

Rahmenkonzept zur Nachsorge

→ für medizinische Rehabilitation
nach § 15 SGB VI

Stand: Juni 2015
(in der Fassung vom 02. Januar 2018)

Rahmenkonzept zur Nachsorge für medizinische Rehabilitation nach § 15 SGB VI der Deutschen Rentenversicherung

1.	Präambel	4
2.	Grundlagen der Reha-Nachsorge	5
2.1	Rechtliche Grundlagen der Reha-Nachsorge.....	5
2.2	Ziele der Reha-Nachsorge	5
2.3	Individuelle Voraussetzungen für Reha-Nachsorge	6
3.	Struktur der Reha-Nachsorge	7
3.1	Verbreitung von Reha-Nachsorgeangeboten	7
3.2	Komplexität (Art und Umfang) der Reha-Nachsorge	7
4.	Einleitung der Reha-Nachsorge durch die Rehabilitationseinrichtung	8
4.1	Informationen zu aktuellen Nachsorgeangeboten	8
4.2	Indikationsstellung zur Reha-Nachsorge.....	9
4.3	Nachsorgeplanung und Unterstützung bei der Umsetzung	9
4.4	Zusammenarbeit mit Nachsorgeeinrichtungen.....	10
5.	Durchführung der Reha-Nachsorge	11
5.1	Grundprinzipien der Leistungserbringung in der Reha-Nachsorge	11
5.2	Nachsorgeeinrichtungen (Leistungserbringer).....	12
5.3	Therapeutische Leistungen (Inhalte der Reha-Nachsorge)	13
5.4	Reha-Nachsorge – Dauer, Frequenz, Fristen	14
5.5	Anforderungen an die Nachsorgeeinrichtungen	14
5.5.1	Strukturelle und personelle Anforderungen an Nachsorgeeinrichtungen.....	14
5.5.2	Konzeptionelle Anforderungen an Nachsorgeeinrichtungen.....	15
5.6	Zusammenarbeit mit behandelnden Ärztinnen und Ärzten.....	15
6.	Angebote der Reha-Nachsorge	15
6.1	Kernangebote der Reha-Nachsorge	15
6.1.1	IRENA	16
6.1.2	RENA	17
6.1.2.1	Trainingstherapeutische Reha-Nachsorge (T-RENA).....	18
6.1.2.2	Reha-Nachsorge bei psychischen Erkrankungen (Psy-RENA)	18
6.1.2.3	Reha-Nachsorge bei Abhängigkeitserkrankungen (Sucht-Nachsorge).....	19
6.1.3	Rehabilitationssport und Funktionstraining.....	20
6.2	Weitere Reha-Nachsorgeangebote.....	21
6.3	Kombination von Nachsorge-Angeboten.....	22
7.	Aufgaben der Rentenversicherungsträger bei der Reha-Nachsorge	22
7.1	Zulassung von Nachsorgeeinrichtungen	22
7.2	Finanzierung der Reha-Nachsorge / Reise- oder Fahrkosten	23
7.3	Administrative Abwicklung der Reha-Nachsorge.....	23
7.4	Vorgaben und Hilfen für die Rehabilitationseinrichtungen	23
7.4.1	Datenbank (Liste) für RV-Träger, Reha-Einrichtungen sowie Rehabilitanden	23
7.4.2	AnsprechpartnerInnen für Reha-Nachsorge.....	24
7.5	Koordination zwischen den Rentenversicherungsträgern.....	24
7.6	Information der Versicherten über Reha-Nachsorge	25
7.7	Information der weiterbehandelnden Ärztinnen und Ärzte.....	25

8.	Dokumentation und Qualitätssicherung der Reha-Nachsorge.....	25
8.1	Datenerfassung und Abschlussdokumentation	25
8.2	Verfahren der Qualitätssicherung.....	26
9.	Zusammenarbeit mit anderen Akteuren	26
9.1	Zusammenarbeit mit der Gesetzlichen Krankenversicherung	27
9.2	Zusammenarbeit mit Betrieben	27
9.3	Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe.....	27
10.	Weiterentwicklung der Reha-Nachsorge.....	28
10.1	Inhaltliche Weiterentwicklung der Reha-Nachsorge	29
10.2	Zielgruppenorientierte Weiterentwicklung der Reha-Nachsorge.....	31
11.	Ausblick	32
12.	Weitergehende Informationen zur Reha-Nachsorge	32

1. Präambel

Die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung stellt eine wichtige Säule unseres Gesundheitswesens dar. Als dessen Teil übernimmt sie die Aufgabe, die berufliche Wiedereingliederung von chronisch kranken Menschen nachhaltig zu fördern. Damit leistet die Rentenversicherung einen Beitrag dazu, dass Versicherte länger am Arbeitsleben teilnehmen können und Frühberentungen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit vermieden werden.

Für einen Teil der chronisch Erkrankten 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, die berufliche Wiedereingliederung und den Transfer des Gelernten in den Alltag zu unterstützen, bietet die in der Regel wohnortnahe Reha-Nachsorge, im Folgenden kurz auch als Nachsorge bezeichnet. Der Gesetzgeber spricht in § 17 SGB VI für die Deutsche Rentenversicherung (DRV) von nachgehenden Leistungen zur Sicherung des Erfolges der vorangegangenen Leistung zur Teilhabe (Leistungen zur Nachsorge).

Im Begriff „Reha-Nachsorge“ ist bereits angelegt, dass sie keine eigenständige Leistung darstellt, sondern nach der Grundleistung, der medizinischen Rehabilitation, stattfindet. Rehabilitation und Nachsorge sind demnach aufeinander aufbauende Behandlungselemente, die – im Falle der Zuständigkeit der DRV – ein gemeinsames Ziel haben: den Erhalt oder die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit.

Die von der DRV finanzierten Reha-Nachsorge-Angebote im engeren Sinne umfassen vor diesem rechtlichen Hintergrund zeitlich begrenzte, an eine medizinische Rehabilitation anschließende, allgemein anerkannte Nachsorgeprogramme. Auch die Nachsorge bei Abhängigkeitserkrankungen sowie der Rehabilitationssport und das Funktionstraining (letztere als ergänzende Leistungen zur Rehabilitation nach § 64 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB IX) gehören zu den bewährten Angeboten nachgehender Leistungen der DRV. Diese Angebote der Nachsorge „im engeren Sinne“ sind Gegenstand des vorliegenden Rahmenkonzepts zur Reha-Nachsorge der DRV.

Darüber hinaus existieren weitere Möglichkeiten der Nachsorge. Diese 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. Diese Nachsorge „im weiteren Sinne“ ist nicht Gegenstand dieses Rahmenkonzepts.

Das Rahmenkonzept löst die Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Reha-Nachsorge der DRV aus dem Jahr 2007 ab. Es fasst die Erfahrungen mit den genannten Empfehlungen, Ergebnisse aus wissenschaftlichen Studien und aus einer Umfrage bei den Rentenversicherungsträgern zusammen. Das Rahmenkonzept macht Aussagen insbesondere dazu, wie die Reha-Nachsorgeangebote für die medizinische Rehabilitation der DRV in Zukunft qualitativ und quantitativ weiterentwickelt werden können.

2. Grundlagen der Reha-Nachsorge

2.1 Rechtliche Grundlagen der Reha-Nachsorge

Die Leistungen zur Nachsorge der Rentenversicherung werden nach § 17 SGB VI erbracht. Die Reha-Nachsorge erfolgt, wenn das definierte Reha-Ziel in der medizinischen Rehabilitation zumindest weitgehend erreicht wurde und eine weitere Unterstützung notwendig ist, um den Erfolg der Rehabilitation zu sichern.

Außerdem können im Nachgang zur medizinischen Rehabilitation ergänzende Leistungen nach § 64 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB IX erbracht werden. Rehabilitationssport und Funktionstraining sind in der BAR-Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining (Neufassung in Kraft getreten am 1. Januar 2011) umfassend dargestellt. Das Rahmenkonzept geht auf diese Leistungen deshalb nur am Rande ein.

2.2 Ziele der Reha-Nachsorge

Reha-Nachsorge kann sich an eine abgeschlossene Leistung zur medizinischen Rehabilitation anschließen, die das übergeordnete Reha-Ziel der Rentenversicherung, den Erhalt oder die Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben, grundsätzlich erreicht hat. Einzelne Teilziele der medizinischen Rehabilitation können aber möglicherweise noch optimiert werden, um dieses übergeordnete Ziel zu sichern bzw. die nachhaltige Erreichung des Ziels nicht zu gefährden.

Dabei handelt es sich insbesondere um Behandlungselemente mit folgender Ausrichtung:

- Verbesserung noch bestehender funktionaler Einschränkungen
- Stabilisierung / Verstetigung von Verhaltens- und Lebensstiländerungen
- nachhaltiger Transfer des Gelernten in Alltag und Beruf
- strukturierte Unterstützung bei spezifischen Problemen am Arbeitsplatz oder bei der beruflichen Wiedereingliederung
- Förderung von Selbstmanagementkompetenzen.

Je nachdem, welche und wie viele Teilziele im Anschluss an die Rehabilitation noch weiter bearbeitet werden müssen, können unterschiedliche Angebote im Rahmen der Nachsorge der DRV in Anspruch genommen werden. So differenziert die Angebote zur Reha-Nachsorge auch sind, alle dienen dazu, das übergeordnete Ziel des langfristigen beruflichen Eingliederungserhalts der Versicherten zu erreichen.

Nicht zuletzt sollen die enge Verzahnung von Rehabilitation und Nachsorge und eine Vernetzung mit vor- und nachbehandelnden Ärzt(inn)en sowie Beratungsdiensten zu einer Minderung von Schnittstellenproblemen in der Gesundheitsversorgung beitragen.

