

Deutsche Rentenversicherung: Stand und Perspektiven der onkologischen Rehabilitation

Dr. Ingrid Pottins, Dr. Hanno Irle, Dr. Christiane Korsukéwitz

Die Rehabilitation hat eine lange Tradition im deutschen Gesundheitsversorgungssystem. Mit ihrer gesetzlichen Verankerung Anfang des 20. Jahrhunderts und der Integration in die verschiedenen Säulen des sozialen Sicherungssystems ist die Rehabilitation zu einem festen Bestandteil in der medizinischen Versorgung geworden. Insbesondere bei der Versorgung chronisch Kranker – zu denen auch die meisten onkologisch Erkrankten zählen – kommt ihr ein hoher Stellenwert zu. Vor diesem Hintergrund und der Häufigkeit des Auftretens in der Bevölkerung haben Krebserkrankungen und damit auch die onkologische Rehabilitation eine große, weit über das Medizinische hinausgehende ökonomische und sozialpolitische Bedeutung.

1. Onkologische Rehabilitation: erweitertes Aufgabengebiet der Rentenversicherung

Für die medizinische Rehabilitation sind in Deutschland verschiedene Sozialleistungsträger zuständig. Sie unterscheiden sich in ihrem gesetzlichen Rehabilitationsziel und den Leistungsvoraussetzungen. Nach dem Prinzip der Risikoordnung hat der Gesetzgeber die Aufgabe der medizinischen Rehabilitation demjenigen Sozialleistungsträger zugeordnet, der das finanzielle Risiko ihres Scheiterns trägt.

Unter diesem Gesichtspunkt ist die Rentenversicherung (RV) zuständig für die medizinische Rehabilitation von Menschen, die im Erwerbsleben stehen. Primäres Ziel ist es hier, die Erwerbsfähigkeit der Versicherten zu erhalten bzw. wiederherzustellen. Entsprechend werden für diese Personengruppe bei Bedarf medizinische Leistungen zur Rehabilitation nach § 15 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) erbracht. Für Patienten mit onkologischen Erkrankungen gilt jedoch eine Besonderheit: der Kreis der Anspruchsberechtigten ist gegenüber anderen Indikationen erweitert. Anspruch auf eine onkologische Rehabilitation zu Lasten der RV haben nach § 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB VI i. V. m. den Richtlinien für Krebserkrankungen neben Versicherten auch die Bezieher einer Rente sowie deren mitversicherte Familienangehörige (z. B. Ehegatten und Kinder). Dem erweiterten anspruchsberechtigten Personenkreis entsprechend gilt auch ein übergeordneter Aspekt in der Zielsetzung der onkologischen Rehabilitation. Erreicht werden soll bei allen Betroffenen eine Verbesserung der Lebensqualität, verhindert werden soll, dass krankheits- und therapiebedingte Auswirkungen der

Krebserkrankung zu dauerhaften körperlichen und seelischen Beeinträchtigungen mit Nachteilen im sozialen Leben führen.

2. Größenordnung onkologischer Rehabilitation bei der RV: Daten und Fakten

Das finanzielle Gesamtvolumen für medizinische Reha-Leistungen betrug im Jahr 2007¹ weit über 5 Mrd. EUR. Davon wurden allein 3,1 Mrd. EUR von der gesetzlichen RV aufgebracht. Als größter Rehabilitationsträger in Deutschland hat die RV im Jahr 2008 942 622 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durchgeführt, davon 154 218 für Patienten mit einer onkologischen Erkrankung. Damit nimmt die Gruppe der Neubildungen in der Statistik der Deutschen Rentenversicherung zur medizinischen Rehabilitation 2008 nach den Krankheiten des Stütz- und Bewegungsapparates (3 %) und den psychischen Erkrankungen (17 %) mit einem Anteil von 16 % den Rang drei ein (Abb. 1, S. 268).

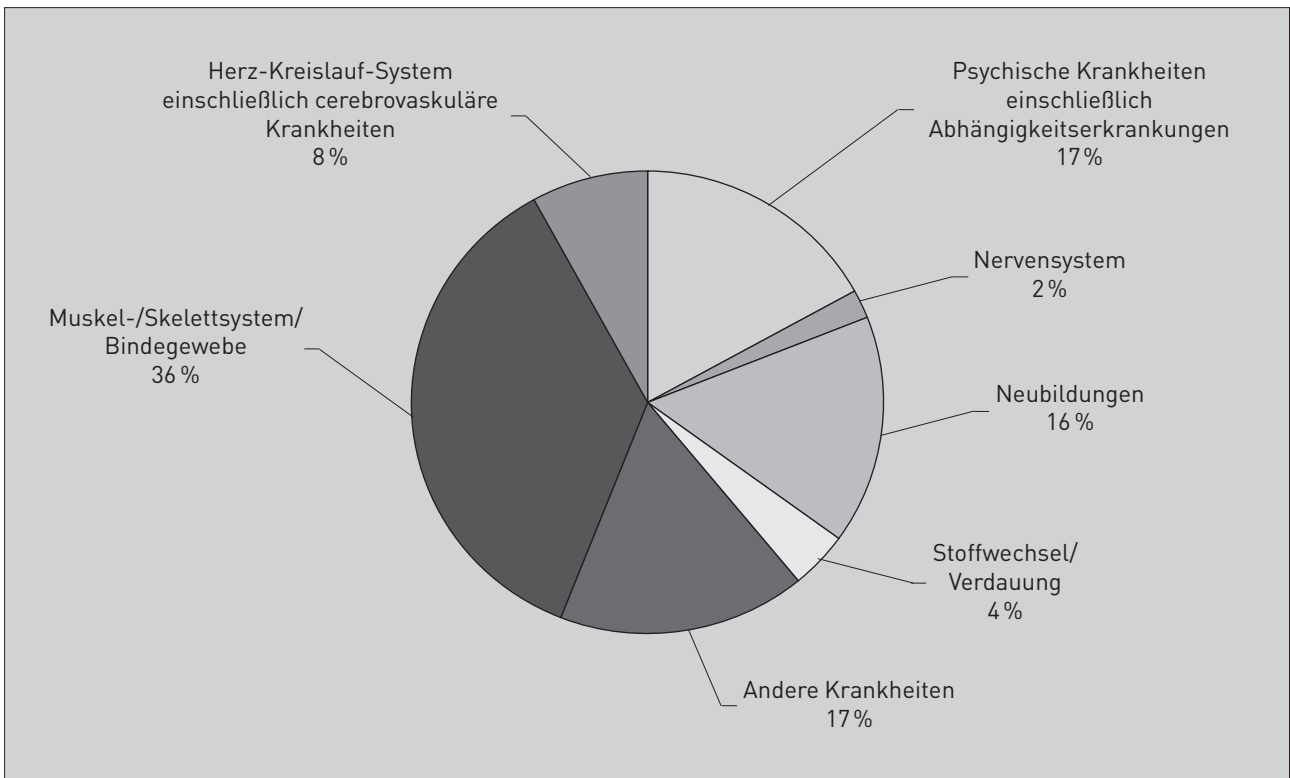
Dr. Ingrid Pottins leitet den Bereich Sozialmedizinische Fort- und Weiterbildung, Dr. Hanno Irle ist Leiter des Bereiches Sozialmedizin und Dr. Christiane Korsukéwitz ist Leiterin des Geschäftsbereiches Sozialmedizin und Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Vorausgegangen ist in den vergangenen Jahren ein fast kontinuierlicher Anstieg der Inanspruchnahme onkologischer Rehabilitationen (Abb. 2, S. 268). Die Zunahme gegenüber den Vorjahren basierte vor allem auf dem Anstieg der Zahl der Anträge nach § 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB VI. Im Jahr 2008 wurden etwa 41 % der Leistungen zur onkologischen Rehabilitation nach § 15 und 59 % nach § 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB VI erbracht.

