

Rehabilitation und Teilhabe psychisch erkrankter und beeinträchtigter Menschen

Arbeitshilfe

Herausgeber:

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR)
Solmsstraße 18 | 60486 Frankfurt am Main
Telefon: +49 69 605018-0 | Telefax: +49 69 605018-29
info@bar-frankfurt.de | www.bar-frankfurt.de

Nachdruck nur auszugsweise mit Quellenangabe gestattet.
Frankfurt am Main, Oktober 2020
ISBN 978-3-943714-87-6

Bearbeiterinnen bei der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V., Frankfurt am Main:

Dr. Regina Ernst
Jennifer Haaf
Dr. Teresia Widera

Anmerkung:

Sofern aus Gründen besserer Lesbarkeit an einzelnen Stellen bei Personenangaben lediglich die männliche Schreibweise erscheint, sind alle Geschlechter hier gleichermaßen erfasst.

Die BAR

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) ist der Zusammenschluss der Reha-Träger. Seit 1969 fördert sie im gegliederten Sozialleistungssystem die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen. Die BAR koordiniert und unterstützt das Zusammenwirken der Reha-Träger, vermittelt Wissen und arbeitet mit an der Weiterentwicklung von Rehabilitation und Teilhabe. Ihre Mitglieder sind die Träger der Gesetzlichen Renten-, Kranken- und Unfallversicherung, die Bundesagentur für Arbeit, die Bundesländer, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe, die Kassenärztliche Bundesvereinigung sowie die Sozialpartner.

Rehabilitation und Teilhabe psychisch erkrankter und beeinträchtigter Menschen

Arbeitshilfe

Vorwort	6
<hr/>	
1 Einleitung	8
<hr/>	
1.1 Menschen mit psychischen Erkrankungen und Beeinträchtigungen	8
1.2 Zielgruppen der Arbeitshilfe	8
2.1 Psychische Störungen und Rehabilitationsbedarf	10
2.2 Diagnoseübergreifende Aspekte	11
2.3 Krankheitsformen	12
2.3.1 Organische einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F0)	12
2.3.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1)	13
2.3.3 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F2)	14
2.3.4 Affektive Störungen (F3)	17
2.3.5 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4)	18
2.3.6 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F5)	21
2.3.7 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6)	22
2.4 Krankenbehandlung	24
2.5 Auswirkungen psychischer Erkrankungen auf Lebensbereiche	27
3 Allgemeine Grundsätze für Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe	29
<hr/>	
3.1 Rehabilitation als Teil des Versorgungssystems	29
3.2 Grundlagen und Aufgaben der Rehabilitation	30
3.3 Bio-psycho-soziales Modell (ICF)	31
3.4 Sozialrecht in knapper Form – Rehabilitationsträger, -formen und -zuständigkeiten	34
3.5 Voraussetzungen der Rehabilitation	38
3.6 Der Prozess der Rehabilitation	40
4 Rehabilitation und Teilhabe von psychisch erkrankten und beeinträchtigten Menschen	42
<hr/>	
4.1 Spezielle Aspekte der Rehabilitation	42
4.1.1 Psychische Erkrankung und Behinderung	42
4.1.2 Grundsätze und Zielorientierung der Rehabilitation	43
4.1.3 Aufklärung und Einbeziehung der betroffenen Menschen und ihrer Angehörigen/Bezugspersonen	44
4.2 Diagnostik und Beurteilung der Rehabilitationsfähigkeit	45
4.2.1 Anforderungen an die Rehabilitationsdiagnostik	45
4.2.2 Anforderungen an ein sozialmedizinisches Gutachten	46
4.2.3 Teilhabeplanung	46
4.3 Rehabilitationsziele und ihre Umsetzung	47
4.3.1 Gesundheitliche Stabilisierung und Krankheitsbewältigung	48
4.3.2 Aufbau von Handlungskompetenz für Teilhabe	49
4.3.3 Teilhabe am Arbeitsleben	50
4.3.4 Soziale Teilhabe	54
4.3.5 Hilfen und Leistungen zur sozialen Sicherung	55
4.3.6 Verhinderung von Pflegebedürftigkeit	56

4.4	Rehabilitationseinrichtungen und Unterstützungsangebote	58
4.4.1	Psychosomatisch-psychotherapeutische Rehabilitationseinrichtungen	58
4.4.2	Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK)	58
4.4.3	Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR)	59
4.4.4	Psychotherapeutische Unterstützung nach Arbeitsunfall oder Berufskrankheit	60
4.4.5	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	61
4.4.6	Leistungen zur sozialen Teilhabe	68
4.5	Ausgestaltung der Rehabilitation von psychisch erkrankten Menschen	70
4.5.1	Prinzipien der Organisation und Ausgestaltung	70
4.5.2	Rehabilitationsteam	72
4.5.3	Experten in eigener Sache	73
4.5.4	Besondere Zielgruppen in der Rehabilitation	73
4.5.5	Was tun, wenn ...	76
4.6	Nach der Rehabilitation – Nachsorge	82
4.6.1	Rehabilitationssport und Funktionstraining als ergänzende Leistungen	82
4.6.2	Psychotherapie in der Nachsorge	83
4.6.3	Nachsorgeprogramme	84
4.6.4	Neue Medien in der Nachsorge und Selbsthilfe	85
5	Informations- und Beratungsangebote	86
<hr/>		
5.1	Rehabilitationsberatungsdienste	86
5.2	Ansprechstellen für Rehabilitation und Teilhabe	86
5.3	Kliniksozialdienste	86
5.4	Sozialpsychiatrische Dienste	87
5.5	Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen	87
5.6	Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB®)	88
6.1	Ambulante Dienste	88
6.2	Schwerbehindertenausweis	89
6.3	Selbsthilfe- und Angehörigengruppen	89
6.4	Pflegeleistungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Beeinträchtigungen	90
7	Kompakt-Informationen	91
<hr/>		
7.1	Lotse – Rehabilitation und Teilhabe	91
7.2	Mögliche Fragen, um das richtige Angebot zu finden	92
7.3	Hilfe bei psychischen Erkrankungen – An wen kann man sich wenden?	93
7.4	Welche Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Erkrankungen gibt es?	94
8	Anhang	96
<hr/>		
8.1	Empfehlungen, Richtlinien, Vereinbarungen	96
8.2	Ausgewählte Literatur und Links	96
8.3	Adressen	98
8.3.1	Ausgewählte Institutionen und Selbsthilfeverbände	98
8.3.2	Weiterführende Adressen	99
8.3.3	Portale zur Suche nach Rehabilitationseinrichtungen	101
8.3.4	Portale zur Suche nach Psychotherapeuten	101
8.4	Stichwortverzeichnis	102

Vorwort

Das Thema „Psychische Erkrankungen“ ist aktueller denn je: Der 2019 veröffentlichte DAK-Psychoreport zeigt, dass in Deutschland im Jahr 2018 jeder 18. Arbeitnehmer wegen einer psychischen Erkrankung im Job fehlte. Ausgehend von den Daten der DAK-Gesundheit waren damit hochgerechnet 2,2 Millionen Menschen betroffen.

Seit etwa 20 Jahren nehmen psychische Erkrankungen als Ursache von Arbeitsunfähigkeit zu. Zwischen 1997 und heute hat sich die Anzahl der Fehltage, die von Depressionen oder Anpassungsstörungen verursacht werden, mehr als verdreifacht.

Untersuchungen und Studien, die sich mit psychischen Erkrankungen und deren Entwicklungen befassen, stellen Fragen wie: Sind wir heute anders krank? Nehmen psychische Beeinträchtigungen zu? Sind wir nicht mehr so belastbar? Macht uns die Arbeit krank? Hierzu ist zunächst festzuhalten, dass zwar im Vergleich zu früher psychische Beeinträchtigungen heute wesentlich häufiger diagnostiziert und erfasst werden. Hieraus allerdings abzuleiten, dass psychische Beeinträchtigungen zunehmen, wäre zu kurz gegriffen. Genauso voreilig wäre es, sich wandelnde Arbeitsbedingungen verantwortlich zu machen.

Im Gegensatz zu körperlichen Erkrankungen sind die Verläufe bei psychischen Erkrankungen meist langwieriger und häufig nicht linear, sondern zyklisch. Ebenso sind die Grenzen fließend: Zwischen einer psychischen Erkrankung und psychischen Problemen, die (noch) keinen Krankheitswert haben, ist die Grenze nicht einfach und nicht exakt zu ziehen. So können sich schon psychische Probleme ohne Krankheitswert auf die Motivation, die sozialen Beziehungen und auf das Leistungsvermögen negativ auswirken.

Ohne entsprechende Abhilfe und im Kontext ungünstiger Lebensbedingungen kann aus einer psychischen Störung eine Erkrankung oder gar Behinderung werden – mit allen damit verbundenen Konsequenzen. Geht zum Beispiel der Arbeitsplatz verloren, sind die Folgen für betroffene Menschen schwerwiegend: Mit dem frühzeitigen Austritt aus dem Erwerbsleben sind für frühverrentete Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen nicht nur erhebliche finanzielle Einbußen verbunden. Mit der Erwerbsunfähigkeit fallen auch berufliche Kontakte, Kommunikations- und Anerkennungsmöglichkeiten weg.

Wer kann hier wie helfen? Welchen Beitrag kann unser soziales Sicherungssystem leisten? Hinschauen und der eigenen Wahrnehmung vertrauen – handeln, wenn es nötig erscheint – sich nicht überfordern – fachliche Unterstützung hinzuziehen – dies sind vier Kernbotschaften für erste Hilfestellungen. Doch vielfach reicht das allein nicht aus, um psychischen Erkrankungen und deren Auswirkungen entgegenzusteuern. Professionelle Unterstützung, frühzeitige ambulante psychotherapeutische Behandlungsangebote sowie beruflich orientierte Rehabilitation wirken der Entstehung und Chronifizierung psychischer Erkrankungen entgegen.

Unser gegliedertes Sozialleistungssystem bietet ein breites Spektrum an Hilfemöglichkeiten. In der Verantwortung stehen und sehen sich hier auch die Rehabilitationsträger, die ihnen zur Verfügung stehenden Leistungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation einzusetzen, sie noch stärker bekannt zu machen und bei der Umsetzung zu unterstützen.

Viele Barrieren bestehen immer noch aus Unkenntnis der rechtlichen und der betrieblichen Unterstützungsmöglichkeiten: Prävention, Leistungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation, betriebliches Eingliederungsmanagement, Begleitung durch Fachberatungsstellen, finanzielle Unterstützungsleistungen sind einige Beispiele für Hilfemöglichkeiten, um Beschäftigte mit psychischen Problemen vor einer Verschlimmerung, vor Arbeitsplatzverlust zu schützen oder ihnen nach längerer Arbeitsunfähigkeit die Rückkehr in den Betrieb zu ermöglichen.

Wichtig wird sein, mehr Handlungssicherheit beim Umgang mit psychischer Belastung zu erzeugen.

Dieses Ziel verfolgt die „Arbeitshilfe – Rehabilitation und Teilhabe psychisch erkrankter und beeinträchtigter Menschen“. Hier finden Sie Themen wie

- diagnoseübergreifende Aspekte und beispielhaft ausgewählte Krankheitsformen,
- allgemeine Grundsätze für Leistungen zu Rehabilitation und Teilhabe,
- spezielle Aspekte der Rehabilitation von psychisch erkrankten und beeinträchtigten Menschen, spezifische Rehabilitationsziele und deren Umsetzung,
- Angebote der Rehabilitation und Aspekte nachgehender Hilfen sowie der Rehabilitationsnachsorge,
- Informations- und Beratungsangebote sowie weitere Unterstützungsmöglichkeiten,
- ausgewählte Tipps zu vertiefender Literatur und verschiedenen Leitlinien sowie
- Adressen und Links zu ausgewählten Institutionen und Verbänden.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR) dankt allen Experten, die an der Erstellung der Arbeitshilfe beteiligt waren, insbesondere

Christoph Gensch, Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund), Berlin

Jörg Holke, Aktion Psychisch Kranke e. V. (APK), Bonn

Stephan Kauffeldt, Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen e. V. (BAG RPK), Osnabrück

Wir hoffen, dass diese Arbeitshilfe für alle Interessierten eine wertvolle Unterstützung bietet.



Prof. Dr. Helga Seel
Geschäftsführerin der BAR

1 Einleitung

1.1 Menschen mit psychischen Erkrankungen und Beeinträchtigungen

Psychische Erkrankungen gehören zu den häufigsten und die Lebensqualität betroffener Menschen am stärksten einschränkenden Erkrankungen unserer Zeit. In Deutschland sind etwa 27,8 % der erwachsenen Bevölkerung jedes Jahr von einer psychischen Erkrankung betroffen.¹ Das entspricht rund 17,8 Millionen Menschen und damit in etwa der Einwohnerzahl von Nordrhein-Westfalen. Damit zählen psychische Erkrankungen in Deutschland nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bösartigen Neubildungen (Tumorentwicklungen) und muskuloskelettalen Erkrankungen zu den vier Hauptursachen für den Verlust gesunder Lebensjahre.²

Im Rahmen der Behandlung und Rehabilitation von psychisch erkrankten Menschen stehen neben der seelischen und körperlichen Stabilisierung insbesondere auch die Berücksichtigung und Aktivierung von vorhandenen Ressourcen sowie die Förderung einer selbstständigen und eigenverantwortlichen Lebensführung und Alltagsgestaltung im Mittelpunkt. Nicht zu unterschätzen ist in diesem Prozess die Bedeutung der Erwerbsfähigkeit und -tätigkeit. Die Ausübung einer beruflichen Tätigkeit stellt ein existenzielles Bedürfnis und gleichzeitig ein Recht aller Menschen dar, das in der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen geregelt ist. Die Teilhabe am Arbeitsleben gilt daher auch als wesentliches Rehabilitationsziel für Menschen mit psychischen Erkrankungen. In Deutschland steht dafür eine Vielzahl von Einrichtungen und Programmen zur beruflichen Teilhabe zur Verfügung.

Menschen mit psychischen Erkrankungen und Beeinträchtigungen benötigen zielgerichtete und am individuellen Bedarf orientierte Rehabilitationsmaßnahmen, um gesundheitliche Beeinträchtigungen abzuwenden, ihre Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen und die Lebensqualität trotz bzw. mit der Erkrankung zu erhalten. Die Rehabilitation stellt dabei einen Prozess dar, in dem viele kleine Zahnräder ineinandergreifen müssen, damit am Ende der Fortschritt erreicht wird, den der Rehabilitand gemeinsam mit den Ärzten, Therapeuten und anderen Akteuren des Rehabilitationsteams anstrebt. Das Ziel muss dabei sein, den Rehabilitationsbedarf möglichst frühzeitig zu erkennen, den Unterstützungsbedarf umfassend zu bestimmen, die geeigneten Leistungen festzulegen und hierfür die richtigen Leistungserbringer zu finden. Nur so kann beispielsweise der Verschlimmerung der Erkrankung, gesundheitsbedingter Erwerbsminderung oder Pflegebedürftigkeit entgegengewirkt werden.

1.2 Zielgruppen der Arbeitshilfe

Die Arbeitshilfe „Rehabilitation und Teilhabe psychisch erkrankter und beeinträchtigter Menschen“ ist eine Orientierungs- und Entscheidungshilfe zu zielgerichtetem, planvollem und abgestimmtem Handeln in der Rehabilitation psychisch erkrankter Menschen. Sie wendet sich an alle an der Rehabilitation psychisch erkrankter Menschen beteiligten Personen, Berufsgruppen und Institutionen. Dazu zählen insbesondere

- Mitarbeiter der Rehabilitationsträger und deren medizinische Dienste sowie der Integrationsämter, Mitarbeiter der Ansprechstellen für Rehabilitation und Teilhabe,
- Mitarbeiter in Einrichtungen und Diensten der Rehabilitation und nachgehenden Betreuung (z. B. Ärzte, Gesundheits- und Krankenpfleger, Ergotherapeuten, Psychologen, Sozialarbeiter, Sozialpädagogen),
- niedergelassene Ärzte und in Krankenhäusern tätige Ärzte, psychologische und ärztliche Psychotherapeuten, Fachkräfte im Bereich ambulante psychiatrische Pflege, Heilmittelerbringung und ambulanter Soziotherapie,

1 Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J. et al. (2016). Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt* 87:88–90.

2 Hornberg, C. et al. (2014). Entwicklung der Krankheitslast in Deutschland. *Deutsches Ärzteblatt* 111: 629–638.

- Mitarbeiter von Behindertenverbänden und Selbsthilfegruppen sowie
- Mitarbeiter der Gesundheits- und Sozialverwaltung.

Die Arbeitshilfe wendet sich selbstverständlich auch an die betroffenen Menschen selbst und ihre Bezugspersonen mit dem Ziel, über Grundlagen, Möglichkeiten und Zielsetzung der Rehabilitation psychisch erkrankter Menschen zu informieren. Darüber hinaus stellt sie ein Hilfsmittel für die Fortbildung aller bei den Sozialleistungsträgern tätigen Rehabilitationsfachkräfte dar. Die verschiedenen Abschnitte und Stationen der Rehabilitation werden entlang des Rehabilitationsprozesses beleuchtet. Auch vor- und nachgelagerte Stellen im Akut- als auch im Nachsorge-Bereich werden zum Zwecke der Gestaltung eines nahtlosen Überleitungsmanagements adressiert.

2 Psychische Störungen und Behinderungen

Eine psychische oder seelische Störung ist durch krankheitswertige Veränderungen des Erlebens und Verhaltens gekennzeichnet. Dies kann mit Unterschieden der Wahrnehmung, des Denkens, Fühlens oder auch des Selbstbildes (Selbstwahrnehmung) einhergehen. Psychische Störungen sind typischerweise mit deutlichem persönlichem Leidensdruck und Teilhabebeeinträchtigungen in mehreren Lebensbereichen verbunden.³ Die ICD-10-GM⁴ spricht in diesem Zusammenhang von Psychischen und Verhaltensstörungen.⁵ Der Begriff der „psychischen Erkrankungen“ ist jedoch nach wie vor in Gebrauch und wird in dieser Broschüre synonym verwendet. Eine psychische bzw. seelische Behinderung liegt vor, wenn als Folge einer psychischen Störung nicht nur vorübergehend erhebliche Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe auftreten, z. B. in den Bereichen der Alltagsbewältigung, der Erwerbsfähigkeit und der sozialen Integration sowie in Wechselwirkung zueinander. Zur Orientierung ist hier im § 2 SGB IX ein Zeitraum von mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monaten vorgegeben.

Psychische Störungen zeigen sich in verschiedenen Formen und Schweregraden, die in ihrer Beeinflussbarkeit sowie in der Bedeutung für den psychisch erkrankten Menschen vielfältig sind. Nicht alle psychischen Erkrankungen sind in ihren Auswirkungen auf den ersten Blick unmittelbar erkennbar. Neben akuten Ausprägungen treten chronische Verlaufsformen einer psychischen Erkrankung mit langfristig anhaltenden Beeinträchtigungen auf. Ein erneutes Auftreten akuter Krankheitssymptome bei chronischen Verläufen ist jederzeit möglich, was es schwierig macht, psychische Erkrankung und psychische Behinderung voneinander abzugrenzen.

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit reichen von „leichte(re)n“ Störungen bis hin zu „schweren“ Erkrankungen. Die verschiedenen psychischen Störungen werden danach unterschieden, an welchen aktuellen Symptomen ein Patient leidet. In vielen Fällen liegen bei betroffenen Menschen mehrere psychische Störungen gleichzeitig vor. Die Diagnose ist für die weitere Behandlung von entscheidender Bedeutung.

Schwere psychische Erkrankungen liegen laut Definition nach Literatur- und Studienlage vor, wenn über längere Zeit, d. h. über mindestens zwei Jahre, Krankheitssymptome auftreten, die mit erheblichen Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens und das soziale Funktionsniveau einhergehen sowie häufig mit einer intensiven Inanspruchnahme des Behandlungs- und psychosozialen Hilfesystems verbunden sind. Betroffen sind überwiegend Menschen mit einer Schizophrenie, schweren affektiven Erkrankungen (schwere Depression, schwere bipolare Erkrankung) und schweren Persönlichkeits- und Zwangsstörungen, aber auch mit einer Demenzerkrankung.⁶ Schwer psychisch Erkrankte haben einen komplexen Behandlungsbedarf.

3 Gazzaniga, M., Halpern, D., Plata, G. (2018). Psychologie. 1. Aufl. Weinheim: Beltz, S. 803.

4 ICD-10-GM: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (GM)

5 WHO, Internationale Klassifikation psychischer Störungen unter www.who.int

6 S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg.), 2013, Überarbeitung von 2018.

2.1 Psychische Störungen und Rehabilitationsbedarf

Über Häufigkeit und Ausmaß psychischer Störungen sind in der Literatur unterschiedliche Angaben zu finden. Dies begründet sich z. T. damit, dass die Übergänge zwischen psychischer Gesundheit und psychischer Erkrankung, aber auch zwischen somatischen und psychischen Erkrankungen fließend sind. Es gibt breite Überlappungsbereiche zwischen allgemeinen Lebenskrisen, psychosozialen Befindlichkeitsstörungen und psychischen Störungen im engeren Sinne. Je nach dem, wie weit oder wie eng der Begriff der psychischen Störung gefasst wird, können unterschiedliche Angaben über die Häufigkeit entstehen.

In der Europäischen Union sind schätzungsweise rund 164,8 Millionen Menschen von einer psychischen Erkrankung betroffen.⁷ Auch in Deutschland zählen psychische Störungen nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bösartigen Neubildungen (Tumorentwicklungen) und muskuloskeletalen Erkrankungen zu den vier Hauptursachen für den Verlust gesunder Lebensjahre. Gemäß der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ ist fast ein Drittel (rund 27,8 %) der erwachsenen Bevölkerung jedes Jahr von einer psychischen Erkrankung betroffen. Zu den häufigsten psychischen Erkrankungen zählen Angststörungen, affektive Störungen wie die Depression sowie Störungen durch Alkohol- oder Medikamentenkonsum. Allerdings wird angenommen, dass nur eine Minderheit der betroffenen Menschen aufgrund ihrer psychischen Beschwerden Kontakt zu Leistungsanbietern aufnimmt und in Behandlung ist.⁸

Psychisch erkrankte Menschen sind zudem häufig von Langzeitarbeitsunfähigkeit betroffen. Höher ist die Krankheitsdauer (Arbeitsunfähigkeitstage je Krankheitsfall) lediglich bei onkologischen Erkrankungen.⁹ Auch im Bereich der Teilhabeleistungen sind psychische Störungen von besonderer Bedeutung. Aus der Statistik der Deutschen Rentenversicherung geht hervor, dass im Jahr 2017 fast 37 % (Männer) bzw. bei Frauen sogar knapp 50 % der neu zugegangenen Erwerbsminderungsrenten aufgrund von psychischen Störungen bewilligt wurden.¹⁰ Es ist daher von großer Bedeutung, Rehabilitationsangebote frühzeitig anzubieten und zu nutzen, noch bevor ein Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt wurde. Durch frühe Maßnahmen und Interventionen, d. h. wenn sich die Erkrankung noch nicht oder nicht weiter manifestiert hat, kann der Eintritt in die Erwerbsminderungsrente u. U. verzögert oder verhindert werden. Damit Menschen mit psychischen Störungen rechtzeitig eine geeignete Leistung angeboten werden kann, müssen jedoch alle Akteure des Gesundheitswesens eng kooperieren.

