. Vor kurzem fand in der BfA eine Tagung zum Thema »Die Rolle der Angehörigen

in der Rehabilitation« statt, an der auch Vertreter von Selbsthilfe-Organisationen teilnahmen (Klosterhuis, Naumann 2002).

Nachsorge und Selbsthilfe nach medizinischer Rehabilitation in der Reha-Qualitätssicherung

Bei der Anbahnung von Kontakten zu Selbsthilfe- und Nachsorgegruppen spielen Rehabilitationseinrichtungen eine wichtige Rolle. Während des Aufenthalts der Rehabilitanden können entsprechende Informationen und Hinweise vermittelt und dem Patienten konkrete Hilfestellungen für die Situation am Wohnort gegeben werden. Dieser Aufgabe des Rehabilitationsaufenthaltes wird auch im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung (Beckmann u.a. 2000, Egner u.a. 2002) der BfA entsprechende Aufmerksamkeit geschenkt. So wird der Rehabilitand bei der Befragung nach der Rehabilitation auch danach gefragt, ob er bereits an solchen Aktivitäten teilgenommen hat (Dorenburg u.a. 2001, Winnefeld, Nischan 2002).

Tabelle 1

Frage: Haben Sie nach Beendigung Ihrer Rehabilitationsmaßnahme bereits an Nachsorgeaktivitäten (z.B. Herzgruppe, Rheumafunktionstraining, Asthmasportgruppe) teilgenommen?

Indikation	ja, regelmäßig 1 x pro Woche oder öfter	Ja, seltener bzw. unregelmäßig	Noch nicht, aber fest vorgenommen	Nein
Morbus Bechterew, n=110	57%	8%	10%	25%
Chron. Polyarthriti n = 124 124 = 124n = 134	42%	4%	16%	39%
Patient n. Bypass- OP., n = 446	37% ²	15%	46%	
Asthma, n = 467	20%	8%	10%	63%

Tabelle 2: Frage: Haben Sie nach Beendigung Ihrer Rehabilitationsmaßnahme bereits an Nachsorgeaktivitäten (z.B. Nachsorgegruppe in Beratungsstelle, Selbsthilfegruppe, ambulante Psychotherapie) teilgenommen?

Indikation	Ja, regelmäßig 1 x pro Woche oder öfter	Ja, weniger als einmal pro Woche	Ja, seltener bzw. unregelmäßig	Noch nicht, aber fest vorgenommen	Nein
Psychosomatik, n = 4.207	22%	20%	6%	16%	25%
Sucht, n = 1.572	55%	18%	7%	8%	12%

Es zeigen sich indikationspezifisch erhebliche Unterschiede. Je bekannter und institutionalisierter Selbsthilfe- und Nachsorgegruppen sind, wie beispielsweise für chronisch an entzündlichem Rheumatismus Erkrankte, desto häufiger ist eine intensive und regelmäßige Teilnahme von Rehabilitanden an diesen Gruppen. Dies gilt entsprechend auch für den Sucht-Bereich.

Allerdings wird offensichtlich nicht in allen Reha-Einrichtungen in gleicher Intensität auf eine Teilnahme der Patienten am Nachsorge- und Selbsthilfegruppen hingewirkt. So zeigten sich beispielsweise in einer speziellen Untersuchung der BfA erhebliche Unterschiede zwischen den Reha-Einrichtungen in Bezug auf den Anteil befragter Rehabilitanden mit einer chronischen Polyarthrit, der angab, während der Rehabilitation über Selbsthilfe- und Nachsorgegruppe informiert worden zu sein (Klosterhuis 1996). In Zukunft wird auch die Informationsvermittlung in den Reha-Einrichtungen über moderne elektronische Medien wie das Internet eine zunehmende Rolle spielen.

