

Die Rolle der Angehörigen in der medizinischen Rehabilitation

Aufgaben, Erwartungen, Empfehlungen



Inhaltsverzeichnis

1	<i>Bedeutung der Angehörigen</i>	2
1.1	Angehörige als aktive Partner im Behandlungsprozess	3
1.2	Angehörige als Betroffene	3
1.3	Angehörige in einer Doppelrolle	3
2	<i>Angehörige im Prozess der Rehabilitation</i>	4
2.1	Vor Beginn der Rehabilitation	4
2.2	Zu Beginn der Rehabilitation	5
2.3	Im Verlauf der Rehabilitation	6
2.4	Zum Abschluss der Rehabilitation	6
2.5	Nach der Rehabilitation (Nachsorge)	7
3	<i>Angehörige von Rehabilitanden ausgewählter Erkrankungsgruppen</i>	8
3.1	Angehörige von Rehabilitanden mit Abhängigkeitskrankheiten	8
3.2	Angehörige von Rehabilitanden mit onkologischen Krankheiten	9
3.3	Angehörige von Rehabilitanden mit psychosomatischen-psychotherapeutischen Erkrankungen	10
4	<i>Dokumentation und Qualitätssicherung</i>	10
5	<i>Rechtliche Aspekte</i>	13
6	<i>Datenschutz</i>	14
7	<i>Fazit</i>	15
8	<i>Online-Angebote für Angehörige</i>	15
9	<i>Ausgewählte Literatur mit Online-Angeboten</i>	17

1 Bedeutung der Angehörigen

Krankheit und Behinderung markieren einen tiefen Einschnitt im Leben der Betroffenen und können aufgrund von dauerhaften Beeinträchtigungen auf körperlicher, kognitiver oder emotionaler Ebene zu gravierenden Veränderungen im Alltag und im Beruf führen. Der erkrankte oder behinderte Mensch muss lernen, mit seinen verbliebenen Ressourcen umzugehen und körperliche wie psychische Bewältigungsstrategien einzusetzen sowie neue Lebensperspektiven zu entwickeln.

Krankheit und krankheitsspezifische Interventionen betreffen aber nicht nur den erkrankten Menschen selbst, sondern den gesamten Lebensraum, in dem er sich bewegt. Die durch den Krankheitsprozess bei den Rehabilitanden eingetretenen Beeinträchtigungen haben auch einen gravierenden Einfluss auf das Leben naher Angehöriger. Diese müssen ebenfalls lernen, sich mit der nicht selten plötzlich eingetretenen neuen Situation zurechtzufinden. Besondere psychische Belastungsfaktoren resultieren dabei aus Veränderungen der Beziehungsstruktur zwischen dem Angehörigen und dem Erkrankten, die unter anderem mit einer Neudefinition ihrer Rollen beziehungsweise einem Rollenwechsel in ihrer Beziehung - zum Beispiel bezogen auf die Aufgabenteilung - einhergehen. Gleichzeitig müssen beide ihre Position zur übrigen sozialen Umwelt neu definieren.

Die Rolle der Angehörigen im Krankheitsprozess kann aus zwei Perspektiven betrachtet werden, die sich im Wesentlichen aus ihrer „Doppelrolle“ ergeben: sie sind physisch und insbesondere emotional „Betroffene“ und gleichzeitig „Mitarbeiter im Genesungsprozess“. In letztgenannter Funktion sind die Angehörigen Teil eines Versorgungsnetzes, der den Gesundungsprozess beeinflusst. Die Bewältigung dieser „Doppelrolle“ ist nicht zuletzt abhängig von der psychophysischen Konstitution des Angehörigen, seinen subjektiven Krankheitstheorien und den vorhandenen sozialen Ressourcen.

Aufgrund der wichtigen Rolle, die Angehörige bei der Umsetzung der in der Rehabilitation erlernten Verhaltensweisen in den Berufs- und Lebensalltag einnehmen, ist eine frühzeitige Einbeziehung in den Rehabilitationsprozess wünschenswert. Der Rehabilitand und seine Angehörigen müssen durch den gezielten Erwerb von Wissen, Fähigkeiten und Kompetenzen unterstützt werden, Entscheidungen hinsichtlich der weiteren Lebensführung und des Umgangs mit der Erkrankung und ihren Auswirkungen treffen zu können („Empowerment“).

Wer als Angehöriger einbezogen werden sollte, vermag der Rehabilitand am besten selbst zu bestimmen. Als Angehörige können Ehe- beziehungsweise Lebenspartner, Kinder und Eltern, aber auch wichtige Bezugspersonen wie Freunde und Arbeitskollegen gelten. Bei der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen sind dies – in der Regel – die erziehungsberechtigten Eltern. Mit der Frage nach der Einbeziehung von Angehörigen ist zugleich die nach dem Einverständnis des Rehabilitanden verbunden.

Die Einbeziehung von Angehörigen kann bei der wohnortnahen Rehabilitation, insbesondere bei der Durchführung in ambulanter Form, ohne großen zeitlichen, organisatorischen und finanziellen Aufwand erfolgen. Grundsätzlich ist aber auch bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die in stationären, gegebenenfalls auch weiter entfernt gelegenen Einrichtungen durchgeführt werden, die Einbeziehung von Angehörigen wünschenswert.

Die in diesem Papier formulierten Anregungen gelten sowohl für ambulante als auch für stationäre Reha-Einrichtungen.

1.1 Angehörige als aktive Partner im Behandlungsprozess

Die Qualität familiärer Beziehungen und das Potential von Unterstützungsleistungen durch Angehörige haben einen großen Einfluss auf die Befindlichkeit des erkrankten Menschen, sein Bewältigungs- und Gesundheitsverhalten sowie den Krankheitsverlauf. Diesen sozialen Ressourcen kommt nicht nur in der Phase der akuten Erkrankung eine wesentliche Bedeutung zu, sondern auch dann, wenn es um die Bahnung und Inanspruchnahme rehabilitativer Leistungen geht. Spätestens nach der Entlassung aus der Rehabilitationseinrichtung sind die Angehörigen durch die (Neu-)Verteilung von Aufgaben und Rollen und die Unterstützung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils beteiligt.