Diese Arbeitshilfe beschäftigt sich mit der Rehabilitation von Menschen mit einer länger andauernden psychischen Störung, bei denen aufgrund der Erkrankung eine Behinderung (mehr als sechs Monate Krankheitsdauer und Teilhabebeeinträchtigungen) bereits eingetreten ist oder einzutreten droht.

Die spezifische Rehabilitation von Menschen mit stoffgebundenen Abhängigkeitskrankheiten ist ein eigenes Thema. Auch bei Menschen mit anderen psychischen Störungen entstehen jedoch nicht selten sekundär Suchtprobleme, die die Rehabilitation erschweren – teils erklärbar als Folge eines misslungenen Selbstheilungsversuchs mit Alkohol, Drogen oder Medikamenten. Bei der Einleitung von Leistungen zur Teilhabe muss diese Problematik einbezogen werden, d. h., es sollten für diese Personen Rehabilitationseinrichtungen mit einem entsprechenden Behandlungsschwerpunkt bzw. -konzept ausgewählt werden.

⁷ Wittchen, H. U., Jacobi, F. et al. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology* 21: 655–679.

⁸ Mack, S. et al. (2014). Selfreported utilization of mental health services in the adult German population – evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 23: 289–303.

⁹ Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (Hrsg.). Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland, 2015.

¹⁰ Deutsche Rentenversicherung (2018). Rentenversicherung in Zahlen 2018 unter www.deutsche-rentenversicherung.de

2.2 Diagnoseübergreifende Aspekte

Für alle Formen psychischer Störungen gibt es einerseits typische bzw. spezifische und für die klinische Diagnostik bedeutsame Merkmale. Andererseits sind psychische Störungen in ihrem individuellen Verlauf stark von psychosozialen Faktoren beeinflusst und im Einzelfall weniger nach diagnostischen Kriterien vorhersagbar.

Die kurze Darstellung der wichtigsten Diagnosegruppen wird verdeutlichen, dass die Ausformung einer Störung – auch bei gleicher Diagnose – im Einzelfall sehr unterschiedlich sein kann. Dementsprechend unterschiedlich können auch Art und Ausmaß der infolge bzw. in Verbindung mit der Störung auftretenden Beeinträchtigungen der Teilhabe an Lebensbereichen sein, insbesondere im Zusammenhang mit dem Schweregrad.

Häufig erkennen betroffene Menschen psychische Störungen nicht oder erst verspätet als krankheitsbedingte Beeinträchtigungen und nehmen daher notwendige Hilfen gar nicht, nur bedingt oder verzögert in Anspruch. Behandlungschancen und Unterstützungsangebote können als Bevormundung, Gängelung oder Entmündigung aufgefasst werden. Zudem werden psychische Störungen – da sie zunächst unverständlich und nicht nachvollziehbar erscheinen – sowohl von den betroffenen Menschen wie auch von der Umwelt zum Teil noch als „Makel“ erlebt. Es kann daher zu Fremd- und Eigenstigmatisierung kommen. Dabei wird oft verkannt, in welchem Umfang psychisch erkrankte Menschen Anstrengungen aufwenden, um mit ihren Beeinträchtigungen selbst fertig zu werden oder Veränderungen im Erleben und Verhalten nicht offenkundig werden zu lassen. Hierdurch können Symptome in den Vordergrund rücken (z. B. Kreislaufregulationsstörungen, Veränderungen im Schlaf-Wach-Rhythmus, schwere Erschöpfung, vermehrter Alkoholkonsum), die auch für den behandelnden Arzt die Erkennung der zugrunde liegenden psychischen Störung erschweren. Eine unterlassene oder unzureichende Behandlung der psychischen Störung kann zu einer Chronifizierung und damit einhergehend zu einer Gefährdung oder Beeinträchtigung in der Fähigkeit führen, den Alltag zu bewältigen und/oder zu arbeiten. Die Bewältigung erwerbsbezogener Anforderungen fällt Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen oftmals schwer, weshalb Betroffene einem höheren Arbeitslosigkeitsrisiko ausgesetzt sind.

Bei psychischen Störungen, insbesondere bei einem lang andauernden Verlauf, handelt es sich um ein komplexes Geschehen, bei dem stabilisierende und belastende Situationen in verschiedenen Lebensbereichen durch Rückkopplungseffekte eng miteinander verbunden sind. Psychische Störungen haben vielfältige Auswirkungen und Folgen auf den verschiedenen Ebenen der Funktionen, Aktivitäten und Teilhabe an Lebensbereichen. Diese Bereiche sind in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) gut beschrieben.¹¹

Die individuelle Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs (personenzentrierter Ansatz) erfordert daher eine genaue Kenntnis des psychisch erkrankten Menschen, der vorhandenen beeinträchtigten Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie des sozialen Umfeldes mit den vielfältigen Wechselwirkungen. Der Rehabilitationsbedarf kann und muss individuell ermittelt werden. Für die Ermittlung des Rehabilitationsbedarfes ist bei psychischen Störungen die diagnostische Zuordnung nicht von vorrangiger Bedeutung. Vielmehr sind die differenzierte Erfassung und Beschreibung von Funktionsstörungen, ggf. bestehenden Strukturschäden sowie von Ressourcen und Beeinträchtigungen auf den Ebenen der Aktivitäten und der Partizipation im Einzelfall die Grundlage. Davon ausgehend, sind zusammen mit dem psychisch erkrankten Menschen die Ziele und Zwischenziele sowie die einzelnen Schritte zu besprechen, zu „verhandeln“ und auf den Weg zu bringen. Von großer Bedeutung sind in diesem Kontext die Akzeptanz der Erkrankung und die Entwicklung eines Krankheitsverständnisses.

¹¹ BAR (2015, 2016). ICF-Praxisleitfaden 1 und ICF-Praxisleitfaden 2 unter www.bar-frankfurt.de

2.3 Krankheitsformen

Psychische Störungen werden nach der ICD-10-GM in einer deskriptiven, an diagnostischen Kriterien orientierten Klassifikation unterteilt (vgl. Abb. 1).

Abb. 1: ICD-10-GM: Übersicht über die zweistelligen diagnostischen Kategorien psychischer Störungen

F0	Organische einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
F3	Affektive Störungen
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F7	Intelligenzminderung
F8	Entwicklungsstörungen
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

Die folgenden kurzen Beschreibungen beschränken sich auf die wichtigsten Krankheitsgruppen von F0 bis F6.¹²

2.3.1 Organische einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F0)

Entstehung, Symptomatik, Verlauf

Eine primäre hirnorganische Störung beruht auf Erkrankungen, Verletzungen oder direkten Störungen des Gehirns. Von sekundärer Hirnfunktionsstörung wird gesprochen, wenn die Auswirkungen der Erkrankung anderer Organe oder des ganzen Körpers – z. B. einer Leberzirrhose oder einer Vergiftung – das Gehirn mit betreffen. Das psychopathologische Spektrum ist bei organisch bedingten psychischen Störungen in Abhängigkeit von der Lokalisation der Schädigungen sowie von Art, Umfang und zeitlicher Entwicklung der Funktionsstörungen sehr vielfältig. Anhand der dominierenden Symptomatik lassen sich die Störungen in zwei Hauptgruppen gliedern: Zum einen Syndrome, die primär durch Beeinträchtigungen der kognitiven Funktionen (Störungen des Gedächtnisses, des Lernens und des Intellekts) oder Störungen des Sensoriums (wie Bewusstseins- und Aufmerksamkeitsstörungen) geprägt sind, z. B. die Alzheimer-Demenz. Zur zweiten Gruppe gehören Syndrome, bei denen die auffälligsten Störungen im Bereich der Wahrnehmung (Halluzinationen), der Denkinhalte (Wahn), der Stimmung und der Gefühle (Depression, gehobene Stimmung, Angst) oder im gesamten Persönlichkeits- und Verhaltensmuster liegen, wie bei der organischen Halluzinose oder dem organischen Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma. Ähnlichkeiten der Symptomatik organisch bedingter psychischer Störungen mit Krankheiten aus den Abschnitten F2 bis F4 und F6 der ICD-10 erfordern schon aus Gründen der sehr unterschiedlichen Prognose eine sorgfältige Differenzialdiagnostik, nicht zuletzt auch wegen der daraus resultierenden unterschiedlichen Rehabilitationspotenziale.

Der Verlauf der organisch bedingten psychischen Störungen ist sehr variabel und hängt vor allem von der Grundkrankheit und ihrer Behandelbarkeit ab. Während die Demenz bei Alzheimer-Krankheit in der Regel schleichend chronisch-fortschreitend verläuft und bislang nur begrenzt therapeutisch beeinflusst werden kann, sind z. B. organische psychische Störungen aufgrund einer Durchblutungsstörung des Gehirns oft gut rückbildungsfähig.

¹² Zur Vertiefung wird auf die Literaturliste im Anhang verwiesen.

Funktionsstörungen und Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe

Bei den meisten der organisch bedingten psychischen Störungen liegen zumindest temporär deutliche Einbußen hinsichtlich globaler Funktionen (z. B. Bewusstsein, Orientierung, Intelligenz) und/oder spezifischer mentaler Funktionen (z. B. Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Emotionalität) vor. Diese bewirken bereits für sich genommen mehr oder weniger gravierende Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe der psychisch erkrankten Menschen. Lernen und Wissensanwendung, die Durchführung der täglichen Routine, der Umgang mit Stress und die selbstständige Erfüllung von Aufgaben, aber auch die Fähigkeit zu Kommunikation und Selbstversorgung können erheblich eingeschränkt sein. Hinzu kommen die möglichen Beeinträchtigungen durch die jeweilige Grundkrankheit, z. B. eine Einschränkung von Mobilität und Feinmotorik oder von Wahrnehmungsfunktionen (Sehen, Hören, Tastsinn).

Prognose, Behandlung, Rehabilitation

Die Prognose hängt entscheidend von der raschen und gezielten Einleitung von Behandlungs- und Rehabilitationsleistungen ab. Bedeutsam für die Prognose ist auch die subjektive Verarbeitung und Bewältigung der erlebten Beeinträchtigungen im biographischen Kontext. Insbesondere bei Hirnschädigungen durch ein Schädelhirntrauma, einen Schlaganfall oder eine entzündliche Erkrankung des Gehirns ist das Ausmaß bleibender Schädigungen und Beeinträchtigungen zum Teil erst mehrere Jahre nach Eintritt der Schädigung endgültig festzustellen.

Bei Menschen mit einer organisch bedingten psychischen Störung ist in jedem Einzelfall zu ermitteln, ob

- eine psychiatrische Behandlung notwendig ist,
- die Behandlung des zugrunde liegenden körperlichen Leidens unter Berücksichtigung der Wechselwirkungen zwischen psychischen und somatischen Krankheitsanteilen ausreicht,
- Ressourcen des Betroffenen oder seines Lebensraumes aktiviert werden können, um ihn zu stabilisieren,
- spezifische Rehabilitationsleistungen erfolgversprechend durchgeführt werden können, damit ggf.
- eine Wiedereingliederung in das Erwerbsleben möglich ist oder
- Pflegebedürftigkeit verhindert werden kann oder
- ein weitgehend selbstbestimmtes Leben ermöglicht wird oder
- die Fähigkeit, am Leben in der Gemeinschaft teilzuhaben, gefördert wird.

Bei organischen Störungen mit anhaltenden schwerwiegenden Beeinträchtigungen ist eine engmaschige Betreuung oft nur in einem stationären Rahmen möglich, um die verbliebenen Ressourcen zu fördern.

2.3.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1)

Da zu den F1-Diagnosen nach ICD-10-GM, also den durch psychotrope Substanzen (d. h. die Psyche beeinflussende Substanzen, wie z. B. Alkohol, Drogen, Medikamente) bedingten psychischen Erkrankungen, eine eigene Arbeitshilfe der BAR vorliegt, wird hier darauf nicht eingegangen.¹³

¹³ BAR (2006). Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen, Heft 12 unter www.bar-frankfurt.de

2.3.3 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F2)

Entstehung, Symptomatik und Verlauf

Die häufigste und bedeutsamste Störung aus dieser Gruppe ist die Schizophrenie. Mitunter nur schwer davon abzugrenzen sind die schizoaffectiven Störungen, bei denen jedoch eindeutig schizophrene und eindeutig affektive Symptome gleichzeitig oder nur durch wenige Tage getrennt während derselben Krankheitsepisode vorhanden sind. Die übrigen Störungen aus dieser Diagnosegruppe sind eher selten.

Das Risiko einer Person, mindestens einmal im Laufe des Lebens an Schizophrenie zu erkranken, liegt bei etwa 1 %. In Bezug auf die Häufigkeit bestehen keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

Die Schizophrenie ist eine multifaktoriell bedingte Störung. Allgemein anerkannt ist inzwischen das so genannte Vulnerabilitäts-Stress-Modell, das als integratives Krankheitsmodell medizinisch-biologische sowie psychosoziale Aspekte berücksichtigt. Danach müssen für die Entstehung einer Schizophrenie mehrere Faktoren in einer bestimmten Weise zusammenkommen und zusammenwirken. Der Begriff der Vulnerabilität besagt dabei nichts anderes, als dass ein Mensch – aufgrund bestimmter genetisch bedingter und psychosozialer Faktoren in seiner Lebensentwicklung – anfällig (vulnerabel) für diese psychische Störung ist. Sie steht für eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, unter gleichzeitig vorhandenem Belastungserleben (subjektives Stressempfinden) Symptome einer Psychose zu entwickeln. Zu den wichtigsten auslösenden Stressfaktoren gehören komplexe und emotionsgeladene Situationen und Beziehungen, die die Verarbeitungskapazität der Betroffenen übersteigen.

Schizophrene Psychosen können durch grundlegende und charakteristische Störungen von Denken, Wahrnehmung, Antrieb und Psychomotorik (Basisstörungen) sowie ggf. durch eine inadäquate oder verringerte Affektivität gekennzeichnet sein. Intellektuelle Fähigkeiten und Bewusstsein sind in der Regel nicht beeinträchtigt. Allerdings können sich bei schweren, chronifizierten Verläufen auch kognitive Einbußen entwickeln. Die verschiedenen Unterformen der Schizophrenie sind durch eine jeweils typische Symptomkonstellation gekennzeichnet. So überwiegen z. B. bei dem paranoiden Typus (statistisch am häufigsten zu finden) der Schizophrenie Halluzinationen (meist akustischer Art in Form des „Stimmenhörens“) und Wahn (z. B. Beeinflussungswahn), während bei der katatonen Schizophrenie psychomotorische Störungen (z. B. Wechsel zwischen extremer Bewegungsarmut und starker motorischer Erregung, Beibehalten einer bestimmten Körperhaltung über viele Stunden) im Vordergrund stehen. Diese Unterform ist mittlerweile nur noch selten anzutreffen.

In der akuten schizophrenen Psychose erlebt sich der betroffene Mensch selbst in vielerlei Hinsicht als beängstigend verändert, etwa wie gesunde Menschen es aus (Alb-)Träumen kennen, nur mit dem entscheidenden Unterschied, dass gesunde Menschen nach dem Wachwerden Traum und Wirklichkeit auseinanderhalten können. Die für psychisch gesunde Menschen selbstverständliche Fähigkeit, zwischen Ich und Umwelt, zwischen innerem Erleben und Außeneinflüssen zu differenzieren, ist bei der Schizophrenie oft erheblich beeinträchtigt, was nicht nur zu einer massiven Verunsicherung der betroffenen Menschen, sondern auch zu für die Umgebung mitunter vollkommen unverständlichen Verhaltensweisen führt. Eigene Gedanken können als Stimme von außen, eigene Ängste können als Bedrohung von außen, eigene Wunschphantasien können als großartige Realität erlebt werden. Der ständige Strom verschiedenster Sinnesreize und Informationen wird nicht mehr durch erfahrungsgeprägtes Wahrnehmen und Denken gefiltert und geordnet, wodurch bei den betroffenen Menschen Ratlosigkeit bis hin zu schweren Angstzuständen entstehen kann.

Eine schizophrene Psychose beginnt nicht abrupt und ohne jegliche Vorzeichen. Es geht eine Vorläuferphase über mehrere Jahre voraus, mit relativ unspezifischen Anzeichen wie einem Nachlassen des Engagements in Schule oder Arbeit, Störungen der Informationsverarbeitung, emotionaler Unausgeglichenheit bzw. Besonderheiten im Erleben und Fühlen sowie

Beeinträchtigungen im Bereich der sozialen Kompetenz bis zum sozialen Rückzug. Wenn dies erkannt und eine angemessene Behandlung eingeleitet wird, ist die Prognose in der Regel deutlich besser.

Der Verlauf schizophrener Erkrankungen ist variabel. Etwa 20 % der Betroffenen erleben nur eine einzige Krankheitsepisode und bleiben danach symptomfrei. 50 bis 70 % durchleben mehrere Episoden, sind in den dazwischen liegenden Intervallen jedoch nicht oder nur leicht behindert. Bei bis zu einem Drittel der Betroffenen muss hingegen mit mittelschweren bis schweren Krankheitsverläufen mit Entwicklung mehr oder weniger ausgeprägter chronischer Zustände gerechnet werden. Nach 5- bis 10-jähriger Krankheitsdauer tritt bei episodischem Verlauf meist keine weitere deutliche Verschlechterung mehr ein; im Gegenteil, es kann dann sogar noch zu Besserungen kommen.

Funktionsstörungen und Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe

Zu den Funktionsstörungen, die eine akute schizophrene Episode überdauern können, zählen z. B. Erschöpfung, affektive Nivellierung und Konzentrationsstörungen, die über Monate oder auch länger als ein Jahr bestehen bleiben können („postremissiver Erschöpfungszustand“). Dabei handelt es sich nicht um dauerhafte und konstante Einbußen (wie beim Verlust eines Beines), sondern um ein fragiles Gleichgewicht auf reduziertem Niveau in Abhängigkeit von unterschiedlichen Einflussfaktoren (Negativsymptomatik). Der Betroffene hat den Eindruck, dass ihm bestimmte Fertigkeiten abhandengekommen sind.

Die folgenden Beschreibungen sind Beispiele für funktionelle Einschränkungen im individuellen wie im sozialen Bereich, die einzeln oder in wechselnder Kombination und Ausprägung auftreten können:

- Der betroffene Mensch ist in der Familie/im privaten Umfeld passiv, zurückgezogen, der frühere Schwung fehlt auch bei der Arbeit oder beim Zugehen auf andere Menschen.
- Akustische Hintergrundreize, z. B. im Großraumbüro, können nicht mehr automatisch ausgeblendet werden, sondern stören die Aufmerksamkeit und Konzentration.
- Die Bedeutung verbaler Mitteilungen, sozialer Signale und Situationen ist unsicher geworden oder sie werden als feindselig wahrgenommen.
- Das allgemeine Arbeitstempo ist oft reduziert, der ständige Vergleich mit der Situation vor der Erkrankung belastet zusätzlich.
- Unklare, widersprüchliche, konfliktreiche soziale Situationen in der Familie/im privaten Umfeld oder am Arbeitsplatz werden zu schweren Belastungen und führen oft zu Rückzug oder Fehlreaktionen.

Der betroffene Mensch ist durch die in alle Bereiche des persönlichen Erlebens hineinreichende Wirkung der Erkrankung und ihre Schwere oft zutiefst verunsichert. In diesem Zusammenhang können sich zusätzlich Anpassungsprobleme und eine tiefe Angst vor einer Wiedererkrankung entwickeln. Ohne ausreichende Aufklärung über die Erkrankung und die Möglichkeiten der Bewältigung resultiert eine Tendenz zur Verleugnung oder einem oberflächlichen „business as usual“.

Leistungseinbußen und auffälliges Verhalten können zu Störungen der Partizipation und schließlich zur Ausgliederung und Isolation führen, insbesondere wenn die Bezugspersonen des betroffenen Menschen (z. B. Angehörige, Freunde, Nachbarn, Arbeitskollegen und Vorgesetzte) nicht erkennen, dass das veränderte Verhalten durch eine Krankheit verursacht ist. Die soziale Benachteiligung wirkt sich wiederum ungünstig auf die Krankheit/Schädigung sowie die Beeinträchtigungen aus und sollte schon deshalb vermieden werden.

Prognose, Behandlung, Rehabilitation

Die Prognose ist lange nicht so schlecht, wie vielfach angenommen und hängt sehr von der Art und Weise ab, wie frühzeitig eine geeignete Behandlung eingeleitet wird. Zur Verbesserung der Langzeitprognose der Schizophrenie hat die Weiterentwicklung der pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten entschieden beigetragen. In der akuten Phase steht häufig zunächst die medikamentöse Behandlung im Vordergrund. In erster Linie werden dabei Medikamente (Antipsychotika) eingesetzt, die die akuten psychotischen Symptome (positive Symptomatik, z. B. Halluzinationen) lindern. Sie reduzieren aber auch Minus-Symptomatik (negative Symptomatik, z. B. Antriebslosigkeit, Affektverflachung oder Depressivität). Da diese Psychopharmaka zum Teil erhebliche Nebenwirkungen haben, gilt es, das für den betroffenen Menschen jeweils günstigste Profil aus Wirkung und Nebenwirkung zu finden. Darüber hinaus kommt der Strukturierung des Alltags bei diesen Menschen besondere Bedeutung zu. Je besser der betroffene Mensch sich in seinem Alltag auf die Grunderkrankung eingestellt hat, desto niedriger kann in der Regel die Dosis von Antipsychotika sein, die über längere Zeit eingenommen werden muss. Spezifische Behandlungsleitlinien¹⁴ können die Entscheidungsprozesse im Hinblick auf das konkrete therapeutische Vorgehen unterstützen.

Wichtig für einen günstigen Verlauf sind

- regelmäßige Medikamenteneinnahme,
- angemessenes Anforderungsniveau inklusive Vermeidung von Über- und Unterforderungssituationen,
- Förderung geeigneter Kompensationsversuche des betroffenen Menschen,
- unterstützende Reaktionen der Bezugspersonen,
- vertrauensvolle Beziehung zwischen betroffenen Menschen und Therapeuten,
- gezielter Ausbau der Bewältigungsfertigkeiten (Frühsymptom-Management, Rückfall-Prophylaxe, Stressmanagement),
- Förderung gesundheitsorientierten Verhaltens v. a. bei Vorliegen medikamentös bedingter Nebenwirkungen wie Gewichtszunahme/metabolisches Syndrom.