2.3 Individuelle Voraussetzungen für Reha-Nachsorge

Die persönlichen Voraussetzungen zur Inanspruchnahme einer Reha-Nachsorge der DRV sind gegeben, wenn der Versicherte an einer medizinischen Rehabilitation nach § 15 SGB VI teilgenommen hat und der Nachsorgebedarf aufgrund folgender Gegebenheiten indiziert ist:

- Das jeweilige Teilziel der Rehabilitation ist zwar erreicht, bedarf jedoch weiterer Leistungen, um nachhaltig in den Alltag integriert zu werden und so den Erfolg der Reha-Leistung zu sichern.
- Das jeweilige Teilziel ist im Rahmen der vorangegangenen 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 Funktionen und Fähigkeiten.

Weitere Voraussetzungen sind eine positive Erwerbsprognose und ein festgestelltes Leistungsvermögen von mindestens drei Stunden bezogen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt im Entlassungsbericht.¹ Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen (§ 11 SGB VI) sind durch die vorangegangene Bewilligung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation in der Regel gegeben.

Ein Antrag auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit ist kein Ausschlussgrund. Reha-Nachsorge kommt sowohl bei Arbeitsfähigkeit als auch bei Arbeitsunfähigkeit in Frage sowie bei Arbeitslosigkeit und Beschäftigung.

Auch während der Stufenweisen Wiedereingliederung kann Reha-Nachsorge erfolgen. Das kann z. B. im Rahmen eines Fallmanagements geschehen, so dass krisenhafte Situationen besser bewältigt und die Gefahr eines Abbruchs reduziert werden.

¹ Zur Durchführung von Rehabilitationssport und Funktionstraining sind diese sozialmedizinischen Voraussetzungen nicht zwingend. Es wird auf die BAR-Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining (2011) verwiesen.

3. Struktur der Reha-Nachsorge

Die Angebote zur Reha-Nachsorge der DRV unterscheiden sich in zwei Dimensionen:

1. Verbreitung: Bundesweit anerkannte und angebotene Nachsorgeprogramme (Kernangebot) vs. zeitlich befristete oder regional begrenzte Modellprojekte
2. Komplexität (Art und Umfang) der Leistungen: Multimodale Reha-Nachsorgeleistungen vs. unimodale Reha-Nachsorgeleistungen.

3.1 Verbreitung von Reha-Nachsorgeangeboten

Es gibt ein Kernangebot der Reha-Nachsorge, das bundesweit angeboten wird und von allen Rentenversicherungsträgern anerkannt ist. Neben den bundesweit angebotenen Leistungen zur Nachsorge nach § 17 SGB VI gehören dazu auch Rehabilitationssport und Funktionstraining nach § 64 SGB IX. Dieses Kernangebot ist in Kapitel 6.1 näher beschrieben. Mit diesem Kernangebot wird erreicht, dass alle Rehabilitanden die für sie erforderliche Reha-Nachsorge erhalten können, unabhängig von ihrem Wohnort und dem jeweils zuständigen Rentenversicherungsträger. Daneben können Angebote der Reha-Nachsorge existieren, die entweder nur regional bzw. von einzelnen Reha-Einrichtungen angeboten werden oder nur von einzelnen Rentenversicherungsträgern anerkannt sind. Solche geografisch und/oder trägerseitig begrenzten Reha-Nachsorge-Angebote sind zeitlich begrenzte Modelle, mit dem Ziel der Prüfung auf Weiterentwicklung zu einem Kernangebot.

3.2 Komplexität (Art und Umfang) der Reha-Nachsorge

Die DRV bietet ihren Versicherten bedarfsorientierte ausdifferenzierte Nachsorge an. Bisherige Erfahrungen aus dem Bereich der Nachsorge zeigen, dass Versicherte unterschiedliche Nachsorgebedarfe haben können. Deshalb sind sowohl komplexe multimodale als auch weniger komplexe unimodale Nachsorgeangebote erforderlich, um den individuellen Nachsorgebedarf der Versicherten gerecht zu werden. In vielen Fällen reichen unimodale Nachsorgeleistungen aus, um das Nachsorgeziel zu erreichen. Aus diesem Grunde stellt die Rentenversicherung ein gestuftes bedarfsgerechtes, wirtschaftliches und qualitätsgesichertes Nachsorgeangebot zur Verfügung.

IRENA (Intensivierte Reha-Nachsorge):	Multimodale Nachsorgeleistungen
RENA (Reha-Nachsorge):	Unimodale Nachsorgeleistungen

Multimodale Nachsorgeleistungen (IRENA) umfassen Behandlungselemente aus verschiedenen Therapierichtungen bzw. KTL-Kapiteln², sind interdisziplinär angelegt und beteiligen mehrere Berufsgruppen. Unimodale Nachsorgeleistungen (RENA) zielen auf ein primäres Behandlungselement, es ist demnach nur eine therapeutische Berufsgruppe beteiligt, und es wird auf einen Problembereich fokussiert.

Für weitere und ausführliche Informationen zu IRENA sowie RENA wird auf Kapitel 6 und die Anlage 1 zu diesem Rahmenkonzept verwiesen.

4. Einleitung der Reha-Nachsorge durch die Rehabilitationseinrichtung

Die Entscheidung über die Notwendigkeit von Nachsorgeleistungen kann in der Regel nur aus dem Verlauf der medizinischen Rehabilitation getroffen werden. Voraussetzung für die Durchführung der Reha-Nachsorge ist deshalb, dass die Rehabilitationseinrichtung den Nachsorgebedarf in Art und Umfang im Einzelfall feststellt, mit den Rehabilitand(inn)en gemeinsam einen konkreten Nachsorgeplan erarbeitet und geeignete Nachsorgeleistungen empfiehlt und einleitet. Dabei ist auch zu berücksichtigen, inwieweit für den jeweils festgestellten Nachsorgebedarf ein für den Rehabilitanden/die Rehabilitandin erreichbares Nachsorgeangebot de facto zur Verfügung steht. Zur Unterstützung der Rehabilitationseinrichtungen können Checklisten und Manuale, die konkret beschreiben, wie dies geschehen soll, dienen. Die Leistung zur Nachsorge erfordert die Zustimmung des Rehabilitanden und den damit erklärten Willen, eine Nachsorgeleistung in Anspruch nehmen zu wollen.

4.1 Informationen zu aktuellen Nachsorgeangeboten

Jede Rehabilitationseinrichtung benötigt einen Überblick über die Nachsorgeangebote, die für ihre Rehabilitand(inn)en in Frage kommen (vgl. Kap. 7.4.1). Wichtig sind die beschriebenen Reha-Nachsorgeprogramme „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, grafisch gut aufbereitetes Info-Material zur Verfügung stehen. In den Rehabilitationseinrichtungen stehen für Fragen der Reha-Nachsorge spezielle Nachsorgebeauftragte als Ansprechpartner für die Rehabilitand(inn)en und die übrigen Mitarbeiter der Rehabilitationseinrichtungen, zur Verfügung.

² Die KTL - Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation (Ausgabe 2015) - ist ein Instrument zur Dokumentation therapeutischer Leistungen in den Reha-Entlassungsberichten.

4.2 Indikationsstellung zur Reha-Nachsorge

Das Reha-Team ist gefordert, den speziellen Bedarf der Rehabilitand(inn)en frühzeitig zu erkennen, zu definieren und mit ihnen gemeinsam einen individuellen Nachsorge-Plan zu erarbeiten. Zur Nachsorge zählen – neben den Möglichkeiten zur Teilnahme an einem von der DRV zugelassenen Reha-Nachsorgeprogramm – auch die Nachsorge „im weiteren Sinn“ und die von jedem Einzelnen zu leistenden individuellen Nachsorgeaktivitäten. Die Notwendigkeit zur eigenverantwortlichen längerfristigen Nachsorge muss während der Rehabilitation von Ärzt(inn)en und dem gesamten Therapeuten-Team überzeugend vermittelt werden.

Im Rahmen der Reha-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.

Reha-Nachsorgeleistungen können – wenn zusätzlich notwendig – auch parallel zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) und zur stufenweisen Wiedereingliederung empfohlen werden. Sie stellen ebenso eine wichtige Brückenfunktion zwischen medizinischer Rehabilitation und einer später beginnenden LTA dar.

4.3 Nachsorgeplanung und Unterstützung bei der Umsetzung

Die Planung der Reha-Nachsorge erfolgt gemeinsam mit den Rehabilitand(inn)en unter Berücksichtigung ihrer individuellen Lebens- und Arbeitssituation. 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 wohnortnah innerhalb einer angemessenen Zeit erreichbar sein.

Insgesamt ist ein aktives Vorgehen der Reha-Einrichtungen bei der Vorbereitung der Reha-Nachsorge notwendig³. Dazu gehört nicht nur, Reha-Nachsorgeangebote zu benennen und zu verordnen (bei Sucht zu empfehlen), sondern auch die Rehabilitand(inn)en anzuregen (und bei Bedarf dabei zu unterstützen), bereits während der Rehabilitation den ersten Kontakt zur Nachsorgeeinrichtung herzustellen und einen ersten Termin zu vereinbaren.

³ Siehe dazu auch: BAR (Hrsg.): Praxisleitfaden: Strategien zur Sicherung der Nachhaltigkeit von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Frankfurt 2008.

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

Neben vielfältigen Bemühungen im Rehabilitationsverlauf erfolgt spätestens gegen Ende der Rehabilitation ein gezieltes zusammenfassendes Nachsorgegespräch. Gemeinsam mit dem/der Rehabilitanden/-in geht es dabei um die folgenden drei Schritte:

- 1) Definition des konkreten Nachsorgebedarfs
- 2) Besprechung von Möglichkeiten für die Umsetzung der Nachsorge und die Bewältigung potentieller Hindernisse
- 3) ggf. Planung und Initiierung notwendiger unterstützender Maßnahmen.

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 Reha-Nachsorge einzubeziehen. Dies ist insbesondere dann wichtig, wenn der/die Versicherte in einem Disease Management-Programm der Krankenkasse (DMP) eingeschrieben ist, da hier eine Art Fallmanagement bei chronisch kranken Patienten stattfindet.