1.2 Angehörige als Betroffene

Durch die Erkrankung einer nahe stehenden Person und den daraus entstehenden Folgen erfahren Angehörige erhebliche psychosoziale Belastungen, die sie selbst zu einer gefährdeten Personengruppe machen. Die neue Lebenssituation kann ihre Kompensationsmöglichkeiten überfordern. Das gilt sowohl für die psychische Bewältigung als auch für die von ihnen erwartete Unterstützung bei der Durchführung von Alltagsaktivitäten. Der angemessene Umgang mit den zum Teil sehr hohen und nicht immer offen ausgesprochenen Erwartungen und Anforderungen setzt bei den Angehörigen die Kompetenz voraus, eigene Belastungsgrenzen frühzeitig zu erkennen. Die dafür erforderlichen Selbstmanagement-Fähigkeiten müssen häufig erst erworben und reflektiert werden. Der Ermittlung von Entlastungsmöglichkeiten einschließlich des subjektiven Zugeständnisses persönlicher Freiräume fällt dabei eine besondere Bedeutung zu.

1.3 Angehörige in einer Doppelrolle

Die Doppelrolle des Angehörigen führt zu Auswirkungen auf

- seine psychische und physische Befindlichkeit: Es besteht eine hohe physische und psychische Belastung, die nicht selten zu psychosomatischen Reaktionen wie Schlaf-, Ess- und Verdauungsstörungen, zu Erschöpfungs- und Schmerzzuständen sowie zu erhöhter Ängstlichkeit und Depressivität führen kann. Daneben spielen Hilflosigkeit, insbesondere gegenüber dem Leiden der kranken Person, Ärger und Schuldgefühle eine Rolle. Ebenso können tabuisierte Gefühle wie Wut oder Feindseligkeit und Ekel gegenüber dem Erkrankten von Bedeutung sein.
- die Interaktion zwischen Rehabilitand und Angehörigen: Die Krankheit wird zum Fokus für das Denken und Handeln im sozialen Gefüge. Trotz dieser Dominanz der Erkrankung im Alltag zeigt sich im Kommunikationsverhalten häufig, dass das Sprechen über die Erkrankung und die daraus entstandenen Folgen schwer fällt oder vermieden wird. Abhängigkeitskonflikte können auftreten, sich verschärfen und die bisherige Rollenverteilung in Frage stellen.
- die Interaktion zwischen Angehörigen und der sozialen Umwelt: Angehörige erleben häufig Ausgrenzung, soziale Isolation und weniger Unterstützung vom sozialen Umfeld als die erkrankte Person. Darüber hinaus sind sie seitens des sozialen Umfeldes häufig großen Erwartungen ausgesetzt, insbesondere wenn ihre eigenen Interessen mit denen des Rehabilitanden in Widerspruch zu geraten drohen.

Angehörige reagieren nicht nur auf die Betroffenen, sondern die Betroffenen reagieren auch auf ihre Angehörigen. Die Beeinflussung findet wechselseitig statt. Diese Beeinflussung kann sowohl günstig wie auch ungünstig sein. Es gibt Situationen, in denen Angehörige Betroffene ungünstig beeinflussen. Für die therapeutische Beziehung zu Angehörigen gilt deshalb,

- die Beziehung der Rehabilitanden zu ihren Angehörigen zu beachten und bei „schwierigen“ Rehabilitanden die Dynamik der Beziehung zu den Angehörigen zu reflektieren.
- die Angehörigen nicht in der Rolle als Co-Therapeuten zu überlasten, sondern ihnen Möglichkeiten der emotionalen Entlastung aufzuzeigen.

Ziel ist, die stärkende und kompensierende Funktion von Angehörigen in Bezug auf den Rehabilitanden zu unterstützen und zusätzlich die gesundheitlichen Belastungsfaktoren, die aus der Übernahme von Hilfsfunktionen beziehungsweise der Erkrankung des Rehabilitanden resultieren, zu mindern. Angestrebt wird eine Entlastung für die Angehörigen, die nicht nur ein „worst-case-scenario“, nämlich den Krankheitsfall der pflegenden oder betreuenden Angehörigen, verhindern soll, sondern auch die Lebensqualität der Angehörigen berücksichtigt.

Für den Prozess der Rehabilitation bedeutet dies, die Angehörigen in ihrer doppelten Rolle stärker wahrzunehmen, sie bei der erfolgreichen Ausgestaltung dieser Rolle zu unterstützen, sie in dieser Rolle nicht zu überfordern und mögliche problematische Konstellationen zu erkennen.

2 Angehörige im Prozess der Rehabilitation

Angehörige spielen eine wichtige Rolle in der Zeit vor der Rehabilitation (Antragstellung), während des Rehabilitationsprozesses (Reha-Diagnostik, -Planung und -Durchführung) sowie nach Abschluss der Rehabilitation (Nachsorge und Nachhaltigkeit).

2.1 Vor Beginn der Rehabilitation

In der akuten Phase der Erkrankung, aber auch im weiteren Verlauf übernehmen Angehörige zunächst ganz pragmatische, krankheitsbezogene Aufgaben: Sie unterstützen den Rehabilitanden zum Beispiel bei der Informationsbeschaffung über die Krankheit, bei Gesprächen mit Ärzten und Vertretern anderer Berufsgruppen sowie bei der Organisation des Alltags. Dazu gehört auch die Hilfe bei der Kommunikation mit Ämtern, Versicherungen, Arbeitgebern, Vermietern und sonstigen Stellen. Eine besondere Rolle kommt den Angehörigen bei der Bahnung und Inanspruchnahme einer rehabilitativen Leistung zu. Der Erkrankte ist häufig aufgrund seiner physischen und psychischen Konstitution in der konkreten Situation nur eingeschränkt fähig, die Bedeutung einer medizinischen Rehabilitation für seine weitere Besserung zu erkennen und zu initiieren. Manchmal hindert ihn die fehlende Mobilität an einer Antragstellung. Hier ist er auf die Unterstützungs- und Motivationsleistung der Angehörigen angewiesen.

Ob die Angehörigen im Hinblick auf die Rehabilitation einen hemmenden oder einen hilfreich-motivierenden Einfluss auf den Erkrankten ausüben, ist sowohl von individuellen psychischen Faktoren aller Beteiligten als auch von äußeren Gegebenheiten abhängig. Einstellungen zur und Erwartungen an die Rehabilitation stehen im Zusammenhang mit dem subjektiven Krankheitskonzept nicht nur des Erkrankten, sondern auch der Angehörigen. Von diesen Grundüberzeugungen hängt es letztlich ab, ob und in welchem Ausmaß Informationen über die Möglichkeit der Inanspruchnahme einer Rehabilitation eingeholt werden und ob eine Rehabilitation tatsächlich beantragt wird.