Der überwiegende Anteil der onkologischen Rehabilitationen wird aktuell im stationären Bereich durchgeführt, häufig in Form einer Anschlussrehabilitation. Nur etwa 1 % der onkologischen Rehabilitationen entfällt auf den ambulanten Sektor. Der marginale Anteil der Onkologie am Diagnosespektrum der ambulanten Rehabilitation erklärt sich nicht aus fehlenden Strukturen, sondern dürfte u. a. aus einer späteren Konzeptumsetzung, komplexeren Anforderun-

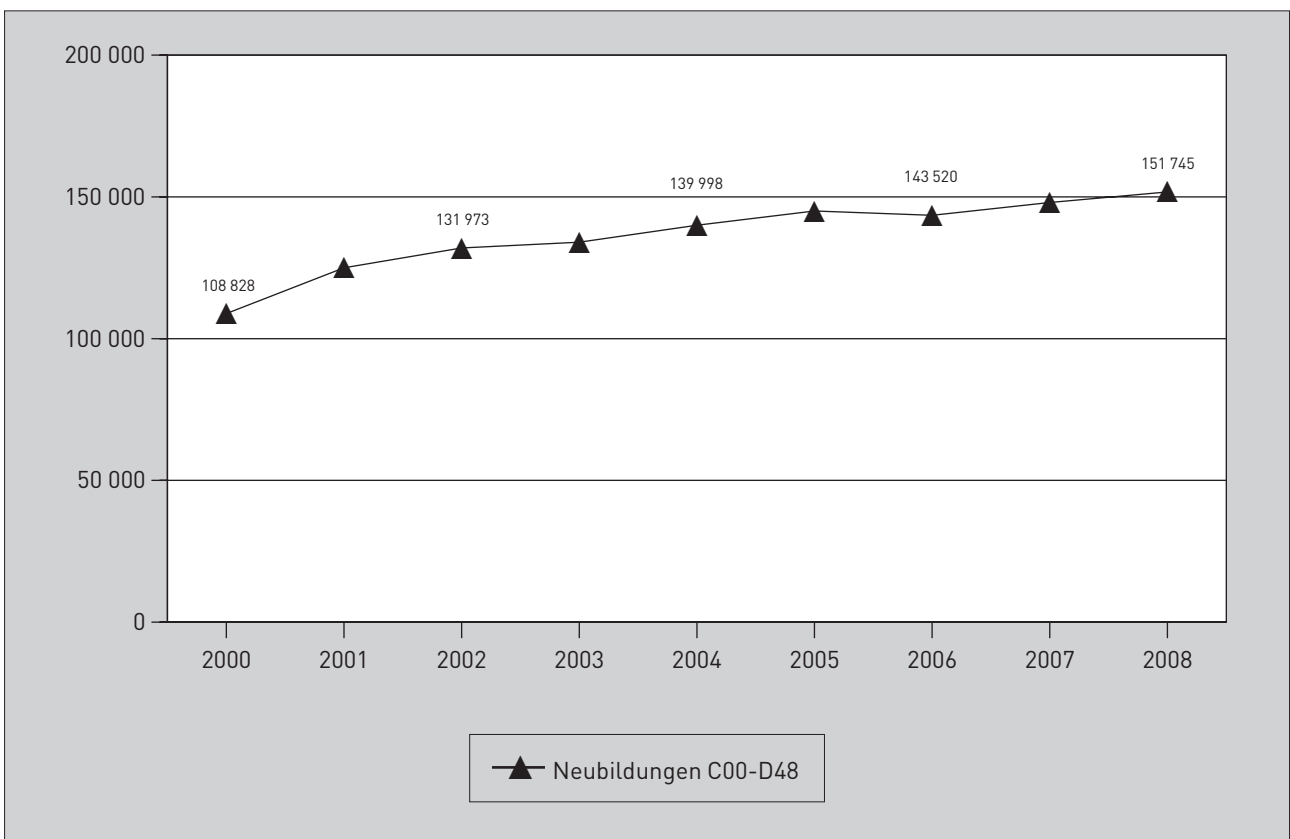
¹ Gesetzliche RV 3,1 Mrd. EUR für medizinische Reha-Leistungen inklusive Übergangsgeld (Quelle: Rentenversicherung in Zahlen 2008, Statistik der Deutschen Rentenversicherung); gesetzliche KV: 2,45 Mrd. EUR für Vorsorge- und Reha-Leistungen (Quelle: BMGS).