Die Stabilisierung des sozialen Umfeldes und der persönlichen Beziehungen in ihrer Wirkung auf therapeutische Maßnahmen und den Krankheitsverlauf ist von hoher Bedeutung. Psychische Erkrankungen haben immer auch Auswirkungen auf die Bezugspersonen und das Lebensumfeld. Beratung und Aufklärung der Bezugspersonen und des Lebensumfeldes über die Erkrankung und deren Auswirkungen sowie familientherapeutische Interventionen gehören zum Behandlungs- und Therapieangebot. Von besonderer Bedeutung ist die Aufklärung über die Erkrankung und das Erlernen von Fertigkeiten, um mit der Krankheit umgehen zu können. Hilfreich sind hierbei psychoedukative Programme.

Psychotherapeutische Behandlung – als Einzel- und als Gruppentherapie – ergänzt und unterstützt die medikamentöse Behandlung. Ergotherapie, häusliche Krankenpflege und ambulante Soziotherapie sind weitere Elemente der Behandlung. Ergotherapie und Soziotherapie sind unter anderem wichtig zur Tagesstrukturierung, um Verunsicherungen abzubauen, das Zutrauen zu sich selbst und in das eigene Können langsam wieder zu entwickeln sowie auf medizinisch-berufliche Rehabilitationsmaßnahmen vorzubereiten. Für die Rehabilitation von Menschen mit einer schizophrenen Psychose stehen Angebote zur Verfügung, die über ein entsprechendes Rehabilitationsmilieu (ich-stärkend, übersichtlich und strukturiert) und über Erfahrungen im Umgang mit diesen Menschen verfügen.

¹⁴ DGPPN, S3 – Behandlungsleitlinie Schizophrenie unter www.DGPPN.de

2.3.4 Affektive Störungen (F3)

Entstehung, Symptomatik und Verlauf

Bei der Entstehung affektiver Störungen spielen biologische und psychosoziale Faktoren (insbesondere Belastungssituationen) in unterschiedlicher Gewichtung eine große Rolle. Depressionen¹⁵ sind neben Angststörungen und Abhängigkeits-erkrankungen die häufigsten psychischen Erkrankungen. Frauen erkranken doppelt so häufig wie Männer, die Hälfte der kranken Menschen ist bei Beginn unter 40 Jahre alt. Bei diesen Störungen bestehen die Hauptsymptome in einer Veränderung der Gemüthsstimmung, meist zur Depression hin, mit oder ohne begleitende Angst, oder – seltener – zur gehobenen Stimmung. Dieser Stimmungswechsel wird in der Regel von einem Wechsel des allgemeinen Aktivitätsniveaus begleitet. Meist treten die Depressionen als Episoden oder Phasen auf. Wenn zusätzlich zu depressiven Phasen auch manische Episoden vorkommen, so wird dies als bipolare affektive Störung bezeichnet. Ausschließliches Auftreten manischer Episoden – ohne zwischenzeitliche depressive Episoden – wird ebenfalls den bipolaren affektiven Störungen zugerechnet. Diese Variante ist allerdings selten. Bei der Dysthymia ist die depressive und bei der Zykllothymia die depressive und manische Stimmungsschwankung leichter ausgeprägt als bei den episodenhaft verlaufenden depressiven bzw. bipolaren affektiven Erkrankungen. Gemäß ICD-10 sind Dysthymia und Zykllothymia chronische, d. h. jahrelang monopolar bzw. bipolar verlaufende affektive Erkrankungen. Auch diese Erkrankungen stellen für die betroffenen Menschen eine erhebliche Beeinträchtigung ihrer Lebensqualität dar, insbesondere wenn sie schon im Jugendalter beginnen und zu schwerwiegenden schulischen, beruflichen und zwischenmenschlichen Problemen führen. Die Störung kann durch zusätzliche depressive Episoden bzw. bipolare Erkrankungen sowie durch Alkohol-, Medikamenten- und Drogenmissbrauch kompliziert sein (Komorbidität).

Funktionsstörungen und Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe

In den depressiven Phasen der manisch-depressiven Erkrankung sind die betroffenen Menschen tief traurig – ohne real einfühlbaren Anlass – mutlos, kraftlos, verzweifelt; was ihnen sonst Freude oder Genuss bereitet, wirkt fade, grau. Am schlimmsten erleben sie den Zustand der Gefühllosigkeit, einer inneren Starre bis hin zur Unfähigkeit des Gefühls von Trauer und Schmerz. Das Erleben, todkrank, finanziell ruiniert, schwer schuldig, nutzlos zu sein, ist den betroffenen Menschen mit Argumenten nicht auszureden und kann zur wahnhaften Gewissheit werden. Die Kommunikation mit dem depressiven Menschen ist dann oft schwer beeinträchtigt. Der Antrieb und die Belastbarkeit sind meist herabgesetzt. Schlaf und Appetit sind häufig gestört.

In einer beginnenden manischen Phase können zunächst Tatkraft und Kreativität im Vordergrund stehen, so dass dies nicht als Symptom einer Krankheit eingeordnet wird bzw. die Frühsymptome – auch von den Betroffenen selbst – ignoriert werden. Bei ausgeprägter Manie ist die soziale Interaktion mit dem psychisch kranken Menschen meist massiv belastet und beeinträchtigt. Es kommt zu rastloser Überaktivität, Rededrang, rücksichtslosem Verhalten, Reizbarkeit, erhöhter Risikobereitschaft und unkritischer Selbstüberschätzung bis zum Größenwahn.

Prognose, Behandlung, Rehabilitation

Depression ist in der Regel eine gut behandelbare Erkrankung. Trotz optimaler Therapie gibt es chronische Verläufe. Die Behandlung muss sich – wie bei allen anderen Krankheitsbildern auch – an den individuellen Erfordernissen orientieren. Medikamentöse Behandlung, Psychotherapie, sozio- und ergotherapeutische Unterstützung und ggf. weitere Therapiemodule werden individuell kombiniert. Spezifische Behandlungsleitlinien¹⁶ können die Entscheidungsprozesse im Hinblick auf das konkrete therapeutische Vorgehen unterstützen.

Medikamente spielen bei der Behandlung von Depressionen und Manien eine wichtige Rolle. Welche Mittel infrage kommen, hängt vom Einzelfall sowie von Form, Ursache und Ausprägung der affektiven Störung ab. Man unterscheidet

¹⁵ Kompetenznetz Depression unter www.kompetenznetze-medizin.de

¹⁶ DGPPN, S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression unter www.DGPPN.de

zwischen Akuttherapie, Erhaltungstherapie und Prophylaxe (vorbeugende Behandlung mit stimmungsstabilisierenden Medikamenten). In vielen Fällen ist eine Behandlung mit Medikamenten unverzichtbar. Neben der Therapie mit Antidepressiva gehört Psychotherapie (z. B. kognitive Verhaltenstherapie, interpersonelle Psychotherapie, psychodynamische Psychotherapie) zur Behandlung von Depressionen. Im Einzelfall werden auch nicht-pharmakologische Verfahren wie Schlafentzugstherapie oder Lichttherapie eingesetzt. Bei schweren Verläufen mit Schwerpunkt auf massiven Antriebsstörungen und Demotivation kann auch die Elektrokrampftherapie (EKT) zum Einsatz kommen, um eine grundständige Therapiefähigkeit herzustellen. Auch bei der Behandlung von Manien ist die medikamentöse Behandlung ein zentrales Behandlungselement, das ergänzt wird durch psychotherapeutische und psychoedukative Verfahren zur Krankheitsbewältigung wie das zuverlässige Erlernen des Umgangs mit Medikamenten, die Regulierung des Alltagsrhythmus und die Bewältigung von psychosozialen Folgeerscheinungen (z. B. Verschuldung, Arbeitsplatzverlust).

Wenn nach Abklingen der akuten Krankheitssymptomatik und eingetretener psychischer Stabilisierung noch Beeinträchtigungen der Teilhabe vorliegen, sollte die Notwendigkeit von Rehabilitationsleistungen geprüft werden. Im Gegensatz zu den schizophrenen Psychosen ist das Risiko für nachhaltige Beeinträchtigungen oder Restsymptomen eher moderat. Dafür ist bei entsprechenden sozialen Rahmenbedingungen (kritisch-feindseliges und überengagiertes Umfeld) ein deutlich erhöhtes Wiedererkrankungsrisiko zu attestieren. Insbesondere der ständige Wechsel depressiver und manischer Phasen im Rahmen bipolarer Verläufe belastet die Betroffenen und führt zu einem erhöhten Suizidrisiko.

2.3.5 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4)

Entstehung, Symptomatik und Verlauf

Diese Gruppe psychischer Krankheiten umfasst vor allem Phobien und sonstige Angststörungen (z. B. Panikstörung und generalisierte Angststörung), Zwänge, Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen sowie die mit körperlichen Beschwerden einhergehenden somatoformen Störungen und die dissoziativen Störungen (Konversionsstörungen). Nicht selten kann im Verlauf ein Symptomwandel beobachtet werden, so dass eine Zeit lang psychosomatische Störungen im Vordergrund stehen, zu anderen Zeiten eine depressive Verstimmung, eine Zwangssymptomatik oder eine Phobie. Es handelt sich um häufige Krankheitsbilder, von denen viele Menschen im Laufe ihres Lebens betroffen sind.

Man geht von einer multifaktoriellen Entstehung aus, wobei psychologische, psychosoziale und biologische Aspekte in unterschiedlicher Gewichtung berücksichtigt werden müssen. Ein Kernaspekt, der oft mit F4-Störungen einhergeht, ist ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten.

Trotz oft massiver Einschränkungen und Symptombelastung werden die betroffenen Menschen häufig falsch eingeschätzt oder nicht ernst genommen. Sie versuchen vielfach über lange Zeit ohne fremde Hilfe zurechtzukommen, da ihnen trotz immensem Leidensdruck nicht klar ist, dass sie an einer psychischen Störung leiden, sondern oft von einer persönlichen Unzulänglichkeit ausgehen, die Schamaffekte nach sich zieht. Für Außenstehende entsteht daher oft bei einer Zuspitzung der Symptomatik der Eindruck eines plötzlichen Krankheitsereignisses, wenn die Kompensationsanstrengungen unter Belastung versagen.

Die Störungen neigen ohne rechtzeitige Behandlung zur Chronifizierung. Die Prognose ist daher umso günstiger,

- je frühzeitiger die störungsspezifische Behandlung ansetzt,
- je höher die Motivation aus eigenem Antrieb (intrinsische Motivation) zur Behandlung ist,
- je geringer die Beeinträchtigungen im beruflichen Leistungsvermögen und der Fähigkeit zur selbstständigen Lebensführung sind und
- je kürzer diese Beeinträchtigungen vorgelegen haben.

2 Psychische Störungen und Behinderungen

Problematisch können sich ausschließlich somatomedizinisch ausgerichtete Überzeugungen der kranken Menschen zur Ursache ihrer Beschwerden auswirken, z. B. bei den somatoformen und dissoziativen Störungen, aber auch bei Angststörungen mit starker körperlicher Symptomatik (z. B. Herzklopfen, Schweißausbruch) oder Hypochondrie. Die Empfehlung einer psychotherapeutischen Behandlung stößt dann nicht selten auf Ablehnung und es kann zu häufigen Arztwechselln („Doctor hopping“) kommen, verbunden mit der Durchführung wiederholter, umfangreicher, jedoch nicht zielführender oder sogar schädlicher diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen.

Umso wichtiger ist deswegen die gemeinsame Erarbeitung eines funktionalen Störungsmodells, welches die Möglichkeit bietet, adäquate und kurzfristig erreichbare Therapieziele zu vereinbaren. Im Folgenden werden auf Grund der vielfältigen Erscheinungsformen nur ausgewählte Störungen aus dem Abschnitt F4 der ICD-10-GM beschrieben.

Phobische Störungen

Bei diesen Störungen wird Angst ausschließlich oder überwiegend durch eindeutig definierte, eigentlich ungefährliche Situationen hervorgerufen. In der Folge werden diese Situationen typischerweise vermieden oder mit Furcht ertragen. Im Krankheitsverlauf kann sich die Phobie auf weitere, ursprünglich nicht als ängstigend empfundene Situationen oder Objekte ausdehnen. Vielfältige Symptome wie Herzklopfen, Schwindel, Schweißausbrüche oder Schwächegefühl können auftreten. Oft gemeinsam mit Ängsten vor dem Sterben, Kontrollverlust oder dem Gefühl, „wahnsinnig“ zu werden. Die Vorstellung, dass die ängstigenden Situationen eintreten könnten, erzeugt Erwartungsangst und führt zur Vermeidung dieser Situationen. Es besteht ein hohes Komorbiditätsrisiko zu Depressionen und Suchtmittelgebrauchsstörung sowie zu Verhaltensstörungen, oft als Folgephänomen lang anhaltenden Symptomgeschehens. Zudem gibt es in der Langzeitperspektive bei der Sozialen Phobie ein erhöhtes Risiko, an einer selbstunsicher-vermeidenden Persönlichkeitsstörung zu erkranken.

Panikstörung

Das wesentliche Kennzeichen sind wiederkehrende schwere Angstattacken (Panik), die sich nicht auf eine spezifische Situation oder besondere Umstände beschränken und deshalb auch nicht vorhersehbar sind. Zu den wesentlichen Symptomen zählen plötzlich auftretendes Herzklopfen, Brustschmerz, Erstickungsgefühle, Schwindel und Entfremdungsgefühle, die Furcht zu sterben, Angst vor Kontrollverlust oder die Angst, „wahnsinnig“ zu werden. Einzelne Panikattacken reichen noch nicht aus, um die Diagnose einer Panikstörung zu stellen. Die Diagnose einer Panikstörung darf erst dann gestellt werden, wenn innerhalb eines Monats mehrere schwere vegetative Angstanfälle aufgetreten sind. Zu beachten ist, dass Panikattacken, die z. B. im Rahmen einer Phobie auftreten, lediglich als Ausdruck des Schweregrades der Phobie gewertet werden können. Auch bei dieser Störung steht ein Vermeidungsverhalten im Vordergrund.

Zwangsstörung

Zwangsstörungen sind Störungen, bei denen die betroffenen Menschen sehr unter wiederkehrenden Zwangsgedanken und Zwangshandlungen leiden. Zwangsgedanken sind Ideen, Vorstellungen oder Impulse, die den betroffenen Menschen immer wieder beschäftigen. Sie sind fast immer quälend, der psychisch erkrankte Mensch versucht häufig erfolglos dagegen anzugehen. Die Gedanken werden als zur eigenen Person gehörig erlebt, selbst wenn sie als unwillkürlich und häufig abstoßend empfunden werden. Zwangshandlungen oder -rituale sind Handlungsabläufe, die ständig wiederholt werden (z. B. Waschzwang). Im Allgemeinen wird dieses Verhalten als sinnlos und ineffektiv erlebt, es wird immer wieder versucht, dagegen anzugehen. Angst ist meist ständig vorhanden. Werden Zwangshandlungen unterdrückt, verstärkt sich die Angst deutlich. Im Umkehrschluss kann man in Zwangshandlungen oder ritualisierten Zwangsgedanken so genannte Neutralisierungsstrategien sehen, mit denen die diffusen Unruhe- bis starken Angstzustände kurzfristig effektiv bewältigt werden. Langfristig werden diese aber zur dysfunktionalen und aufrechterhaltenden Bedingung.

Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen

Anpassungsstörungen sind durch Zustände von subjektivem Leiden und emotionaler Beeinträchtigung charakterisiert, die soziale Funktionen und Leistungen behindern und als Zeichen ungünstiger Verarbeitung eines außergewöhnlich belasten-

den Lebensereignisses oder einer besonderen Veränderung im Leben angesehen werden. Neben dem auslösenden Ereignis spielt auch die individuelle Disposition bei der Entwicklung einer Anpassungsstörung eine bedeutsame Rolle.

Die posttraumatische Belastungsstörung ist eine mögliche und mit einer gewissen zeitlichen Latenz auftretende Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine länger anhaltende Bedrohung katastrophenartigen Ausmaßes, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würden. Beispiele für derartige Traumata sind das Erleben von körperlicher und sexualisierter Gewalt, Vergewaltigung, gewalttätige Angriffe auf die eigene Person, Entführung, Geiselnahme, Terroranschlag, Krieg, Kriegsgefangenschaft, politische Haft, Folterung, Gefangenschaft in einem Konzentrationslager, Natur- oder durch Menschen verursachte Katastrophen, schwere Unfälle oder die Diagnose einer lebensbedrohlichen Krankheit. Die Kernsymptomatik besteht in einer quälenden, unausweichlichen Wiederholung des traumatisierenden Erlebnisses in Träumen und Erinnerungen, emotionalem und sozialem Rückzug, vegetativer Übererregtheit und dem Vermeiden jeglicher Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma hervorrufen könnten.

Dissoziative und somatoforme Störungen

Sowohl bei dissoziativen als auch bei somatoformen Störungen spielen körperliche Beschwerden oder Einbußen kognitiver Funktionen (z. B. bei der dissoziativen Amnesie) ohne oder ohne hinreichende organmedizinische Erklärung die Hauptrolle. Die betroffenen Menschen sind einer Psychogenese ihrer Beschwerden in der Regel nicht zugänglich und fühlen sich daher meist missverstanden oder nicht ernst genommen, wenn ihnen entsprechende Therapieansätze unterbreitet werden. Diese Störungen neigen daher sehr stark zur Chronifizierung und es kommt darauf an, frühzeitig eine tragfähige und vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung aufzubauen, um den betroffenen Menschen für eine Psychotherapie zu motivieren.

Funktionsstörungen und Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe

Ähnlich wie bei affektiven Störungen hängt auch bei neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen das Ausmaß der Beeinträchtigung stark vom Schweregrad der Erkrankung ab. Während Menschen mit isolierten Phobien (z. B. Schlangenphobie) im Alltag weitgehend unbeeinträchtigt sind, weisen Menschen mit multiplen Phobien oder mit einer ausgeprägten generalisierten Angststörung meist erhebliche Beeinträchtigungen ihrer Aktivitäten und Teilhabe auf. Die Funktionseinschränkungen können von einer Beeinträchtigung sozial und/oder situativ angemessenen Verhaltens und Handelns bis hin zur erheblichen Beeinträchtigung in der Fähigkeit der Alltagsbewältigung und der Berufsausübung reichen.

Prognose, Behandlung, Rehabilitation

Die Prognose hängt sehr vom Einzelfall ab, weil diese Gruppe der Krankheiten sehr heterogen in ihrer Ausprägung ist. Die psychotherapeutische Behandlung steht bei den Störungen aus dieser Gruppe im Vordergrund und sollte durch erfahrene und für das jeweilige Störungsbild ausgebildete ärztliche oder psychologische Psychotherapeuten erfolgen. Dies kann meist im ambulanten Setting geschehen. Spezifische Behandlungsleitlinien¹⁷ können die Entscheidungsprozesse im Hinblick auf das konkrete therapeutische Vorgehen bei Angsterkrankungen unterstützen. Oft ist auch eine Kombination von psychotherapeutischen und pharmakologischen Strategien erforderlich und hilfreich. Zur Behandlung gehören darüber hinaus auch eine gute Informationsvermittlung über Symptome, Folgewirkungen, Einschränkungen und Behandlungsverläufe sowie die Aufklärung der Bezugspersonen und des sozialen Umfeldes. Ein weit verbreitetes Vorurteil besteht darin, dass diese Störungen durch „Willensanstrengung“ oder „sich zusammennehmen“ verringert oder gar behoben werden könnten. Wenn deutliche Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe bestehen, kommen auch Rehabilitations- und Teilhabeleistungen in Betracht. Dabei stehen die Unterstützung der Krankheitsakzeptanz und -bewältigung sowie die Vermittlung von Kompensationsmöglichkeiten in Alltags- und Berufsleben im Zentrum der medizinischen Rehabilitation. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben setzen eine entsprechend positive Prognose voraus und können bei bestimmten Krankheitsbildern (z. B. bei spezifischen Phobien) und bei nicht zu stark generalisierter und chronifizierter Symptomatik sinnvoll sein.

¹⁷ DGPPN, S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen unter www.DGPPN.de

2.3.6 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F5)

Entstehung, Symptomatik und Verlauf

Hinter dem Titel „Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F5)“ verbergen sich die Essstörungen, z. B. Anorexie und Bulimie, aber auch weitere Erkrankungen, die mit körperlichen Symptomen einhergehen, im Wesentlichen aber psychisch verursacht sind. Dazu gehören z. B. nicht organisch bedingte Schlafstörungen und der Missbrauch von nicht abhängigkeits erzeugenden Substanzen.

Von Essstörungen sind überwiegend junge Frauen betroffen, die Chronifizierungsneigung ist hoch. Bei der Anorexia nervosa („Magersucht“) liegt das tatsächliche Körpergewicht mindestens 15 % unter dem erwarteten und der Gewichtsverlust wird selbst herbeigeführt durch Vermeidung kalorienreicher Speisen, Erbrechen, forciertes Abführen, exzessives Sporttreiben und den Gebrauch von Appetitzüglern und/oder Diuretika. Die betroffenen Menschen fühlen sich trotz erheblichen Untergewichtes zu dick (Körperschema-Störung). Die Bulimia nervosa („Ess-Brech-Sucht“) ist durch wiederholte Essattacken mit massiver Kalorienzufuhr und eine übertriebene Beschäftigung mit der Kontrolle des Körpergewichtes charakterisiert. Dem gewichtssteigernden Effekt der Essattacken wird durch verschiedene Verhaltensweisen entgegengesteuert, z. B. durch selbstinduziertes Erbrechen danach. Häufig geht eine Episode einer Magersucht der Entwicklung einer „Ess-Brech-Sucht“ voraus.

Funktionsstörungen und Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe

Insbesondere bei den Essstörungen wie Magersucht und „Ess-Brech-Sucht“ liegt bei längerem Krankheitsverlauf häufig eine massive Beeinträchtigung von Aktivitäten und Teilhabe vor. Gründe sind z. B. der Verlust der Fähigkeit zur angemessenen Gestaltung der Sozialkontakte, eine unrealistische Selbstwahrnehmung und Einschätzung der eigenen Belastbarkeit und somatische Folgeerscheinungen. Bei der Magersucht ist zu berücksichtigen, dass das Untergewicht lebensbedrohliche Ausmaße annehmen kann. Die Sterblichkeit bei dieser Erkrankung ist hoch. Bei den übrigen unter F5 verschlüsselten Krankheitsbildern kommt es sehr auf den Schweregrad an. Viele betroffene Menschen haben kaum Beeinträchtigungen. Es kann aber auch bei jedem dieser Krankheitsbilder im Einzelfall zu erheblichen Funktionsstörungen und Beeinträchtigung von Aktivitäten und Teilhabe kommen, die bis hin zu akuter vitaler Gefährdung führen können, z. B. bei Missbrauch von nicht abhängigkeits erzeugenden Substanzen.