Neben subjektiv geprägten - in der Person des Erkrankten beziehungsweise der Angehörigen begründeten - Zugangshemmnissen lassen sich auch objektive Hindernisse aufzeigen, die der Inanspruchnahme einer Leistung zur Rehabilitation entgegenstehen: Zum Beispiel können durch Fehlinformationen bei Patienten und Angehörigen sowie ihrem sozialen Umfeld Vorbehalte gegenüber der Rehabilitation aufgebaut werden. Hindernisse können auch durch Defizite in der Koordination zwischen den verschiedenen Akteuren einschließlich der Sozialleistungsträger begründet sein. Darüber hinaus vermag die aus der Abwesenheit des Rehabilitanden im Rahmen einer Leistung zur Rehabilitation erwachsende Belastung für das Familienleben (zum Beispiel bezüglich der Organisation von Kinderbetreuung) oder für die Arbeitsplatzsituation (zum Beispiel durch Angst vor Verlust des Arbeitsplatzes) der Beantragung einer Rehabilitation entgegen zu stehen.

2.2 Zu Beginn der Rehabilitation

Mit Einwilligung des Rehabilitanden können Angehörige dem Arzt und anderen Mitgliedern des Rehabilitationsteams bereits zu Beginn der Rehabilitation wichtige Informationen geben. Zu nennen sind dabei zum Beispiel Informationen zum Verhaltens- und Lebensstil, den Einstellungen zur Erkrankung und Behinderung, natürlich auch zu Risikofaktoren und Adhärenz. Häufig sind auch Schilderungen der persönlichen und familiären Situation einschließlich psychosozialer Belastungen hilfreich, zum Beispiel zu bestehenden familiären oder beruflichen Konflikten, Auswirkungen der Erkrankung auf das Familienleben, die Berufsausübung und das Freizeitverhalten oder zum bestehenden Unterstützungs- und Hilfebedarf aus der Sicht des Angehörigen.

Auf dieser breiten Informationsbasis wird eine umfassende und differenzierte Einschätzung der Krankheitsauswirkungen auf Aktivitäten und Teilhabe ermöglicht. Dabei werden die Kontextfaktoren entsprechend der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF) der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, WHO) berücksichtigt. Auf dieser Grundlage können gemeinsam mit dem Rehabilitanden einzelne Rehabilitationsziele konkretisiert und ein sinnvoller, auf die individuelle Situation abgestimmter, Rehabilitationsplan aufgestellt werden.

Da auch die Auseinandersetzung des Rehabilitanden mit seiner Erkrankung oder Behinderung und die weitere Planung des Rehabilitationsprozesses durch die subjektive Bewertung und Einstellung der Angehörigen zum Krankheitsgeschehen, aber auch durch die Einstellung zum Betroffenen, beeinflusst werden kann, erscheint es zusätzlich sinnvoll, die persönlichen Einstellungen des Angehörigen zu erkunden und in die weitere Kommunikation einzubeziehen.

2.3 Im Verlauf der Rehabilitation

Durch die Erkrankung werden Angehörige oft unerwartet mit den daraus resultierenden körperlichen, seelischen, sozialen oder finanziellen Belastungen und Anforderungen konfrontiert. Hieraus können sich emotionale Konflikte ergeben, die möglicherweise zu einer Distanzierung von dem Betroffenen führen und verhindert, dass der Angehörige weitere Hilfestellung im Krankheitsbewältigungsprozess anbietet. Deshalb ist nach Möglichkeit auch die subjektiv empfundene Belastung des Angehörigen zu erfragen, um gemeinsam Möglichkeiten zu erarbeiten, ihn als Begleiter für den Betroffenen zu unterstützen. Dazu gehört auch die Bemühung um ein einführendes Verstehen der Sorgen, Ängste und Vorbehalte des Angehörigen.

Angehörige übernehmen oft eine wichtige Mittlerfunktion, indem sie sowohl die Bedürfnisse, Sorgen und Fragen des Betroffenen gegenüber dem Rehabilitationsteam formulieren, als auch Informationen an die Betroffenen weiterleiten. Die Betroffenen erleben sich oft im Rahmen ihrer Erkrankung oder in der Auseinandersetzung mit ihrer Behinderung in einer von anderen Menschen abhängigen, hilf- beziehungsweise machtlosen Position. Resignation, Ängstlichkeit, Depressivität oder in Zusammenhang mit der Erkrankungsursache bestehende kognitive Beeinträchtigungen können zusätzlich die Aufnahme und Verarbeitung von Informationen zum Krankheitsgeschehen, zur Prognose und zu Behandlungs- sowie Unterstützungsmöglichkeiten und den weiteren Verlauf nach der Rehabilitation behindern. Alle Berufsgruppen des therapeutischen Teams können für Angehörige entsprechende Informationen anbieten und in Gesprächen krankheitsrelevante Aspekte wie Verhaltensänderung, Behandlungsstrategie und Unterstützungsmöglichkeiten erörtern. In jedem Falle ist dabei auf eine adressatengerechte, laienverständliche Vermittlung zu achten.

Angehörige leisten oft einen wichtigen Beitrag im Rehabilitationsprozess, zumal wenn sie den Rehabilitanden in alltagspraktischen Angelegenheiten unterstützen und fördern können. Jedoch ist nicht jede Form der Unterstützung aus rehabilitationsmedizinischen Gesichtspunkten tatsächlich sinnvoll oder hilfreich. Gelegentlich können die Bemühungen der Angehörigen sogar die Entwicklung eigenständiger Aktivitäten des Betroffenen hemmen. Das basale Prinzip, dass nur solche Verrichtungen durch Angehörige übernommen werden sollten, die der Betroffene nicht selbst durchführen kann, kollidiert nicht selten mit Gefühlen von Schuld und Mitleid, aber auch mit Ungeduld und Perfektionsanspruch bei Angehörigen. Die unterstützenden Aktivitäten sollten daher in eine Richtung gelenkt werden, die sich förderlich auf das Erreichen des Rehabilitationsziels auswirkt. Um dies umzusetzen, können Angehörige zum Beispiel von Mitarbeitern aus der Ergotherapie - aber auch seitens des pflegerischen Bereiches - im adäquaten Umgang mit verbleibenden Funktionsstörungen angeleitet werden.

2.4 Zum Abschluss der Rehabilitation

Vor der Entlassung des Rehabilitanden aus dem geschützten Milieu der Rehabilitationseinrichtung in das häusliche Umfeld können - je nach Erkrankung oder Handicap - verschiedene Vorbereitungen nötig sein. Diese können beispielsweise die medizinische Weiterbehandlung, Nachsorge, weiterführende Rehabilitationsleistungen, die pflegerische Versorgung, Verhaltens- und Lebensstiländerungen, aber auch die Beschaffung von Hilfsmitteln oder Umbaumaßnahmen im Wohnbereich betreffen. Hier ist die Einbeziehung der Angehörigen oft unverzichtbar, um den Übergang in das Alltagsleben für den Betroffenen zu erleichtern.