Abb. 1: Krankheitsspektrum der medizinischen Rehabilitation 2008 (n = 942 622)



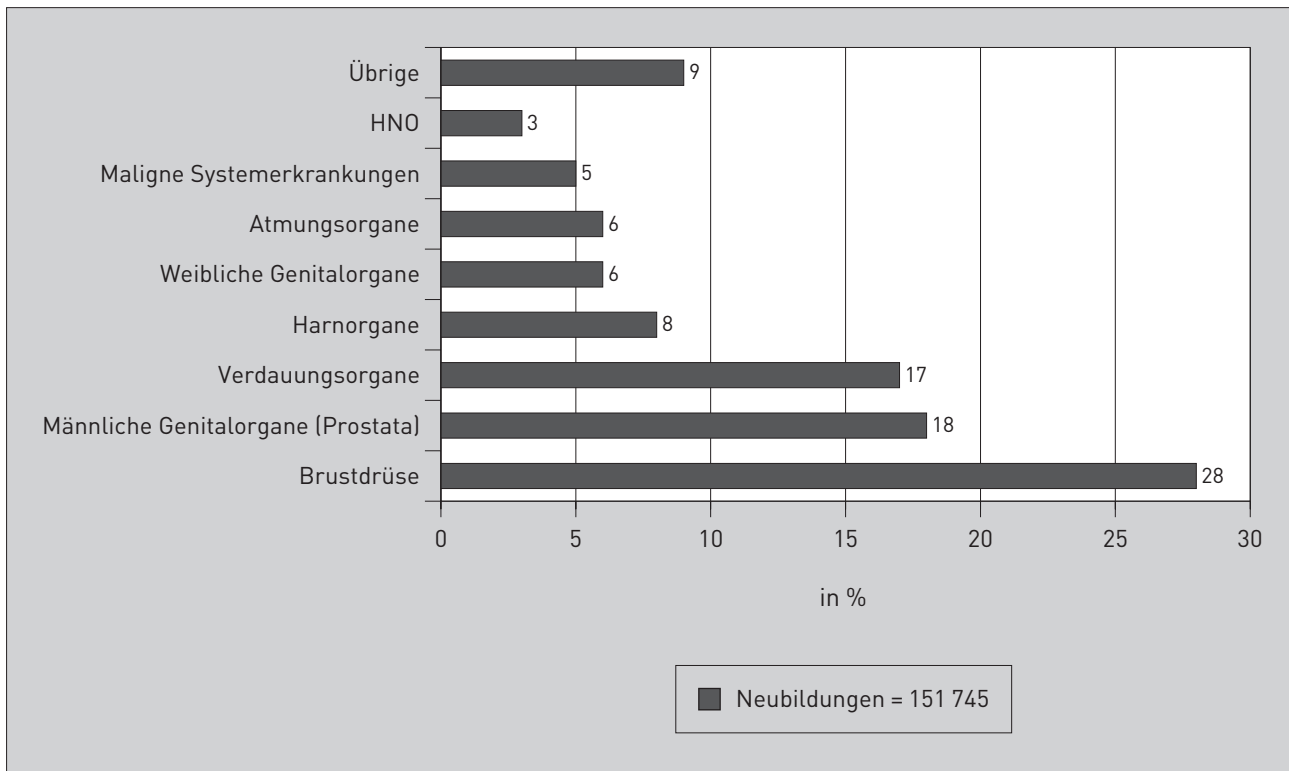
Quelle: ISRV, Tabelle 32000M RV, abgeschlossene Leistungen.

Abb. 2: Entwicklung der Zahl der stationären Leistungen zur onkologischen Rehabilitation



Quelle: Statistik der RV – Rehabilitation; bis 2004 VDR-Statistik Tab 5.00 M; ab 2005 Tab. 14.01/2 M.

Abb. 3: Onkologische Rehabilitation 2008 – häufigste Lokalisation –



Quelle: DRV-Statistik Rehabilitation 2008, Tab 14.01/2 abgeschlossene Leistungen.

gen und möglicherweise der speziellen Situation von Tumorpatienten resultieren.

Die Inzidenz von Krebserkrankungen in der Bevölkerung spiegelt sich – zumindest was die drei häufigsten Indikationen betrifft – in der Inanspruchnahme onkologischer Rehabilitationen der RV wider. Am häufigsten (vgl. Abb. 3) wurden medizinische Leistungen von Brustkrebspatientinnen (28 %) in Anspruch genommen. Es folgt an zweiter Stelle die Gruppe mit malignen Erkrankungen der Verdauungsorgane (17%). Auf Platz drei der Statistik finden sich die bösartigen Neubildungen der männlichen Genitalorgane (18%). In den meisten Fällen handelte es sich um Patienten mit Prostatakarzinom.

Die verschiedenen Tumorentitäten verteilen sich auf Männer und Frauen unterschiedlich (vgl. Abb. 4, S. 270). Während bei Frauen nach dem Brustkrebs (49 %) und den Tumoren der Verdauungsorgane (14 %) in der weiteren Reihenfolge die bösartigen Neubildungen der Genitalorgane (11%), die Harnorgane (5%), die malignen Systemerkrankungen (4%), die Tumoren der Atmungsorgane (4%) auftreten und die bösartigen Neubildungen im Bereich von Hals-Nase-Ohren (HNO) selten vorkommen (1%), findet sich bei Männern folgendes Verteilungsmuster: Nach den Tumoren der Genitalorgane (überwiegend Prostata, 41%) und den Tumoren des Verdauungstraktes (21%) folgen in der Reihenfolge die bösartigen Neubildungen der Harnorgane (11%), die Tumoren der Atmungsorgane (8%), die malignen Systemerkrankungen (6 %) und HNO-Tumoren (5 %).

3. Prognose der onkologischen Rehabilitation

Für die Zukunft wird bei der RV mit einem weiteren Anstieg onkologischer Rehabilitationen gerechnet. Auf der Grundlage der in den vergangenen Jahren von der Deutschen Rentenversicherung Bund durchgeführten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie unter Berücksichtigung der demographischen Entwicklung sind in den letzten Jahren Trendberechnungen durchgeführt worden, die eine prospektive Abschätzung der Reha-Inanspruchnahme bis zum Jahr 2011 erlauben.