Prognose, Behandlung, Rehabilitation

Die Prognose hängt sehr vom Einzelfall ab, weil diese Gruppe der Krankheiten sehr heterogen in ihrer Ausprägung ist. Die Behandlung dieser Störungen erfolgt primär psychotherapeutisch, wobei somatische Begleit- und Folgeerscheinungen (z. B. eine Elektrolytentgleisung bei Magersucht) nicht außer Acht gelassen werden dürfen. Eine besondere Schwierigkeit bei vielen betroffenen Menschen mit einer Essstörung stellt die oft krankheitsbedingt mangelnde Compliance bezüglich der Behandlung dar. Hier ist die gemeinsame und verbindliche Festlegung von Therapie- und Rehabilitationszielen einschließlich der Überprüfung der Zielerreichung von größter Bedeutung. Extremes Untergewicht, Elektrolytentgleisungen und Suizidalität sind Gründe für eine stationäre Behandlung und schließen Rehabilitationsfähigkeit aus. Spezifische Behandlungsleitlinien¹⁸ können die Entscheidungsprozesse im Hinblick auf das konkrete therapeutische Vorgehen unterstützen. Sofern bei erreichter Rehabilitationsfähigkeit und -bedürftigkeit sowie positiver Rehabilitationsprognose eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation angezeigt ist, sollte diese in einer Rehabilitationseinrichtung erfolgen, die über einen entsprechenden Behandlungsschwerpunkt verfügt.

¹⁸ DGPPN, S3-Leitlinie „Diagnostik und Therapie der Essstörungen“ unter www.DGPPN.de

2.3.7 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6)

Entstehung, Symptomatik und Verlauf

Die bedeutsamsten Krankheitsbilder aus dieser Gruppe sind die „spezifischen Persönlichkeitsstörungen“, die „kombinierten und sonstigen Persönlichkeitsstörungen“, die „andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung“ sowie die „abnormen Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle“, zu denen das Pathologische Spielen gehört. Man geht von einer multifaktoriellen Entstehung aus, wobei psychologische, psychosoziale und biologische Aspekte in unterschiedlicher Gewichtung berücksichtigt werden. Bei den Persönlichkeitsstörungen handelt es sich um relativ stabile Muster des Erlebens und Verhaltens, die die Persönlichkeit in ihrem Kern betreffen. Dabei sind deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und Handeln sowie in Beziehungen zu anderen zu finden. Eine klare Abgrenzung von Krankheitsphasen, wie bei vielen anderen psychischen Erkrankungen, ist hier nicht möglich. Deshalb haben die Rehabilitanden in der Regel zunächst Schwierigkeiten in ihren Symptomen eine Krankheit zu erkennen (ich-syntones Erleben). Es liegen chronische Verläufe vor, die in aller Regel in der Jugend oder im frühen Erwachsenenalter beginnen. Allerdings können selbst bei schweren Persönlichkeitsstörungen, wie der Borderline-Persönlichkeitsstörung, die Auffälligkeiten zum Teil ohne spezifische Behandlung remittieren, zu einem anderen Teil aufgrund einer adäquaten Behandlung zum Abklingen gebracht werden. Es ist also keineswegs gesetzmäßig von einem unbeeinflussbaren Verlauf auszugehen.

Im Folgenden werden aufgrund der vielfältigen Erscheinungsformen nur ausgewählte Persönlichkeitsstörungen sowie das Pathologische Spielen beschrieben.

Paranoide Persönlichkeitsstörung

Diese Persönlichkeitsstörung ist gekennzeichnet durch eine übertriebene Empfindlichkeit gegenüber Zurückweisung, Nachtragen von Kränkungen, Misstrauen sowie eine Neigung, neutrale oder freundliche Handlungen anderer als feindlich oder verächtlich zu interpretieren. Diese Personen können zu überhöhtem Selbstwertgefühl und übertriebener Selbstbezogenheit neigen, verbunden mit streitsüchtigem und rechthaberischem Bestehen auf eigenen Auffassungen und vermeintlichen Rechten. Es können auch wiederkehrende unberechtigte Verdächtigungen gegenüber anderen Menschen bestehen.

Narzisstische Persönlichkeitsstörung

Die narzisstische Persönlichkeitsstörung wird durch tiefgreifende Muster von Großartigkeit (in Phantasie oder Verhalten), ein Bedürfnis nach Bewunderung und einen Mangel an Einfühlungsvermögen gekennzeichnet. Dabei wird oft ein übertriebenes und scheinbar ausgeprägtes Selbstbewusstsein nach außen gezeigt. Viele dieser Menschen sind immer auf der Suche nach Bewunderung und Anerkennung, wobei sie anderen Menschen wenig echte Aufmerksamkeit schenken. Sie haben ein übertriebenes Gefühl von Wichtigkeit, hoffen eine Sonderstellung einzunehmen und zu verdienen. Sie zeigen ausbeutendes Verhalten und einen Mangel an Empathie. Es können wahnhaftige Störungen mit Größenideen auftreten. Zudem zeigen betroffene Menschen eine auffällige Empfindlichkeit gegenüber Kritik, die sie nicht selten global verstehen, was in ihnen Gefühle der Wut, Scham oder Demütigung hervorruft. Es können depressive und suizidale Krisen auftreten, ebenso gibt es ein hohes komorbides Risiko zu den Abhängigkeitserkrankungen.

Emotional instabile Persönlichkeitsstörung

Diese Persönlichkeitsstörung ist gekennzeichnet durch eine Neigung zu emotionalen Ausbrüchen und eine Unfähigkeit, impulshaftes Verhalten zu kontrollieren. Es gibt eine deutliche Tendenz, Impulse ohne Berücksichtigung von Konsequenzen auszuleben, oft verbunden mit unvorhersehbarer und launenhafter Stimmung. Zwei Erscheinungsformen können unterschieden werden: Ein impulsiver Typus, vorwiegend gekennzeichnet durch emotionale Instabilität und mangelnde Impulskontrolle und ein Borderline-Typus, gekennzeichnet durch Störungen des Selbstbildes, der Ziele und der inneren Präferenzen. Ein chronisches Gefühl von Leere, intensive, aber unbeständige Beziehungen und eine Neigung zu selbstdestruktivem Verhalten mit parasuizidalen Handlungen und Suizidversuchen kennzeichnen diesen Typus.

Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung

Gefühle von Anspannung und Besorgtheit, Unsicherheit und Minderwertigkeit sind charakteristisch für die ängstliche Persönlichkeitsstörung. Es besteht eine Sehnsucht nach Zuneigung und Akzeptiertwerden, eine Überempfindlichkeit gegenüber Zurückweisung und Kritik. Die Beziehungsfähigkeit ist oft eingeschränkt. Die betreffende Person neigt zur Überbetonung potenzieller Gefahren oder Risiken alltäglicher Situationen bis zur Vermeidung bestimmter Aktivitäten.

Pathologisches Spielen und andere nicht stoffgebundene Süchte

Beim Pathologischen Spielen handelt es sich um eine Störung der Impulskontrolle, verbunden mit häufig wiederholtem episodenhaftem Glücksspiel, das die gesamte Lebensführung der betroffenen Person beherrscht und zum Verfall der sozialen, beruflichen, materiellen und familiären Werte und Verpflichtungen führt. Bei den derzeit in Behandlung befindlichen Glücksspielern handelt es sich fast ausschließlich um Männer. Sie spielen über mehrere Jahre mit hoher Intensität vor allem an gewerblichen Geldspielautomaten und zeigen erhebliche Auffälligkeiten wie hohe Verschuldung, erhöhte Suizidentenz und häufige Delinquenz. Hinzu kommen häufig weitere psychische und/oder psychosomatische Störungen. Bei einer beträchtlichen Teilgruppe (derzeit etwa ein Viertel) besteht zusätzlich eine stoffgebundene Abhängigkeit. Die Abgrenzung zu exzessiv ausgeübten Hobbys ist nicht immer einfach. Gemeinsames Kennzeichen aller nicht stoffgebundenen Süchte ist, dass die „sucht“-ähnlichen Handlungen einen übermäßig großen Raum im Leben des betroffenen Menschen einnehmen. Weniger die Verhaltensweise an sich ist problematisch, sondern vielmehr die Zwanghaftigkeit, Häufigkeit und Rücksichtslosigkeit, mit der sie ausgeführt wird. Die betroffenen Menschen setzen ihren Beruf und ihr Privatleben aufs Spiel, um das in dieser Häufigkeit als krankhaft einzustufende Verhalten exzessiv ausüben zu können. Oft machen diese Menschen Schulden, mitunter kommt es sogar zu strafbaren Handlungen mit dem Ziel der Geldbeschaffung. Die Beeinträchtigung von Aktivitäten und Teilhabe hängt sehr von der Ausprägung der Verhaltensweise im Alltag ab.

Funktionsstörungen und Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe

Die Funktionseinschränkungen bei Persönlichkeitsstörungen sind individuell sehr unterschiedlich ausgeprägt und hängen davon ab, in welchem sozialen Kontext ein Mensch sich bewegt. Die Grenze zwischen „gesund“ und „krank“ ist bei diesen Störungen besonders schwierig zu definieren. Gewisse Persönlichkeitszüge können sich in bestimmten Situationen auch in übersteigerter Form als durchaus vorteilhaft erweisen. Ausgeprägte Persönlichkeitsstörungen sind allerdings meistens mit einer Beeinträchtigung sozial und/oder situativ angemessenen Erlebens, Verhaltens und Handelns verbunden und ziehen deutliche Einschränkungen der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit nach sich. Typische Beeinträchtigungen der Kommunikation und Interaktion mit der Folge häufiger zwischenmenschlicher Konflikte sind regelhafte Auswirkungen der verschiedenen Persönlichkeitsstörungen. Das Pathologische Spielen und andere Impulskontrollstörungen können ebenfalls zu sozialer Isolation durch Verlust von Bezugspersonen und Arbeitsstelle führen.

Prognose, Behandlung, Rehabilitation

Die Prognose hängt sehr vom Einzelfall ab, weil diese Gruppe der Krankheiten sehr heterogen in ihrer Ausprägung ist. Zudem ist entscheidend, inwieweit die Betroffenen einen Leidensdruck verspüren bzw. ein Störungsmodell verinnerlicht haben, das den eigenen Anteil an der interaktionellen Dynamik fokussiert. Erst dann ergibt sich ein Auftrag für Therapie und Rehabilitation. Die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen erfolgt in erster Linie ambulant mit psychotherapeutischen Verfahren. Wenn Medikamente zum Einsatz kommen, bewirken sie in der Regel nur eine Abmilderung von Symptomen. So können z. B. einige Antidepressiva oder Antipsychotika impulsive Handlungen oder selbstverletzende Handlungen reduzieren. Bei gleichzeitig bestehenden anderen psychischen Erkrankungen wie einer Depression sollten diese entsprechend mitbehandelt werden. Bei manchen Persönlichkeitsstörungen ist Suizidalität und selbstverletzendes Verhalten vorhanden, z. B. bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung, bei anderen die Tendenz zu Suchtmittelmissbrauch. Alle diese Faktoren stellen besondere Herausforderungen an die therapeutische Arbeit. Menschen mit der Diagnose Pathologisches Spielen und anderen Impulskontrollstörungen sollten in spezialisierten Beratungsstellen betreut und von Therapeuten behandelt

werden, die Erfahrung im Umgang mit dieser Störung haben. Spezifische Behandlungsleitlinien¹⁹ können die Entscheidungsprozesse im Hinblick auf das konkrete therapeutische Vorgehen unterstützen. Reichen eine ambulante fachärztliche und psychotherapeutische Behandlung nicht aus und liegen keine akuten Eigen- oder Fremdgefährdungsaspekte vor, können Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe in Betracht kommen.

2.4 Krankenbehandlung

Bevor Rehabilitationsmaßnahmen in Anspruch genommen werden können, ist eine Diagnosestellung sowie in der Regel Vorbehandlung psychisch erkrankter Menschen notwendig. Die Krankenbehandlung hat das Ziel, Krankheiten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern (vgl. § 27 SGB V). Sie umfasst verschiedene Leistungen, wie z. B. die ärztliche Behandlung einschließlich Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung, häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe sowie Krankenhausbehandlung. Die genannten Leistungen werden von unterschiedlichen Berufsgruppen und Einrichtungen bzw. Akteuren des Gesundheitssystems erbracht. Dazu gehören u. a.:

Hausärzte

Hausärzte, z. B. niedergelassene praktische Ärzte, sind meist eine erste Anlaufstelle für psychisch erkrankte Menschen. Bei leichteren, vorübergehenden psychischen Beeinträchtigungen können sie vielfach selbst den Patienten beraten und behandeln. Bei Bedarf sollte der niedergelassene Arzt den Patienten an einen geeigneten niedergelassenen Facharzt überweisen.

Niedergelassene Fachärzte für psychische Erkrankungen

Aufgabe der niedergelassenen Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und Fachärzte für Psychosomatik und Psychotherapie ist die ambulante Behandlung psychisch erkrankter Menschen. Sie umfasst insbesondere

- Diagnostik,
- Beratung auch unter Einbeziehung von Bezugspersonen,
- Einzel- und Gruppengespräche,
- Pharmakotherapie,
- Psychotherapie,
- Notfallbehandlung und Krisenintervention,
- Verordnung von Heilmitteln, ambulanter Soziotherapie, häuslicher Krankenpflege,
- Mitwirkung bei der Erstellung eines Teilhabeplans.

Bei Bedarf erfolgt die Zusammenarbeit mit weiteren Leistungserbringern (z. B. für Psychiatrische Krankenpflege, Ergotherapie, Soziotherapie) zusammen.

Niedergelassene Psychotherapeuten

Im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung gehört die Psychotherapie zu den Leistungen, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden. Voraussetzung für die Erbringung ist, dass eine Weiterbildung in einem zugelassenen Psychotherapieverfahren erfolgreich mit einer Prüfung abgeschlossen worden ist. Zugelassen für die Richtlinien-Psychotherapie Erwachsener sind ausschließlich entsprechend fortgebildete Ärzte und Psychologen. Die Durch-

¹⁹ DGPPN, S2 – Behandlungsleitlinie Persönlichkeitsstörungen unter www.DGPPN.de

führung und Qualität der Richtlinien-Psychotherapie ist umfassend geregelt.²⁰ Derzeit anerkannte Psychotherapieverfahren sind: Analytische Psychotherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie sowie Verhaltenstherapie. Die Kosten für Neuropsychologische Therapie werden ebenfalls von den Krankenkassen übernommen. Näheres zur Indikation, Zielsetzung und Durchführung sowie den zugelassenen Behandlungsverfahren einer psychotherapeutischen Behandlung ist in den „Psychotherapie-Richtlinien (PT-RL)“ sowie der „Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung“ geregelt. Mit der Novellierung der PT-RL haben Patienten künftig einen Anspruch auf eine psychotherapeutische Sprechstunde (eine bis maximal sechs Sprechstundeneinheiten à 25 Minuten – maximal 150 Minuten) als zeitnahen niedrigschwelligen Zugang zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Die Sprechstunde dient der Abklärung, ob ein Verdacht auf eine krankheitswertige Störung vorliegt, psychotherapeutischer Behandlungsbedarf besteht und weitere fachspezifische Hilfen notwendig sind. Zudem können Leistungen der Krisenpsychotherapie ohne Antrag erbracht werden.



Weiterführende Information:

Im November 2019 hat der Gemeinsame Bundesausschuss die Änderung der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) zur Aufnahme der Systemischen Therapie bei Erwachsenen beschlossen. Nach Inkrafttreten des Beschlusses zur Änderung der Psychotherapie-Richtlinie ist auch diese Form der Therapie anerkannt.

Krankenhäuser zur Behandlung psychisch erkrankter Menschen

Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern zur Behandlung psychisch erkrankter Menschen verfügen über ein breites Spektrum an stationären, teilstationären und ambulanten Behandlungsmöglichkeiten. Die Krankenhausbehandlung psychisch erkrankter Menschen umfasst neben der medizinischen Grundversorgung und der Pharmakotherapie auch Psychotherapie, Arbeits- und Beschäftigungstherapie, sozio- und milieuthérapeutische Angebote sowie Bewegungstherapie. Die Kliniken verfügen über multidisziplinäre Teams mit Fachärzten, (Fach-)Gesundheits- und Krankenpflegekräften, Psychologen, Ergotherapeuten, Bewegungstherapeuten, Physiotherapeuten/Krankengymnasten und Sozialarbeitern/Sozialpädagogen. Die Krankenhausbehandlung umfasst ein Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der erkrankten Menschen beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung. Der betroffene Mensch hat gegenüber der Krankenkasse einen Anspruch auf das Entlassmanagement; soweit Hilfen durch die Pflegeversicherung in Betracht kommen, sind Kranken- und Pflegekassen verpflichtet, miteinander zu kooperieren.

Stationäre Behandlung

Die Belegung der Krankenhäuser erfolgt über Notaufnahme oder Überweisung durch einen niedergelassenen Arzt. Sofern eine Selbst- oder Fremdgefährdung krankheitsbedingt vorliegt, kann eine Unterbringung im Krankenhaus auch gegen den Willen der Betroffenen erfolgen. Die Patienten haben Anspruch auf ein Entlassmanagement. Die Verteilung auf den Stationen ist je nach Krankenhaus und Behandlungskonzept diagnosebezogen oder diagnoseübergreifend organisiert.

Teilstationäre Behandlung

Die teilstationäre Behandlung erfüllt eine Brückenfunktion zwischen stationärer und ambulanter Behandlung. Die Behandlung kommt für Patienten in Betracht an Stelle oder nach stationärer Behandlung, wenn

- durch stationäre Behandlung eine gewisse Stabilisierung eingetreten ist,
- ein Aufenthalt während der Abend- und Nachtstunden sowie am Wochenende in häuslicher Umgebung möglich, aber
- eine ambulante Behandlung nicht oder noch nicht ausreichend ist.

²⁰ www.g-ba.de/informationen/richtlinien/20

Die teilstationäre Behandlung dient der (weitergehenden) psychischen Stabilisierung, der Belastungserprobung, der Förderung sozialer Fertigkeiten im Alltag und in der Arbeitswelt und der Befähigung zur Krankheitsbewältigung. Der Aufenthalt der Patienten in der häuslichen Umgebung während der Abend- und Nachtstunden sowie am Wochenende wird diagnostisch und therapeutisch genutzt, ebenso wie ggf. ein betriebliches Praktikum oder die stufenweise Wiedereingliederung am eigenen Arbeitsplatz als (stundenweise) ausgelagerte Arbeitstherapie. Der tägliche Wechsel zwischen Therapie und Alltag ist in besonderem Maße geeignet, die Übertragung der Therapiefortschritte in das eigene Leben des Patienten und seine Verantwortung praktisch zu realisieren. Einige Kliniken bieten Ergotherapie auch in teilstationärer Form an. Dieses Angebot wendet sich an Patienten, die nach einer Krankenhausbehandlung spezifische Förderung im Bereich der Belastungserprobung benötigen. Die teilstationäre Behandlung wird in der Regel als tagesklinische Leistung erbracht. In wenigen Regionen werden auch nachtklinische Behandlungen ermöglicht, d. h. die Behandlung erfolgt ab 18:00 Uhr mit Aufenthalt über Nacht.

Psychiatrische Institutsambulanzen

Institutsambulanzen (§ 118 SGB V) sind an psychiatrische Krankenhäuser sowie an Allgemeinkrankenhäuser mit selbstständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung angegliedert. Ihr vorrangiges Ziel besteht in der Vermeidung von Krankenhausaufenthalten und der Verkürzung der Krankenhausverweildauer. Sie zeichnen sich durch die multidisziplinäre Zusammensetzung des Mitarbeiterteams (z. B. Facharzt, Psychologischer Psychotherapeut, Sozialarbeiter/Sozialpädagoge, (Fach-)Gesundheits- und Krankenpflegekraft) aus. Schwerpunktmäßig bieten sie – insbesondere im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung – psychisch erkrankten Menschen, die vom niedergelassenen Facharzt im Hinblick auf den komplexen Behandlungsbedarf nicht ausreichend versorgt werden können, die erforderliche vorsorgende, beratende, intervenierende und nachgehende Unterstützung an, die auch Hausbesuche umfasst. Wenn die therapeutische Kontinuität für den Erfolg der ambulanten Behandlung durch die Institutsambulanz wichtig ist, kann diese auch durch das Behandlungsteam des stationären Angebotes bzw. der Tagesklinik erfolgen, zu dem der Patient eine therapeutische Beziehung aufgebaut hat.

Stationsäquivalente Leistungen

Psychiatrische Krankenhäuser sowie Allgemeinkrankenhäuser mit psychiatrischen Abteilungen können seit 2018 in medizinisch geeigneten Fällen, wenn eine Indikation für eine stationäre psychiatrische Behandlung vorliegt, anstelle einer vollstationären Behandlung eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld erbringen. Die stationsäquivalente Behandlung umfasst eine psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld durch mobile, ärztlich geleitete, multiprofessionelle Behandlungsteams. Sie entspricht hinsichtlich der Inhalte sowie der Flexibilität und Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung. Wenn die Betroffenen bei Vorliegen einer stationären Behandlungsnotwendigkeit in akuten Krankheitsphasen während der Behandlung in ihrem gewohnten Lebensumfeld bleiben können, führt dies zu geringeren Einschnitten in ihrem Alltagsleben und ermöglicht eine stärkere individuelle Ausrichtung der Behandlung auf den persönlichen Lebenskontext der Patienten.

Die Krankenbehandlung kann durch weitere Dienste unterstützt werden. Ziel ist hier die Vermeidung oder Verkürzung von Krankenhausaufenthalten sowie Sicherstellung der Behandlung/Unterstützung chronisch psychisch erkrankter Menschen in der häuslichen Umgebung:

Ambulante Soziotherapie

Ambulante Soziotherapie soll die Patienten bei der Inanspruchnahme von Behandlungsleistungen unterstützen bzw. diese dazu motivieren. Zugleich ist es Aufgabe der Soziotherapie, sofern komplexe Behandlungs- und Rehabilitationsleistungen notwendig sind, hier koordinierend tätig zu werden. Bei den Leistungserbringern von ambulanter Soziotherapie handelt es sich um Sozialarbeiter/Sozialpädagogen oder (Fach-)Gesundheits- und Krankenpflegekräfte für Psychiatrie, die diese Tätigkeit hauptberuflich ausüben, hierüber einen Vertrag mit den Krankenkassen bzw. deren Landesverbänden abgeschlossen haben und in ein gemeindepsychiatrisches Verbundsystem oder vergleichbare Versorgungsstrukturen eingebunden sind.²¹

²¹ www.g-ba.de/informationen/richtlinien/20

Heilmittel – ambulante Ergotherapie und Physiotherapie

Auf der Grundlage der Heilmittelrichtlinie können bei psychischen Erkrankungen Leistungen der ambulanten Ergotherapie und der ambulanten Physiotherapie erbracht werden. Im Rahmen der Ergotherapie werden neuropsychologisch orientierte und psychisch-funktionelle Behandlungen angeboten. Ziel ist die Verbesserung und Stabilisierung der psychosozialen und sozioemotionalen Funktionen. Im Bereich der Physiotherapie sind es vor allem bewegungstherapeutische Angebote.