Unterstützung können Angehörige und Rehabilitanden auch im Rahmen der klinischen Sozialarbeit erhalten. Dies gilt bezüglich der beruflichen Rehabilitationsmöglichkeiten in gleicher Weise wie für die Organisation anderer Maßnahmen, z. B. die Vermittlung in eine ambulante Herzgruppe oder die Einleitung häuslicher Pflege. Hausbesuche und Beratung bezüglich einer Wohnungsanpassung und Hilfsmittelversorgung erfolgen bei entsprechender Indikation durch Mitarbeiter aus der Ergotherapie.

2.5 Nach der Rehabilitation (Nachsorge)

Die Aufgabe der Rehabilitations-Nachsorge ist es, den durch die Leistungen zur Rehabilitation eingetretenen Erfolg nachhaltig zu sichern und weiterhin zu verbessern.

Angehörige können zur Verstetigung des Rehabilitationserfolgs beitragen, indem sie den Rehabilitanden beim Transfer der während der Rehabilitation erworbenen Kenntnisse und Erfahrungen in den Alltag unterstützen. Dies kann zum Beispiel erfolgen, indem eine Ernährungsumstellung oder Trainingstherapie begleitet wird, geänderte Verhaltensweisen hinsichtlich Übergewicht oder Nikotinkonsum gefördert oder Kontakte zu Selbsthilfegruppen mitgetragen werden. Leitthema ist dabei die Förderung von Lebensstiländerungen im Sinne einer angemessenen Lebensweise mit dem Ziel der Aufrechterhaltung der während der Rehabilitation erworbenen Fähigkeiten. Im Einzelfall können Angehörige die Teilnahme an einem Rehabilitations-Nachsorge-Programm überhaupt erst ermöglichen, indem sie die Begleitung der in ihrer Mobilität eingeschränkten Rehabilitanden zur Rehabilitationseinrichtung sicherstellen.

Darüber hinaus umfasst die von den Angehörigen unterstützte Nachbetreuung des Rehabilitanden die Wiedereingliederung in das ambulante medizinische Versorgungssystem und die Wiederaufnahme früher durchgeführter Aktivitäten.

Bei einer fortschreitenden Erkrankung nehmen Beeinträchtigungen in Aktivitäten und Teilhabe einen zunehmend größeren Raum ein. Durch unterstützende Pflege und ständige oder doch zumindest regelmäßige und länger anhaltende Präsenz übernehmen die Angehörigen die Rolle eines Co-Therapeuten, zu der auch zum Beispiel die Übernahme einfacherer therapeutischer Hilfsaufgaben an Abenden und Wochenenden gehören kann.

Idealerweise werden Angehörige in ein Netzwerk integriert, das aus dem Team der Rehabilitationseinrichtung, behandelndem Hausarzt, psychosozialen Beratungsstellen und verschiedenen Hilfsangeboten (einschließlich ambulanter Psychotherapie, berufsbezogener Ansprechpartner und Selbsthilfegruppen) bestehen kann. Aus einem solchen Netzwerk erhalten Angehörige Unterstützung und Anregungen für die Lösung spezifischer Fragestellungen.

3 Angehörige von Rehabilitanden ausgewählter Erkrankungsgruppen

Während das bisher Gesagte krankheitsübergreifend gilt, gibt es auch indikationsbezogene Aspekte in der Arbeit mit Angehörigen von Rehabilitanden.

3.1 Angehörige von Rehabilitanden mit Abhängigkeitskrankheiten

Abhängigkeitserkrankungen betreffen das soziale Umfeld - insbesondere den Partner und die mit den Betroffenen zusammenlebenden Familienangehörigen - in einem besonderen Maße. Eine erfolgreiche Rehabilitation sollte deshalb diese Angehörigen in die therapeutische Arbeit einbeziehen, wenn positive Ergebnisse der Rehabilitation erzielt werden und langfristig im sozialen Umfeld der Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen Bestand haben sollen.

Bei Abhängigkeitserkrankungen ergeben sich in gewisser Weise auch Störungen im gesamten Familiensystem. Begründen lässt sich dies durch eine sogenannte Mit-Betroffenheit (mitunter "Ko-Abhängigkeit" genannt) der Angehörigen von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen. Sie impliziert Verhaltensweisen, die sich durch eine große Hilflosigkeit bis hin zu einem Ohnmachtserleben seitens der Angehörigen ausdrücken bzw. Verhaltensweisen von Bezugspersonen, die - ungewollt - das Suchtverhalten der Betroffenen unterstützen und eine rechtzeitige Behandlung verhindern.

Solche Verhaltensweisen können beispielsweise sein:

- Verantwortung für den abhängigkeitskranken Menschen übernehmen und ihm mehr Belastungen abnehmen oder ersparen wollen als es sinnvoll ist (Beschützerphase),
- das Verhalten des Betroffenen entschuldigen oder rechtfertigen (Erklärungsphase),
- sein Verhalten überwachen und beaufsichtigen (Kontrollphase),
- in Bezug auf Tatsachen oder Gefühle dem abhängigkeitskranken Menschen, anderen oder sich selbst gegenüber unaufrichtig sind oder
- sich von dem abhängigkeitskranken Menschen distanzieren und ihm starke Vorwürfe machen (Anklagephase).

Wie auch in den anderen Indikationen stehen bei der Einbeziehung von Angehörigen in die Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen insbesondere gemeinsame Gespräche zwischen den Mitarbeitern des Rehabilitationsteams, den Betroffenen und ihren Angehörigen im Vordergrund. Zusätzlich werden in einigen Einrichtungen auch Angehörigenseminare in Form von Gruppenarbeit angeboten. Dabei wird auf die Erkennung und Bearbeitung des ko-abhängigen Verhaltens fokussiert. Darüber hinaus können auch psychotherapeutische Paar- oder Familiengespräche beziehungsweise Paar- oder Familientherapien angeboten werden.

Außerdem gibt es für die Angehörigen von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen ein breites Angebot von spezifischen Selbsthilfegruppen. Dieses Angebot ist erreichbar über die Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe – Bundesverband e. V.. Die Freundeskreise gehören zu den fünf Sucht-Selbsthilfeverbänden, die in der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) organisiert sind. Neben den Freundeskreisen sind dies das Blaue Kreuz in Deutschland e.V. (BKD), das Blaue Kreuz in der Evangelischen Kirche e.V. (BKE), die Guttempler in Deutschland und der Kreuzbund e.V..

Die Einbeziehung von Angehörigen ist im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen ein unabdingbarer Bestandteil der Therapie.