Für die kardiologische Rehabilitation wurde die Wirksamkeit von Nachsorgeprogrammen empirisch belegt: »In einem multivariaten Ansatz konnte der Nachweis erbracht werden, daß Teilnehmer an einer ambulanten Herzgruppe sowohl eine signifikant günstigere Überlebensprognose wie auch ein geringeres Frühberentungsrisiko haben als Rehabilitanden, die sich nicht an einer Herzgruppe beteiligen.« (Spyra, Müller-Fahrnow, Klosterhuis 2002).

Aber auch in einem weiteren Teil der Reha-Qualitätssicherung, dem Peer-Review-Verfahren (Jäckel u.a. 1997), bei dem der individuelle Rehabilitationsprozeß anhand zufällig ausgewählter ärztlicher Entlassungsberichte durch Fachärzte überprüft wird, wird die Organisation der Nachsorge zum Thema gemacht. Zu den zu überprüfenden Kriterien der (Qualität des Reha-Prozesses zählen beispielsweise: Art und Umfang der konkret einzuleitenden Nachsorge-Maßnahme, konkrete Hilfeleistungen wie Adressenlisten von Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen etc. Die Ergebnisse des Peer-Review-Verfahrens in den letzten Jahren in den verschiedenen Indikationsbereichen ergaben einen Anteil von Entlassungsberichten mit gravierenden Mängeln bei der Organisation von Nachsorge in etwa 10 bis 20% der Fälle. Die Ergebnisse der Reha-Qualitätssicherung - sowohl der Patientenbefragung wie auch des Peer-Review-Verfahrens - werden den Reha-Einrichtungen kontinuierlich zurückgemeldet und in der Betreuung der Kliniken durch die BfA intensiv genutzt.

Rehabilitation im Urteil von Teilnehmern und Leitern von Nachsorge- und Selbsthilfegruppen – Ergebnisse einer empirischen Untersuchung

Teil einer von BfA und LVA Sachsen durchgeführten bundesweiten Analyse des gegenwärtigen und des zu erwartenden Rehabilitationsbedarfes war eine schriftliche Befragung unter Teilnehmern und Gruppenleitern von Nachsorge und Selbsthilfegruppen (Rische, Löffler 1998).

Befragt wurden Nachsorgegruppen, die durch die Reha-Träger anerkannt sind, durch ausgebildete Fachkräfte geleitet werden und den Schwerpunkt ihrer Aufgaben im Bereich Rehabilitationssport und Funktionstraining sehen.

Fragestellungen waren, welche Personen von den Gruppenangeboten erreicht werden und über welche Informationsquellen und Empfehlungen die Teilnehmer den Weg in Nachsorge- oder Selbsthilfegruppe finden. Von weiterem Interesse waren die Gruppenaktivitäten und ihre Bedeutung für den täglichen Umgang mit der Krankheit. Von Gruppenleitern, die als Kenner der Schnittstellenproblematik im Versorgungsablauf medizinische Rehabilitation/Nachsorge gelten können, erhoffte man sich Informationen zu den Beziehungen zwischen den Versorgungselementen. Wichtige Informationsziele waren weiterhin Rückschlüsse auf das Ausmaß der Etablierung und Integration von Nachsorge- und Selbsthilfegruppen in das medizinische Versorgungssystem und die Rehabilitation. Insgesamt wurden im Rahmen der Untersuchung 58 Gruppen mit 640

Teilnehmern und 48 Gruppenleiter befragt. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 79% bei den Gruppenteilnehmern und von 66% bei den Gruppenleitern.

Für die Befragung von Gruppenteilnehmern und Leitern wurden Fragebögen mit unterschiedlichen Schwerpunktthemen entwickelt. Neben dem Fragebogen für Versicherte (Fragen zu soziodemographischen Merkmalen, zur Gesundheit, zur medizinischen Rehabilitation und ihrer Bewertung) wurde für die Teilnehmer ein speziell entwickelter Fragebogen Aktivitäten der Nachsorge und Selbsthilfegruppen (mit folgenden Schwerpunktthemen eingesetzt: Zugangswege zu Nachsorge- und Selbsthilfegruppen, Struktur und Aktivitätsspektrum der Gruppen, Bewertung der Gruppenteilnahme).