Pflegedienste

Ambulante Pflegedienste (z. B. Sozialstation, Hauskrankenpflege, Zentrum für pflegerische Dienste) erbringen ambulante Leistungen im Bereich der häuslichen Kranken-, Haus-, Familien- und Altenpflege. Sie verfügen über ein breitgefächertes Leistungsangebot, in der Regel mit den Bereichen

- häusliche Krankenpflege (gem. § 37 SGB V) als Leistung der Krankenbehandlung,
- Pflegeleistungen nach SGB XI und Hilfe zur Pflege nach SGB XII,
- Haushaltshilfe nach § 38 SGB V.

Die häusliche psychiatrische Pflege ist eine Verordnungsleistung, die in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur häuslichen Krankenpflege als eigenes Leistungsmodul verankert ist. Ziel der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege ist es, dazu beizutragen, dass erkrankte Menschen so weit stabilisiert werden, dass sie ihr Leben im Alltag im Rahmen ihrer Möglichkeiten selbstständig bewältigen und koordinieren sowie Therapiemaßnahmen in Anspruch nehmen können. Dabei ist das soziale Umfeld zu berücksichtigen.

2.5 Auswirkungen psychischer Erkrankungen auf Lebensbereiche

Schule/Ausbildung

Psychische Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter können sich langfristig negativ auf die Schule und/oder Ausbildung auswirken. Es kann zu einer Verminderung der Lebensqualität und der schulischen Leistungen kommen. Die Vielfalt psychischer Erkrankungen führt gleichermaßen auch zu unterschiedlichen Auffälligkeiten oder Schwierigkeiten im Schulalltag. Erkrankungsbedingte Konzentrationsstörungen, Ängste, vermindertes Selbstvertrauen, Müdigkeit oder sozialer Rückzug können zu einer Verschlechterung der schulischen Leistungen bis hin zum Schulversagen führen. Im Vergleich einer Altersgruppe fallen Lehrkräften Unterschiede in der Leistung oder im Verhalten psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher oftmals früh auf. Als „seltsam“ wahrgenommenes Verhalten (z. B. Ausraster oder Aggressivität, Selbstverletzungen) von Klassenkameraden überfordert Mitschüler. Voraussetzung für eine angemessene individuelle Förderung betroffener Kinder und Jugendlicher ist eine enge Kooperation der Lehrkräfte mit den Erziehungsberechtigten und den behandelnden Ärzten und Therapeuten. Hierbei ist die Lehrkraft von Amts wegen zur Verschwiegenheit verpflichtet. Allein die Eltern entscheiden, welche Informationen an die Schule weiter gegeben werden.

Arbeit, Beruf und Erwerbsbeteiligung

Wesentlich für psychische Erkrankungen (in Abgrenzung zu situationsbedingten Auffälligkeiten, Launen oder Stimmungsschwankungen) ist ein zeitweise anderes Erleben oder Verhalten. Auch das Leistungsverhalten kann sowohl im betrieblichen als auch privaten Umfeld beeinträchtigt sein oder sich verändern, z. B. durch eine deutliche Leistungsminderung bzw. erhebliche Leistungsschwankungen, nachlassende Konzentration oder Disziplin (z. B. Nichteinhalten von Absprachen) sowie Unsicherheiten sogar bei Routineaufgaben. Zudem kann sich eine psychische Erkrankung auf die Gedächtnisleistung, Motivation und Kreativität auswirken. Das Vorliegen einer schweren psychischen Erkrankung ist häufig mit erheblichen Auswirkungen auf die Arbeits- bzw. Erwerbssituation der Betroffenen verbunden. Infolge einer psychischen Erkrankung kann es je nach Alter der Betroffenen und Erwerbsstatus zum Abbruch der Ausbildung, zum Verlust des Arbeitsplatzes oder zu Frühberentungen (Erwerbsminderungsrenten) kommen. Umgekehrt können psychische Belastungen und -gefähr-

dungen am Arbeitsplatz oder der Verlust eines Arbeitsplatzes psychische Krisen und Störungen erst bedingen. Die Arbeitslosenquote ist in dieser Bevölkerungsgruppe überdurchschnittlich hoch. Insbesondere sind Menschen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis betroffen. Eine gelingende berufliche Teilhabe beginnt meist schon zu einem frühen Zeitpunkt, nämlich an den Übergängen von Schule, Ausbildung und Beruf. Im Kindes- und Jugendalter beginnende psychische Probleme können erhebliche Auswirkungen auf die schulische und berufliche Ausbildung haben und die Chancen auf einen Ausbildungs- und Arbeitsplatz verringern (fehlende berufliche Ersteingliederung). Später im Leben auftretende psychische Erkrankungen können dazu führen, dass die betroffenen Menschen den Anforderungen ihres Arbeitsplatzes nicht mehr gewachsen sind, die geeigneten Strukturen für „leidensgerechte“ Arbeitsplätze im Berufsalltag jedoch fehlen (z. B. „Auffangen“ von Leistungsschwankungen oder Unsicherheiten sogar bei Routineaufgaben). Arbeit kann eine gesundheitliche Ressource für psychisch Erkrankte darstellen. Nicht-Arbeit kann zur Aufrechterhaltung oder Verschlimmerung einer psychischen Erkrankung beitragen. Denn eine sinnstiftende Beschäftigung vermittelt Selbstwertgefühl, gibt Struktur, sichert das finanzielle Auskommen und verhindert Ausgrenzungserfahrungen durch den Verlust oder das Fehlen eines Arbeitsplatzes. Rehabilitation will psychisch Erkrankten eine berufliche (Wieder-)Eingliederung auf dem ersten oder zweiten Arbeitsmarkt (berufliche Arbeitsverhältnisse mit staatlicher Förderung) durch geeignete Maßnahmen ermöglichen.

Häusliches Leben

Symptomauswirkungen und Krankheitsfolgen können dazu führen, dass psychisch erkrankte Menschen vorübergehend oder dauerhaft nicht mehr in der Lage dazu sind, ihren Alltag alleine zu bewältigen. Das betrifft auch die alltäglichen Verrichtungen. Aufgrund der Beschwerden kann es Betroffenen schwer fallen, Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs, wie etwa Lebensmittel, Getränke oder Kleidung zu beschaffen. Auch kann die nötige Kraft fehlen, Mahlzeiten vorzubereiten, sauber zu machen, zu kochen, zu waschen und die Hausarbeit zu erledigen. Ziel der Rehabilitationsmaßnahmen ist, betroffenen Menschen einen „normalen“ Alltag und eine möglichst uneingeschränkte Teilhabe am gewohnten Leben zu ermöglichen. Dazu gehört beispielsweise auch zu erlernen, wie mit psychischen Erkrankungen im Alltag umgegangen werden kann. Dazu zählen u. a. Trainings der Aktivitäten des täglichen Lebens. Unter bestimmten Umständen können die Kosten für eine Haushaltshilfe durch einen Rehabilitationsträger übernommen werden.

Soziale und kulturelle Teilhabe

Für psychisch erkrankte Menschen kann es als Folge ihrer Erkrankung schwer sein, Verabredungen einzuhalten oder zuverlässig zu sein. Psychische Krisen treten meist unangekündigt auf und sind in ihrem Ablauf und ihrer Dauer oft nicht berechenbar. Das wirkt sich negativ auf die Pflege und Aufrechterhaltung tiefergehender sozialer Kontakte aus. In unserer Gesellschaft stehen die soziale und kulturelle Teilhabe mit dem Einhalten von Terminen, Pünktlichkeit, Zuverlässigkeit, aber auch Aus- und Durchhalten in enger Verbindung. Kann ein Mensch dem wiederholt nicht nachkommen, kann dies zu sozialer Isolation und Vereinsamung führen. Bestimmte schwere psychische Erkrankungen führen zudem zu einem teilweisen Verlust grundlegender kommunikativer Fähigkeiten, z. B. ein Gespräch zu beginnen, aufrechtzuerhalten oder zu beenden. Auch kann es aufgrund gesellschaftlicher Einstellungen und/oder fehlender Krankheitskenntnisse vorkommen, dass ein depressiver Mensch mit Antriebsstörungen vom sozialen Umfeld für faul gehalten wird, ein schizophrener Mensch als unberechenbar eingeschätzt wird oder suchtkranken Menschen von Mitmenschen vorgeworfen wird, ihnen fehle es an Disziplin. Das kann dazu führen, dass sich einerseits das Umfeld von den psychisch erkrankten Menschen abwendet, andererseits die psychisch erkrankten Menschen sich von der Umwelt distanzieren, weil sie sich nicht verstanden fühlen oder Schwierigkeiten haben, Beziehungen einzugehen. Beides wirkt sich auf die sozialen Lebenschancen der betroffenen Menschen aus. In der Rehabilitation wird das Verhalten und Erleben in sozialen Situationen in Rollenspielen trainiert. Um die Übungseffekte in den Alltag zu übertragen, ist eine Fortführung des Trainings im individuellen Umfeld wichtig. Darüber hinaus wirkt sich geeignete gesellschaftliche Aufklärung positiv auf die soziale Teilhabe psychisch erkrankter Menschen aus.

3 Allgemeine Grundsätze für Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe

3.1 Rehabilitation als Teil des Versorgungssystems

In Deutschland stehen differenzierte Versorgungsstrukturen mit gestuften Versorgungsangeboten für die Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und deren Folgen zur Verfügung (vgl. Abb. 2). Prävention, Akutbehandlung, Rehabilitation und langfristige Integration psychisch erkrankter Menschen bilden ein Versorgungsangebot, das leistungsrechtlich und konzeptionell aus verschiedenen Segmenten zusammengesetzt ist. Dies stellt eine Herausforderung für die Steuerung, Planung und Koordination rehabilitativer Prozesse dar. Mit dem Bundesteilhabegesetz hat der Gesetzgeber die Träger von Rehabilitationsmaßnahmen verpflichtet, frühzeitig drohende Behinderungen zu erkennen und gezielt Prävention noch vor Eintritt der Rehabilitation zu ermöglichen. Damit ist das Ziel verbunden, bereits vor Eintritt einer chronischen Erkrankung oder Behinderung durch geeignete präventive Maßnahmen entgegenzuwirken und die Erwerbsfähigkeit zu erhalten.

Abb. 2: Querschnittsbereiche der Versorgung im Gesundheitswesen
(angelehnt an: Querschnittsbereiche der Versorgung nach Bengel et al., 2003)



Insbesondere bei psychischen Erkrankungen ist die Entscheidung für eine bestimmte Form der Behandlung oft nicht leicht. Wirksame Behandlungsmöglichkeiten (z. B. Psychotherapie) können im Versorgungssystem in verschiedenen Behandlungssettings (ambulant, teilstationär, vollstationär) umgesetzt werden. Die Entscheidung für eine Behandlung und das Behandlungssetting ist dabei immer individuell zu treffen. Das Spektrum der Angebote reicht von niedrigschweligen Angeboten, wie z. B. Beratungsstellen, über Behandlungsmöglichkeiten im niedergelassenen Bereich bei Haus- und Fachärzten, in Krankenhäusern, in ambulanten oder stationären Rehabilitationseinrichtungen bzw. -zentren sowie in Pflegeheimen bis zu Angeboten der Selbsthilfe.

Für die Krankenbehandlung einerseits und die Rehabilitation andererseits bestehen gesetzlich geregelte Zuständigkeiten und unterschiedliche Behandlungsziele. Rehabilitationsmaßnahmen stehen chronisch kranken, von Behinderung bedrohten oder behinderten Menschen zur Verfügung. Sie sollen dazu dienen, im Anschluss an eine Erkrankung, die ursprünglichen körperlichen und/oder geistigen Fähigkeiten eines Menschen so weit wie möglich wieder herzustellen, zu verbessern oder vor Verschlimmerung zu bewahren. Der aus gesundheitlichen Gründen hervorgerufenen Bedrohung oder Beeinträchtigung der Teilhabe soll damit entgegnet und eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit möglichst vermieden werden. Zur Erreichung der Rehabilitationsziele ist eine aktive Mitarbeit der Rehabilitanden notwendig. Die Rehabilitation kann ihren

Beitrag dazu leisten, dass Menschen trotz Einschränkungen aufgrund einer langandauernden Erkrankung oder Behinderung eine ausreichende Lebensqualität zurückgewinnen, weiterhin am Alltagsleben teilhaben, am gemeinschaftlichen Leben partizipieren sowie im Arbeitsleben verbleiben.

3.2 Grundlagen und Aufgaben der Rehabilitation

Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe sind darauf ausgerichtet, den durch Krankheit und Behinderung bedingten Einschränkungen zu begegnen und den betroffenen Menschen ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, d. h. ein möglichst eigenständiges Leben im Alltag, in der Freizeit und im Beruf, zu ermöglichen. Ein wesentliches Instrument zur Umsetzung dieses Grundsatzes ist die Erarbeitung eines zielorientierten Teilhabeplans, welcher mit dem betroffenen Menschen und allen an seiner Behandlung und Rehabilitation beteiligten Fachkräften abgestimmt wird. Dieser berücksichtigt die im Einzelfall angestrebten Ziele und Zwischenziele sowie den spezifischen Unterstützungsbedarf des Menschen mit psychischer Erkrankung.

Die komplexen und multidisziplinären Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe können im gegliederten System der sozialen Sicherung angezeigt sein, wenn die Behandlungsleistungen nach § 27 Abs.1 Punkt 1–5 SGB V (akutmedizinische Versorgung) allein nicht ausreichen (z. B. der primär auf Heilung oder Linderung ausgerichtete Einsatz von Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln), um krankheitsbedingte Beeinträchtigungen zu beheben oder zu reduzieren – oder um betroffene Menschen zu unterstützen, vorhandene Fähigkeiten so zu nutzen, dass der größtmögliche Grad an eigenständiger Lebensführung und Integration in die Gesellschaft erreicht werden kann.

Entsprechend dem individuellen Rehabilitationsbedarf des psychisch erkrankten Menschen braucht es flexible Unterstützungsangebote zur

- Förderung und Unterstützung bei der Bewältigung der Krankheitsfolgen und Befähigung zur Inanspruchnahme notwendiger Hilfen,
- Förderung und Erprobung alltagspraktischer Fertigkeiten,
- Förderung und Erprobung kommunikativer und sozialer Fertigkeiten,
- Belastungserprobung,
- Berufsfindung und beruflichen Anpassung,
- Förderung und Erprobung beruflicher Fertigkeiten,
- Erlangung bzw. zum Erhalt eines Arbeitsplatzes.

Tab. 1: Grundsätze bei der Erbringung von Leistungen zu Reha und Teilhabe

Bei der Erbringung der Leistungen zur Teilhabe gelten folgende Grundsätze:	
Frühzeitigkeit der Bedarfserkennung:	Rechtzeitiges Einsetzen der notwendigen Hilfen und Leistungen zur Teilhabe.
Individualität:	Berücksichtigung des individuellen Rehabilitationsbedarfs.
Komplexität:	Beachtung aller im Einzelfall notwendigen Hilfen und Leistungen zur Teilhabe (umfassender Teilhabeplan).
Interdisziplinarität:	Integration aller im Einzelfall notwendigen Hilfen und Leistungen zur Teilhabe.

Bei der Erbringung der Leistungen zur Teilhabe gelten folgende Grundsätze:
Zielgerichtetheit, was die Kompensation der Folgen der Erkrankung anbelangt (Abstimmung von spezifischen Rehabilitationszielen für verschiedene Beeinträchtigungen).
Einheitlichkeit und Nahtlosigkeit der Leistungserbringung: Gewährleistung der Behandlungskontinuität im Zugang wie auch innerhalb der verschiedenen Leistungsarten der Rehabilitation.
Bedarfsgerechtigkeit: Ermöglichung des Zugangs zu Rehabilitationsmaßnahmen für differenzielle Zielgruppen.
Berücksichtigung des möglichen Vorrangs von: <ul style="list-style-type: none">■ ambulanten vor stationären Hilfen,■ Rehabilitation vor Rente und■ Rehabilitation vor Pflege.

3.3 Bio-psycho-soziales Modell (ICF)

Für die Auswahl des im Einzelfall notwendigen Behandlungs- und Interventionskonzeptes in der Rehabilitation sind neben der (Grund-)Erkrankung maßgeblich:

- Art und Ausmaß der Struktur-/Funktionsschädigung sowie
- die Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe
- vor dem jeweiligen Lebenshintergrund (Kontextfaktoren) des betroffenen Menschen.

Dieser umfassenden Betrachtung trägt die von der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization – WHO) entwickelte Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF) Rechnung.²² Die ICF ermöglicht die systematische Beschreibung von Krankheitsauswirkungen im Einzelfall. Sie erweitert den Blick auf vorhandene Ressourcen und die im Einzelfall relevanten Förderfaktoren und Barrieren.

Der Oberbegriff für Körperstrukturen/-funktionen, Aktivitäten und Teilhabe ist in der ICF die **Funktionsfähigkeit**. Funktionsfähigkeit im Sinne der ICF kann so verstanden werden, dass eine Person trotz einer Erkrankung

- all das tut oder tun kann, was von einem gesunden Menschen erwartet wird und/oder
- sie sich in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem gesunden Menschen erwartet wird.

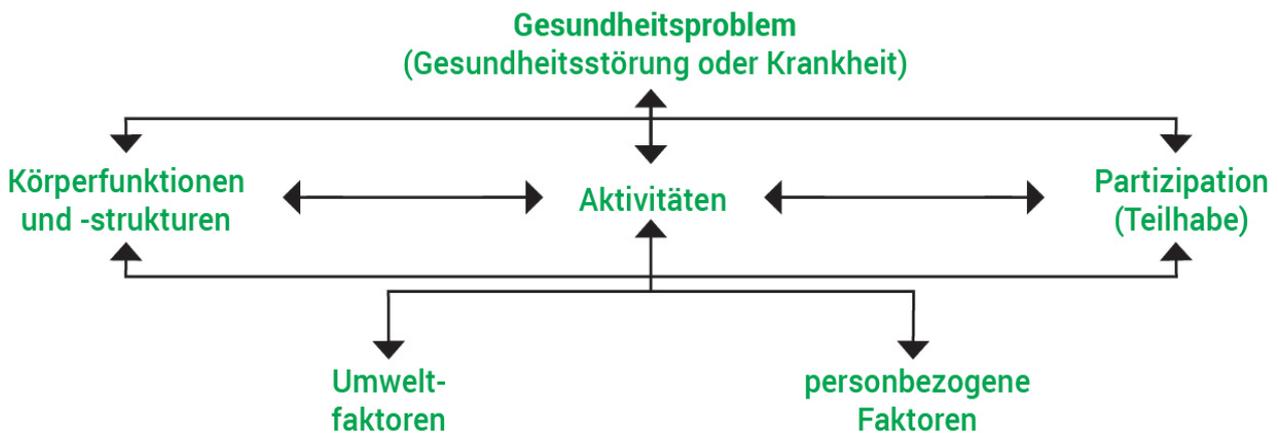
Funktionsfähigkeit ist das Ergebnis von Wechselwirkungen zwischen dem Gesundheitsproblem einer Person, den Auswirkungen dieses Gesundheitsproblems auf Körperfunktionen/-strukturen, Aktivitäten und Teilhabe unter Berücksichtigung der für den Einzelfall relevanten Kontextfaktoren.

Die Kontextfaktoren ermöglichen die Beschreibung des gesamten Lebenshintergrundes einer Person, also aller umwelt- und personbezogenen Faktoren, die Einfluss auf die Funktionsfähigkeit einer Person haben können. Kontextfaktoren können positiv (Förderfaktoren) oder negativ (Barrieren) wirken. So kann eine Person z. B. durch fehlende Barrierefreiheit im öffentlichen Personennahverkehr behindert werden. Umweltfaktoren bilden die materielle, soziale und einstellungs-

22 Die deutschsprachige Übersetzung der ICF wurde vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegeben unter www.dimdi.de

bezogene Umwelt ab, in der Menschen leben und ihr Leben gestalten. Diese Faktoren liegen außerhalb des Individuums. Dazu gehören z. B. soziale Unterstützung und Beziehungen, Technologien, Fremd-Einstellungen und Dienstleistungen. Personbezogene Faktoren können z. B. Alter, Geschlecht, Beruf, Lebensstil oder Gewohnheiten sein.

Abb. 3: Wechselwirkung zwischen den Komponenten der ICF (WHO, 2001)



Das in Abbildung 3 gezeigte Modell der Wechselwirkungen verdeutlicht, dass Behinderung im Sinne einer Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit kein statisches Merkmal, sondern ein dynamischer Prozess ist. Die Komplexität der Wechselwirkungen lässt vielfältige Interventionsansätze erkennen, z. B.

- bei der Behandlung der Funktionsschädigung selbst oder der Förderung verbliebener Fähigkeiten,
- der Verbesserung oder Kompensation beeinträchtigter Aktivitäten,
- der Nutzung von Ressourcen des Betroffenen oder seines Lebensraumes sowie
- der Verbesserung oder des Ausgleichs einer beeinträchtigten Teilhabe (Partizipation).

Krankheits-Auswirkungen zu ICF-Komponenten bei psychischen Erkrankungen

Die bio-psycho-sozialen Auswirkungen einer psychischen Erkrankung können anhand eines Fallbeispiels veranschaulicht werden: Schizophrene Psychose.²³

Auszug aus der Anamnese:

Ein 32-jähriger ehemaliger Fremdsprachenstudent mit Migrationshintergrund lebt in einer Wohngemeinschaft, in der er sich zunehmend isoliert. Er kam mit 19 Jahren zusammen mit seiner Familie nach Deutschland. Während des Studiums mit 22 Jahren erstmals Auftreten psychotischer Symptome mit Verfolgungswahn und Stimmenhören. Zunächst kein Krankheitsgefühl und keine Krankheitseinsicht, Familienangehörige und damalige Mitbewohner konnten schließlich die Vorstellung bei einem Allgemeinarzt erreichen. Eine vorgeschlagene medikamentöse Behandlung wurde abgelehnt. In der Folgezeit Abbruch des Studiums, sozialer Rückzug, wegen zunehmender Verhaltensauffälligkeiten mit Realitätsverkennerung Einweisung in eine psychiatrische Klinik. Dort gegen ärztlichen Rat entlassen. Zu Hause Auftreten von aggressiven Ausbrüchen, die eine Einweisung nach Unterbringungsgesetz erforderlich machten. Unter neuroleptischer Medikation Besserung des Zustandsbildes, Rückkehr in den Familienverbund. In der Folgezeit Zunahme kognitiver Defizite, Abbruch des Studiums, Non-Compliance mit der Neuroleptika-Medikation.