Es geht u.a. um Fragen des zukünftigen Umgangs mit Suchtmitteln:

- Besteht bei Angehörigen eine Abhängigkeit oder ein schädlicher Gebrauch?
- Wie wird zukünftig mit Suchtmitteln in der direkten Umgebung des Betroffenen umgegangen?
- Gibt es Suchtmittel in der Wohnung?
- Gibt es Verhaltensregeln zur Rückfallprophylaxe?
- Wie soll im Falle eines Rückfalls reagiert werden?

3.2 Angehörige von Rehabilitanden mit onkologischen Krankheiten

Bei onkologischen Erkrankungen werden aufgrund der häufig prognostisch ungünstigen Krankheitsentwicklung besondere Anforderungen an die Angehörigen gestellt. Neben tumor- und therapiebedingten Beschwerden, die häufig mit einem erhöhten Pflegeaufwand einhergehen, nehmen in diesem Indikationsgebiet - unabhängig von der Art des Tumors - Probleme der Krankheitsbewältigung einen besonderen Stellenwert ein.

Die Diagnose „Krebs“ markiert in der Regel einen tiefen Einschnitt im Leben mit Fragen nach dem Ursprung der Erkrankung, unmittelbaren und langfristigen Folgen bis hin zur Auseinandersetzung mit Tod und Sterben. Bei den Betroffenen stehen Unwissenheit über die Krankheit, Hilflosigkeit und die Angst vor einer fortschreitenden Entwicklung der Erkrankung im Vordergrund. Nicht selten müssen die persönlichen Ansprüche sowohl des erkrankten Menschen als auch der Angehörigen, die Familienplanung und die Lebensziele neu organisiert und der veränderten Situation angepasst werden.

Teilhabe und Lebensqualität nach der Akutbehandlung werden wesentlich von sozialen Faktoren beeinflusst - insbesondere dem Partner und den mit dem Betroffenen zusammenlebenden Familienangehörigen. Eine erfolgreiche Rehabilitation sollte deshalb die Angehörigen in die therapeutische Arbeit einbeziehen.

Auch in der onkologischen Rehabilitation stehen gemeinsame Gespräche zwischen den Mitarbeitern des Rehabilitationsteams, den Betroffenen und ihren Angehörigen im Vordergrund. Sie stellen einen wesentlichen Bestandteil im Hilfsangebot zur Krankheitsbewältigung der Betroffenen dar. Des Weiteren informieren spezifische Seminarprogramme über Fragenkomplexe zur allgemeinen Krebsproblematik wie Krebsursachen, „Krebsdiät“, Außenseitermethoden, Vererbbarkeit von Tumorerkrankungen, Risikofaktoren, Stimulation der Abwehrkräfte beziehungsweise des Immunsystems, Anleitung zu gesünderer Lebensweise, Umgang mit Medikamenten und Grundprinzipien einer wirkungsvollen Schmerztherapie.

Ziele der gemeinsamen Gespräche mit den Angehörigen sind:

- Die individuelle Aufklärung über die Art der Erkrankung: Dies impliziert eine behutsame, gezielte, medizinisch korrekte und dabei der Aufnahme- und Bewältigungsfähigkeit des Gegenübers angemessene Information durch die behandelnden Ärzte. Die Information umfasst Angaben zur Prognose der Erkrankung, zu therapeutischen Möglichkeiten bei Fortschreiten des Krankheitsgeschehens, Art und Durchführung einer Chemo-, Hormon- oder Zytokintherapie, zur Bedeutung von Tumormarkern, zur Ursache von Schmerzen und Nebenwirkungen der Therapien sowie Art und Umfang der Nachsorge, einschließlich Verhaltensempfehlungen für Beruf und außerberufliche Aktivitäten,
- Die psychische Unterstützung: Die einfühlsame Thematisierung von Belastungsfaktoren einschließlich tabuisierter Probleme stellt eine Hilfe zur Angstbewältigung dar und dient damit der Entlastung und seelischen Stabilisierung der Beteiligten.

3.3 Angehörige von Rehabilitanden mit psychosomatischen-psychotherapeutischen Erkrankungen

Im Indikationsgebiet Psychosomatik-Psychotherapie werden bei relevanten Partnerkonflikten auch psychotherapeutische Paar- oder Familiengespräche beziehungsweise Paar- oder Familientherapien angeboten. Als psychotherapeutisches Angebot entsprechender Facheinrichtungen besteht für Angehörige von Rehabilitanden mit spezifischen psychischen Erkrankungen (zum Beispiel Essstörungen, Psychosen) die Möglichkeit zur Teilnahme an psychoedukativ ausgerichteten Gruppen, in der der offene Erfahrungsaustausch zur emotionalen Entlastung auch über Gruppenprozesse gefördert wird.

4 Dokumentation und Qualitätssicherung

Ein wichtiges Instrument zur Dokumentation des Reha-Verlaufs ist der Ärztliche Reha-Entlassungsbericht. Der Reha-Entlassungsbericht enthält auch Textfelder, in dem die durchgeführten therapeutischen Leistungen mit Bezug zu Angehörigen – entsprechend der KTL-Codes – angegeben werden. Die KTL-Codes sind in der Klassifikation therapeutischer Leistungen in der Rehabilitation (KTL) aufgeführt.

Die KTL sieht folgende therapeutische Leistungen für die Information und Beratung von Partnerinnen und Partnern sowie weiteren Angehörigen in Abhängigkeit von dem jeweiligen Fachgebiet und den Zielen der Rehabilitation vor:

KTL-Code	Therapeutische Leistung	Fachgebiet
C560	Angehörigengespräch krankheitsbezogen einzeln	fachgebietsübergreifend
C570	Angehörigengespräch krankheitsbezogen in der Gruppe	fachgebietsübergreifend
C580	Gespräche mit Rehabilitand und Betriebsangehörigen	fachgebietsübergreifend
D600	Angehörigengespräch psychosozial einzeln	fachgebietsübergreifend
D610	Angehörigengespräch psychosozial in der Gruppe	fachgebietsübergreifend
G680	Angehörigengespräch psychotherapeutisch orientiert einzeln	Psychosomatik, Psychiatrie und Psychotherapie, Abhängigkeitskrankheiten
G690	Angehörigenseminar psychotherapeutisch orientiert	Psychosomatik, Psychiatrie und Psychotherapie, Abhängigkeitskrankheiten
G700	Paartherapie bzw. Familientherapie	Psychosomatik, Psychiatrie und Psychotherapie, Abhängigkeitskrankheiten
H680	Angehörigenanleitung einzeln	fachgebietsübergreifend

Für Eltern, die ihr Kinder in der Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation begleiten, stehen außerdem folgende therapeutische Leistungen zur Verfügung:

KTL-Code	Therapeutische Leistung	Fachgebiet
C821	Vortrag für Begleiteltern	Pädiatrie
C822	Seminar für Begleiteltern	Pädiatrie
C823	Standardisierte krankheitsspezifische Schulung für Begleiteltern	Pädiatrie
C824	Nicht-standardisierte krankheitsspezifische Schulung für Begleiteltern	Pädiatrie

Leistungen, die in Abhängigkeit von der jeweiligen Einrichtung darüber hinaus für Angehörige angeboten werden, sind über die KTL nicht abbildbar. Eine Ausnahme gilt in der Rehabilitation von Kindern- und Jugendlichen, sofern das behandelte Kind jünger als 8 Jahre ist. In diesem Fall können therapeutische Leistungen auch für Eltern bzw. einen Elternteil erbracht werden. Sinnvoll kann dies z. B. bei Beratungsleistungen sein.