4.4 Zusammenarbeit mit Nachsorgeeinrichtungen

Eine gute Zusammenarbeit der Rehabilitationseinrichtung mit den Nachsorgeeinrichtungen, die von ihren Patient(inn)en in Anspruch genommen werden, erleichtert die nahtlose Weiterführung der in der Rehabilitation begonnenen Aktivitäten. Dafür ist es wichtig, dass die Nachsorgeeinrichtung die konkreten Nachsorgeempfehlungen (z. B. den Trainingsplan) zeitnah von der Reha-Einrichtung erhält. Mit Zustimmung der Patient(inn)en kann den Nachsorgeeinrichtungen der Entlassungsbericht zur Verfügung gestellt werden.

Regelmäßige Kommunikation – bei Bedarf unterstützt durch den federführenden Rentenversicherungsträger – stellt sicher, dass Rehabilitations- und Nachsorgeeinrichtung dieselbe „Linie“ verfolgen und die Rehabilitanden nicht durch unterschiedliche Botschaften verunsichern.

Ähnlich wie die Rehabilitationseinrichtungen mit den Nachsorgeeinrichtungen zusammenarbeiten sollen, ist auch die Kooperation der Nachsorgerbringer mit den Patienten wichtig. Die Botschaften und Behandlungselemente der Reha-Nachsorge müssen zu dem in der vorangegangenen Rehabilitation Durchgeführten und Vermittelten passen. Darüber hinaus kann in

der Reha-Nachsorge deutlich werden, warum bestimmte, in der Rehabilitation erarbeitete Pläne sich nicht umsetzen lassen – darüber sollte die Rehabilitationseinrichtung wenn möglich eine Rückmeldung erhalten.

Die Nachsorgebeauftragten der Rehabilitationseinrichtungen sind Ansprechpartner zu Fragen der Reha-Nachsorge, für die Rehabilitand(inn)en, die Nachsorgeeinrichtungen und die Leistungsträger.

5. Durchführung der Reha-Nachsorge

Voraussetzung für die Durchführung von Reha-Nachsorgeleistungen ist die Empfehlung durch die Rehabilitationseinrichtung und eine damit verbundene Zustimmung durch den Versicherten. Das Reha-Team stellt den Nachsorgebedarf im Einzelfall fest und empfiehlt konkret geeignete Maßnahmen. Diese werden im ärztlichen Entlassungsbericht dokumentiert und begründet. Wird im Einzelfall erst im Nachhinein ein Nachsorgebedarf erkennbar, kann der Versicherte innerhalb von vier Wochen nach Abschluss der medizinischen Rehabilitationsleistung eine Leistung zur Nachsorge beim zuständigen Rentenversicherungsträger beantragen.

5.1 Grundprinzipien der Leistungserbringung in der Reha-Nachsorge

Die Leistungserbringung in der Reha-Nachsorge folgt drei Grundprinzipien:

- Individualisierung
- Berufliche Orientierung und
- Übergang in Eigenaktivität.

Die Planung und Durchführung der Reha-Nachsorge ist bezüglich Art, Ort und Zeit der Nachsorge möglichst so auszugestalten, dass sie auf den/die jeweilige/-n Rehabilitanden/-in individuell zugeschnitten und in der jeweiligen individuellen Situation (Wohnumfeld, berufliche Situation) zu realisieren ist. Neben dieser äußeren Flexibilisierung der Reha-Nachsorge sollte eine innere Flexibilisierung der Reha-Nachsorge treten, z. B. bezogen auf die individuelle Zusammenstellung des Behandlungsplans, subgruppenspezifische Nachsorgeangebote oder personalisierte Nachsorgeziele. Individualisierung trägt dazu bei, die Reha-Nachsorge effizienter und nachhaltiger zu gestalten, ist aber mit einem erhöhten Abstimmungs- und organisatorischen Aufwand verbunden.

Soweit erforderlich und möglich, sollten auch die Angehörigen in die Reha-Nachsorge einbezogen werden. Das kann die Adhärenz der Versicherten und die Nachhaltigkeit der Nach-

sorgewirkungen erhöhen. Ein Beispiel wäre die gemeinsame Teilnahme von Ehepaaren oder das Einbeziehen von Lebenspartnern in Kurse zur Gesundheitsbildung (z. B. zu gesunder Ernährung).

Die berufliche Orientierung hat in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung eine große Bedeutung⁴. Diese Orientierung der Rehabilitation muss bei Bedarf auch in der Reha-Nachsorge fortgesetzt werden, um die berufliche (Wieder-)Eingliederung der Rehabilitand(inn)en zu fördern. 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 oder wieder auszuüben. Berufliche Orientierung in der Reha-Nachsorge umfasst auch die Kooperation der Nachsorgeeinrichtungen mit den Betrieben und deren Betriebsärzt(inn)en sowie den betrieblichen Sozialberatungen.

Die Nachsorgeeinrichtung sollte 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.

5.2 Nachsorgeeinrichtungen (Leistungserbringer)

Für die Erbringung von Nachsorgeleistungen sind medizinische Reha-Einrichtungen besonders geeignet. Weil aber z. B. außerhalb von Ballungsgebieten das Angebot der Nachsorge durch eine Reha-Einrichtung in der Nähe des Wohnorts nicht immer gegeben ist und der individuelle Nachsorgebedarf oft auch durch ein weniger komplexes Therapieangebot gedeckt werden kann (RENA als unimodales Angebot), kommen andere Einrichtungen für die Durchführung von Nachsorgeleistungen in Frage. Leistungsanbieter für die Reha-Nachsorge müssen von der Rentenversicherung, d. h. von einem Rentenversicherungsträger, nach vorgegebenen Kriterien (siehe Anlage 1) zugelassene Einrichtungen sein. Die Zusammenarbeit zwischen dem Rentenversicherungsträger und den Leistungserbringern wird in der Regel vertraglich geregelt.

⁴ Siehe Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung.

Die Reha-Nachsorge im Suchtbereich wird insbesondere in geeigneten psychosozialen Beratungs- und Behandlungsstellen für Abhängigkeitskranke und in Einrichtungen für die Rehabilitation Abhängigkeitskranker durchgeführt.

Die Durchführung von Rehabilitationssport und Funktionstraining ist in der BAR-Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining geregelt.

5.3 Therapeutische Leistungen (Inhalte der Reha-Nachsorge)

Das Reha-Nachsorgekonzept orientiert sich – wie die medizinische Rehabilitation insgesamt – am biopsychosozialen Krankheitsmodell. Als mögliche Behandlungselemente seien genannt:

- Sport- und Bewegungstherapie (z. B. Ausdauer- oder Muskelaufbautraining)
- Physiotherapie (z. B. Wirbelsäulengymnastik)
- Information, Motivation, Schulung (z. B. Motivationsförderung, Ernährungsberatung, Lehrküche, Rückenschule, Schulungen im Umgang mit speziellen gesundheitlichen Problemen)
- Klinische Psychologie, insbesondere Problem- und störungsorientierte Gruppenarbeit (z. B. zu Stressbewältigung, Konfliktlösung, Entspannung, Tabakentwöhnung, als Training sozialer Kompetenz, bei Adipositas)
- Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie (z. B. 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 Unternehmen und Betrieben sowie Werks- und Betriebsärzt(inn)en
- Ergotherapie, Sprachtherapie, Funktionstraining
- Arbeitstherapie (z. B. Arbeitsplatztraining)
- Neuropsychologische Therapie
- Psychotherapie oder psychotherapeutisch orientierte Interventionen.

Die einzelnen Nachsorgeelemente sind in der Regel Gruppenangebote. Bei Bedarf sind auch Einzelangebote möglich.

5.4 Reha-Nachsorge – Dauer, Frequenz, Fristen

Nahtlosigkeit und Kontinuität sind wichtige Faktoren, um die Ziele der Reha-Nachsorge zu erreichen. Dies bedeutet, dass die Reha-Nachsorge frühestmöglich und in der Regel nicht später als drei Monate nach Abschluss der vorausgegangenen medizinischen Rehabilitation beginnen soll. Für bestimmte Reha-Nachsorgeleistungen kann es jedoch sinnvoll sein, einen längeren Zeitraum zwischen Ende der Rehabilitation und Nachsorge einzuplanen, z. B. für Nachschulungen oder Auffrischungswochenenden.

Die Reha-Nachsorgeleistungen sollten grundsätzlich spätestens zwölf Monate nach Ende der medizinischen Rehabilitation abgeschlossen sein. Häufigkeit, Dauer und tageszeitliche Organisation richten sich nach Indikation, Konzept und individueller Situation der Patient(inn)en (z. B. Belastbarkeit, Berufstätigkeit). Die Verteilung der Leistungen und die Terminangebote der Einrichtungen sollen die Berufstätigkeit der Versicherten berücksichtigen. In der Regel gibt der Rentenversicherungsträger eine maximale Anzahl von Nachsorgeeinheiten vor.

5.5 Anforderungen an die Nachsorgeeinrichtungen

5.5.1 Strukturelle und personelle Anforderungen an Nachsorgeeinrichtungen

Reha-Einrichtungen, mit denen ein Vertrag nach § 38 SGB IX abgeschlossen ist, erfüllen die strukturellen und personellen Anforderungen, wie sie in Anlage 1 dargelegt sind.

Um flächendeckend bedarfsgerechte Reha-Nachsorge zu ermöglichen, muss der Kreis der Nachsorgeeinrichtungen deutlich über den Kreis der Rehabilitationseinrichtungen hinaus erweitert werden, z. B. in Richtung besonders qualifizierter Physiotherapiepraxen oder Einrichtungen der Erweiterten Ambulanten Physiotherapie (EAP). Hierzu nehmen die Rentenversicherungsträger nach individueller Prüfung der personellen und räumlichen Anforderungen (siehe Anlage 1) zeitnah eine Anerkennung ausreichend geeigneter Nachsorgeeinrichtungen vor.

Für die Sucht-Nachsorge gilt entsprechend das „Rahmenkonzept zur Nachsorge im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker“ vom 31. Oktober 2012.