Diagnosen:

Aktuell: Schizophrenes Residuum (ICD-10: F20.5)

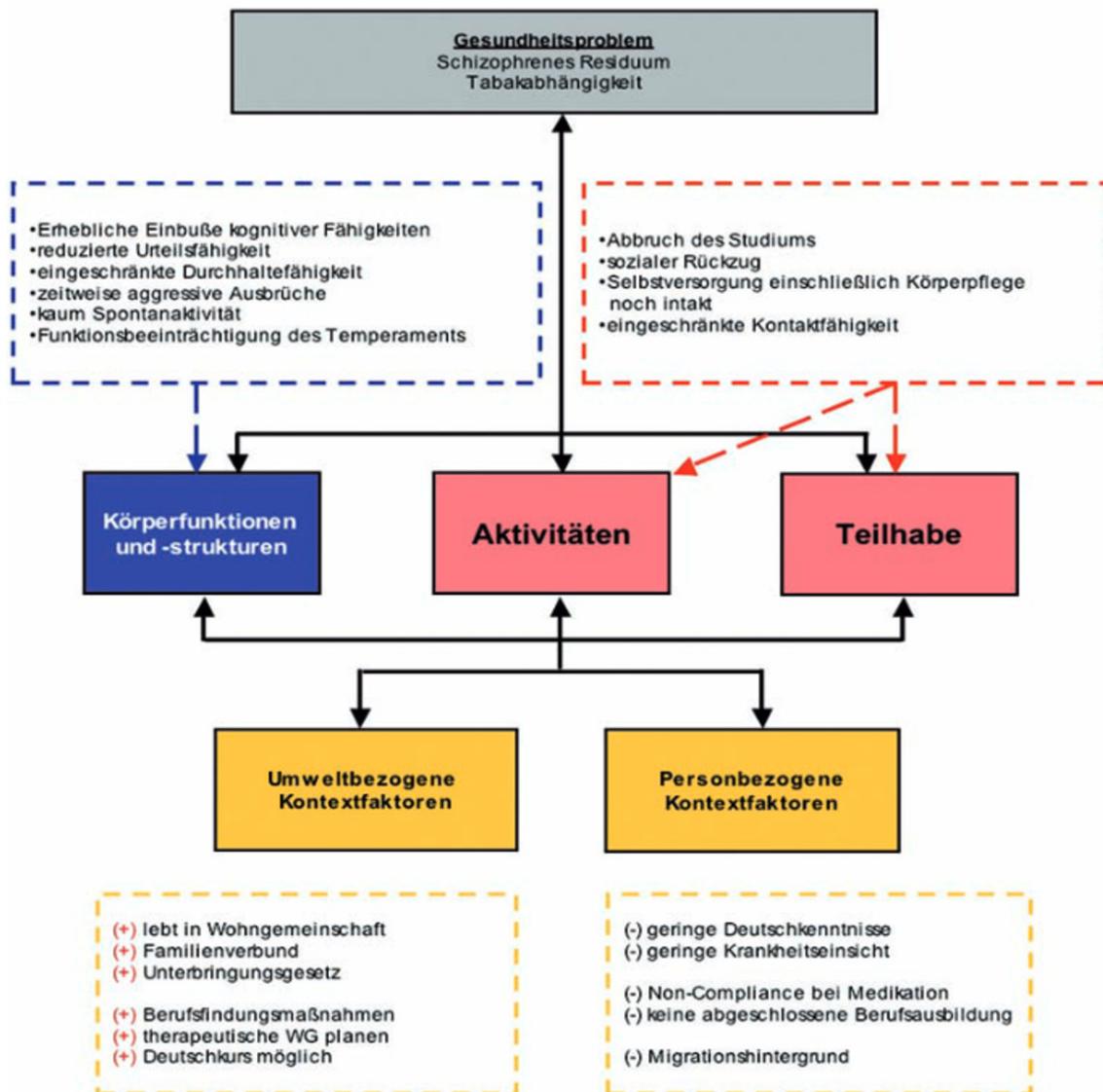
Nebendiagnosen: Tabakabhängigkeit (ICD-10: F17.25)

23 Weitere Beispiele zu anderen Erkrankungen auch in: BAR, ICF-Praxisleitfäden 1–3 unter www.bar-frankfurt.de

Psychosozialer Befund:

Erhebliche Einbuße kognitiver Fähigkeiten (Abbruch Studium), reduzierte Urteilsfähigkeit, eingeschränkte Durchhaltefähigkeit, eingeschränkte Kontaktfähigkeit („Sonderling“), kaum Spontanaktivitäten, Selbstversorgung einschließlich Körperpflege noch intakt.

Abb. 4: Zuordnung – Krankheits-Auswirkungen zu ICF-Komponenten bei psychischer Erkrankung²⁴



Förderfaktoren (+) / Barrieren (-)

24 BAR (2010). ICF-Praxisleitfaden 3

3.4 Sozialrecht in knapper Form – Rehabilitationsträger, -formen und -zuständigkeiten

Vereinfacht ausgedrückt, sind an der Rehabilitation drei Parteien beteiligt: Der Rehabilitationsträger, der Rehabilitand und die Rehabilitationseinrichtung bzw. -angebot (vgl. Abb. 5):

Abb. 5: Das sozialrechtliche Dreieck



Grundlagen: Rehabilitationsleistungen werden auch Leistungen zur Teilhabe genannt. Leistungen zur Teilhabe werden für chronisch kranke, behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen erbracht. Das Sozialgesetzbuch (IX) Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen definiert den Behinderungsbegriff in § 2 Absatz 1 SGB IX. Der Schwerpunkt liegt auf den Wechselwirkungen zwischen Person und Umwelt. Demnach gelten Menschen als behindert, die „körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Geisteszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 1 zu erwarten ist.“

Grundsätzliche Ziele: Leistungen zur Teilhabe (§ 4 SGB IX) „umfassen die notwendigen Sozialleistungen, um unabhängig von der Ursache der Behinderung

1. die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern,
2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug anderer Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern,
3. die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern,
4. die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbstständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern.“

3 Allgemeine Grundsätze für Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe

Vor diesem Hintergrund ist Rehabilitation als Prozess zu verstehen, in dem unterschiedliche Hilfen bzw. Leistungen für psychisch erkrankte Menschen auch unter Einbeziehung der Bezugspersonen – zeitlich parallel oder in zeitlicher Folge – jeweils so kombiniert werden, wie es dem individuellen Rehabilitationsbedarf neben der ggf. weiter erforderlichen Behandlung entspricht. Dieser umfassende Rehabilitationsgedanke wird im gegliederten System der sozialen Sicherung umgesetzt.

Um die zeitnahe Erbringung der im Einzelfall erforderlichen Leistungen sicherzustellen, ist eine enge Kooperation aller an der Versorgung beteiligten Rehabilitationsträger und Leistungserbringer (z. B. niedergelassene Ärzte sowie Therapeuten, in Rehabilitationseinrichtungen tätige Ärzte unter Einschluss des gesamten Rehabilitationsteams, in der Nachsorge beschäftigte Berufsgruppen) erforderlich.

Leistungsträger und Leistungsgruppen: Für die unterschiedlichen Leistungen zur Teilhabe (§ 5 SGB IX) sind im gegliederten System der sozialen Sicherung verschiedene Rehabilitationsträger zuständig (vgl. Tab. 2). Es werden fünf Leistungsgruppen unterschieden, für die jeweils unterschiedliche Zuständigkeiten gelten:

Tab. 2: Träger der Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitationsträger)

Rehabilitations- bzw. Leistungsträger	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	Leistungen zur sozialen Teilhabe	Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen	Leistungen zur Teilhabe an Bildung
Gesetzliche Krankenversicherung	✓			✓	
Gesetzliche Rentenversicherung	✓	✓		✓	
Alterssicherung der Landwirte	✓			✓	
Gesetzliche Unfallversicherung	✓	✓	✓	✓	✓
Bundesagentur für Arbeit		✓		✓	
Träger der öffentlichen Jugendhilfe	✓	✓	✓		✓
Träger der Eingliederungshilfe	✓	✓	✓		✓
Träger des Sozialen Entschädigungsrechts*	✓	✓	✓	✓	✓
Integrationsämter**		✓			

Quelle: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR), 2020

* alte Bezeichnung: Träger der Kriegsopferversorgung und der Kriegsopferfürsorge

** nicht Rehabilitationsträger, aber Sozialleistungsträger

Medizinische Rehabilitation: Allgemeines Ziel der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ist, eine drohende oder bereits manifeste Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, eine Verschlimmerung zu vermeiden oder ihre Folgen zu mildern. Durch frühzeitige Einleitung der im Einzelfall gebotenen Leistungen soll zudem die Erwerbsfähigkeit wiederhergestellt oder verbessert und damit eine Erwerbsunfähigkeit verhindert werden (Reha vor Rente). Der Rehabilitand soll (wieder) befähigt werden, eine Erwerbstätigkeit und/oder bestimmte Aktivitäten des täglichen Lebens möglichst in der Art und in dem Ausmaß auszuüben, die für diesen Menschen als „normal“ (d. h. für seinen persönlichen Lebenskontext üblich) erachtet werden. Es existiert ein flexibles System der medizinischen Rehabilitation: Leistungen der medizinischen Rehabilitation können stationär, ambulant oder mobil erbracht werden. In der Gesundheitspolitik gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“, d. h. es sollten zunächst die Möglichkeiten der ambulanten Versorgung ausgeschöpft werden.

3 Allgemeine Grundsätze für Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe

Die stationäre Rehabilitation findet in einer überregionalen Rehabilitationseinrichtung (Rehabilitationsklinik, Rehabilitationzentrum) statt, in der die Rehabilitanden auch übernachten. Es handelt sich um eine wohnortferne Unterbringung außerhalb der gewohnten Umgebung. Die stationäre Rehabilitationseinrichtung weist die entsprechende Indikationsausrichtung der rehabilitations-begründenden Diagnose der Rehabilitanden auf und ist auf die Behandlung bestimmter Erkrankungen spezialisiert. Bei den Werktagen sowie dem Samstagvormittag handelt es sich im Allgemeinen um therapiegebundene Zeiten. Die Abende, der Samstagnachmittag sowie der Sonntag sind in der Regel therapiefrei und stehen zur freien Verfügung der Rehabilitanden (Eigentaining oder Freizeit).

Die ambulante Rehabilitation findet in zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen in der Nähe des Wohnorts statt, sie ist also in einer angemessenen Fahrzeit zu erreichen. Dort erhalten die Rehabilitanden in der Regel tagsüber ihre Behandlungen und können anschließend in das häusliche Umfeld zurückkehren (ganztäglich ambulante Rehabilitation). Als Voraussetzung gilt jedoch u. a., dass der Rehabilitand ausreichend körperlich und psychisch belastbar sowie mobil ist. Die Wohnortnähe ermöglicht es, den Arbeitsplatz, die Angehörigen/Bezugspersonen, den Hausarzt und die Selbsthilfeangebote vor Ort in die Rehabilitation einzubeziehen und alltagsnahe Trainingsmaßnahmen durchzuführen sowie das in der Rehabilitation Erlernte direkt im privaten oder beruflichen Bereich umzusetzen.

Die mobile Rehabilitation ist eine besondere Form der ambulanten Rehabilitation. Rehabilitationsmaßnahmen werden in der häuslichen Umgebung der betroffenen Menschen durchgeführt und können dadurch in besonderem Maße in die Lebenswelt der Rehabilitanden integriert werden. Das familiäre Umfeld kann auf diese Weise miteinbezogen werden, das Erlernte in vertrauter Umgebung umgesetzt und Hilfsmittel direkt angepasst werden. Zudem entfallen z. T. schwierige Gewöhnungs- und Transferprozesse, wie sie beispielsweise bei der Rückkehr in das Alltagsleben nach einer stationären Rehabilitation auftreten können, durch die Rehabilitation in der vertrauten Umgebung. Bei psychischen Erkrankungen wird die mobile Rehabilitation derzeit lediglich bei geriatrisch-psychiatrischen Fallkonstellationen durchgeführt.

Die für den einzelnen Menschen am besten geeignete Form der Rehabilitation (stationär, ambulant, mobil) hängt u. a. von der medizinischen Ausgangssituation, den persönlichen Lebensbedingungen, den individuellen Rehabilitationszielen und vom regional vorhandenen Rehabilitationsangebot ab.

Berufliche Rehabilitation: Der sozialrechtliche Begriff für die Berufliche Rehabilitation ist „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ (LTA). Ziel der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist, die Erwerbsfähigkeit behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern. Vorrangiges Ziel ist die Teilhabe auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Kann dieses Ziel nicht bzw. noch nicht erreicht werden, ist eine Eingliederung auf dem besonderen Arbeitsmarkt (z. B. Werkstätten für behinderte Menschen) möglich. Zur Zielsetzung gehört auch, die Persönlichkeit dieser Menschen weiterzuentwickeln. Beruf und Arbeit bieten nicht nur die Grundlagen der wirtschaftlichen Existenz, sondern beeinflussen auch die psychische Gesundheit, das Familienleben und das soziale Ansehen. Für den Personenkreis der erwerbsfähigen psychisch erkrankten Menschen mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit ist ein Angebot an geeigneten Arbeitsplätzen – gegebenenfalls durch begleitende Hilfen – möglichst auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu erschließen. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben kommen in Frage, wenn betroffene Menschen länger als sechs Monate gesundheitlich so beeinträchtigt sind, dass sie ihren bisherigen Beruf nicht mehr (wettbewerbsfähig) ausüben können.

Soziale Rehabilitation: Im Zuge der Einführung des Bundesteilhabegesetzes wurden Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft in Leistungen zur sozialen Teilhabe umbenannt. Dadurch wurde der Leistungskatalog nicht erweitert oder eingeschränkt, sondern neu formuliert und benannt. „Leistungen zur sozialen Teilhabe“ ist der sozialrechtliche Begriff für die Soziale Rehabilitation. Leistungen zur sozialen Teilhabe zielen darauf ab, chronisch kranken, von Behinderung bedrohten und behinderten Menschen die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern. Eine

3 Allgemeine Grundsätze für Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe

chronische Erkrankung oder Behinderung belastet auch finanziell (z. B. Mehraufwendungen für Zuzahlungen, Aufwendungen für Fahrten zum Arzt, zur Klinik oder zur ambulanten Therapie, finanzielle Ausfälle durch einen Wechsel von einem Vollzeit- zu einem Teilzeitarbeitsplatz), sodass soziale Teilhabe am kulturellen Leben nicht mehr ohne weiteres möglich ist. Leistungen zur sozialen Teilhabe können hier z. B. erkrankungs-, behinderungs- und behandlungsbedingte Mehraufwendungen durch finanzielle Erleichterungen ausgleichen, z. B. Zuzahlungsbefreiungen, Wohngeldzuschüsse, Befreiung von Rundfunk- und Fernsehgebühren.

Leistungen zur Teilhabe an Bildung: Eine neue eigene Leistungsgruppe stellen seit Einführung des Bundesteilhabegesetzes die Leistungen zur Teilhabe an Bildung dar. Sie sollen Menschen mit Behinderung einen gleichberechtigten Zugang zum allgemeinen Bildungssystem gewährleisten. Wie schon bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft handelt es sich dabei um personelle Unterstützung, kommunikative, technische oder andere Hilfsmittel.

Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen: Zusätzlich werden unter bestimmten Bedingungen unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen erbracht, damit der Betroffene die eigentlichen Leistungen zur Teilhabe (z. B. eine dreiwöchige stationäre medizinische Rehabilitation in einem anderen Bundesland) wahrnehmen kann, ohne seinen Lebensunterhalt und seine finanzielle Absicherung zu gefährden. Auch soll die Rehabilitation nicht daran scheitern, dass ein im Haushalt lebendes Kind oder pflegebedürftiger Familienangehöriger durch die Abwesenheit des Rehabilitanden ohne häusliche Versorgung bleiben würde. Dazu zählen u. a. Krankengeld, Übergangsgeld, Unterhaltszuschüsse, Beitragszuschüsse zu Sozialversicherungen, Haushaltshilfen, Kinderbetreuungskosten sowie der Rehabilitationssport und das Funktionstraining.

Persönliches Budget: Das Persönliche Budget ist eine alternative Form der Leistungserbringung von Rehabilitations- und Teilhabeleistungen der Rehabilitationsträger (§ 29 SGB IX). Für den leistungsberechtigten Menschen besteht unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit, statt der oben genannten Dienst- und Sachleistungen zur Teilhabe, Geldleistungen (oder Gutscheine) von den Rehabilitationsträgern zu erhalten. Mit dem Geld des Persönlichen Budgets wählt der Leistungsberechtigte die benötigten Hilfen selbst aus, kauft sie ein und bezahlt diese. Mit dem Persönlichen Budget wird chronisch kranken, von Behinderung bedrohten und behinderten Menschen die Möglichkeit gegeben, ihren Bedarf an Teilhabeleistungen selbstbestimmt am individuellen Bedarf und eigenen Wünschen auszurichten sowie in eigener Verantwortung und Gestaltung zu decken. Es besteht ein Rechtsanspruch auf Persönliches Budget. Ein Persönliches Budget setzt einen Anspruch auf Teilhabeleistungen bzw. andere budgetfähige Sozialleistungen voraus, der vom Leistungsträger im Vorfeld geprüft wird. Dazu wird eine Zielvereinbarung zwischen Leistungsberechtigten und Leistungsträger geschlossen. Es sind alle Leistungen zur Teilhabe budgetfähig (medizinische und berufliche Rehabilitationsleistungen, Leistungen zur sozialen Teilhabe sowie zur Teilhabe an Bildung). Die Leistungen, die als Persönliches Budget erbracht werden, können zwischen den Leistungsträgern variieren. Beispielhafte Leistungen in Form eines Persönlichen Budgets können den BAR-Handlungsempfehlungen²⁵ entnommen werden.

Detaillierte Informationen zur Zuständigkeit der jeweiligen Rehabilitationsträger und deren Leistungen sowie den versicherungsrechtlichen und persönlichen Voraussetzungen sowie Zielen der jeweiligen Leistungsform erhalten Sie in der Broschüre „Wegweiser Rehabilitation und Teilhabe für Menschen mit Behinderung“, die von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR) herausgegeben wird.²⁶

²⁵ BAR (2009). Handlungsempfehlungen Trägerübergreifende Aspekte bei der Ausführung von Leistungen durch ein Persönliches Budget unter www.bar-frankfurt.de

²⁶ BAR, Wegweiser Rehabilitation und Teilhabe für Menschen mit Behinderung unter www.bar-frankfurt.de

3.5 Voraussetzungen der Rehabilitation

Die Rehabilitation bildet neben der medizinischen Akutbehandlung eine eigene Säule im Gesundheitswesen und reicht weit in den sozialen Bereich hinein. Basis dafür sind das bio-psycho-soziale Gesundheitsverständnis der Internationalen Klassifikation der funktionalen Gesundheit und die Begriffe Teilhabe (SGB IX) und Inklusion (UN-Behindertenrechtskonvention). Das bedeutet, dass Rehabilitation immer auf die (Funktions-)Fähigkeit und Ressourcen des Individuums und die Umweltbedingungen der Person ausgerichtet sein muss. Ziel ist die größtmögliche Selbstständigkeit und Partizipation des betroffenen Menschen in allen Lebensbereichen.

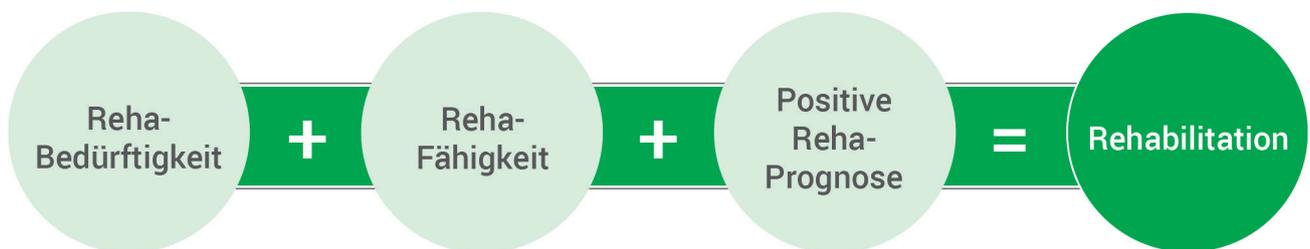
Psychische Erkrankungen sind häufig mit erheblichen Teilhabebeeinträchtigungen verbunden. Daher sind für diesen Personenkreis Rehabilitationsmaßnahmen von großer Bedeutung. Bei einer psychischen Erkrankung ist eine rehabilitative Maßnahme grundsätzlich angezeigt, wenn eine erhebliche (oder drohende) Beeinträchtigung z. B. in den folgenden Teilhabebereichen für den betroffenen Menschen bestehen:

- Gesundheit,
- Arbeit,
- Alltag,
- Wohnen,
- soziale Beziehungen.

Die Beeinträchtigung kann dabei krankheitsbedingt erheblich schwanken und zeigt sich häufig in wiederkehrenden Krisen. Betroffene Menschen leiden z. T. unter den eingeschränkten Möglichkeiten, am Leben in der Gesellschaft teilzuhaben, und dem Gefühl mangelnder Sinnhaftigkeit.

Die Feststellung eines individuellen Rehabilitationsbedarfs, als Voraussetzung von Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe für Menschen mit psychischen Erkrankungen, ist an das Bestehen einer individuellen Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit sowie einer im Hinblick auf das Erreichen des Rehabilitationsziels positiv eingeschätzten Rehabilitationsprognose gekoppelt.

Abb. 6: Voraussetzungen der Rehabilitation



Rehabilitationsbedürftigkeit

Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn als Folge einer Schädigung der Körperfunktionen und -strukturen (hier insbesondere die psychischen Funktionsstörungen) und/oder Beeinträchtigung der Aktivitäten die Teilhabe an Lebensbereichen bedroht oder beeinträchtigt ist.

Die Abklärung der Rehabilitationsbedürftigkeit ist ggf. auch im Rahmen einer stationären Krankenhausbehandlung vorzunehmen. Insbesondere die Tatsache wiederholter Aufenthalte in Fachkrankenhäusern beinhaltet einen Hinweis auf eine drohende oder eingetretene Chronifizierung einer psychischen Störung und damit einen möglichen Rehabilitationsbedarf.

Maßgebend für die Ermittlung des individuellen Rehabilitationsbedarfs sowie für die sozialmedizinische Beurteilung sind nicht die klassifizierenden Diagnosen, sondern Art und Umfang einer drohenden oder eingetretenen Beeinträchtigung und deren Auswirkungen auf die verschiedenen Ebenen der Teilhabe. Hierzu ist eine mehrdimensionale Diagnostik unter Bezug auf die ICF-Klassifikationssystematik erforderlich, die neben dem Krankheitsbild auch die persönlichen, beruflichen und sozialen Folgen der Störung berücksichtigt. Während der Durchführung rehabilitativer Maßnahmen können die vorgeschaltete Diagnostik weiter differenziert und der Rehabilitationsplan angepasst werden.