Die Befragung der Gruppenleiter fokussierte stärker auf die Einbindung der Gruppen in das Versorgungssystem und die Akzeptanz von Nachsorge- und Selbsthilfegruppen. Inhaltliche Schwerpunkte sind: Qualifikation der Gruppenleiter, Verbandszugehörigkeit und Unterstützung der Organisation/Gruppe, Kontakte zu Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation, Bewertung der unterschiedlichen Rehabilitationsformen durch die Gruppenleiter.

Ergebnisse der Teilnehmerbefragung – Bezug zur Rehabilitation

Zwischen den einzelnen Nachsorge- und Selbsthilfegruppen zeigen sich deutliche Unterschiede in der Alters- und Geschlechtszusammensetzung, die der alters- und geschlechtsspezifischen Prävalenz und Inzidenz der jeweiligen Erkrankungen entsprechen.

Deutliche Unterschiede zeigen sich im Zusammenhang zwischen der Teilnahme an einer medizinischen Rehabilitation und der Gruppenmitgliedschaft. Teilnehmer an Ambulanten Herzgruppen (87%) und Rehabilitationssportgruppen nach Krebserkrankung (60%) sind deutlich häufiger im Anschluß an eine medizinische Rehabilitation Gruppenmitglieder geworden als Teilnehmer in Selbsthilfegruppen (31%). Auch der Zeitraum zwischen dem Ende der medizinischen Rehabilitation und dem Beginn der Gruppenteilnahme variiert: zwei Drittel der Ambulanten Herzgruppen-Teilnehmer beginnen mit der Gruppenarbeit innerhalb eines Monats, fast die Hälfte der Teilnehmer in Rehabilitationssportgruppen nach Krebserkrankung tritt erst nach über einem halben Jahr in die Gruppe ein.

Während mehr als 85% der Teilnehmer an Ambulanten Herzgruppen angeben, ihnen wurde eine Mitgliedschaft angeraten bzw. verordnet, sagen dieses nur 22% der Mitglieder von Rehabilitationssportgruppen nach Krebserkrankung und 29% der Mitglieder von Neurologie-Selbsthilfegruppen. Wegweisende Hinweise kamen für Herz- und Krebsgruppen-Teilnehmer von Mitarbeitern der Reha-Kliniken (51% bzw. 40%) oder von ihren Hausärzten (jeweils ca. 40%). Krebspatienten werden zu einem großen Anteil von den Mitarbeitern der Akutkliniken zur Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe motiviert. Zwei Drittel bis zu drei Viertel der Teilnehmer an Selbsthilfegruppen haben sich aus eigener Initiative zu einer Teilnahme entschieden. Für sie waren ganz entscheidende Informationsquellen über die Existenz und die Angebote der Gruppen ihr eigenes soziales Umfeld, die Medien und die Außenaktivitäten der jeweiligen Gruppe.

Je nach Gruppenart sind zwei Drittel bis drei Viertel der Gruppenteilnehmer länger als zwei Jahre Mitglied der jeweiligen Gruppe. Selbsthilfegruppen weisen im Hinblick auf Stabilität der Zusammensetzung eine größere Kontinuität auf. Insbesondere bei den Morbus Bechterew- und Rheuma-Selbsthilfegruppen sind 86% der Mitglieder schon länger als zwei Jahre dabei. Gruppen, bei denen sportliche Betätigung oder Funktionstraining im

Mittelpunkt der Aktivitäten stehen, haben eine deutlich höhere Frequenz der Gruppentreffen als Gruppen mit anderem Aktivitätsspektrum. Fast alle Ambulanten Herzgruppen treffen sich mindestens einmal wöchentlich zum Training. Gruppentreffen der Krebs-Selbsthilfegruppen und der Neurologie-Selbsthilfegruppen, deren Aktivitäten schwerpunktmäßig auf gegenseitige Unterstützung bei der Bewältigung der Krankheitsfolgen abzielen, treffen sich überwiegend in 14-tägigen oder monatlichen Abständen. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Aktivitäten der einzelnen Gruppenarten.