Für Rehabilitationssport und Funktionstraining gilt die BAR-Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining (2011).

5.5.2 Konzeptionelle Anforderungen an Nachsorgeeinrichtungen

Um den unterschiedlichen Lebenssituationen, Problemlagen und Bedürfnissen der Versicherten gerecht zu werden, muss die Reha-Nachsorge so weit wie möglich individuell auf den oder die Einzelne(n) zugeschnitten werden. Frauen und Männer weisen oft unterschiedliche Risikokonstellationen auf und haben zum Teil unterschiedliche Präferenzen für bestimmte Nachsorgeaktivitäten. Das berücksichtigen Reha-Nachsorgeangebote, die gezielt auf besondere Bedürfnisse oder Problemlagen von Frauen oder Männern eingehen. Das Angebot separater Gruppen für Frauen oder Männer kann bei bestimmten Problemkonstellationen z. B. in der Bewegungstherapie, der psychologischen Betreuung oder der Ernährung sehr sinnvoll sein. Doch nicht nur die Unterschiede zwischen Männern und Frauen sind in Betracht zu ziehen; auch die besonderen Bedürfnisse von Versicherten mit Migrationshintergrund, von Alleinerziehenden oder Schichtarbeitenden oder von Menschen mit Sinnesbeeinträchtigungen sind zu berücksichtigen. Das erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass Versicherte die ihnen empfohlene Nachsorgeleistung antreten und erfolgreich durchführen.

5.6 Zusammenarbeit mit behandelnden Ärztinnen und Ärzten

Die Einbindung der Reha-Nachsorge in bestehende Versorgungsstrukturen ist erforderlich. Insbesondere die kooperative Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärzt(inn)en (einschließlich Psychotherapeut(inn)en und betriebsärztlicher Dienste) ist eine wesentliche Aufgabe der Nachsorgeeinrichtungen. Diese sollten – die Zustimmung der Versicherten vorausgesetzt – über die vorgesehenen Nachsorgeleistungen informiert werden und – ggf. über den oder die Versicherte(n) – den Abschlussbericht zur Nachsorgeleistung – sofern vorhanden – bekommen.

6. Angebote der Reha-Nachsorge

6.1 Kernangebote der Reha-Nachsorge

Im Folgenden werden die bundesweit anerkannten und überregional verbreiteten Reha-Nachsorgeprogramme für die medizinische Rehabilitation kurz dargestellt. Diese Kernangebote der Reha-Nachsorge können – in Abhängigkeit von dem konkreten Nachsorgebedarf im Einzelfall – von Versicherten aller Rentenversicherungsträger in Anspruch genommen werden. Je nach Bedarf und Indikation stehen folgende Reha-Nachsorge-Angebote als Kernangebot zur Verfügung:

- Intensivierte Rehabilitationsnachsorge IRENA (multimodal)
- Rehabilitationsnachsorge RENA (unimodal):
 - Trainingstherapeutische Reha-Nachsorge (T-RENA)
 - Reha-Nachsorge bei psychischen Erkrankungen (Psy-RENA)
 - Reha-Nachsorge bei Abhängigkeitserkrankungen (Sucht-Nachsorge)
- Rehabilitationssport und Funktionstraining nach § 64 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB IX.

Die Anlage 1 enthält eine detailliertere Beschreibung dieser Kernangebote in Bezug auf die konkrete Indikationsstellung, die konzeptionellen, personellen und räumlichen Anforderungen der Leistungserbringung, die dazugehörigen therapeutischen Inhalte sowie ihre formale Ausgestaltung.

Die Inhalte der Kernangebote werden ausführlich in dem jeweiligen Fachkonzept beschrieben (siehe Anlagen 2a-c oder unter www.reha-konzepte-drv.de).

6.1.1 IRENA

Multimodale Nachsorgeleistungen (IRENA⁵) umfassen Behandlungselemente aus verschiedenen Therapierichtungen bzw. KTL-Kapiteln, wie z. B. Physiotherapie, Schulung und Psychoedukation. Sie sind interdisziplinär angelegt, beteiligen also mehrere Berufsgruppen im Rahmen eines Reha-Nachsorgeteams. Die Koordination multimodaler Angebote und die Leitung der Reha-Nachsorgeteams obliegen dem ärztlichen Personal der Nachsorgeeinrichtung. Die Komplexität dieser Leistungen erfordert die Durchführung in einer Reha-Einrichtung.

IRENA ist dann indiziert, wenn mehrere der in Kapitel 2.2 formulierten Aufgaben im Anschluss an die medizinische Rehabilitation erfüllt werden sollen. So kann beispielsweise neben dem Übungsbedarf aufgrund funktionaler Einschränkungen auch eine Stabilisierung von Lebensstil- und Verhaltensänderungen im Rahmen strukturierter Schulungen notwendig werden. Dann wäre eine Kombination aus trainingstherapeutischen und psychoedukativen Leistungen sowie Entspannungsverfahren notwendig, was die Beteiligung von Bewegungstherapeuten wie auch Psychologen erfordert. Grundsätzlich bedeutet das, dass eine multimodale Reha-Nachsorge immer durch eine Kombination der bereits in der Rehabilitation angewandten Kernelemente Training, Schulung und Beratung/Begleitung definiert ist.

⁵ IRENA basiert auf den bisherigen Nachsorgeangeboten Intensivierte Rehabilitations-Nachsorge (IRENA), Medizinische Reha-Nachsorgeleistungen (MERENA), Ambulante Reha-Nachsorge (ARENA), Ambulantes Stabilisierungsprogramm (ASP), Anschließende effektivierende Nachsorge zur Eingliederung in Arbeit (ANEAS^{plus}) und Kardiologische Reha-Nachsorge (KARENA).

Der Umfang der IRENA-Leistung beträgt je nach Bedarf bis zu 24 Behandlungseinheiten. Für die Indikation „Neurologie“ gelten davon abweichend bedarfsgerecht bis zu 36 Behandlungseinheiten. Eine Behandlungseinheit beträgt mindestens 90 Minuten. Die Termine können in unterschiedlicher zeitlicher Abfolge und Verteilung wahrgenommen werden.

Die Inhalte des Angebots werden ausführlich im Fachkonzept zu IRENA beschrieben (siehe Anlage 2a oder unter www.reha-konzepte-drv.de).

6.1.2 RENA

Anders als im umfassenden Behandlungsansatz der multimodalen Reha-Nachsorge konzentrieren sich unimodale Nachsorgeleistungen (RENA⁶) auf ein primäres Behandlungselement, wie z. B. die Sport- und Bewegungstherapie. Es ist demnach nur eine therapeutische Berufsgruppe beteiligt. Die Therapie ist auf einen Problembereich fokussiert. Diese Form der Nachsorgeleistung kann – neben Rehabilitationseinrichtungen – auch in anderen Einrichtungen mit Reha-Erfahrung, qualifizierten Physiotherapiepraxen oder auch Einrichtungen der Erweiterten Ambulanten Physiotherapie (EAP) erbracht werden.

Zu den unimodalen Nachsorgeleistungen zählen z. B. im Hinblick auf eine Stabilisierung von Beweglichkeit, Koordination, Kraft und Ausdauer die trainingstherapeutische Nachsorge T-RENA oder im Hinblick auf die psychosoziale Stabilisierung und Begleitung bei der beruflichen Wiedereingliederung Psy-RENA. Ferner gehört die Sucht-Nachsorge nach einer Rehabilitation wegen Abhängigkeitserkrankungen zu den unimodalen Nachsorgeangeboten.

Eine unimodale, vorwiegend monodisziplinär erbrachte Reha-Nachsorge kann insbesondere dann ausreichen, wenn eine Therapieform bereits mit Erfolg in der Rehabilitation eingesetzt wurde und bei Weiterführung dieser Therapie zu erwarten ist, dass die erreichten Reha-Ziele stabilisiert und verstetigt werden können. RENA ist auch dann indiziert, wenn nur ein Teilziel im Rahmen der vorangegangenen Rehabilitation weitgehend, aber noch nicht vollständig erreicht wurde. Angezeigt ist RENA auch dann, wenn ein aufwendigeres multimodales Programm angesichts beruflicher und familiärer Verpflichtungen zeitlich nicht zu realisieren ist. Diese Hinweise gelten nicht für die Sucht-Nachsorge.

In einem abgestuften System von Reha-Nachsorgeangeboten wird vermutlich nur ein kleinerer Teil von Versicherten eine komplexe, multimodale Reha-Nachsorgeleistung benötigen,

⁶ RENA umfasst die früheren Nachsorgeangebote Curriculum Hannover und Psychosomatische Rehabilitationsnachsorge „PRN“ (neu: Psy-RENA) und Medizinische Trainingstherapie „MTT“ und Ambulante Folgeleistungen bei muskuloskelettalen Erkrankungen „AFM“ (neu: T-RENA).

die Behandlungselemente aus verschiedenen Therapierichtungen umfasst. Für die Mehrheit von Versicherten mit Nachsorgebedarf dürfte ein einfacheres, unimodales Angebot (z. B. nur Trainingstherapie) angemessen sein. Deshalb ist ein bundesweites flexibles und niedrigschwelliges Angebote von RENA-Leistungen anzustreben. Im Folgenden werden die unimodalen Nachsorgeleistungen näher beschrieben.

6.1.2.1 Trainingstherapeutische Reha-Nachsorge (T-RENA)

Die Trainingstherapeutische Reha-Nachsorge (T-RENA) steht für Versicherte mit Beeinträchtigungen am Haltungs- und Bewegungsapparat (ungeachtet der Grunderkrankung) zur Verfügung.

Sie verfolgt die Verstetigung von Reha-Zielen im Hinblick auf Beweglichkeit, Koordination, Kraft, Ausdauer und Schmerzreduktion und will gesundheitsförderndes Bewegungs- und Sportverhalten stabilisieren. Es handelt sich um ein gerätegestütztes Training, durch das die allgemeine und spezielle Leistungs- und Belastungsfähigkeit der Versicherten gesteigert werden soll. Für die Übungen sind Geräte mit differierendem Therapieansatz erforderlich.