Bei der Begutachtung der Berichte durch ärztliche Fachkollegen (Peer-Review-Verfahren) wird aufgefordert, die Einbeziehung der Angehörigen bei der Vereinbarung der Reha-Ziele zu dokumentieren. Wenn für die Umsetzung der Informationen edukative Angebote für Angehörige bedeutsam sind (z.B. Reduktion von Übergewicht durch Ernährungsberatung) dann soll auch dies dokumentiert werden und wenn der Reha-Verlauf durch die Pflege von Angehörigen beeinflusst wird, ist auch diese Situation eine Erwähnung wert (vgl. Manual zum Peer-Review-Verfahren).

www.deutsche-rentenversicherung.de - Services - Formulare & Anträge - Reha-Einrichtungen - Reha-Einrichtungen

www.deutsche-rentenversicherung.de - Infos für Experten - Sozialmedizin & Forschung – Sozialmedizin – Klassifikationen - Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) – Broschüre KTL 2015

www.deutsche-rentenversicherung.de - Infos für Experten - Sozialmedizin & Forschung - Reha-Qualitätssicherung

www.reha-qs-drv.de

Im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung werden verschiedene wissenschaftlich erprobte Instrumente und Verfahren genutzt. Auch der Aspekt der Arbeit mit Angehörigen wird berücksichtigt.

Die therapeutischen Leistungen werden sowohl mit der „Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation“ (KTL) als auch in der Strukturerhebung sowie im Zusammenhang mit Rehabilitandenbefragungen systematisch erfasst. Um der Bedeutung der Angehörigen Rechnung zu tragen, werden z.B. alle Rehabilitanden, die eine stationäre oder ambulante Rehabilitation in Anspruch genommen haben, im Fragebogen der Rehabilitandenbefragung gefragt: „Hat sich die Reha-Klinik mit Ihren Angehörigen in Verbindung gesetzt, um zu besprechen, wie Ihre weitere Genesung zu Hause am besten gelingen kann?“

Ein wichtiges Instrument der Qualitätssicherung sind die Reha-Therapiestandards (RTS) für die medizinische Rehabilitation. Ziel dieser Reha-Therapiestandards ist es, die rehabilitative Behandlung von Rehabilitanden auf eine wissenschaftliche, evidenzbasierte Grundlage zu stellen.

Reha-Therapiestandards gibt es für 11 Indikationen: Alkoholabhängigkeit, Brustkrebs, Chronischer Rückenschmerz, Depressive Störungen, Diabetes mellitus Typ 2, Hüft- und Knie-TEP, Koronare Herzkrankheit, Schlaganfall - Phase D. Darüber hinaus gibt es Reha-Therapiestandards für Asthma bronchiale, Adipositas und Neurodermitis, die sich auf Kinder und Jugendliche beziehen.

Die Therapiestandards bestehen aus evidenzbasierten Therapiemodulen (ETM). Sie beschreiben die Mindestanforderungen an die formale Ausgestaltung (Dauer und Häufigkeit) und den Prozentanteil zu behandelnder Rehabilitanden. In ihnen sind alle KTL-Codes aufgelistet, die für das jeweilige ETM in Frage kommen. Die Erfüllung der Anforderungen der Reha-Therapiestandards wird regelmäßig überprüft. Die Reha-Einrichtungen erhalten die einrichtungsbezogenen und –vergleichenden Auswertungen.

Einige Codes sind in allen Reha-Therapiestandards aufgeführt, andere Codes nur in einigen ausgewählten. Hier werden beispielhaft die Codes vorgestellt, die im Reha-Therapiestandard Schlaganfall und im Reha-Therapiestandard Alkoholabhängigkeit vorkommen.

Im RTS Schlaganfall steht im ETM Alltagstraining der Code H680 für die Anleitung eines Angehörigen zur Verfügung. Im ETM Gesundheitsbildung wird der Code C560 für das krankheitsbezogene Angehörigengespräch angeboten und im ETM Leistungen zur sozialen und beruflichen Integration sind das die Codes D600 für das Angehörigengespräch zu psychosozialen Themen, das einzeln stattfindet und D610 wenn die Informationen in einer Gruppe vermittelt werden.

Im RTS Alkoholabhängigkeit gibt es ein ETM mit dem Titel: Angehörigenorientierte Interventionen, das acht Codes enthält. Dies sind ebenfalls die Codes C560, D600, D610 und H680, darüber hinaus jedoch auch C570 für ein Angehörigengespräch zu allgemeinen Themen, das in der Gruppe stattfindet, G680 für ein psychotherapeutisch orientiertes Angehörigengespräch, G690 für ein Angehörigenseminar, das psychotherapeutisch orientiert ist und G700 für Paar- bzw. Familientherapie.

Die Reha-Einrichtungen werden im Rahmen der Qualitätssicherung u.a. auch an ihrer Arbeit mit Angehörigen gemessen. Sowohl die Reha-Therapiestandards als auch das Peer-Review-Verfahren und die Rehabilitandenbefragung sind Instrumente, die die Einbeziehung von Angehörigen in den Reha-Prozess fördern sollen.

www.deutsche-rentenversicherung.de - Infos für Experten - Sozialmedizin & Forschung - Reha-Qualitätssicherung - Reha-Therapiestandards

www.reha-therapiestandards-drv.de

5 Rechtliche Aspekte

Der Rentenversicherungsträger hat Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für den anspruchsberechtigten Versicherten nach §§ 9 ff. SGB VI so umfassend zu erbringen, dass die drohende oder vorhandene Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit vermindert oder abgewendet werden kann. Der Rehabilitand steht im Mittelpunkt des Rehabilitationsgeschehens. Die Leistungen dienen seiner Integration in das Erwerbsleben.

Diese auf die individuellen Belange des Rehabilitanden zugeschnittene Zielsetzung schließt nicht aus, dass im Rahmen der zur Anwendung kommenden Rehabilitationskonzepte auch Angehörige in den Rehabilitationsprozess eingebunden werden. In § 26 SGB IX werden Angehörige ausdrücklich im Zusammenhang mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation aufgeführt, um von gesetzgeberischer Seite ihre Bedeutung zu betonen.