Tabelle 3: Aktivitätsangebote nach Gruppenart

	Herz-sport-gruppen (n = 164)	Krebs-sport-gruppen (n = 46)	Krebs-Selbst-hilfe-gruppen (n = 51)	Morbus Bechterew-Selbst-hilfe-gruppen (n = 109)	Ortho-pädie-Selbst-hilfe-gruppen (n = 86)	Rheuma-Selbst-hilfe-gruppen (n = 95)	Neuro-logie-Selbst-hilfe-gruppen (n = 79)
Gymnastik	95%	89%	24%	98%	93%	76%	30%
Schwimmen	17%	36%	26%	70%	52%	59%	13%
Sonst. Sport	56%	13%	6%	28%	5%	7%	4%
Funktionstraining	38%	7%	4%	31%	15%	28%	12%
Entspannungs-übungen	74%	38%	10%	53%	43%	36%	20%
Schmerz-bewältigungs-übungen	3%	2%	0%	17%	22%	27%	4%
Informations-veranstaltungen	31%	22%	70%	37%	64%	54%	42%
Sozialrechtliche Beratung	1%	7%	50%	26%	2%	25%	34%
Psychosoziale Beratung	2%	2%	20%	6%	1%	10%	8%
Beratung Alltagsprobleme	3%	11%	58%	22%	12%	39%	32%
Beratung berufl. Probleme	0%	11%	18%	14%	0%	13%	9%
Gegenseitige Hilfeleistungen	15%	38%	64%	32%	16%	41%	46%
Beratung anderer Betroffener	2%	36%	78%	30%	13%	39%	34%
Gesprächskreise	10%	42%	86%	37%	43%	74%	67%
Freizeitaktivitäten	29%	58%	76%	70%	35%	71%	80%
Mehrfachantworten möglich							

Bewertung der Teilnahme an Nachsorge und Selbsthilfegruppen

Generell bewerten Gruppenteilnehmer die Teilnahme für sich selbst als sehr gut oder gut (je nach Gruppenart zwischen 86% und 98% der Befragten). Diejenigen, die die Gruppeneffekte für sich selber als eher schlecht bis sehr schlecht einschätzen, sind in der Regel Personen, die ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand als schlecht bezeichnen. Als wesentliche positive Auswirkungen der Gruppenarbeit auf ihre persönliche Krankheitsbewältigung schätzen die befragten Gruppenteilnehmer: Psychosoziale

Unterstützung und soziale Aktivierung, Informationsgewinn und damit verbundene gezieltere Nutzung medizinischer Angebote, gegenseitige Unterstützung im Alltag, Minderung körperlicher Beschwerden.

Erfahrungen mit medizinischer Rehabilitation und ihre Bewertung

87% der befragten Gruppenteilnehmer haben schon einmal an einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen. Am höchsten ist dieser Anteil in den Gruppen aus dem Indikationsbereich Kardiologie (93%). 83% der zuletzt in Anspruch genommenen Reha-Maßnahmen waren stationär erbrachte Leistungen. Ambulante Rehabilitationen machen nach Angabe der Befragten einen Anteil von 6% aus. Kostenträger der zuletzt in Anspruch genommenen Leistungen waren zu 45% der Rentenversicherungsträger und zu 42% die Krankenkassen. 70% aller Befragten, die an einer Rehabilitation teilgenommen haben, beurteilen diese als ausgezeichnet oder gut, weitere 14% als zufriedenstellend.