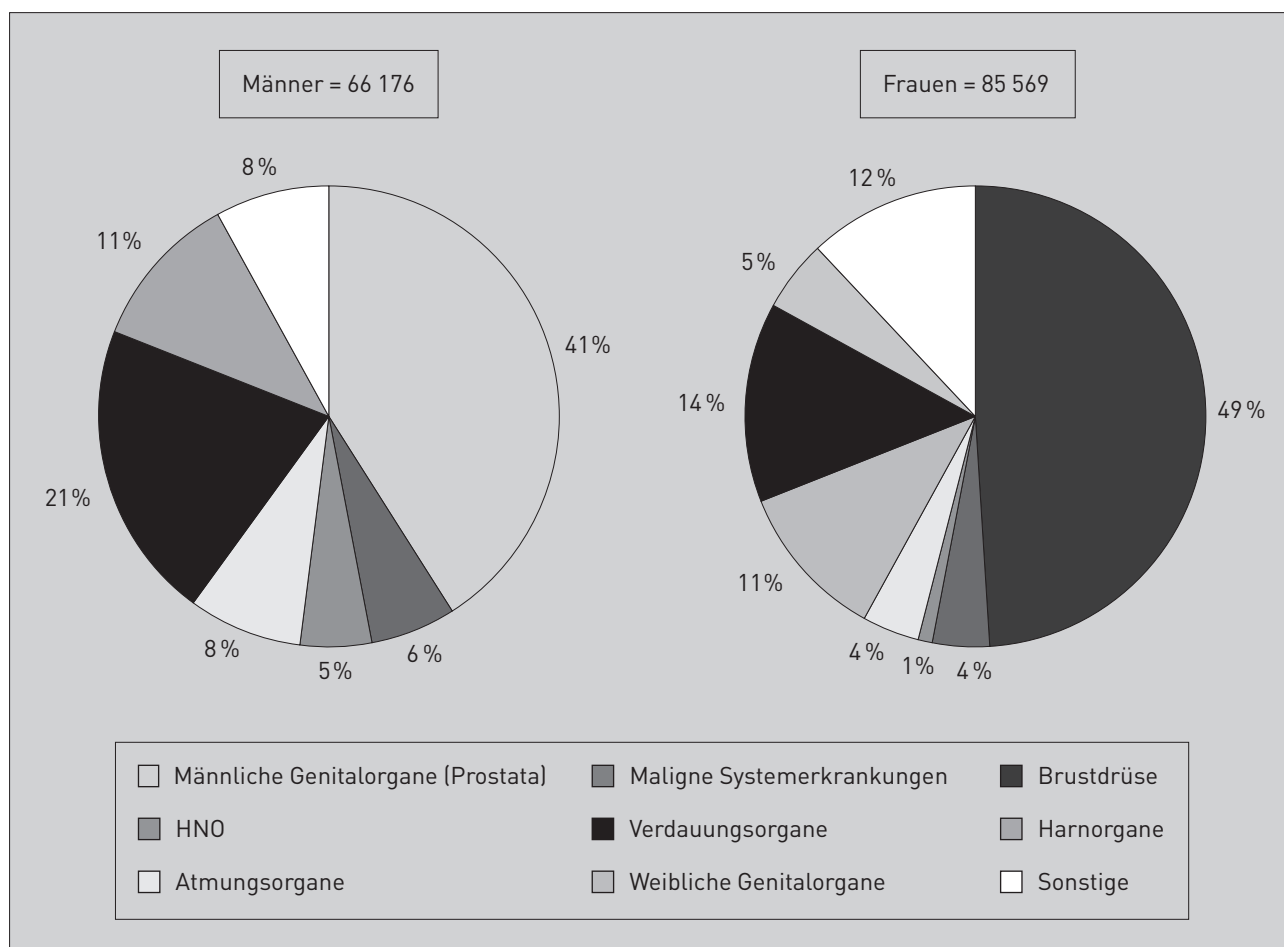
Im stationären Bereich wird bis etwa 2011 mit einer Zunahme der Zahl der onkologischen Rehabilitationen um etwa 20 % gerechnet. Zuwächse von mehr als einem Drittel werden in erster Linie bei den Anschlussrehabilitationen (AHB) zu verzeichnen sein, während im Antragsverfahren mit einem Anstieg von etwa 10 % gerechnet wird (s. Abb. 5, S. 271). Allerdings sind die Auswirkungen der aktuellen Finanzkrise auf die Reha-Antragstellung noch nicht konkret absehbar.

4. Sozialmedizinische und sozioökonomische Bedeutung onkologischer Erkrankungen

4.1 Medizinische Entwicklungen in der Onkologie

Auf kaum einem anderen Gebiet der Medizin hat es in den vergangenen Jahren so dramatische Entwicklungen gegeben wie in der Onkologie. Neue wissenschaftliche Erkenntnisse insbesondere auf dem Gebiet der Molekularbiologie, die Weiterentwicklung von tech-

Abb. 4: Onkologische Rehabilitation 2008 – häufigste Lokalisation, differenziert nach Geschlechtern –



Quelle: DRV-Statistik Rehabilitation 2008, Tab. 14.01/02 M.

nischen Verfahren und Instrumenten haben das Spektrum therapeutischer Strategien in der Onkologie deutlich erweitert und einer potentiell zum Tode führenden Erkrankung etwas von ihrem Schrecken genommen. Insbesondere mittels neuer antineoplastischer Medikamente und moderner immunologischer Strategien kann die Krankheit oft positiv beeinflusst und ggf. sogar geheilt werden. Aufgrund der besseren Verträglichkeit der Medikamente werden auch zunehmend ältere Patienten, die früher zurückhaltend therapiert wurden, behandelt.

Mit den neuen Behandlungsmöglichkeiten konnte die Mortalität von Krebspatienten wesentlich gesenkt, die Lebensqualität verbessert und ein längeres Überleben ermöglicht werden. Sie sind aber zunehmend mit Chronifizierungen verbunden und haben dazu geführt, dass Therapiefolgestörungen in größerem Umfang zu beklagen sind bzw. sich in Form veränderter Schadensbilder präsentieren. Für die Betroffenen resultiert daraus nach Abschluss der akutmedizinischen Behandlung ein hoher Bedarf an medizinischer, psychosozialer und auch psychoonkologischer Rehabilitation.

Nicht nur die Behandlungskonzepte von Krebspatienten und die Bedarfslagen bei der medizinischen Reha-