In der Regel werden 26 Termine (zwei pro Woche) à 60 Minuten verordnet. Eine Verlängerung um bis zu 26 Termine ist bei Bedarf möglich. Die Übungen werden in einer offenen Gruppe durchgeführt. Sollte eine Gruppe nicht zustande kommen, kann T-RENA auch als Einzelleistung erbracht werden.

Eine Beschreibung der Trainingstherapeutischen Reha-Nachsorge (T-RENA) befindet sich in Anlage 1. Hinweise zur Abgrenzung von T-RENA zu Rehabilitationssport/Funktionstraining erfolgen in Kapitel 6.1.3.

Die Inhalte des Angebots werden ausführlich im Fachkonzept zu T-RENA beschrieben (siehe Anlage 2b oder unter www.reha-konzepte-drv.de).

6.1.2.2 Reha-Nachsorge bei psychischen Erkrankungen (Psy-RENA)

Psy-RENA als unimodales Reha-Nachsorgeangebot kommt in Frage bei einer F-Diagnose nach ICD-10 (Psychische und Verhaltensstörungen, außer Sucht, vgl. Anlage 1). Im Einzelfall kann Psy-RENA auch bei psychischer Komorbidität, begleitend zu einer somatischen Grunderkrankung, erbracht werden.

Psy-RENA hat das Ziel, die Konfliktlösefähigkeiten und die Teilhabe am Arbeitsleben und an der Gesellschaft zu fördern. Im Zentrum stehen Strategien zur Bewältigung von psychosozia-

len und beruflichen Konflikten. Es werden Themen wie Probleme am Arbeitsplatz und in der Arbeitswelt, Angst, Depression, funktionelle Beschwerden, Förderung der sozialen Kompetenzen, Reflektion der Selbstwahrnehmung sowie Beziehungsprobleme bearbeitet.

Die Leistungserbringung bei Psy-RENA erfolgt grundsätzlich in der Gruppe. Einzelbehandlungen können durchgeführt werden, wenn aus räumlichen oder zeitlichen Gründen keine Gruppen zustande kommen.

Psy-RENA umfasst 25 wöchentliche Gruppengespräche à 90 Minuten und zwei Einzelgespräche (Aufnahme- und Abschlussgespräch á 50 Minuten). Alternativ sind Einzelgespräche im Umfang von grundsätzlich 8 Terminen à 50 Minuten möglich.

Die psychosomatische Nachsorge ersetzt keine Psychotherapie bei einer/m niedergelassenen Psychotherapeut/-in.

Eine Beschreibung der Reha-Nachsorge bei psychosomatisch-psychotherapeutischen Erkrankungen (Psy-RENA) befindet sich in Anlage 1.

Die Inhalte des Angebots werden ausführlich im Fachkonzept zu Psy-RENA beschrieben (siehe Anlage 2c oder unter www.reha-konzepte-drv.de).

6.1.2.3 Reha-Nachsorge bei Abhängigkeitserkrankungen (Sucht-Nachsorge)

Bei der Sucht-Nachsorge handelt es sich um definierte Gruppen- und Einzelgespräche, die der Sicherung und Festigung der in der medizinischen Rehabilitation erworbenen Verhaltensweisen und Einstellungen dienen. In den Gruppen- und Einzelgesprächen der Reha-Nachsorge bei Abhängigkeitserkrankungen sollen neben der Erhaltung und Stabilisierung der Abstinenz u. a. insbesondere folgende Themen bearbeitet werden: Aufbau oder Stabilisierung eines suchtmittelfreien Freundes- und Bekanntenkreises, Förderung der Inanspruchnahme von Maßnahmen schulischer und beruflicher (Wieder)-Eingliederung sowie von Maßnahmen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, Erarbeitung angemessener Konfliktlösungsstrategien bei drohenden oder aktiven Krisen sowie Motivierung zur Nutzung anderer Hilfen wie Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen (Erziehungs-, Ehe-, Schuldner-Beratungsstellen usw.).

In der Regel werden 20 Gesprächseinheiten plus 2 Gesprächseinheiten für Bezugspersonen für sechs Monate bewilligt. Die Dauer der Gespräche beträgt 100 Minuten für Gruppengespräche und 50 Minuten für Einzelgespräche.

Das „Gemeinsame Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und Gesetzlichen Krankenversicherung zur Nachsorge im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker“ vom 31. Oktober 2012 enthält nähere Informationen.⁷

6.1.3 Rehabilitationssport und Funktionstraining

Rehabilitationssport wirkt mit den Mitteln des Sports und sportlich ausgerichteter Spiele ganzheitlich auf die behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen ein. Ziel ist es dabei, Ausdauer und Kraft zu stärken, Koordination und Flexibilität zu verbessern, das Selbstbewusstsein zu stärken und Hilfe zur Selbsthilfe zu bieten. Rehabilitationssportarten sind Gymnastik, Leichtathletik, Schwimmen und Bewegungsspiele in Gruppen. Die Durchführung erfolgt in festen Gruppen mit einem Übungsleiter. Ein Gerätetraining ist – mit Ausnahme des Ergometertrainings bei Herzsportgruppen – ausgeschlossen. Die Dauer einer Übungseinheit beträgt mindestens 45 Minuten, bei Sport in Herzgruppen mindestens 60 Minuten.

Funktionstraining umfasst in der Regel bewegungstherapeutische Übungen, die in einer Gruppe unter fachkundiger Leitung vor allem durch Physiotherapeut(inn)en, Krankengymnast(inn)en oder Ergotherapeut(inn)en durchgeführt werden. Ziel ist der Erhalt und die Verbesserung von Funktionen sowie das Hinauszögern von Funktionsverlusten einzelner Organsysteme/Körperteile, die Schmerzlinderung, die Bewegungsverbesserung, die Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung und die Hilfe zur Selbsthilfe. Funktionstrainingsarten sind insbesondere Trockengymnastik und Wassergymnastik. Die Dauer einer Übungseinheit beträgt bei Trockengymnastik mindestens 30 Minuten und bei Wassergymnastik mindestens 15 Minuten.

Rehabilitationssport und Funktionstraining werden von der Rentenversicherung in der Regel bis zu 6 Monate, längstens bis zu 12 Monate erbracht, mit i.d.R. bis zu zwei Übungsveranstaltungen pro Woche.

Näheres regelt die BAR-Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining (2011).

⁷ Das Rahmenkonzept steht unter folgender Internetadresse als pdf-Datei zur Verfügung:
http://www.sucht.de/tl_files/pdf/Fachinformationen/RK%20Suchtnachsorge%20plus%20Anlage.pdf.

Exkurs: Abgrenzung von T-RENA zu Rehabilitationssport/Funktionstraining

Bei T-RENA handelt es sich um eine unimodale Reha-Nachsorgeleistung. Rehabilitationssport und Funktionstraining zählen zu den ergänzenden Leistungen nach § 64 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB IX. Die Entscheidung für die Empfehlung von T-RENA oder die Verordnung von Rehabilitationssport/Funktionstraining im Falle eines unimodalen Nachsorgebedarfs erfolgt in der Reha-Einrichtung.

Da Rehabilitationssport und Funktionstraining kein Training an Geräten vorsehen (mit der Ausnahme des Ergometertrainings in Herzgruppen), kommen diese ergänzenden Leistungen dann nicht in Frage, wenn in der Reha-Nachsorge das Training an Geräten erforderlich ist. Weiterhin sollte T-RENA statt Rehabilitationssport und Funktionstraining verordnet werden, wenn das Training gemäß einem individuellen Therapieplan erfolgen soll.

Grundsätzlich gilt, dass Rehabilitationssport und Funktionstraining auch dann in Frage kommen können, wenn bei Abschluss der medizinischen Rehabilitation nur eine Leistungsfähigkeit von unter drei Stunden bezogen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt besteht.

6.2 Weitere Reha-Nachsorgeangebote

Neben den etablierten und bundesweit verbreiteten Kernangeboten zur Reha-Nachsorge der DRV existieren weitere – derzeit praktizierte, aber zeitlich begrenzte – Reha-Nachsorgemodelle, alternative Nachsorgeprojekte und Sonderformen der Reha-Nachsorge. Zum einen handelt es sich um Nachsorgeprogramme/-aktivitäten, die sich bewährt haben, aber – in der Regel nur von einem Rentenversicherungsträger – regional angeboten werden (regionale Reha-Nachsorge). Ihre regionale Ausrichtung rührt beispielsweise daher, dass das jeweilige Reha-Nachsorgeprogramm an das Behandlungskonzept einer bestimmten Reha-Einrichtung geknüpft ist.

Zum anderen handelt es sich um bestehende Reha-Nachsorgeangebote von Rentenversicherungsträgern, die sich in der Erprobungsphase befinden und bei denen eine Nutzung durch andere Rentenversicherungsträger möglich, aber nicht zwingend ist (Modellprojekte). Diese sind häufig zeitlich befristet und dienen der Bewertung des Nutzens neuer Angebote der Reha-Nachsorge. Bei positiver Nutzenbewertung ist eine Prüfung auf Anerkennung durch andere Rentenversicherungsträger sowie ggf. eine bundesweite Verbreitung anzustreben.

Bestehende Nachsorgeangebote gelten als anerkannt, sofern sie nicht deutlich erkennbar von dem Kernangebot dieses Rahmenkonzepts abweichen.

6.3 Kombination von Nachsorge-Angeboten

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass mit den Kernangeboten IRENA und RENA der individuelle Nachsorgebedarf der Versicherten abgedeckt wird. In Einzelfällen können Kombinationen von Nachsorge-Angeboten sinnvoll sein (siehe Anlage 1). Dies ist im Entlassungsbericht zu begründen.