Ergebnisse der Gruppenleiter-Befragung

Von den insgesamt an der Befragung teilnehmenden 48 Gruppenleitern sind je die Hälfte Männer und Frauen. 83% der Befragten sind ehrenamtlich als Gruppenleiter tätig (13% nebenamtlich, 4% hauptamtlich). An (Qualifikationskursen für ihre Tätigkeit haben 83% der Befragten teilgenommen. Wichtigste inhaltliche Schwerpunkte dieser Weiterbildungen waren neben pädagogischen, psychologischen und biologisch-medizinischen Themen, Methoden zur Durchführung von Übungsstunden und Informationen zur medizinischen Rehabilitation.

69% der Gruppenleiter geben an, daß ihr Verband/ihre Organisation als Träger für Rehabilitationssport (35%), für Funktionstraining (21%) oder für beiden (13%) durch die Rentenversicherungsträger (21%), die Krankenkassen (54%) oder die DGPR (Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen e.V.) (15%) anerkannt ist. Fast alle Gruppen (85%) werden in ihrer Arbeit von den unterschiedlichsten öffentlichen und privaten Einrichtungen unterstützt. Auch Rentenversicherungsträger wie die BfA leisten in Form finanzieller und auch anderer Unterstützung ihren Beitrag für ca. ein Viertel der Gruppen.

Kontakte zu Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation Bewertung der Rehabilitation

29% der befragten Gruppenleiter geben an, in regelmäßigem Kontakt zu Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation zu stehen, weitere 40% haben unregelmäßig Kontakte. Die häufigste Form des regelmäßigen Kontaktes besteht im Informationsaustausch mit Ärzten und anderen Mitarbeitern des medizinischen Bereiches. Informationsfahrten der Gruppen zu Rehabilitationseinrichtungen und der Besuch dort stattfindender Fortbildungsveranstaltungen sind weitere häufig genannte Kontaktformen, ebenso Vorträge von Reha-Mitarbeitern in der Gruppe.

Gruppenleiter geben der stationären medizinischen Rehabilitation eindeutig in ihrer Beurteilung der unterschiedlichen Angebote den Vorzug: 79% von ihnen beurteilen die stationäre Rehabilitation mit gut, während 33% bzw. 23% von ihnen diese gute Beurteilung für die ambulante oder kombinierte Rehabilitation abgeben (Mehrfachantworten waren möglich). Hauptargumente für die stationäre Rehabilitation sind neben dem vermutet höheren Wirkungsgrad, bedingt durch eine bessere ärztliche und therapeutische Betreuung, die als angenehm empfundene Unterbringung in einer Klinik mit Vollverpflegung und Unterkunft. Trotzdem werden auch der stationären

Rehabilitation Defizite zugewiesen: aus Sicht der Gruppenleiter wird u.a. während der Rehabilitation noch zu wenig auf die individuellen Bedürfnisse und Psychischen Belastungen der Teilnehmer eingegangen, und es wird zu wenig über die Möglichkeiten und Chancen der Nachsorge- und Selbsthilfegruppen-Teilnahme informiert.

Zusammenfassung – Befragung von Teilnehmern und Leitern von Nachsorge- und Selbsthilfegruppen

Je nach Gruppenart und Indikationsbereich finden die Teilnehmer an Nachsorge- und Selbsthilfegruppen in unterschiedlichem Ausmaß den Zugang zu diesen Gruppen im Anschluß an eine medizinische Rehabilitation auf Anregung und Empfehlung der Mitarbeiter von Rehabilitationskliniken. So sind es im Bereich Kardiologie/Ambulante Herzgruppen über 80% der Gruppenteilnehmer, denen von Mitarbeitern der Reha-Kliniken und nachbehandelnden Ärzten eine Teilnahme verordnet oder angeraten wird. Teilnehmer an Selbsthilfegruppen finden zum überwiegenden Teil den Zugang zur Gruppe aus eigener Initiative, angeregt durch Informationen in den Medien oder über Außenaktivitäten der jeweiligen Gruppen.