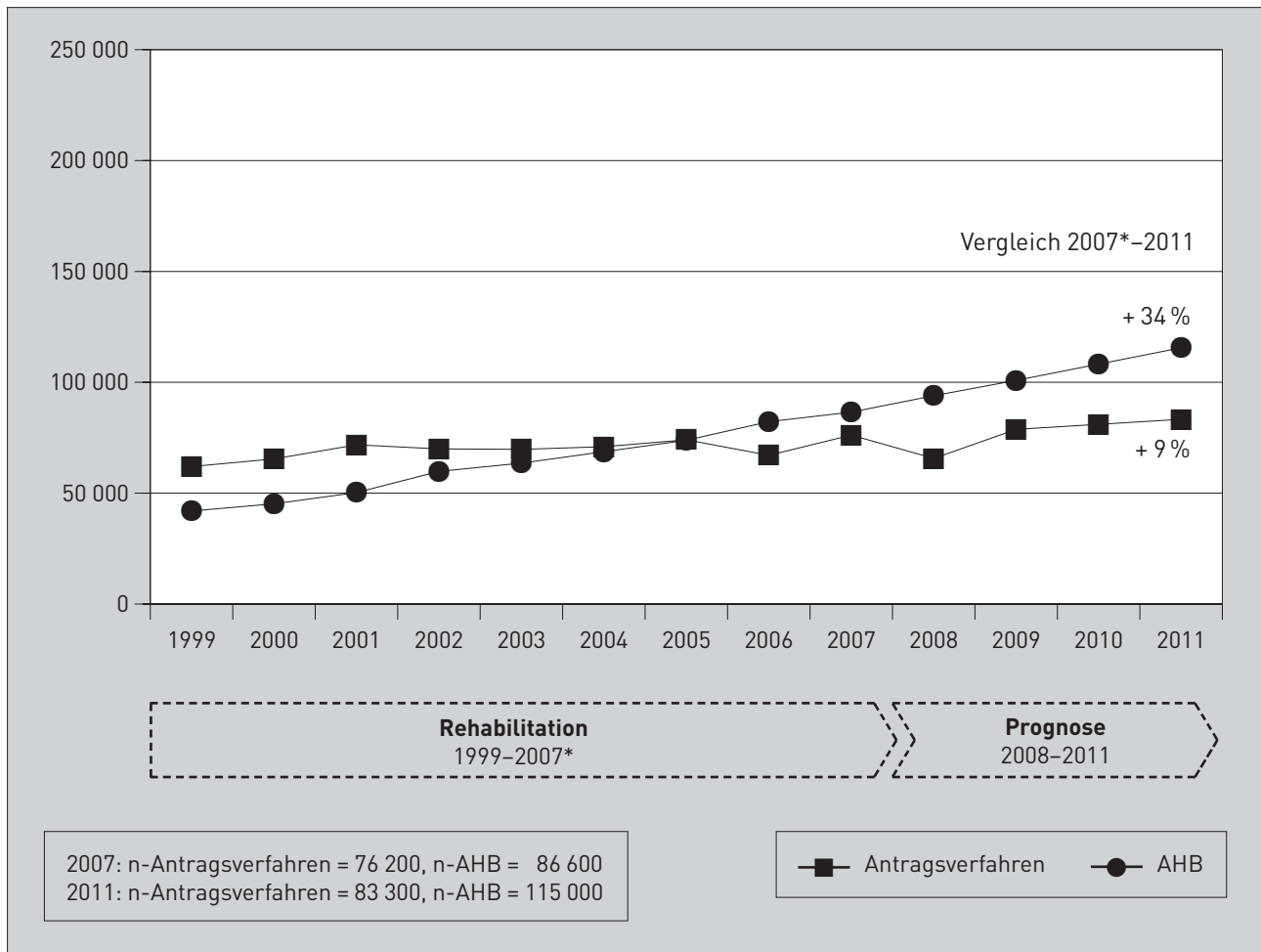
bilitation haben sich geändert. Auch die inhaltlichen Anforderungen an die onkologische Rehabilitation sind deutlich höher und differenzierter geworden. Grund dafür sind u. a. die mit den Entwicklungen in Wissenschaft und Gesellschaft einhergehenden Umstrukturierungen im Gesundheitswesen. So hat z. B. die Einführung des Systems „Diagnosis Related Groups“ (DRG) dazu geführt, dass die Behandlungszeiten von onkologischen Patienten in Akutkrankenhäusern verkürzt und wesentliche Teile der Therapie in den ambulanten bzw. Rehabilitationssektor verlagert wurden. Diesen neuen Herausforderungen ist die onkologische Rehabilitation der RV mit modernen Konzepten begegnet.

4.2 Inhalte der onkologischen Rehabilitation

Die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung ist ausgerichtet an den verschiedenen Dimensionen des biopsychosozialen Gesundheits- bzw. Krankheitsmodells der Weltgesundheitsorganisation (WHO), wie sie in der ICF² konzipiert wurden. Die Erkrankung und ihre Folgesymptomatik werden als Ergebnis sich

² Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (WHO).

Abb. 5: Onkologische Rehabilitation – Prognose bis 2011



* Hochgerechnet.

Quelle: RSD, inklusive AHB, abgeschlossene Reha.

wechselseitig beeinflussender somatischer, psychischer und sozialer Einflussfaktoren verstanden.

Der Komplexität onkologischer Beschwerdebilder wird in den Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation durch einen multiprofessionellen Ansatz und durch besonders ausgerichtete Konzepte Rechnung getragen: Die onkologischen Rehabilitationen der RV werden ausschließlich in Fachabteilungen durchgeführt, die nicht nur eine entsprechende apparative und personelle Ausstattung vorhalten, sondern auch über umfangreiche und zielgerichtete rehabilitative Behandlungsangebote verfügen. Psychosozialen und -onkologischen Aspekten wird dabei in besonderem Maße Rechnung getragen.

Durch hohe qualitative Anforderungen an Strukturen und Qualifikation der Mitarbeiter der Facheinrichtungen sowie durch enge Zusammenarbeit mit onkologischen Behandlungszentren wird darüber hinaus sichergestellt, dass akutmedizinisch eingeleitete The-

rapieverfahren fortgesetzt werden können und auch supportive Behandlungen – wie z. B. die Substitution von Blutprodukten – sichergestellt sind.

Die modernen onkologischen Rehabilitationskonzepte basieren auf wissenschaftlichen Erkenntnissen und umfassen u. a.

- aktivierende Elemente mit moderatem körperlichem (Aufbau-)Training,
- psychoedukative und im Bedarfsfall psychotherapeutische Interventionsansätze,
- die Schulung im Umgang mit der Krankheit und das Fördern von Selbstmanagement sowie
- gezielte Nachsorgestrategien.

4.3 Patientenorientierung

Studien zum Empowerment und andere wissenschaftliche Erkenntnisse haben zu einer veränderten Wahrnehmung der Rolle des Patienten im Genesungsprozess geführt. Vor diesem Hintergrund sind auch die Anforderungen an die Patientenorientierung im Gesundheitssystem gestiegen³. Das gilt ebenfalls für die medizinische Rehabilitation.

³ Sie werden auch vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Gutachten 2007 verstärkt eingefordert.