7. Aufgaben der Rentenversicherungsträger bei der Reha-Nachsorge

7.1 Zulassung von Nachsorgeeinrichtungen

Im Rahmen ihrer Strukturverantwortung nach § 36 SGB IX stellen die Rentenversicherungsträger sicher, dass in den Regionen flächendeckende bedarfsgerechte Nachsorgeangebote zur Verfügung stehen. Zur Durchführung der Reha-Nachsorge sollten vorhandene Leistungsangebote (auch der Rehabilitationseinrichtungen selbst) genutzt und bei Bedarf neue Angebote durch die Rehabilitationsträger initiiert oder ggf. geschaffen werden. Dabei ist eine enge institutionelle Zusammenarbeit mit den übrigen Trägern und geeigneten Anbietern im Gesundheitssektor erforderlich, um das Angebot zu verbessern.

In der Region sollte regelmäßig untersucht werden, wie weit der Ausbau eines flächendeckenden Nachsorgeangebots gekommen ist. Bei Handlungsbedarf sollte in den Regionalverbänden über das weitere Vorgehen beraten werden.

Grundsätzlich erfüllen Reha-Einrichtungen, die bereits durch die DRV für die medizinische Rehabilitation anerkannt sind, die Voraussetzungen zur Erbringung der Kernangebote der Reha-Nachsorge in ihrem Indikationsbereich. Unabhängig davon kann jedoch im Einzelfall im Rahmen von Visitationen oder anderen geeigneten Qualitätssicherungsinstrumenten eine Überprüfung der Voraussetzungen zur Erbringung der Reha-Nachsorge erfolgen.

Die Zulassung von anderen Nachsorgeeinrichtungen erfolgt durch die Prüfung der personellen und räumlichen Ausstattung (vgl. die in Anlage 1 beschriebenen Anforderungen). Bei Anfragen nach Zulassung prüft in der Regel der jeweilige Regionalträger nach Information der übrigen in der jeweiligen Region tätigen Rentenversicherungsträger und entscheidet, ob die Nachsorgeeinrichtung zugelassen wird und welche Kernangebote der Reha-Nachsorge die Einrichtung im Auftrag der DRV erbringen kann (siehe auch Kap. 7.5). Sofern eine Zulassung erfolgt, können alle Rentenversicherungsträger diese Einrichtung mit den entsprechenden Nachsorgeangeboten für ihre Versicherten in Anspruch nehmen. Der prüfende Rentenversicherungsträger übernimmt auch die Federführung für die Nachsorgeeinrichtung.

Für Rehabilitationssport und Funktionstraining regelt die BAR-Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining (2011) die Zulassung der Leistungserbringer.

7.2 Finanzierung der Reha-Nachsorge / Reise- oder Fahrkosten

Die DRV übernimmt die Kosten der Reha-Nachsorgeleistungen, wenn die Nachsorge-Einrichtung von der Rentenversicherung anerkannt ist. Die Vergütung der Reha-Nachsorgeleistungen wird von der DRV, in der Suchtnachsorge gemeinsam mit der gesetzlichen Krankenversicherung, festgelegt. Für die Teilnahme an Reha-Nachsorgeleistungen ist von den Versicherten keine Zuzahlung zu leisten.

Grundlage für Regelungen zur Erstattung von Fahrkosten ist die Gemeinsame Richtlinie zu § 17 SGB VI.

Bei Rehabilitationssport und Funktionstraining werden keine Fahrkosten erstattet.

7.3 Administrative Abwicklung der Reha-Nachsorge

Der Zugang zur Nachsorge ist innerhalb der Rentenversicherung vereinheitlicht. Für die Einleitung und Dokumentation der Nachsorge durch die Rehabilitationseinrichtung stehen bundeseinheitliche Formulare zur Verfügung. Für die beantragte Reha-Nachsorge erfolgt in der Regel keine Bescheiderteilung. Davon abweichend wird in der Sucht-Nachsorge grundsätzlich ein Bescheid erstellt.

7.4 Vorgaben und Hilfen für die Rehabilitationseinrichtungen

Die Rentenversicherungsträger machen den Rehabilitationseinrichtungen deutlich, wie wichtig es ist, während der medizinischen Rehabilitation die Nachsorge konkret zu planen und einzuleiten. Die mit den Rehabilitationseinrichtungen zu vereinbarenden Behandlungskonzepte müssen das vorsehen, ebenso die Reha-Therapiestandards der Rentenversicherung. Die Vorbereitung und Einleitung der Reha-Nachsorge ist außerdem Gegenstand der Qualitätssicherung der Rentenversicherung.

7.4.1 Datenbank (Liste) für RV-Träger, Reha-Einrichtungen sowie Rehabilitanden

Die Informationen über die Nachsorgeeinrichtungen – Adressen, Angebote, Ansprechpartner und Nachsorgezeiten usw. – sollten den Reha-Einrichtungen, soweit noch nicht geschehen, auf geeignete Weise zugänglich gemacht werden, z. B. über das Internet. Die laufend aktua-

lisierte Liste der Nachsorgeeinrichtungen sollte dabei so anwenderfreundlich erstellt sein, dass in den Reha-Einrichtungen eine genaue Suche nach Reha-Nachsorgeangeboten im Umkreis des Wohnortes der Versicherten möglich ist (z. B. über eine Postleitzahlensuche). Zur Unterstützung der Rehabilitanden sollten Überblicke über Nachsorgeeinrichtungen auch öffentlich zugänglich sein (Nachsorgeportale).

7.4.2 AnsprechpartnerInnen für Reha-Nachsorge

Bei den Rentenversicherungsträgern sind Reha-Nachsorgebeauftragte zu benennen, die als Ansprechpartner(innen) insbesondere für die Leistungserbringer zu Fragen rund um die Zulassung von Nachsorge-Einrichtungen und die Regelungen zur Durchführung der Nachsorge zur Verfügung stehen.

7.5 Koordination zwischen den Rentenversicherungsträgern

Versicherte sollen die für sie notwendigen und geeigneten Reha-Nachsorgeleistungen erhalten, unabhängig davon, welcher Rentenversicherungsträger für sie zuständig ist. Deshalb verständigt sich die DRV in diesem Rahmenkonzept auf ein einheitliches Spektrum von Kernangeboten der Reha-Nachsorge, die für ihre Versicherten unabhängig von RV-Zugehörigkeit und Region in Frage kommen. Die Rentenversicherungsträger erkennen ihre Nachsorgeeinrichtungen gegenseitig für die Kernangebote an, so dass jede Rehabilitationseinrichtung ihren Rehabilitand(inn)en das für sie geeignete Angebot empfehlen kann (siehe auch Kap. 7.1).

Die Arbeits-/Projektgruppe „Reha-Nachsorge“ der DRV berät jeweils darüber, welche neuen Angebote der Reha-Nachsorge als Kernangebot RV-weit anerkannt werden sollen.

Die gegenseitige Anerkennung von Reha-Nachsorgeangeboten außerhalb der Kernangebote (Modellprojekte, regionale Reha-Nachsorge) erfordert eine zusätzliche Abstimmung zwischen den regional betroffenen Rentenversicherungsträgern. Regionale und/oder inhaltliche Besonderheiten sollten besonders berücksichtigt werden. Dabei zielt die Abstimmung insbesondere auf die Regelung folgender Fragen ab:

- Welche einzelnen, in einer Region vorhandenen speziellen Reha-Nachsorgeangebote der Rentenversicherungsträger werden wechselseitig anerkannt?
- Wie erfolgt die gegenseitige Information der jeweiligen Rentenversicherungsträger über neue Modelle der Reha-Nachsorge?
- Welche Möglichkeiten bestehen, regionale Angebote in bundesweit anerkannte Kernangebote weiterzuentwickeln?

Die Abstimmungsprozesse können innerhalb der Regionalverbände geführt werden, die für die Koordination in der Rehabilitation gebildet wurden. Zudem können die Arbeitsgruppen der Regionalverbände die entsprechenden regionalen Angebote bzw. Modellprojekte begleiten und regelmäßig kritisch in Bezug auf Fortführung bzw. Weiterentwicklung als Kernangebot der Reha-Nachsorge bewerten. Ziel sollte sein, rein regionale Angebote der Reha-Nachsorge soweit wie möglich zu begrenzen, um allen Versicherten – ungeachtet ihrer RV-Zugehörigkeit und ihres Wohnortes – dieselben Möglichkeiten der Reha-Nachsorge zu ermöglichen.

7.6 Information der Versicherten über Reha-Nachsorge

Der Rentenversicherungsträger sollte seinen Versicherten erreichbare Nachsorgeangebote benennen, sofern dies ergänzend zu den Informationen der Rehabilitationseinrichtungen erforderlich ist. Dafür bedarf es einer Kontaktstelle beim Rentenversicherungsträger, dezentral (z. B. in den Auskunfts- und Beratungsstellen) oder zentral (evtl. als Hotline oder im Internet).

7.7 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.

8. Dokumentation und Qualitätssicherung der Reha-Nachsorge

8.1 Datenerfassung und Abschlussdokumentation

Die Nachsorgeeinrichtung berichtet dem Rentenversicherungsträger zeitnah über Verlauf und Ergebnis der Reha-Nachsorge. Die Dokumentation der individuellen Reha-Nachsorge erfolgt über einen Abschlussbericht. Bei den Kernangeboten ist – außer bei Rehabilitationssport und Funktionstraining – in diesem Zusammenhang ein weitgehend einheitlicher Abschlussbericht der Kernangebote mit einem Kernsatz von gemeinsamen Merkmalen anzustreben. Je nach Reha-Nachsorgeangebot kann der Abschlussbericht in Form und Umfang variieren.

Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Dokumentation einerseits alle wesentlichen Informationen zum (fallbezogenen) Verlauf und Ergebnis der Reha-Nachsorge enthält, die alle Akteure den möglichen Bedarf an weiteren Leistungen erkennen lässt und ggf. ein effektives

Fallmanagement ermöglicht; andererseits muss der Dokumentationsaufwand in einem angemessenen Verhältnis zum Umfang der Reha-Nachsorgeleistung selbst stehen.