Die Erhebung diagnostischer Daten während rehabilitativer Leistungen ist auch deshalb fortzuschreiben, da sich psychische Störungen eher dynamisch entwickeln und die Möglichkeit auftretender Schwankungen in der persönlichen Stabilität und Belastbarkeit, der sozialen Anpassungsfähigkeit und der beruflichen Leistungsfähigkeit zu berücksichtigen ist.

Rehabilitationsfähigkeit

Um eine Rehabilitationsmaßnahme zu erhalten und antreten zu können, muss die betroffene Person zudem rehabilitationsfähig sein. Der Begriff der Rehabilitationsfähigkeit bezieht sich auf die somatische und psychische Verfassung des Rehabilitanden im Hinblick auf die Teilnahme an einer geeigneten Leistung zur Rehabilitation und Teilhabe. D. h. die betroffene Person muss körperlich und geistig in der Lage sein, an den rehabilitativen Leistungen teilzunehmen und aktiv an ihnen mitzuwirken.

Die Rehabilitationsfähigkeit ist im Rahmen einer ärztlichen (sozialmedizinischen) Begutachtung unter Berücksichtigung vorliegender Erkenntnisse aus bisheriger Behandlung einschließlich des Einsatzes von Heil- und Hilfsmitteln festzustellen. Unter Berücksichtigung der vorstehenden Ausführungen zu dem eher dynamischen Verlauf psychischer Störungen ist hier zu beachten, dass sich Rehabilitationsfähigkeit und -bedarf wandeln können.

Rehabilitationsprognose

Die Rehabilitationsprognose ist eine sozialmedizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage für das Erreichen der Rehabilitationsziele

- auf der Basis der Erkrankung, des bisherigen Verlaufs (einschließlich nicht ausreichender Möglichkeiten der ambulanten und ggf. stationären Therapie), des Kompensationspotenzials/der Rückbildungsfähigkeit unter Beachtung und Förderung individueller Ressourcen (Rehabilitationspotenzial einschließlich psychosozialer Faktoren),
- vor dem Hintergrund der individuell relevanten Umwelt- und personbezogenen Faktoren und des Verhältnisses von Förder- und Barrierefaktoren (z. B. Hilfsmiteinsatz, Unterstützung durch Familienangehörige, Handlungsbereitschaft, Selbstbestimmung, Motivierbarkeit),
- durch geeignete Leistungen zur Teilhabe,
- in einem dafür notwendigen Zeitraum.

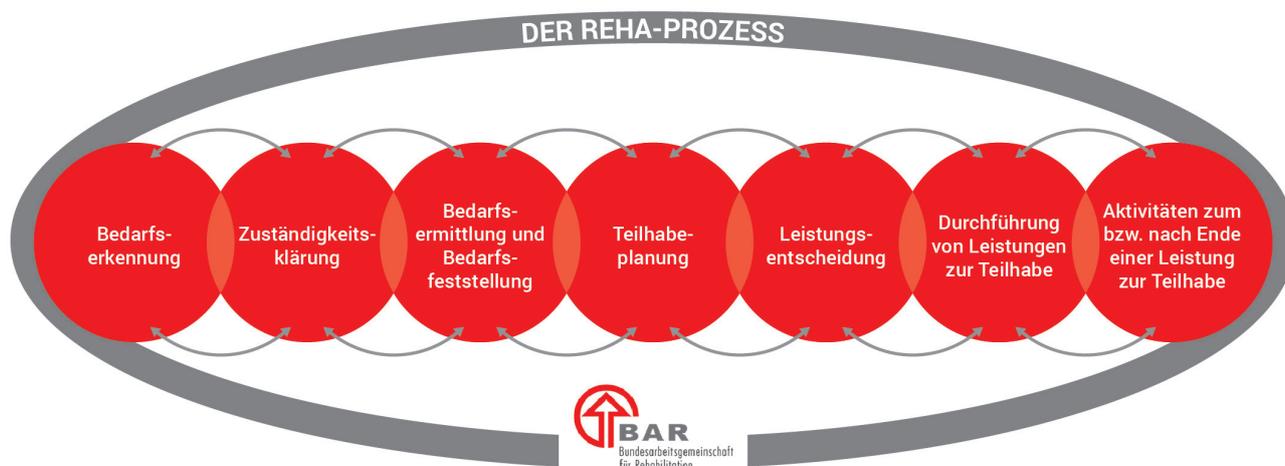
Rehabilitations-Motivation

Rehabilitationsfähigkeit, Rehabilitationsprognose und Rehabilitationserfolg werden von der Motivation des Rehabilitanden und seinem Engagement, im Rahmen der Rehabilitation etwas für seine Gesundheit, seine Lebensqualität und seine Teilhabe zu tun, erheblich beeinflusst. Die Rehabilitanden müssen die Bereitschaft zeigen, an einer Leistung zur Teilhabe konstruktiv mitzuwirken und an den Therapien aktiv teilzunehmen. Da psychische Erkrankungen für die betroffenen Menschen selbst wie auch für Angehörige und Außenstehende in ihrer Entstehung und in ihrem Beginn oft nur schwer zu erkennen sind, kann die Entwicklung von Krankheitseinsicht und die Bereitschaft zur Mitarbeit im Rehabilitationsprozess z. T. beeinträchtigt sein. In der Rehabilitation kann beispielsweise die krankheitsbedingte, phasenweise Schwierigkeit auftreten, den Anforderungen zeitlicher wie inhaltlicher Rehabilitationsbedingungen (z. B. Arbeitszeit, Lerninhalte, Kontinuität) nicht gerecht zu werden. Es können u. U. Beeinträchtigungen der Konzentration sowie der Lern- und Entscheidungsfähigkeit vorliegen. Diese Besonderheiten gilt es, im Rahmen der Rehabilitation zu berücksichtigen (siehe auch Kapitel 4.1).

3.6 Der Prozess der Rehabilitation

Rehabilitation ist nicht statisch, sondern ein Prozess aus verschiedenen Phasen bzw. Elementen.

Abb. 7: Schematische Darstellung des Reha-Prozesses



Wichtig für das Grundverständnis ist daher, den Reha-Prozess nicht als einmalig ablaufendes, lineares Modell bzw. als Prozesskette mit streng getrennten Prozessphasen zu betrachten. Vielmehr greifen die Phasen bzw. Elemente oftmals ineinander, überschneiden oder wiederholen sich oder fallen ganz weg. So spezifisch das Rehabilitationsziel jedes einzelnen Menschen ist, so individuell kann auch der Reha-Prozess ausgestaltet sein. Der Reha-Prozess ist folglich vor allem auch ein ständiger Kommunikationsprozess, dessen Gelingen auch von erfolgreicher Kommunikation der beteiligten Akteure und qualifizierter Beratung abhängt.

In der Gemeinsamen Empfehlung (GE) „Reha-Prozess“ haben die Rehabilitationsträger ein einheitliches Prozessverständnis von Rehabilitation vereinbart.²⁷ Der Reha-Prozess beinhaltet demnach folgende Phasen bzw. Elemente (vgl. Abb. 7):

27 BAR (2019). Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“ unter www.bar-frankfurt.de

Bedarfserkennung

Es soll möglichst frühzeitig erkannt werden, ob und welche Leistungen zur Teilhabe ein Mensch benötigt. Dabei sind verschiedene Akteure verpflichtet, aktiv zu werden (z. B. Ärzte, Therapeuten, Betreuer). Aber auch der betroffene Mensch selbst ist angehalten, mitzuwirken. Ziel ist eine Antragstellung durch den Leistungsberechtigten.

Zuständigkeitsklärung

Leistungen zur Teilhabe werden in der Regel auf Antrag erbracht. Dieser löst ein entsprechendes Verwaltungsverfahren aus. Wenn es mehrere Rehabilitationsträger braucht, ist zunächst festzustellen, wer der „leistende Rehabilitationsträger“ ist. Dieser ist für die Koordination der Leistungen und gegenüber dem Antragsteller verantwortlich (Zuständigkeit).

Bedarfsermittlung und Bedarfsfeststellung

Nachdem ein Antrag auf Leistungen zur Teilhabe eingegangen ist, sind die individuellen Bedarfe und dazu passgenaue Leistungen zu Rehabilitation und Teilhabe inhaltlich zu ermitteln. Der leistende Rehabilitationsträger stellt den Rehabilitationsbedarf umfassend anhand von Instrumenten der Bedarfsermittlung fest und bildet damit die Basis für die Entscheidung über die beantragten Leistungen. Für die umfassende Bedarfsermittlung kann das Gutachten eines Sachverständigen erforderlich sein und es müssen ggf. weitere Stellen in die Bedarfsermittlung einbezogen werden.

Teilhabeplanung

Eine Teilhabeplanung erfolgt, wenn Leistungen verschiedener Leistungsgruppen (z. B. medizinische Rehabilitation und berufliche Rehabilitation) oder mehrerer Rehabilitationsträger erforderlich sind. Ein Teilhabeplan ist zudem anzufertigen, wenn der Leistungsberechtigte dies wünscht. Im Teilhabeplan wird festgelegt, welche Leistungen wann durchgeführt werden.

Leistungsentscheidung

Die Entscheidung über Leistungen wird auf Grundlage des festgestellten Bedarfs getroffen. Es gelten dabei verschiedene Fristen (vgl. §§ 14 und 15 SGB IX iVm § 69 GE Reha-Prozess). In der Regel entscheidet der leistende Rehabilitationsträger über die beantragten Leistungen. Der betroffene Mensch erhält dann einen Bescheid. Sofern mehrere Träger über einzelne Teile der beantragten Leistungen entscheiden, können u. U. auch mehrere Bescheide ergehen.

Durchführung von Leistungen zur Teilhabe

Leistungen zur Teilhabe werden in der Regel von Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen (z. B. Rehabilitationskliniken oder Berufsförderungswerke) durchgeführt. Grundsätzlich kann auch in dieser Phase weiterer Rehabilitationsbedarf erkannt werden.

Aktivitäten zum bzw. nach Ende einer Leistung zur Teilhabe

Nach dem Ende einer Rehabilitation soll der betroffene Mensch dabei unterstützt werden, die Rehabilitationserfolge nachhaltig zu sichern. Es wird überprüft, ob die erhaltenen Leistungen ausreichend waren und/oder ob weitere Leistungen notwendig sind.

4 Rehabilitation und Teilhabe von psychisch erkrankten und beeinträchtigten Menschen

4.1 Spezielle Aspekte der Rehabilitation

Bei akut auftretenden somatischen Erkrankungen, wie etwa einer Verletzung durch einen Unfall, beinhaltet die Versorgung üblicherweise: Prävention – Krankenbehandlung – Rehabilitation – Leistungen zur Sicherung der Nachhaltigkeit. Dies ist für den Personenkreis der psychisch erkrankten Menschen – ähnlich wie bei anderen langandauernd bzw. chronisch verlaufenden Krankheiten, z. B. Rheuma oder Diabetes – nur bedingt anwendbar. Psychische Erkrankungen und die daraus resultierenden Beeinträchtigungen entwickeln sich nicht linear bzw. kontinuierlich im Sinne einer vorgezeichneten Entwicklung. Der Verlauf psychischer Erkrankungen und Beeinträchtigungen wird beeinflusst durch das Zusammenwirken und die wechselseitige Beeinflussung biologischer, psychischer und sozialer Faktoren. Leistungen der Krankenbehandlung, Rehabilitation und Pflege sind daher gerade bei psychisch erkrankten Menschen – je nach Krankheitsverlauf und dem Rehabilitationsbedarf des Betroffenen – flexibel zu kombinieren, entsprechend dem Bedarf des Einzelnen zielorientiert aufgebaut und ggf. wiederholt zu erbringen.

4.1.1 Psychische Erkrankung und Behinderung

Psychische Erkrankungen sind für die betroffenen Menschen selbst wie auch für Außenstehende in ihrer Entstehung und in ihrem Beginn oft nur schwer zu erkennen. Die Entwicklung von Krankheitseinsicht, die Bereitschaft zur Mitarbeit im Rehabilitationsprozess, aber auch die angemessene Unterstützung durch das soziale Umfeld kann je nach Schweregrad dadurch beeinträchtigt sein. Zugleich zeigen bzw. entwickeln Menschen mit psychischen Erkrankungen insbesondere in der Krankheitsbewältigung eine hohe Sensibilität für soziale bzw. zwischenmenschliche Probleme. Gleichmaßen sind mit der Erkrankung je nach Krankheitsbild besondere Fähigkeiten in Bezug auf komplexes Denken oder im Umgang mit monotonen Abläufen verbunden. Für betroffene Menschen kann es je nach Krankheitsbild unterschiedlich schwer sein zu beurteilen, ob ihre Beschwerden krankheitsbedingt und behandlungsbedürftig sind oder z. B. einer vorübergehenden Veränderung der psychischen Verfassung entsprechen, wie sie bei jedem gesunden Menschen gelegentlich vorkommt. Mitunter sind sogar krankheitsbedingte Überzeugungen für eine Verkennung der tatsächlichen gravierenden gesundheitlichen Beeinträchtigung verantwortlich, z. B. bei psychotischen Störungen.

Das persönliche Umfeld betroffener Menschen hat teilweise Schwierigkeiten einzuschätzen, ob bestimmte Verhaltensweisen wie sozialer Rückzug krankheitsbedingt sind oder Ausdruck mangelnder Bereitschaft bei gegebener Fähigkeit zu bestimmtem Verhalten. Eine direkte Ansprache wird aus Unsicherheit nicht gewählt. Nachteilige Reaktionen der betroffenen Menschen auf ihre Krankheit im Sinne ungeeigneter Versuche der Krankheitsbewältigung (z. B. erhöhter Alkoholkonsum) können sich wiederum ungünstig auf den Krankheitsverlauf und auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft auswirken und sind daher ebenso wie die zugrundeliegende Störung bei der Teilhabeplanung zu berücksichtigen.

Die Beeinträchtigungen auf der Ebene der gesellschaftlichen Teilhabe (Partizipation), z. B. ein Mangel an sozialen Kontakten, Ausgrenzung durch Arbeitslosigkeit oder Armut stehen in Wechselwirkung zur psychischen Erkrankung und Behinderung.

- Sie können einerseits als Folge einer psychischen Erkrankung auftreten, wobei persönliche (krankheitsbedingte) wie auch äußere Faktoren zusammenwirken. So kann z. B. ein längerer Krankenhausaufenthalt eine Unterbrechung sozialer Beziehungen und eine Stigmatisierung des betroffenen Menschen bedeuten und eine Barriere für die Rückkehr in das Erwerbsleben und das Leben in der Gemeinschaft bilden.
- Andererseits können soziale Beeinträchtigungen wie Arbeitslosigkeit oder das Fehlen tragfähiger sozialer Beziehungen den Verlauf psychischer Erkrankungen negativ beeinflussen.

Psychische Erkrankungen wirken sich individuell unterschiedlich aus, sodass bei Personen mit gleicher Erkrankung spezifische Beeinträchtigungen mit Auswirkung auf die Rehabilitation bestehen können, bei anderen nicht. Hierbei spielen die Krankheitsfolgen der jeweiligen psychischen Störung und das Lebensumfeld eine wesentliche Rolle für die Ausprägung von rehabilitationsbezogenen Problemlagen. Ein Problem in der Rehabilitation bildet die krankheitsbedingte, phasenweise Schwierigkeit, den Anforderungen zeitlicher wie inhaltlicher Rehabilitationsbedingungen (z. B. Arbeitszeit, Lerninhalte, Kontinuität) gerecht zu werden bzw. umgekehrt die fehlende Flexibilität der Angebote und der Arbeitswelt. Mit schwereren psychischen Störungen können je nach Krankheitsbild eine Verunsicherung des Selbstwertgefühls, Antriebsminderungen, Störungen der Willensbildung und soziale Ängste einhergehen und sich in schwankender Belastbarkeit und Motivation, Problemen in der Selbsteinschätzung oder auch bei sozialen Kontakten äußern. Im Rehabilitationsprozess müssen phasenweise Beeinträchtigungen bei der Konzentration und bei der Lern- und Entscheidungsfähigkeit entsprechend Berücksichtigung finden. Leistungseinschränkungen können zugleich von den Betroffenen subjektiv über- oder auch unterbewertet werden, mit der häufigen Folge einer zunehmenden psychischen Belastung und Ausweitung der Beeinträchtigungen, wenn eine situationsgerechte Bearbeitung der Probleme in der Rehabilitation ausbleibt.

Diese Wechselwirkungen von gesundheitlichen, funktionalen und sozialen Beeinträchtigungen bzw. Ressourcen und gesellschaftliche Barrieren entsprechen dem bio-psycho-sozialen Modell (vgl. Kapitel 3.3). Diese bestehenden Zusammenhänge und die Komponenten von Krankheit und Gesundheit müssen bei der detaillierten und konkreten Bestimmung des Rehabilitationsbedarfs psychisch erkrankter Menschen sowie der Teilhabeplanung berücksichtigt werden.

4.1.2 Grundsätze und Zielorientierung der Rehabilitation

Psychisch erkrankte Menschen sind unter Berücksichtigung der Besonderheiten ihrer Erkrankung auf eine Umgebung angewiesen, die geprägt ist von den Prinzipien

- Individualisierung,
- Flexibilität,
- Klarheit, Eindeutigkeit und Transparenz,
- Verlässlichkeit und Kontinuität der therapeutischen Beziehung,
- Lebensfeldbezug,
- Ruhe und Gelassenheit sowie der
- Vermeidung von Überforderung ebenso wie von Unterforderung.

Diese Prinzipien beschreiben Rahmenbedingungen für alle Prozesse in den Bereichen der kurativen Behandlung, Beratung, Begleitung und Rehabilitation.

Zur Verbesserung der Teilhabe ist es sinnvoll,

- dem psychisch erkrankten Menschen und seinen Bezugspersonen Unterstützung zur Entwicklung eines Verständnisses für die Erkrankung und zur Akzeptanz von therapeutischen Hilfen zu geben,
- sich auf die vorhandenen Fähigkeiten zu konzentrieren und an deren Weiterentwicklung sowie der Entwicklung kompensatorischer Fähigkeiten mit dem Ziel der Verhinderung von Pflegebedürftigkeit und/oder sozialer Ausgliederung zu arbeiten,
- eine an den individuellen Fähigkeiten und Ressourcen orientierte Arbeit und Beschäftigung sicherzustellen mit dem Ziel der (Wieder-)Erlangung der vollen oder doch zumindest teilweisen Erwerbsfähigkeit, z. B. durch beschützte Arbeitsmöglichkeiten („erst qualifizieren, dann platzieren“) oder Training am Arbeitsplatz auf dem ersten Arbeitsmarkt („erst platzieren, dann qualifizieren“),²⁸

²⁸ BAR (2010). Gemeinsame Empfehlung „Unterstützte Beschäftigung“ unter www.bar-frankfurt.de

- Möglichkeiten der sozialen Teilhabe zu fördern – nicht nur durch Befähigung der Betroffenen zur Anpassung, sondern ggf. auch durch entsprechende Gestaltung der sozialen Umgebung, z. B. durch rehabilitative und begleitende Hilfen, die im Lebensfeld erbracht werden, die Aktivierung von Unterstützungspotenzialen im sozialen Umfeld sowie Stärkung und Einbeziehung der Bezugspersonen.

Zugleich können in Bezug auf die Ressourcenorientierung Recovery (Selbstbefähigung/Potenziale sehen) und Empowerment (Selbstermächtigung/Potenziale nutzen) wichtiger Bestandteil der Krankheitsbewältigung sein.



Exkurs: Recovery²⁹ (Selbstbefähigung) und Empowerment (Selbstermächtigung)

Das Recovery-Konzept umfasst einen personenorientierten, ganzheitlichen Ansatz im Umgang mit Erkrankungen und Lebenskrisen, der das Genesungspotenzial der betroffenen Menschen hervorhebt. Empowerment bedeutet, betroffene Menschen zu stärken und Ressourcen zu fördern, sodass sie ihre Interessen möglichst selbstverantwortlich und selbstbestimmt vertreten können.

Schließlich kommt der lebensfeldbezogenen Gestaltung von Unterstützungsmöglichkeiten für psychisch erkrankte Menschen besondere Bedeutung zu. Durch eine wohnortnahe, das Umfeld einbeziehende Rehabilitation kann die soziale Teilhabe vor Ort aufrechterhalten bzw. gefördert werden. Vorteilhaft ist hier auch die Möglichkeit der alltagsnahen Erprobung und Beurteilung von Fähigkeiten und Ressourcen des betroffenen Menschen und damit seines Bedarfs an weiterer Unterstützung. Falls im gewohnten Lebensumfeld übermäßig belastende oder in anderer Form krankheitsfördernde Faktoren wirksam sind, kann sich für psychisch erkrankte Menschen auch eine zeitweise Distanzierung als hilfreich erweisen. Grundsätzlich sollte die Reduktion dieser Faktoren aber Ziel bleiben, um die Rückkehr zu erleichtern. Die Auswahl der Rehabilitationsform muss sich am Bedarf des Einzelnen orientieren.

4.1.3 Aufklärung und Einbeziehung der betroffenen Menschen und ihrer Angehörigen/Bezugspersonen

Der Behandlungs- und Rehabilitationsbedarf ergibt sich bei psychischen Störungen nicht allein aus der Diagnose. Krankheitsbedingte Einschränkungen und Fördermöglichkeiten unterscheiden sich individuell stark. Daher sind der Austausch mit den erkrankten Personen wie auch ihren Angehörigen/Bezugspersonen über die psychische Erkrankung sowie deren Einbeziehung in die Teilhabeplanung eine unverzichtbare Voraussetzung, um bei und mit den psychisch erkrankten Menschen sowie ihren Angehörigen/Bezugspersonen

- Verständnis für die Erkrankung zu entwickeln,
- Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen zu planen,
- die Bereitschaft zur aktiven Mitwirkung zu fördern.

Bei der Aufklärung und Beratung der betroffenen Menschen insbesondere über individuelle Rehabilitationsleistungen und bei der Einbeziehung von Angehörigen/Bezugspersonen sind die gesetzlichen Bestimmungen der Schweigepflicht und des Datenschutzes zu beachten.

Die Einbeziehung der betroffenen Menschen wie auch ihrer Angehörigen/Bezugspersonen ist für den Rehabilitationsprozess besonders wichtig. Die Teilhabeplanung hat der Würde und Autonomie des betroffenen Menschen angemessene Rechnung zu tragen. Er/Sie sollte aktiv in die weitere Planung einbezogen werden. Die partizipative Behandlungs- und

²⁹ Dachverband Gemeindepsychiatrie, Recovery – Reise zur Genesung, Hoffnung macht Sinn unter www.dvgp.org/veroeffentlichungen/broschueren-und-fachbuecher.html

Teilhabeplanung mit dem Betroffenen fördert einerseits die aktive Mitwirkung des psychisch erkrankten Menschen an der Zielerreichung. Andererseits hängt die Zielerreichung immer auch vom sozialen Kontext ab: Die Unterstützung durch das soziale Umfeld hat einen großen Einfluss auf die Nachhaltigkeit einer Rehabilitationsleistung. Bei länger andauernden Erkrankungen bzw. längeren Heilungsprozessen sind die Auswirkungen in der Lebensplanung zu berücksichtigen.