Die grundsätzlich unterschiedlichen Zugangswege in Nachsorge- und Selbsthilfegruppen weisen auf ihre unterschiedliche Einbindung in das medizinische Versorgungssystem hin. Während Nachsorgegruppen, deren Aktivitäten im Bereich Rehabilitationssport und Funktionstraining unter professioneller Übungsleitung liegen, von den Rehabilitationsträgern anerkannt sind und eine spezielle Förderung erfahren, beschränkt sich die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen auf Initiativen einzelner Reha-Kliniken und Ärzte oder auf die Mitarbeit von Professionellen in den Vorständen der Selbsthilfeverbände. Nahezu alle Gruppenteilnehmer bewerten die Auswirkungen der Gruppenarbeit auf ihren Gesundheitszustand und ihr Wohlbefinden positiv. Für alle Selbsthilfegruppen steht Informationsgewinn und die daraus resultierende Möglichkeit zur gezielteren Nutzung medizinischer Angebote im Vordergrund. Gemeinsame Krankheitsbewältigung und konkrete Hilfeleistung dominieren bei den Krebs-Selbsthilfegruppen-Teilnehmern, während vor allem die Minderung der körperlichen Beschwerden und Einschränkungen für Teilnehmer in Ambulanten Herzgruppen, Morbus Bechterew- und Osteoporosengruppen eine wichtige Rolle spielen. Die Angebote der medizinischen Rehabilitation haben für Gruppenteilnehmer und Gruppenleiter gleichermaßen einen hohen Stellenwert und werden überwiegend als ausgezeichnet und gut beurteilt.

Teilnehmer und Gruppenleiter bevorzugen in ihrer Mehrheit eindeutig die stationäre Rehabilitationsmaßnahmen, obwohl mögliche Vorteile ambulante Rehabilitationen anerkannt werden.

Ausblick

Die BfA wird auch zukünftig im Rahmen ihrer Strukturverantwortung für die medizinische Rehabilitation und für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben der Förderung von Selbsthilfe und Nachsorge einen großen Stellenwert beimessen. Dies umfaßt die direkte finanzielle Förderung von Selbsthilfe-Organisationen und -Verbänden. Auch bei der Förderung der Reha-Forschung wird die BfA zukünftig Projekte mit diesen thematischen Schwerpunkten fördern.

Auf der anderen Seite wird die enge Verbindung von Rehabilitation, Nachsorge und Selbsthilfe im Rahmen der Reha-(Qualitätssicherung der BfA kontinuierlich thematisiert

und bei der Betreuung der Beha-Einrichtungen berücksichtigt. Dies umfaßt die Patientenbefragung nach Rehabilitation, die Einzelfallprüfung im Rahmen des Peer-Review-Verfahrens, die Dokumentation und Bewertung der während der Rehabilitation erbrachten therapeutischen Leistungen (Sommhammer 1997, BfA 2000) und die Erarbeitung von Reha-Leitlinien. Im Zuge der Weiterentwicklung der Dokumentations-Instrumente und -Verfahren werden Aspekte von Nachsorge und Selbsthilfe in Zukunft noch stärker berücksichtigt (BfA 2002).