Die Dokumentation sollte mindestens die folgenden Informationen enthalten: Art der Reha-Nachsorge (genaue Bezeichnung), zuständiger Rentenversicherungsträger, zeitliche Eckpunkte (Dauer und Anzahl der Termine), Beginn und Ende der Leistung, Nachsorgeeinrichtung und bei IRENA zusätzlich die KTL-Dokumentation (therapeutische Leistungen). Der Rentenversicherungsträger fügt die Art der Kosten (ATKO) hinzu.

8.2 Verfahren der Qualitätssicherung

Gerade für die Reha-Nachsorge gilt, dass der Aufwand für die Qualitätssicherung in einer angemessenen Relation zum Umfang der Leistungen stehen muss. Eine einfache Übertragung der Verfahren der Reha-Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation ist deshalb nicht sinnvoll. Dennoch kommen – mit Ausnahme von Rehabilitationssport und Funktionstraining – insbesondere folgende Möglichkeiten der Qualitätssicherung der Reha-Nachsorge in Frage: Überprüfung der Konzept- und Strukturqualität bei der Anerkennung von Nachsorgeeinrichtungen, Befragung der Teilnehmenden zu Zufriedenheit und subjektiv wahrgenommenem Erfolg, Beschwerde-Management, Auswertung der therapeutischen Leistungen (soweit über die KTL dokumentiert). Weitere, hier nicht genannte Maßnahmen des internen Qualitätsmanagements und/oder der externen Qualitätssicherung sind möglich.

Visitationen sind in Nachsorgeeinrichtungen nur anlassbezogen durchzuführen. Gründe für eine Visitation können beispielsweise sein: Anerkennung einer Nachsorgeeinrichtung oder Beschwerden. In Reha-Einrichtungen, die auch Nachsorgeleistungen anbieten, sind die Strukturen und Prozesse der Reha-Nachsorge in die Visitationen dieser Reha-Einrichtungen einzubeziehen.

Komplexe Reha-Nachsorgeleistungen wie 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.

9. Zusammenarbeit mit anderen Akteuren

Damit Reha-Nachsorge stattfinden und erfolgreich sein kann, müssen folgende – vor- und nachgeschaltete – Institutionen und Personen zusammenwirken: Rehabilitationseinrichtungen, Rentenversicherungsträger, Nachsorgeeinrichtungen, die Versicherten selbst, Krankenkassen, Betriebe und Selbsthilfeorganisationen. Das Ziel dabei ist, sektorenübergreifende Nachsorgestrukturen und -aktivitäten auszubauen.

9.1 Zusammenarbeit mit der Gesetzlichen Krankenversicherung

Die Krankenkassen erbringen gemäß § 43 SGB V für ihre Versicherten bestimmte Leistungen zur Reha-Nachsorge. In den letzten Jahren hat sich die Zusammenarbeit zwischen der DRV und der Gesetzlichen Krankenversicherung verstärkt. So wurde beispielsweise das „Gemeinsame Rahmenkonzept zur Nachsorge im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker“ (2012) erarbeitet. Die BAR-Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining, an der noch weitere Rehabilitationsträger beteiligt waren, ist ein weiteres Kooperationsbeispiel. Ergänzend zu diesen Nachsorgeleistungen bieten die Krankenkassen auch Patientenschulungsmaßnahmen und Präventionsangebote zu Themen wie Entspannung, Ernährung, Stressbewältigung usw. an. Diese können die Kernangebote der Reha-Nachsorge ergänzen.

9.2 Zusammenarbeit mit Betrieben

In den letzten Jahren rücken Rehabilitation und Arbeitswelt auch bei der Reha-Nachsorge näher zusammen. Die DRV bietet als „Firmenservice“ ein einheitliches, flächendeckendes und vernetztes Auskunfts- und Beratungsangebot für Arbeitgeber und Firmen an, u. a. zu Fragen der Rehabilitation und der Gesundheit im Betrieb. Zahlreiche Kooperationen bestehen zwischen der DRV, dem Arbeitsschutz, den Arbeitgebern in Klein-, Mittel- und Großbetrieben, deren Werks- und Betriebsärzt(inn)en sowie betrieblichen Sozialdiensten. Zum einen bieten Betriebe im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung oder des betrieblichen Gesundheitsmanagements präventiv ausgerichtete Programme an, die für die Nachsorge im weiteren Sinne geeignet sein können. Für die Versicherten sind sie ggf. auch leichter zu erreichen, wenn sie beispielsweise im Betrieb selbst oder in dessen Nähe durchgeführt werden. Zum anderen geht es um das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) nach § 167 Abs. 2 SGB IX, bei dem die DRV Betriebe und Unternehmen durch Beratung, Fallbegleitung sowie Koordination der stufenweisen Wiedereingliederung wirksam unterstützen kann. Ziel ist, die Beschäftigungsfähigkeit und den Arbeitsplatz zu erhalten.

9.3 Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe

Es besteht eine enge Verbindung von Rehabilitation, Nachsorge und Selbsthilfe. Die professionelle Nachsorge wird durch die gemeinschaftliche Selbsthilfe in Gruppen und Organisationen ergänzt. Die Selbsthilfe hat sich neben professionellen ambulanten und stationären Leistungen zu einer anerkannten Säule des Gesundheitswesens etabliert. Die Selbsthilfe trägt entscheidend dazu bei, dass betroffene Menschen und ihre Angehörigen Krankheiten und Krisen leichter bewältigen. Zum Standard der medizinischen Rehabilitation gehört es, Informationen über die Möglichkeiten der Selbsthilfe(-gruppen) zu vermitteln. Immer dann,

wenn es sinnvoll ist, sollten konkrete Anregungen zur Teilnahme an Selbsthilfegruppen gegeben werden. Dazu gehört mehr als die bloße Information über das Vorhandensein von Selbsthilfegruppen. Detaillierte Hinweise, wie jemand den Weg zu der für ihn geeigneten Selbsthilfegruppe finden kann (z. B. mit Hilfe der Adressen-Broschüren der Nationalen Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen – NAKOS oder über die regionale Selbsthilfekontaktstelle) gehören dazu, ebenso wie möglichst anschauliche und glaubhafte Darstellungen des Alltags in Selbsthilfegruppen sowie die Thematisierung und Bearbeitung von Vorbehalten und Ängsten gegenüber der Arbeit der Selbsthilfe. Die positive Erfahrung mit Gruppenangeboten in der Rehabilitationseinrichtung ist oft ein wichtiger Impuls und eine gute Vorbereitung für die Teilnahme an Selbsthilfegruppen.

Wenn Rehabilitationseinrichtungen ihre Rehabilitand(inn)en anregen wollen, nach der Rehabilitation in eine Selbsthilfegruppe zu gehen, können Selbsthilfekontaktstellen entscheidende Hilfestellungen geben, z. B. indem sie Kontakt zu einer geeigneten Selbsthilfegruppe am Wohnort oder in der Umgebung vermitteln. In einigen Bereichen der Rehabilitation (z. B. bei der Suchtbehandlung und der onkologischen Rehabilitation) ist die Zusammenarbeit der Rehabilitationseinrichtungen mit Selbsthilfegruppen inzwischen zu einem wichtigen Bestandteil im Rehabilitationsprozess geworden.

Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung können die Selbsthilfe, konkret Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen durch Zuwendungen nach § 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB VI finanziell unterstützen. Förderfähig sind Aktivitäten und Projekte der Selbsthilfe, die einen unmittelbaren Bezug zur Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung haben, d. h. der Sicherung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit der Versicherten dienen. Auf BAR-Ebene wurde eine „Gemeinsame Empfehlung zur Förderung der Selbsthilfe nach § 26 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX“ erarbeitet, die zum 1. Juli 2004 in Kraft getreten ist.

10. Weiterentwicklung der Reha-Nachsorge

Die Weiterentwicklungsperspektiven der Reha-Nachsorge beziehen sich sowohl auf die inhaltliche Fortentwicklung der Reha-Nachsorge als auch auf die Erweiterung des Kreises der Versicherten, die eine Reha-Nachsorge der DRV erhalten können.

10.1 Inhaltliche Weiterentwicklung der Reha-Nachsorge

Die inhaltliche Weiterentwicklung betrifft insbesondere die Entwicklung neuer Angebote der Reha-Nachsorge, die Forschung zu Reha-Nachsorge, die Nutzung moderner Medien in der Reha-Nachsorge, die Erprobung innovativer Nachsorgestrategien und das Fallmanagement.

Entwicklung neuer Angebote der Reha-Nachsorge: Die im Rahmenkonzept beschriebene Ausgestaltung des Nachsorge-Kernangebots spiegelt die derzeitige „best practice“ in der Versorgungslandschaft wider. Darauf aufbauend bedarf die Nachsorgepraxis einer kontinuierlichen konzeptionellen Weiterentwicklung. Ziel ist es, die Kernangebote zur Reha-Nachsorge zu optimieren, Versorgungslücken durch die Ergänzung neuer Nachsorgeangebote zu schließen und die Nachsorgestrategien auf eine aktuelle Evidenzbasis zu stellen. In diesem Zusammenhang denkbar sind Angebote für besondere Bedarfsgruppen, weitere Indikationsgruppen oder auch neue Formen der Nachsorge, wie beispielsweise internetgestützte Programme oder Elemente des Fallmanagements. Die notwendigen Ressourcen zur Förderung und Erprobung von entsprechenden Modellprojekten sollen dabei durch die Rentenversicherung bzw. einzelne Rentenversicherungsträger zur Verfügung gestellt werden (vgl. dazu auch weiter unten die Ausführungen zu Forschung und Evaluation). Um ein effizientes und einheitliches Vorgehen bei der Weiterentwicklung von Nachsorgeangeboten sicherzustellen, gelten bestimmte Verfahrensregeln (siehe Anlage 1).