Wenn eine Einbeziehung von Partnern oder Angehörigen von Rehabilitanden zur Erreichung des Rehabilitationszieles erforderlich ist, kann diese von der Deutschen Rentenversicherung (DRV) gefördert und unterstützt werden. Die DRV übernimmt notwendige Fahr-, Verpflegungs- und Übernachtungskosten, wenn dies aus fachlicher Sicht erforderlich ist. Sie zahlt diese Kosten z.B. für die Teilnehmenden an Angehörigenseminaren und für Begleitpersonen. Auch für die anfallenden Kosten durch Beurlaubung aus therapeutischen Gründen und für mögliche Familienheimfahrten oder Angehörigenbesuche kann sie die Kosten nach § 44 Absatz 1 Nr. 5 SGB IX in Verbindung mit § 53 Absatz 1 SGB IX übernehmen.

Damit Rehabilitanden und ihre Familie auch während der Rehabilitation finanziell abgesichert sind, können Hilfen wie Übergangsgeld, Reisekosten oder ein Zuschuss für eine Haushaltshilfe beantragt werden. Letzteres ist nötig, wenn Angehörigen oder Kinder sich während der Abwesenheit des Rehabilitanden nicht eigenständig um den Haushalt kümmern können. Betreuungskosten bei über 12 Jahre alten Kindern können ebenfalls übernommen werden. Baby oder Kleinkinder können zur Reha mitgenommen werden.

Nach § 26 Absatz 3 Nr. 3 SGB IX sind - mit Zustimmung des Rehabilitanden - Information und Beratung von Partnern und Angehörigen Bestandteil der Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung; beispielsweise im Rahmen von in den Rehabilitationseinrichtungen angebotenen Angehörigenseminaren beziehungsweise Sprechstunden.

Darüber hinaus fördert die Deutsche Rentenversicherung über Leistungen nach § 31 Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 SGB VI Selbsthilfeverbände beziehungsweise -gruppen. Speziell diese Organisationen bieten Angehörigen von Rehabilitanden Unterstützung und Hilfe an, wenn es um Themen wie Krankheitsverständnis, Bewältigung von Krankheitsfolgen oder Vermittlung von Hilfsangeboten geht.

6 Datenschutz

Die Schweigepflicht der Ärzte und anderer Fach-Therapeuten gilt grundsätzlich auch gegenüber nahen Angehörigen. Sie schützt in erster Linie die Intimsphäre und die Persönlichkeitsrechte des Rehabilitanden. Die Auskunft setzt die Entbindung von der Schweigepflicht voraus. Dazu ist grundsätzlich nur der Rehabilitand selbst befugt. Von seinem Willen hängt es letztlich ab, ob Auskünfte über ihn an Angehörige weitergegeben werden dürfen. Mit der Zustimmung des Rehabilitanden, die nach Möglichkeit schriftlich erfolgen sollte, können Daten an die von ihm bezeichneten Personen weitergegeben werden. Auch das SGB IX (§ 26 Absatz 3 Nr. 3) knüpft die Information und Beratung von Angehörigen an die Zustimmung des Leistungsberechtigten.

Beteuerungen von Angehörigenseite, dass die gewünschten Auskünfte im wohlverstandenen Interesse des Versicherten erforderlich seien, damit Hilfsfunktionen wahrgenommen werden können, reichen nicht aus. Im Mittelpunkt steht das Individualinteresse des Rehabilitanden, der darauf vertrauen muss, dass über alles geschwiegen wird, was von seinem Standpunkt aus Diskretion verdient.

Bei der Rehabilitation von minderjährigen Rehabilitanden können im Hinblick auf die Schweigepflicht der Therapeuten divergierende Interessenlagen von Rehabilitand und Angehörigen, meist Eltern, zu Tage treten. Noch nicht volljährige Jugendliche grenzen sich in ihrer Persönlichkeitsentwicklung häufig von ihren Eltern ab und werden nicht immer mit der Information und Beratung der Erziehungsberechtigten einverstanden sein.

Bei der Abwägung, ob das Erziehungsrecht oder das Interesse des jugendlichen Rehabilitanden schwerer wiegt, ist die Gefährdung des Vertrauensverhältnisses zu berücksichtigen. Hat der Jugendliche dem Therapeuten Lebensumstände anvertraut, die er bisher vor seinen Eltern geheim gehalten hat, sollte der Therapeut zunächst versuchen, zwischen Eltern und Jugendlichen zu vermitteln. Eine übereilte Preisgabe der Schweigepflicht kann nicht nur rechtlich fragwürdig sein, sondern auch unerwünschte Auswirkungen auf das Verhältnis zum Rehabilitanden haben. In solchen Fällen muss geprüft werden, ob die relevanten Sachverhalte vom Minderjährigen selbst mit einer ausreichenden Einsichtsfähigkeit überblickt und beurteilt werden können.

Ähnlich verhält es sich, wenn Angehörige Auskünfte zum Beispiel von Rehabilitationseinrichtungen, Rehabilitationsträgern oder Service-Stellen einholen wollen, die ausschließlich versichertenbezogene Daten betreffen. Das gilt zum Beispiel, wenn Auskünfte über bisher zurückgelegte Versicherungszeiten gewünscht, Leistungen beantragt oder Einsicht in die Verwaltungsakten genommen werden sollen. Diesbezügliche Daten stehen unter dem Schutz des Sozialgeheimnisses. Auch hier wird generell die Einwilligung des Versicherten verlangt werden, damit den Angehörigen Auskünfte gegeben werden können.

Patienten und Angehörige sollten sich verständigen, wie weit die Befugnisse des Angehörigen gegenüber dem Rehabilitationsteam reichen sollen. Individuelle Einwilligungserklärungen für die an der Rehabilitation beteiligten Personen und Stellen sind einer pauschalen Entbindung von der Schweigepflicht vorzuziehen.

Ist für einen Rehabilitanden ein Betreuer gemäß § 1896 BGB bestellt und umfasst dessen Aufgabenbereich die Gesundheitsvorsorge für den Betreuten (gemäß § 1901 BGB), so steht dem Betreuer ein umfassender Auskunftsanspruch gegenüber dem Arzt und anderer Fach-Therapeuten zu. Aber auch, wenn der Aufgabenbereich nicht die Gesundheitsvorsorge umfasst, wäre ein Anspruch des Betreuers denkbar, wenn es zur Erfüllung seiner Aufgaben erforderlich ist.