Wesentliches Qualitätsmerkmal und entscheidende Voraussetzung für das Gelingen einer Rehabilitation ist die Orientierung an den Bedürfnissen/Erwartungen des Patienten, seine Einbeziehung in Entscheidungsprozesse auf der Grundlage einer gemeinsamen Informationsbasis und eine gemeinsam mit dem Arzt getroffene Zielvereinbarung (Schlagworte: „informed consent – informierte Einwilligung“ und „shared decision making – partizipative Entscheidungsfindung“).

Die Umsetzung dieser Voraussetzungen zu Beginn und während einer Rehabilitation ist nicht leicht und beinhaltet zahlreiche Konfliktfelder. Insbesondere den Abgleich von Erwartungen und realistischen Zielvorstellungen sowie die Formulierung einer tragfähigen Zielvereinbarung und deren flexible Anpassung an den Reha-Prozess erfordern ärztlicherseits ein hohes Maß an Empathie, Reflexion und auch an pädagogisch-kommunikativen Fähigkeiten.

Wesentliche Elemente und zentrale Bausteine einer medizinischen Rehabilitation, die sich dem Konzept der Patientenorientierung verpflichtet fühlt, sind Patientenschulungen, Gesundheitsbildung und -training. Mit Hilfe von Gruppenprogrammen sollen über Wissensvermittlung, Kompetenztraining und Einstellungsänderung die Compliance, das Selbstmanagement und das Empowerment des Rehabilitanden gefördert werden. Um den Qualitätsanforderungen im Hinblick auf patientenorientierte Didaktik, Standardisierung, Manualisierung und Evaluation zu genügen bzw. sie weiter zu verbessern, erfolgt eine enge Zusammenarbeit der Deutschen Rentenversicherung mit dem Zentrum Patientenschulung an der Universität Würzburg⁴. Die enge Verknüpfung zwischen Forschung und Praxis hat in den vergangenen Jahren deutlich zur Optimierung beigetragen.

Eine nicht unbedeutende Rolle bei der Bewältigung chronischer Krankheiten mit ihren vielfältigen Auswirkungen im beruflichen und sozialen Bereich nimmt seit vielen Jahren die Selbsthilfe in Deutschland ein, auch bei zahlreichen onkologischen Erkrankungen. Zum Standard der onkologischen Rehabilitation gehört es, bei den Rehabilitanden und deren Angehörigen Selbsthilfepotentiale zu aktivieren und auch eine enge Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe zu pflegen⁵.

4.4 Aktueller Stand der Qualitätssicherung in der onkologischen Rehabilitation

Bereits lange bevor der Gesetzgeber mit der Neukodifizierung des Rehabilitationsrechts im Jahr 2001 den Qualitätssicherungsgedanken im § 20 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) verankerte, wurden in der RV Diskussionen über Versorgungsstandards und -qualität geführt. Seit 1997 sind rentenversicherungswweit einheitliche Instrumente zur Qualitätssicherung (QS) in allen von der RV federführend belegten und eigenen stationären Reha-Einrichtungen im Routineeinsatz, so auch in der Onkologie. Die

Instrumente und Verfahren für die stationäre wie auch für die ambulante Rehabilitation werden weiterentwickelt.

Damit soll eine bedarfsgerechte Versorgung gesichert und die Transparenz des Leistungsgeschehens erhöht werden – sowohl für die Nutzer als auch für die Reha-Träger. Weiterhin wird mit der QS der Reha die Leistungserbringung auch vor dem Hintergrund der Wirtschaftlichkeit und Effizienz angestrebt. Über die Einbindung von Leitlinien oder besser gesagt Reha-Therapiestandards in das Programm der QS werden vor allem die Wirksamkeit und Effektivität gefördert. Nicht zuletzt zielt dieses Programm darauf ab, das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement beim Leistungserbringer zu fördern.

Die QS in der onkologischen Rehabilitation erfolgt unter verschiedenen Gesichtspunkten mittels Datenerhebungen und vergleichenden Auswertungen zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Reha-Maßnahme.

So wird z. B. die Behandlungsqualität einer Reha-Einrichtung erfasst und sichergestellt durch

- individuelle Therapiepläne,
- Bewertung ärztlicher Reha-Entlassungsberichte im Peer-Review-Verfahren,
- Erfassung und Auswertung des therapeutischen Leistungsspektrums anhand von Daten zur Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL),
- Implementierung von Reha-Therapiestandards,
- Nachvollzug der Kontinuität der rehabilitativen Versorgung (Nachsorge, stufenweise Wiedereingliederung, berufliche Rehabilitation).

Aus Sicht der Patienten (Patientenorientierung) bemisst sich die Qualität einer onkologischen Rehabilitation an der Patientenzufriedenheit und am subjektiven Behandlungsergebnis. Dazu werden in großem Umfang regelmäßig Rehabilitandenbefragungen durchgeführt, so dass jährlich auch Ergebnisse von mehreren Tausend Krebspatienten zur Verfügung stehen.