Forschung und Evaluation: Die Evaluation der bestehenden Reha-Nachsorgeformen, 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 Reha-Nachsorge, die optimale Gestaltung der Reha-Nachsorgeangebote, die Verbesserung der Teilnahme an Reha-Nachsorgeleistungen, die Effektivität einzelner Angebote sowie Kosten-Wirksamkeits- und Kosten-Nutzen-Studien. Genderaspekte sind in allen Phasen der Forschung von der Projektplanung bis zur Datenanalyse und Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen. Weitere Analysen zu Versichertengruppen, die bislang zu wenig von der Reha-Nachsorge profitieren (z. B. Personen mit Migrationshintergrund, Personen aus unteren sozialen Schichten, Personen mit bestimmten Erkrankungen), sind notwendig.

Neue Medien: Moderne Informations- und Kommunikationstechnologien erlauben neue Formen der Reha-Nachsorge. Technisch einfach zu realisieren ist eine telefonische Reha-Nachsorge in Form von regelmäßigen Telefongesprächen, z. B. mit geschulten Krankenpfle-

gekräften, wie sie in der Kardiologie bereits erprobt wurde. Aufwendiger sind computergestützte Trainingsprogramme, z. B. in der Orthopädie, deren Einsatz bei den Rehabilitand(inn)en über das Internet oder per Datenfernübertragung individuell gesteuert wird. Grundsätzlich scheint dieser Ansatz vielversprechend zu sein. Das Internet erleichtert über E-Mail die Kommunikation einer Rehabilitationseinrichtung mit ihren ehemaligen Rehabilitand(inn)en. Insbesondere für jüngere Versicherte erscheint ein Internet-Angebot zur Nachsorge (z. B. in Form von Chatrooms) oder die Nutzung des Handys (via SMS) oder von Smartphones interessant. Solche und andere Modelle sollten bezogen auf ihre Einsatzmöglichkeiten innerhalb der Reha-Nachsorge weiterentwickelt und praktisch erprobt werden. Wichtig bei all diesen alternativen Ansätzen ist allerdings, dass die Grundgedanken der Reha-Nachsorge im Auftrag der DRV – die Orientierung am Ziel der erfolgreichen beruflichen Wiedereingliederung, das Monitoring durch reha-erfahrene Therapeut(inn)en, die Sicherung bereits in der Rehabilitation formulierter Reha-Ziele – explizit verfolgt und realisiert werden. Bei den Anwendungen der Tele-Nachsorge müssen qualitative Mindestanforderungen erfüllt sein. Diese beziehen sich auf Funktionalität und Logistik, Theoriebasierung, Manualisierung, Verfügbarkeit einer Instruktion, Individualisierbarkeit, Routinefähigkeit, Wirksamkeitsnachweise, Supervision durch Therapeuten, Aktualisierungsmöglichkeiten, Barrierefreiheit, IT-Sicherheit, Sicherheit des Patienten und den Datenschutz.

In den „Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung an die Tele-Reha-Nachsorge“ werden grundsätzliche Anforderungen für die Anerkennung und Zulassung von Tele-Reha-Nachsorgekonzepten beschrieben. Diese sind als Orientierung für Rentenversicherungsträger, Reha-Einrichtungen, Leistungserbringer der Reha-Nachsorge und ggf. Anbieter telematischer Anwendungen für die Reha-Nachsorge gedacht (siehe Anlage 3).

Innovative Entwicklungen: Bei innovativen Reha-Nachsorgekonzepten und/oder Technologien geht es vor allem darum, die Lücken der Reha-Nachsorge zu schließen, die bei den etablierten Verfahren der Reha-Nachsorge noch bestehen.

Vor dem Hintergrund einer Hinführung zur oder Bahnung der Reha-Nachsorge fokussieren innovative Reha-Nachsorgestrategien auf Lotsen, deren Aufgabe es ist, die Weiterbetreuung von Patient(inn)en nach stationärer Rehabilitation in deren häuslichem Umfeld zu koordinieren, auf die begleitete Eigeninitiative nach der Rehabilitation (Reha-Nachsorge nach dem Modell „Neues Credo“) oder die begleitete Rückkehr an den Arbeitsplatz. Denkbar sind hier auch ausgearbeitete Nachsorgepläne, die Durchführung von Nachsorge-Tagen, die Erweiterung von Patientenschulungen um Nachsorge oder die Etablierung einer eigenständigen

Nachsorgestelle oder zumindest eines Kompetenzbereichs Nachsorge in jeder Reha-Einrichtung.

Bezüglich einer Flexibilisierung der Reha-Nachsorge ist vor allem an Maßnahmen zu denken, die den Patient(inn)en die Nachsorgeaktivitäten erleichtern: Dazu gehören vor allem Maßnahmen, die sie selbst zu Hause durchführen können (vgl. dazu auch die Ausführungen zum Einsatz neuer Medien in der Reha-Nachsorge), stationäre Follow-up-Angebote, Nachsorge in Teilabschnitten oder die Kombination mehrerer Methoden.

Zur Förderung der Bereitschaft zu Nachsorgeaktivitäten und zur Vermeidung von Maßnahmeabbrüchen wurden beispielsweise gute Erfahrungen mit gezielten Planungsinterventionen mit Bearbeitung von potentiellen Barrieren gemacht (Handlungs- und Bewältigungsplanung). Wichtig ist es hier auch, mit den Rehabilitand(inn)en im Kontakt zu bleiben. Weitere Möglichkeiten sind Zertifikate für Nachsorge oder Anreizsysteme für Nachsorge-Teilnahmen. Die Übertragbarkeit in die Routine-Nachsorge ist dabei jeweils zu prüfen.

Fallmanagement: Wenn Rentenversicherungsträger Versicherten mit besonderen beruflichen Problemlagen bei entsprechendem Bedarf ein Fallmanagement anbieten, können auch Nachsorgeangebote einbezogen werden. Dies ist insbesondere bei komplizierteren Fallgestaltungen, wenn etwa verschiedene Reha-Nachsorgeleistungen notwendig sind und deren Auswahl und/oder Koordination schwierig ist, sinnvoll. Dann kann der Rentenversicherungsträger die Versicherten bei der Suche nach geeigneten Nachsorgeeinrichtungen und deren Inanspruchnahme unterstützen. Dieses Fallmanagement ließe sich als Aufgabe z. B. beim Fachberatungsdienst oder bei geeigneten Rehabilitationseinrichtungen ansiedeln. Auf der Basis des Fallmanagements werden gemeinsam mit den Versicherten die notwendigen Schritte, Unterstützungsangebote und Leistungen geplant, eingeleitet und ggf. begleitet.

10.2 Zielgruppenorientierte Weiterentwicklung der Reha-Nachsorge

Onkologische Rehabilitationsleistungen werden sowohl nach § 15 SGB VI als auch als sonstige Leistungen nach § 31 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI erbracht. Während für onkologische Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 15 SGB VI Reha-Nachsorge grundsätzlich in Frage kommt, ist die Vorschrift bei onkologischer Rehabilitation nach § 31 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI nicht anwendbar, weil in diesen Fällen die persönlichen und/oder versicherungsrechtlichen Voraussetzungen (§§ 10, 11 SGB VI) nicht erfüllt sind. Nachsorge nach § 17 SGB VI ist im Anschluss an onkologische Rehabilitationsleistungen nach § 31 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI nicht möglich. In diesem Fall kommen nur Rehabilitationssport oder

Funktionstraining in Frage. 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.

Darüber hinaus sollten auch Reha-Nachsorgeangebote für kleinere Krankheitsgruppen (z. B. Hautkrankheiten und Erkrankungen der Atmungsorgane) entwickelt und aufgebaut werden, ebenso wie bei Bedarf weitere unimodale RENA-Angebote, die über T-RENA und Psy-RENA hinausgehen, beispielsweise als Sprachtraining nach Schlaganfall.

11. Ausblick

Erfolgreiche Rehabilitation braucht Nachsorge. Das nachrehabilitative Handeln ist von besonderer Bedeutung für die Deutsche Rentenversicherung, soll die Reha-Nachsorge doch die erreichten Reha-Effekte in ihrer Nachhaltigkeit stärken.

Das Rahmenkonzept zur Reha-Nachsorge der DRV stellt die Reha-Nachsorge als Aufgabe der Deutschen Rentenversicherung in der Übersicht dar. Es beschreibt die Erscheinungsformen, Grundsätze und Verfahren der Reha-Nachsorge der Rentenversicherung und stellt Ansätze zur Optimierung der Reha-Nachsorge vor.

Ziel des Rahmenkonzepts zur Reha-Nachsorge ist es, den langfristigen Erfolg von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch bedarfsgerechte Reha-Nachsorge sicherzustellen. Vordringlich erforderlich ist es, dass sich die Rentenversicherungsträger im Rahmen ihrer Strukturverantwortung mit ihren unterschiedlichen Nachsorgeangeboten auf ein Kernangebot verständigen. Versicherte sollen die für sie notwendigen und geeigneten Reha-Nachsorgeleistungen erhalten, unabhängig davon, welcher Träger für sie zuständig ist. Dabei gilt es, ein abgestuftes System von uni- und multimodalen Nachsorge-Angeboten vorzuhalten.

12. Weitergehende Informationen zur Reha-Nachsorge

Ergänzend zum „Rahmenkonzept zur Nachsorge für medizinische Rehabilitation nach § 15 SGB VI der Deutschen Rentenversicherung“ stehen folgende Dokumente mit ausgiebigen Informationen zu der Ausgestaltung der Kernangebote der Reha-Nachsorge sowie zu den Einsatzmöglichkeiten von neuen Medien und telematischen Anwendungen in der Reha-Nachsorge zur Verfügung (vgl. dazu www.reha-nachsorge-drv.de):

- 1) Beschreibung der Kernangebote der Reha-Nachsorge (Anlage 1)
- 2) Fachkonzepte für IRENA, T-RENA und Psy-RENA (Anlagen 2a-c)
- 3) Anforderungen der DRV an Tele-Reha-Nachsorge (Anlage 3)