Literatur

- Beckmann, Ulrike, Pallenberg, Claudia, Klosterhuis, Here: Berichte zur (Qualitätssicherung. Informationen der BfA für die Rehabilitationseinrichtungen im Rahmen des Qualitätssicherungsprogramms. In: Die Angestelltenversicherung, Jg 47 (2000), H. 3, S. 88-98
- Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (Hrsg.): Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation. Berlin (2000)
- Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (Hrsg.): Dokumentationsanleitung für die klinische Sozialarbeit im Rahmen der Klassifikation Therapeutischer Leistungen KTL. Berlin (2002)
- Buschmann-Steinhage, Rolf, Gerwin, Hans, Klosterhuis, Here, Mitreiter, Richard: Der Förderschwerpunkt »Rehabilitationswissenschaften« - ein Förderprogramm und seine Umsetzung. In: Die Rehabilitation, Jg 37 (1998), H. 2, S. 71-77
- Dorenburg, Ulrich, Huck-Langer, Klaus, Nischan, Peter, Winnefeld, Marlis: Kontinuierliche, klinikvergleichende Patientenbefragung im Reha-(Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung: Konzept, Methodik, Erfahrungen. In: Satzinger, Trojan, Kellerman-Mühlhoff (Hrsg.): Patientenbefragungen im Krankenhaus. Asgard-Verlag, Sankt Augustin (2001), S. 361-369
- Egner, Uwe, Gerwin, Hans, Schliehe, Ferdinand: Das bundesweite Reha-Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung - Erfahrungen aus einem mehrjährigen Umsetzungsprozeß. In: Z. Ärztl. Fortbildung und (Qualitätssicherung; Urban & Fischer (2002), S. 4-9
- Jäckel, Wilfried, Maier-Riehle, Brigitte, Protz, Wolfgang, Gerdes, Nikolaus: Peer Review: Ein Verfahren zur Analyse der Prozeßqualität stationärer Rehabilitationsmaßnahmen. In: Die Rehabilitation, Jg 36 (1997), H. 4, S. 224-232
- Klosterhuis, Here, Naumann, Barbara: Die Rolle der Angehörigen in der Reha. In: Die Angestelltenversicherung (April 2002) Jg 49
- Klosterhuis, Here: Indikationsbezogene Qualitätsforschung auf der Basis von Patientenbefragungen. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): 6. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium (Referate) Tagungsband (1996)
- Rische, Herbert, Löffler, Heinz: Rehabilitationsbedarf höher als Rehabilitationsinanspruchnahme. In: Die Angestelltenversicherung Jg 45 (1998), H. 10, S. 394-404
- Sommhammer, Bruno: Dokumentationsstandards therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation als Bestandteil der Versorgungsforschung und Qualitätssicherung. In: Müller-Fahrnow, Werner (Hrsg.): Medizinische Rehabilitation, Juventa Verlag Weinheim (1994), S. 703-108
- Spyra, Karla, Müller-Fahrnow, Werner, Klosterhuis, Here (im Erscheinen 2002): Reduktion der Sterblichkeit und Frühberentung bei KHK-Rehabilitanden-Versorgungsepidemiologische Ergebnisse aus der Berliner KHK-Studie und Prozeßdatenanalysen. F.K. Schattauer Verlagsgesellschaft mbH
- Van Kampen, Norbert, Vogt Ulla: Zur Rolle der Selbsthilfe in der Rehabilitation. In: Schott, Thomas Badura, Bernhard, Schwager, Hans-Joachim, Wolf, Peter Wolters, Paul (Hrsg.): Neue Wege in der Rehabilitation, Juventa Verlag Weinheim (1996), S. 195-212
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): Bericht der Reha-Kommission-Empfehlungen zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation in dergesetzlichen Rentenversicherung, Dezember 1991, Frankfurt/M 1992
- Winnefeld, Marlis, Nischan, Peter (im Erscheinen 2002): Stationäre Sucht-Rehabilitation aus Patientensicht - Patientenbefragungen im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung der BfA. In: Sucht aktuell, H. 2

Dr. Here Klosterhuis ist Leiter des Dezernats Reha-Systementwicklung und -Steuerung, Abteilung und Rehabilitation der BfA. Brigitte Gross ist Leiterin des Grundsatzreferats Recht der Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben, Abteilung Rehabilitation der BfA und Dr. Marlis Winnefeld ist Ärztl. Dezernentin im Dezernat Reha-Systementwicklung und -steuerung, Abteilung und Rehabilitation der BfA.