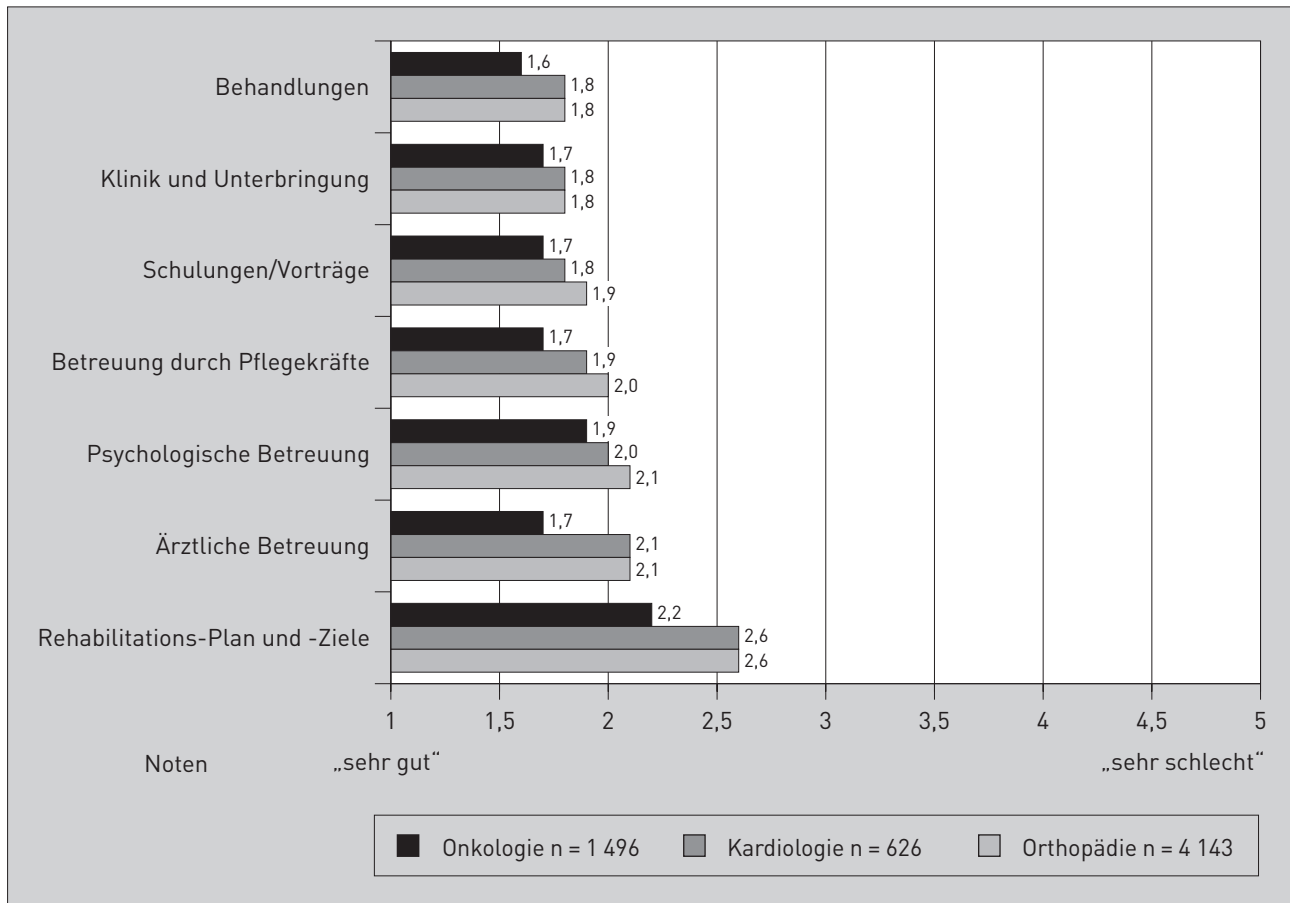
Der Vergleich einer Umfrage aus dem 1. Halbjahr 2007 unter Rehabilitanden verschiedener Indikationsbereiche (Kardiologie, Onkologie und Orthopädie) zeigt ein sehr gutes bis gutes Ergebnis für onkologische Patienten (vgl. Abb. 6).

Weiterhin bemisst sich die Reha-Qualität in der Onkologie auch an der Qualität der Struktur und Organisation der Reha-Einrichtung. Indikatoren der Strukturqualität sind z. B. Personal und Ausstattung. Die Qualität der Organisation wird z. B. über das Aufnahme-Procédere, die Therapieplanung und die Visitendurchführung erfasst. Zusätzlich werden Struktur- und Prozessmerkmale wie Konzept, Quali-

⁴ S. www.zentrum-patientenschulung.de.

⁵ Darüber hinaus werden zahlreiche Selbsthilfeprojekte von der RV finanziell gefördert.

Abb. 6: Zufriedenheit mit Behandlung und Betreuung nach Reha-Indikation (Rehabilitandenbefragung 1. Halbjahr 2007)



Quelle: Bereich 0430, Epidemiologie, Qualitätssicherung und Statistik.

tätsmanagement, interne Kommunikation und Personalentwicklung dokumentiert.

5. Forschungsförderung

Die positiven Effekte und Wirksamkeit medizinischer Rehabilitation sind durch zahlreiche Studien belegt worden. Dennoch geht es stets darum, sie zu optimieren.

Die RV hat 1998 gemeinsam mit dem Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) einen Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“ ins Leben gerufen und acht regionale Forschungsverbände über einen zweiphasigen Zeitraum bis 2005 mit einem Finanzvolumen von 40,9 Mio. EUR gefördert. Zielsetzung des Förderschwerpunktes war es, Qualität und Umfang anwendungsorientierter Forschung auf dem Gebiet der Rehabilitation zu steigern und die strukturelle Verankerung der Rehabilitationswissenschaften an Universitäten und Hochschulen nachhaltig zu stärken.

Die bewährte Zusammenarbeit der Deutschen Rentenversicherung und des BMBF wird aktuell mit dem

neuen Förderschwerpunkt „Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“ fortgesetzt, diesmal aber ergänzt durch Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. Die Förderer stellen insgesamt rd. 21 Mio. EUR für die Dauer von sechs Jahren zur Verfügung und fördern 42 Projekte, so z. B. auch das krebsbezogene Thema „Internetbasierte ambulante psychosoziale Nachsorge nach stationärer onkologischer Rehabilitation“⁶.

Mit dem neuen Förderschwerpunkt werden erstmals gezielt Projekte unterstützt, die neben medizinischen und rehabilitativen Aspekten auch sektorenübergreifende Fragen berücksichtigen. Damit wird eine auf das gesamte Versorgungssystem ausgerichtete Forschung etabliert, die Qualität, Nutzen und Nachhaltigkeit im Gesundheitssystem analysiert und optimiert.

Unter dem Blickwinkel der bedarfsgerechten Versorgung und der sozialmedizinischen Bedeutung hat die RV in der Vergangenheit – insbesondere im Zeitraum 2004 bis 2008 – auf dem Gebiet der Onkologie auch zahlreiche einzelne wissenschaftliche Projekte zur Verbesserung der Rehabilitation gefördert. So wurde z. B. im Jahr 2006 eine in Kooperation mit dem Bun-

⁶ Projekt Dr. Birgit Watzke, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Medizinische Psychologie.

des Ministeriums für Gesundheit (BMG) durchgeführte Studie zum Thema „Fatigue bei Tumorpatienten – Prävalenz und Rehabilitationsbedarf“⁷ abgeschlossen. Darüber hinaus wurden Forschungsprojekte der Arbeitsgemeinschaft Krebsbekämpfung in Nordrhein-Westfalen (ARGE Krebs NRW) gefördert, die vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf durchgeführt wurden. Sie befassten sich z. B. mit der Wirksamkeit bzw. der Evaluation der ambulanten onkologischen Rehabilitation und auch mit der „Wirksamkeit der stationären onkologischen Rehabilitation unter besonderer Berücksichtigung spezifischer psychoonkologischer Interventionen“.