7 Fazit

Im Rehabilitationsprozess haben die Angehörigen von Rehabilitanden eine besondere Bedeutung. Ihr Spektrum der Unterstützung reicht von der Übernahme pragmatischer Aufgaben wie Informationsbeschaffung und Alltagsorganisation bis hin zu emotionalem Beistand und Ermutigung. Angehörige sind an einer langfristigen Sicherung des Rehabilitationserfolgs beteiligt, indem sie zum Transfer der in der Rehabilitation gewonnenen Erfahrungen und Kenntnisse in den Alltag beitragen. Allerdings dürfen sie nicht nur in ihrer Rolle als Co-Therapeuten gesehen werden, sondern auch ihr Bedarf an Unterstützung sollte wahrgenommen werden.

Angebote für Angehörige sollten in allen Rehabilitationseinrichtungen Bestandteil des therapeutischen Leistungsspektrums sein. Damit diese Angebote in qualifizierter Form realisiert werden, sind alle Mitglieder des Rehabilitationsteams gefragt. Die Anstrengungen sollten einen gewissen Mindeststandard erfüllen. Es stehen interne und externe Fortbildungen sowie Qualitätszirkel zur Verfügung, um die Praxis der Einbeziehung von Angehörigen in den Rehabilitationsprozess weiter zu entwickeln.

Sowohl für den Versicherten selbst als auch für seine Angehörigen bietet die Deutsche Rentenversicherung über öffentliche Veranstaltungen und das Internet eine breite Basis von Informationen zu rehabilitationsrelevanten Themen an, ergänzt durch themenbezogene kostenlose Informationsbroschüren.

8 Online-Angebote für Angehörige

www.deutsche-rentenversicherung.de

Es werden die wichtigsten Angebote zur Rehabilitation vorgestellt: Zur medizinischen Rehabilitation, beruflichen Rehabilitation sowie zur Rehabilitation für Kinder und Jugendliche. Außerdem werden Informationen zum Antrag und Ablauf vermittelt. In der rechten, senkrechten Spalte sind die dazugehörigen Broschüren abgebildet, die kostenfrei bestellt werden können.

Impressum: Deutsche Rentenversicherung, Bereich Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Kommunikation.

www.vor-der-reha.de

Die Informationen beziehen sich auf die Vorbereitung auf eine medizinische Rehabilitation. Es geht um konkrete, praktische Tipps, um die Vorbereitung auf Gespräche zur Zielvereinbarung bis hin zu Themen wie Nachsorge und Berufstätigkeit.

Impressum: Universität zu Lübeck (Dr. Jürgen Höder), abgeschlossenes Forschungsprojekt, gefördert von der Deutschen Rentenversicherung.

www.krankheitserfahrungen.de

Personen erzählen von ihrem Leben mit einer chronischen Erkrankung. Sie berichten von ihren Erfahrungen mit dem Versorgungssystem, über Diagnoseprozesse und Therapien sowie über Veränderungen in ihrem Alltag und die Unterstützung, die sie erhalten.

Im Modul „Medizinische Reha“ berichten sie vom therapeutischen Angebot, Personal und ihren Kontakten zu anderen Rehabilitanden.

Impressum: Projekt der Universität Freiburg und der Universitätsmedizin Göttingen (Prof. Gabriele Lucius-Hoene u. Prof. Wolfgang Himmel) (gefördert von der Deutschen Rentenversicherung u.a.).

www.lebensstil-aendern.de

Personen berichten über ihren Weg zu einer gesünderen Lebensweise nach einer medizinischen Rehabilitation: Wie es ihnen gelungen ist, ihre Ernährung umzustellen, ihr Gewicht zu reduzieren, sich mehr zu bewegen, mit Stress umzugehen, eine gesündere Sitzhaltung einzunehmen u. a.

Impressum: HTWK Leipzig (Prof. Gesine Grande), (abgeschlossenes Forschungsprojekt, gefördert von der Deutschen Rentenversicherung).

www.wegweiser-arbeitsfaehigkeit.de

Es geht um den Erhalt oder die Wiederherstellung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit von chronisch kranken, behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen. Die Informationen sind für drei unterschiedliche Zielgruppen zusammengestellt. Sie beziehen sich auf das nicht-medizinische Vorgehen, auf medizinische Leistungen und auf die jeweiligen Rahmenbedingungen. Außerdem werden sie exemplarisch illustriert.

Impressum: Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e. V..

www.nakos.de

Die Informationen beziehen sich auf Angebote der Selbsthilfe. Für die Suche einer geeigneten Selbsthilfegruppe steht z.B. eine Datenbank zur Verfügung. Darüber hinaus gibt es auch die Möglichkeit der persönlichen Beratung.

Impressum: NAKOS – Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen

www.bag-selbsthilfe.de

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG Selbsthilfe) ist ein Dachverband von über 100 Bundesverbänden, Landesarbeitsgemeinschaften sowie Fachverbänden der Selbsthilfe-Organisationen behinderter und chronisch kranker Menschen und ihrer Angehörigen in Deutschland. Er vertritt über eine Million Menschen.

Impressum: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V.

9 Ausgewählte Literatur mit Online-Angeboten

KTL - Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation (KTL), Ausgabe 2015. Hg.: Deutsche Rentenversicherung Bund, 6. Auflage 2014
www.deutsche-rentenversicherung.de - Infos für Experten - Sozialmedizin & Forschung – Sozialmedizin – Klassifikationen - Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) – Broschüre KTL 2015

Reha-Therapiestandards (RTS) – für die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung. Hg.: Deutsche Rentenversicherung Bund, 2. Auflage 2016

Für die Indiktionen:

Alkoholabhängigkeit, Brustkrebs, Chronischer Rückenschmerz, Depressive Störungen, Diabetes mellitus Typ 2, Hüft- und Knie-TEP, Koronare Herzkrankheit, Schlaganfall - Phase D. Darüber hinaus gibt es Reha-Therapiestandards für Asthma bronchiale, Adipositas und Neurodermitis, die sich auf Kinder und Jugendliche beziehen.

www.reha-therapiestandards-drv.de

Ärztlicher Entlassungsbericht Version 2015 6. Auflage 2015

www.deutsche-rentenversicherung.de – Services – Formulare & Anträge – Reha-Einrichtungen – Reha-Einrichtungen

Impressum

Herausgeber:
Deutsche Rentenversicherung Bund
Abteilung GQ Prävention, Rehabilitation und Sozialmedizin
Bereich Weiterentwicklung der Rehabilitation –
Evidenzbasierung und Konzepte

Ruhrstr, 2, 10709 Berlin
Postanschrift: 10704 Berlin

E-Mail: reha-wissenschaften@drv-bund.de
Stand: Januar 2026



Deutsche
Rentenversicherung