Aktuell fördert die RV über die ARGE Krebs in NRW die Forschungsprojekte: „Optimierung der Patientenschulung in der stationären Rehabilitation von Krebspatienten und Transfer für die Nachsorge“⁸ und „Klinische Relevanz und Behandlung von therapieassoziierten Polyneuropathien bei Patienten mit Tumorerkrankungen“⁹.

6. Evidenzbasierung

Die medizinische Rehabilitation hat eine lange Tradition in Deutschland und die rehabilitativen Behandlungsansätze von Krebspatienten sind primär empirisch begründet, d. h., sie stützen sich auf Erfahrungen im Umgang mit Tumorpatienten. Dieser Wert sollte nicht unterschätzt werden.

Wie jedoch alle Bereiche der Medizin ist auch die onkologische Rehabilitation der Wissenschaft verpflichtet. Aus diesem Grunde wird zunehmend – um die Wirksamkeit von Rehabilitationsabläufen zu verbessern – auf Methoden der evidenzbasierten Medizin zurückgegriffen.

Die RV hat vor einigen Jahren begonnen, für die Therapie modulare Standards als Leitlinien in der Rehabilitation zu entwickeln. Sie stellen evidenzbasierte Vorgaben für die Ausgestaltung der Rehabilitation dar. Je nach Indikationsbereich werden die notwendigen Therapieinhalte, die zeitlichen Modalitäten sowie die möglichen Leistungseinheiten definiert. Für sechs Indikationsbereiche sind bisher Reha-Therapiestandards entwickelt worden.

Im Bereich der Onkologie stehen derartige Reha-Therapiestandards seit dem Sommer 2007 für die Behandlung von Brustkrebspatientinnen zur Verfügung. Diese Patientengruppe stellt innerhalb der onkologischen Rehabilitation die größte Sub-Gruppe dar. Die Reha-Therapiestandards für Brustkrebs werden künftig in die Berichterstattung zur QS der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung aufgenommen.

Alles Bemühen um Evidenzbasierung für die rehabilitativen Therapien in der medizinischen Rehabilitation darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass viele spezifische Probleme und Störungsbilder onkologischer Patienten bislang unzureichend erforscht sind. Hinsichtlich einer wissenschaftlich begründeten Entwicklung von spezifischen rehabilitati-

ven Interventionen ergibt sich auch für die Zukunft die Notwendigkeit, das Handeln in der medizinischen Rehabilitation am Erfahrungswissen zu orientieren. Es gilt grundsätzlich die Prämisse, Empirie und wissenschaftliche Erkenntnisse zum Wohl der Rehabilitanden zu integrieren.

7. Wirksamkeit und ökonomischer Nutzen von Rehabilitation

Der positive Einfluss von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auf die Gesundheit von Patienten ist durch zahlreiche Wirksamkeitsstudien¹⁰ und die Auswertung trägerbezogener Routinedaten belegt. Messen lässt sich der Reha-Erfolg anhand von Erfolgsindikatoren auf verschiedenen Ebenen. Erfolgsdimensionen können u. a. sein

- die subjektive Bewertung des Reha-Prozesses durch den Rehabilitanden,
- der Abbau von Risikofaktoren,
- ein besserer Gesundheitszustand,
- die Bewältigung der Folgen einer Erkrankung und schließlich
- die Rückkehr zur Arbeit.

Für die RV stellt die gelungene Integration des Rehabilitanden in das Erwerbsleben eine wesentliche Dimension des Erfolges der durchgeführten Rehabilitationsleistung dar. In vielen Fällen schlägt sich dieser Reha-Erfolg auch in einem quantifizierbaren monetären Nutzen durch Einsparungen von Folgekosten für den Rehabilitationsträger nieder. So „rechnet“ sich die medizinische Rehabilitation für die gesetzliche RV bereits, wenn dadurch eine vorzeitige Berentung wegen Erwerbsminderung um mindestens drei bis fünf Monate hinausgeschoben wird.

Dass dieses häufig gelingt, lässt sich aus den Erwerbsverläufen von Versicherten nach Ende der onkologischen Rehabilitation erschließen¹¹. Es ist jedoch verkürzt, die Frage nach dem Sinn bzw. dem Nutzen der medizinischen Rehabilitation bei Krebserkrankungen auf den ökonomischen Nutzen zu reduzieren und dabei nur den kostentragenden Sozialleistungsträger im Blickfeld zu haben. In der Gesamtschau muss berücksichtigt werden, dass Kosten, die in einem Sektor des Gesundheitsversorgungssystems entstehen, durchaus zur Verminderung der Kosten in einem anderen Sektor führen können und damit auch die Solidargemeinschaft entlasten.

⁷ Studie: „Fatigue bei Tumorpatienten – Prävalenz und Rehabilitationsbedarf“, Reha-wissenschaftlicher Forschungsverbund Freiburg/Bad Säckingen, gefördert vom BMBF und der RV (abgeschlossen im Jahr 2006).

⁸ Prof. Dr. Dr. Muthny, Uni-Klinikum Münster u. a.

⁹ PD Dr. Th. Vogt, Johann-Gutenberg-Universität Mainz u. a.

¹⁰ Die Wirksamkeitsstudien wurden z. T. im Rahmen des Förderschwerpunktes Rehabilitationswissenschaften durchgeführt.

¹¹ Ermittlung der Daten aus dem Routinedatenbestand der RV.

Darüber hinaus umfasst die Frage nach dem Sinn bzw. Nutzen einer medizinischen Rehabilitation auch immer einen weiteren, sehr bedeutungsvollen Aspekt, nämlich die Frage nach dem persönlichen Nutzen des Rehabilitanden für seine Lebensqualität. Dieser ist ohne Zweifel vorhanden und auch durch zahlreiche Studien belegt.

8. Fazit

Die onkologische Rehabilitation ist heute – neben der Akutversorgung und der Pflege – unverzichtbares

Element in der Versorgung chronisch kranker Menschen. Es muss in Zukunft darum gehen, nicht nur die Inanspruchnahme zu fördern, sondern auch Wirksamkeit und Effizienz weiter zu verbessern.

Unter sozioökonomischen Gesichtspunkten kommt es aber auch darauf an, die Schnittstellen zwischen Akutversorgung und Rehabilitation noch besser zu überbrücken und für die medizinische Rehabilitation eine stärkere Berücksichtigung in Behandlungskonzepten von Patienten im Sinne einer integrativen Versorgung zu realisieren.