Wenn Angehörige/Bezugspersonen beteiligt werden, sollte dies in Form gemeinsamer Gespräche unter Einbeziehung des betroffenen Menschen erfolgen. Hierdurch wird zum einen für den psychisch erkrankten Menschen erfahrbar, dass seine aktive Teilnahme am Rehabilitationsprozess ausdrücklich erwünscht ist, zum anderen erhalten die Behandelnden einen wichtigen Eindruck von den familiären und sozialen Beziehungen. Die Information und Aufklärung über die Erkrankung wie auch über Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen sollten handlungsorientiert und möglichst konkret sein und auf die Besonderheiten des Einzelfalles eingehen.

Die Information über die Erkrankung sollte so erfolgen, dass es gelingt, die individuelle Ausprägung der psychischen Störung, eine spezielle Vulnerabilität sowie Resilienz zu erkennen. Von dem jeweils behandelnden Arzt wie auch von allen anderen Mitarbeitern im therapeutischen Team ist dabei eine Grundhaltung gefordert, die den betroffenen Menschen in und mit seinen Störungen ernst nimmt und vor allem Entwertungen seiner Wahrnehmung oder seines Handelns vermeidet, um ihn als Partner im Prozess der Behandlung und Rehabilitation zu gewinnen.

Die Information der betroffenen Menschen und der Angehörigen/Bezugspersonen über die Erkrankung muss auch alle notwendigen therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen einbeziehen. Da eine hinreichend zuverlässige Prognose jeweils nur im Einzelfall und nur für einen überschaubaren Zeitraum möglich ist, empfiehlt es sich, den derzeitigen Stand der Beeinträchtigungen und die Perspektive der möglichen Besserung zu betonen.

Ebenso sorgsam und handlungsorientiert muss die Information über die verordnete Medikation erfolgen. Hierbei ist das gesamte Spektrum der Medikamentenwirkungen einzubeziehen – also nicht nur beabsichtigte Wirkungen, sondern auch mögliche Nebenwirkungen. Einige der verordneten Medikamente können z. B. zu innerer Unruhe oder zu Beeinträchtigungen im Bereich des Antriebes, der Konzentration, der Stimmung und der Motivation führen. Demnach können Medikamente auch Auswirkungen auf die Rehabilitationsfähigkeit haben. Wirkungen von Medikamenten ähneln manchmal krankheitsbedingten Symptomen und Missempfindungen und sind daher von dem betroffenen Menschen, von seiner sozialen Umgebung und von den Therapeuten oft nur schwer von Krankheitssymptomen zu unterscheiden.

4.2 Diagnostik und Beurteilung der Rehabilitationsfähigkeit

4.2.1 Anforderungen an die Rehabilitationsdiagnostik

Während die Krankheitsdiagnostik die „regelwidrigen körperlichen, geistigen oder psychischen Zustände“ erfasst (Definition im Sozialversicherungsrecht) und die Funktionsdiagnostik im engeren Sinne auf die Erfassung von Einschränkungen organischer, geistiger oder psychischer Funktionen zielt, muss die Rehabilitationsdiagnostik darüber hinaus auch ausdrücklich die persönlichen, beruflichen und sozialen Auswirkungen konkret berücksichtigen. Für die erforderliche mehrdimensional ausgerichtete Diagnostik bietet die ICF einen zentralen Orientierungsrahmen, der die Zusammenschau von Fähigkeiten und Beeinträchtigungen auf den unterschiedlichen Ebenen (Funktion – Aktivität – Teilhabe) erleichtert und dabei auch personbezogene und umweltbedingte Kontextfaktoren einbezieht. Dabei geht es vor allem um ein ganzheitliches, bio-psycho-soziales Verständnis von Krankheit bzw. Gesundheit, welches neben der körperlichen (biologischen) Dimension auch die seelische (psychische inklusive geistige) sowie das Zusammenleben und Arbeiten (soziale) mit einschließt.

4.2.2 Anforderungen an ein sozialmedizinisches Gutachten

Psychische Störungen stellen besondere Anforderungen an die gutachterliche Tätigkeit, weil bei der Untersuchung in weit- aus stärkerem Maße als bei körperlichen Erkrankungen die aktive Mitarbeit des psychisch erkrankten Menschen erforder- lich ist. Es bedarf einer eingehenden Befragung und Erhebung von lebensgeschichtlichen Daten, Verhaltensbeobachtung und Untersuchung, damit die psychische Störung in ihrer Entwicklung und vor dem Hintergrund des sozialen Umfeldes des erkrankten Menschen mit den vielfältigen Wechselwirkungen verstehbar und in ihren Auswirkungen erfassbar wird. Die grundsätzlichen Anforderungen an ein Gutachten sind definiert in der Gemeinsamen Empfehlung „Begutachtung“.^{30,31}

Im Rahmen der gutachterlichen Klärung der Notwendigkeit und der Zielsetzung einer Leistung zur Teilhabe sind u. a. folgende Kriterien sozialmedizinisch zu prüfen: Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und Rehabilitations- prognose. Dabei sind Angaben zu einzelnen oder mehreren der folgenden Bereiche zu machen:

- Allgemeine und Klinische Anamnese,
- Sozialanamnese mit orientierender Arbeitsanamnese,
- Untersuchungsbefunde einschließlich relevanter Vorbefunde,
- Diagnosen,
- Epikrise und
- sozialmedizinische Beurteilung.

Je nach Fragestellung und Fallgestaltung sind bei der Erstellung des Gutachtens, Schwerpunkte zu setzen. Dabei kann es geboten sein, sozialmedizinisch relevante Aspekte, die im Rahmen des weiteren Verlaufs und der weiteren Befassung unterschiedlicher Rehabilitationsträger absehbar von Bedeutung sind, mit zu erfassen und zu dokumentieren.

Durch ein persönliches Gespräch oder schriftliche Selbstauskünfte können betroffene Menschen aktiv beteiligt werden. Ziele von strukturierten Selbstauskünften sind z. B. eine verstärkte Orientierung an den Bedarfen der betroffenen Men- schen, eine Verbesserung des Informationsflusses oder eine Erleichterung der Begutachtung. Leistungen können so indivi- dualisierter und passgenauer empfohlen, und das Verfahren somit besser unterstützt werden. Darüber hinaus können sie dem betroffenen Menschen zur besseren Vorbereitung auf und Einbindung in die Begutachtung dienen.

4.2.3 Teilhabepanung

Die Teilhabepanung umfasst und strukturiert den gesamten Prozess der Rehabilitation. Aufgrund der Komplexität der Wechselwirkungen zwischen biologischen, psychischen und sozialen Faktoren ist die Teilhabepanung auf das Individuum auszurichten. Dabei sind neben den jeweils vorhandenen bzw. beeinträchtigten oder fehlenden Fähigkeiten und Fertigkeiten des psychisch erkrankten Menschen auch seine Biografie, Lebensziele und sein Selbstbild sowie die Erwartungen, die Bezugspersonen in Bezug auf den betroffenen Menschen haben, zu berücksichtigen.

Hierfür ist die Erarbeitung eines zielorientierten Teilhabepans, der mit dem betroffenen Menschen und allen an seiner Behandlung und Rehabilitation beteiligten Fachkräften abgestimmt wird, nötig. Dieser berücksichtigt die im Einzelfall angestrebten Ziele und Zwischenziele sowie den spezifischen Unterstützungsbedarf des Menschen mit psychischer Erkrankung. Als Beispiel ist der ITP (Integrierter Teilhabepan, Landeswohlfahrtsverband Hessen) zu nennen. Dabei handelt es sich um eine Art Leitfaden für ein Gespräch, in dem die Unterstützung, die ein beeinträchtigter Mensch braucht, um seinen

30 BAR (2016). Gemeinsame Empfehlung „Begutachtung“ unter www.bar-frankfurt.de

31 Rose, A. & Köllner, V. (2016): Sozialmedizinische Begutachtung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen in Deutschland. Grundlagen und Grundbegriffe. Psychotherapie im Dialog, 2-2016, 58-64.

Alltag zu gestalten und am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben, erfasst wird.³² Bei psychischen Erkrankungen ist eine integrierte Behandlungs- und Teilhabeplanung sinnvoll, um Übergänge zu gestalten und möglicherweise wiederkehrenden akuten Behandlungsbedarf einbeziehen zu können.

Aufgrund eines dynamischen Verlaufs psychischer Störungen muss bei der Teilhabeplanung die Möglichkeit berücksichtigt werden, dass Schwankungen in der persönlichen Stabilität mit Auswirkungen in den Bereichen Alltagsbewältigung, soziale Beziehungsfähigkeit und berufliche Belastbarkeit auftreten können.

Auch bei einer langandauernden psychischen Störung mit weitreichenden funktionalen Einschränkungen und sozialen Beeinträchtigungen sind je nach Krankheitsdynamik durchaus Rehabilitationserfolge möglich. Dies kann der Fall sein, wenn sich z. B. die Kontextfaktoren oder die Copingfähigkeit bzw. die Krankheitsdynamik positiv und grundlegend verändern. Auf der Erreichung von basalen (Teil-)Zielen mit Hilfe rehabilitativer Leistungen kann – bei gegebener Rehabilitationsfähigkeit – mit weiteren Teilhabeleistungen aufgebaut werden.

Nach den Besonderheiten jedes Individuums sind die jeweils notwendigen Unterstützungsangebote bedarfsgerecht zu erbringen. Entsprechend des individuellen Rehabilitationsbedarfs des psychisch erkrankten Menschen braucht es flexible Unterstützungsmöglichkeiten, um erkrankungsbedingten Schwankungen in der persönlichen Stabilität und Belastbarkeit und einem veränderten Bedarf entsprechen zu können.

4.3 Rehabilitationsziele und ihre Umsetzung

Ziel von Leistungen zur Teilhabe ist, den psychisch erkrankten Menschen zu befähigen, ein möglichst eigenständiges Leben zu führen, einschließlich der Möglichkeit zur Teilhabe an allen wichtigen Lebensbereichen. Dabei sollen

- die vorhandenen Fähigkeiten und Ressourcen optimal genutzt,
- beeinträchtigte Fähigkeiten wieder oder kompensatorische Fertigkeiten neu entwickelt,
- neue oder fehlende Fähigkeiten angeeignet sowie
- soziale Benachteiligungen ausgeglichen werden.

Im Rahmen dieses komplexen Prozesses werden folgende – miteinander verflochtene – Teilziele verfolgt:

- Umgang mit und Bewältigung der Erkrankung,
- Abwendung, Beseitigung, Minderung oder Ausgleich (Kompensation) der Beeinträchtigung,
- Förderung der Auseinandersetzung mit der Erkrankung,
- Verhütung einer Verschlimmerung oder Minderung der Folgen der Erkrankung,
- Förderung von Selbstbefähigung³³ und Selbstermächtigung (Empowerment),
- Dauerhafte Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten, dazu gehört: Abwendung oder Verzögerung von Erwerbsminderung, Herstellung einer vollen Erwerbsfähigkeit oder Erlangung einer Teilerwerbsfähigkeit,
- Verhinderung von Pflegebedürftigkeit.

Für die Ermittlung des konkreten individuellen Rehabilitationsbedarfs und der Entwicklung einer realistischen Zielsetzung ergeben sich wichtige Anhaltspunkte

³² www.lvw-hessen.de

³³ Dachverband Gemeindepsychiatrie, Recovery – Reise zur Genesung, Hoffnung macht Sinn unter www.dvgp.org/veroeffentlichungen/broschueren-und-fachbuecher.html

- aus einer differenzierten und umfassenden Erhebung vorhandener
 - Ressourcen,
 - Funktionen und Funktionsstörungen,
 - Aktivitäten und eingeschränkten Aktivitäten,
 - Teilhabe an Lebensbereichen und ihren Einschränkungen sowie
- aus der Lebensgeschichte eines psychisch erkrankten Menschen.

4.3.1 Gesundheitliche Stabilisierung und Krankheitsbewältigung

Bei chronisch verlaufenden Störungen gehören die Stabilisierung des Gesundheitszustands und die Bewältigung der Erkrankung zu den wesentlichen Rehabilitationszielen. Es braucht dafür eine kontinuierliche und beständige Weiterentwicklung, Veränderung und Auseinandersetzung.

Dabei ist es für betroffene Menschen häufig mit vielfältigen Kränkungen verbunden, sich das Vorliegen einer psychischen Erkrankung oder Beeinträchtigung einzugestehen und den Umgang mit der Krankheit zu lernen. Wenn Menschen sich selbst als schwach, verletzlich, krank, eingeschränkt und behindert wahrnehmen und erleben, erfährt das ohnehin gestörte Selbstwertgefühl eine erneute Beeinträchtigung. Umso wichtiger ist die gleichzeitige Berücksichtigung von Ressourcen und dem Zutrauen in die eigenen Bewältigungsfertigkeiten (Selbstwirksamkeitserwartung). Deutlich wird dies häufig an drei Nahtstellen

- beim Akzeptieren der Diagnose und der Teilhabebeeinträchtigung als Folge der Erkrankung,
- bei der Wahrnehmung und Auseinandersetzung mit der Erkrankung am Anfang einer medizinischen Leistung zur Rehabilitation,
- bei der Konfrontation mit den Grenzen des – momentan – Erreichbaren gegen Ende einer rehabilitativen Therapie.

Die Krankheitsbewältigung umfasst das Bewusstsein über das Vorliegen einer Erkrankung und den Erwerb von Fähigkeiten zu einem angemessenen Umgang mit der Erkrankung und den in Folge auftretenden Beeinträchtigungen. Besonders zu berücksichtigen ist bei psychisch erkrankten Menschen im Unterschied zu somatisch kranken bzw. behinderten Menschen jedoch, dass bei ihnen störungsbedingt Fähigkeiten beeinträchtigt sein können, die für den Prozess der Krankheitsbewältigung wichtig sind. Je schwerer die Erkrankung, desto weniger Krankheitseinsicht ist oft vorhanden.

Gesundheitliche Stabilisierung und Krankheitsbewältigung werden z. B. geprägt von

- der Auseinandersetzung mit der Situation der Ersterkrankung, der Erfahrung der Diagnose, den Auswirkungen der Erkrankung auf die eigene Lebensgeschichte,
- der Aufarbeitung von Erfahrungen mit Etikettierung und Stigmatisierung sowie von Ausgrenzung und sozialer Entwurzelung,
- dem Ringen um ein realistisches Selbstbild jenseits von Selbstüberschätzung und -unterschätzung,
- dem Erkennen von Frühsymptomen und der Entwicklung eines individuellen Krisenplanes vor dem Hintergrund möglicher Unterstützungsmöglichkeiten,
- der Frage nach Kontakten und Beziehungen zu anderen Menschen, der Frage von Partnerschaft,
- der Auseinandersetzung mit den Bezugspersonen und dem Bemühen um Abstand und Versöhnung mit ihnen,
- der Angst vor dem Sterben und den Sehnsüchten danach,
- dem Wunsch nach einem „normalen“ Leben, unabhängig von Behandlung und Betreuung, und den Ängsten und Befürchtungen vor einem eigenverantwortlichen Leben,
- Trauerarbeit, in der es nicht nur gilt, mit gegenwärtigen Beeinträchtigungen leben zu lernen, sondern z. B. auch das Trauern um ungelebtes Leben, das Verschmerzen von nicht gesammelten Erfahrungen als Mann oder Frau, das Versagen in der Rolle als Tochter oder Sohn, Mutter oder Vater.

Elemente zur Unterstützung bei der gesundheitlichen Stabilisierung und Krankheitsbewältigung

Alle Aktivitäten und Leistungen zur Teilhabe dienen im weitesten Sinne der gesundheitlichen Stabilisierung und Krankheitsbewältigung.

Gerade bei chronisch verlaufenden psychischen Erkrankungen erfordert dieser Prozess eine spezifische Sensibilität und Kompetenz bei allen, die in den Rehabilitationsprozess eingebunden sind. Vielfältige Aspekte der Kränkung wie auch der Notwendigkeit der handlungsbezogenen Auseinandersetzung mit der eigenen Lebensgeschichte werden häufig erst bei der praktischen Erprobung von Fähigkeiten und Fertigkeiten und bei der qualifizierten Begleitung und Unterstützung der betroffenen Menschen im Alltag deutlich und erfordern ein situativ angemessenes therapeutisches Handeln.

Die wesentlichen Elemente der Leistungen zur Teilhabe, insbesondere bei den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind:

- Fachärztliche Behandlung, einschließlich individuell notwendiger Psychopharmakotherapie,
- (Sozial-)psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege,
- Psychotherapie durch ärztliche und/oder psychologische Psychotherapeuten, einzeln und in Gruppen,
- Soziotherapie,
- Indikative Gruppen (Psychoedukation) mit Bezug zum Lebensumfeld, zur Arbeit und zur persönlichen Entwicklung, mit Elementen von Psychoedukation
- Arbeitstherapie bzw. Ergotherapie und realitätsnahe Belastungserprobung,
- Physiotherapie sowie/als Sport- und Bewegungstherapie,
- Beratung und Unterstützung bei der Gestaltung von Freizeit und Tagesstruktur,
- Förderung von Selbsthilfe (inkl. Recovery und Empowerment),
- Sozialrechtliche Beratung und Unterstützung.

Diese Elemente der Rehabilitation sollen als Komplexleistung durch ein multidisziplinäres Rehabilitationsteam in Kooperation und unter Nutzung sowie unter Einbeziehung regionaler Ressourcen erbracht werden.

4.3.2 Aufbau von Handlungskompetenz für Teilhabe

Für die Rehabilitation zentral ist der Aufbau von Handlungskompetenz für Teilhabe. Diese ist die Voraussetzung dafür, dass soziale, berufliche und sonstige Teilhabe möglich werden kann.

Aufbau psychosozialer Handlungskompetenz: Die Biographie psychisch erkrankter Menschen weist häufig Sozialisationsdefizite sowie Merkmale von Desintegration und Marginalisierung auf. Vor diesem Hintergrund benötigt ein Teil der Betroffenen zunächst eine Nachsozialisation mit Bereitstellung von Unterstützungsangeboten zur Überwindung mit der Störung verbundener Einschränkungen der psychosozialen Handlungskompetenz. Hier muss Konstanz, Zuverlässigkeit und Zuwendung weiterführende Reifungsschritte ermöglichen.

Aufbau praktischer Handlungskompetenz: Laut WHO sind Lebenskompetenzen Fähigkeiten, „die es den Menschen ermöglichen, ihr Leben zu steuern und auszurichten und ihre Fähigkeit zu entwickeln, mit den Veränderungen in ihrer Umwelt zu leben und selbst Veränderungen zu bewirken“ (WHO, 1994b, 1999). Wenn ein psychisch erkrankter Mensch z. B. niemals selbstständig gelebt, noch nicht über einen längeren Zeitraum gearbeitet oder nicht gelernt hat, stützende persönliche Beziehungen einzugehen und zu pflegen, kann man nicht davon ausgehen, dass er/sie dies plötzlich alles tun kann. Daher sind Hilfen und Unterstützungsangebote zur Lebensbewältigung und Beherrschung von Alltagsroutinen erforderlich. Handeln lernen bedeutet in der Rehabilitation, Strategien zu erwerben, zielgerichtet, bewusst und aktiv mit der notwendigen Problemlösungskompetenz tätig zu werden. Im Fokus stehen hier Übungen und praktische Anwendungen im alltäglichen Handeln. Dabei ist nicht nur von Bedeutung, verschiedene Fähigkeiten und Fertigkeiten zu erlangen, sondern diese danach auch anzuwenden und erfolgreich einzusetzen.

Aufbau von Kompetenzen zur Steuerung der eigenen Lebensgestaltung: Psychische Erkrankungen können aufgrund sich wiederholender psychischer Krisen mit biographischen Brüchen einhergehen, z. B. fehlgeschlagene Übergänge in nachschulische Lebensphasen, Ausbildungsabbrüche, häufige Stellenwechsel, prekär gewordene Erwerbsbiographien, diskontinuierliche Erwerbsverläufe. Rehabilitation kann dazu beitragen, bei der grundlegenden Ausrichtung der Lebenspraxis zu unterstützen, Strategien zu entwickeln, sich über die Lebensspanne hin kohärent verhalten zu können und (mehr oder wieder) biographische Kontinuität herzustellen. Wichtig hierbei ist, aus der Rehabilitation heraus besondere Betreuungsbedarfe zu erkennen und weitere sozialintegrative Leistungen einzuleiten. Voraussetzung dafür ist, Veränderungsbereitschaft herzustellen, Eigenverantwortung zu steigern, die Motivation zur Steuerung der eigenen Lebensgestaltung zu fördern, Aktivität sowie neue Lebensperspektiven aufzubauen. Es geht hier auch darum, weitere Exklusion zu vermeiden und Inklusion herzustellen. (Erwerbs-)biographische Brüche müssen auch nicht per se als negativ bewertet werden. Sie können vielmehr auch eine Chance für neue biographische Entwicklungs- und Gestaltungsräume bieten. Rehabilitationsangebote können hier dabei unterstützen, neue Perspektiven und Handlungsmöglichkeiten einzuleiten und zu entwickeln.

4.3.3 Teilhabe am Arbeitsleben

Arbeit und strukturierte Beschäftigung sind insbesondere für Menschen im erwerbsfähigen Alter von zentraler Bedeutung. Keine andere einzelne Aktivität ist so vielfältig und komplex in ihrer psychologischen, sozialen und materiellen Bedeutung. Arbeit vermittelt

- ein Gefühl für persönliche Leistung und Können durch erfolgreiche Bewältigung äußerer Anforderungen und die Erfüllung der Erwartungen anderer,
- eine Möglichkeit, sich in einer normalen Rolle zu betätigen und damit einen Gegenpol zur Rolle des Patienten zu bilden,
- ein Gefühl für sozialen Status und Identität,
- soziale Kontakte und Unterstützung,
- Struktur für den Tages- und Wochenablauf (Arbeit/Freizeit, Wach- und Schlafrythmus),
- Entlohnung und damit finanzielle Anerkennung.

Dieser vielschichtigen und weitreichenden Bedeutung von Arbeit ist auch bei verminderter oder eingeschränkter Leistungsfähigkeit durch Rehabilitationsangebote unter der Perspektive des Erhalts oder der Erlangung eines Arbeitsplatzes – möglichst auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder auch dem besonderen Arbeitsmarkt – Rechnung zu tragen.

Bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben von psychisch erkrankten Menschen sind Zeitplanungen zu berücksichtigen, die dem spezifischen Verlauf psychischer Störungen entsprechen. Der Rehabilitationsverlauf muss immer offen sein für Entwicklungen und die Bewältigung von im Rehabilitationsprozess auftretenden Krisen.

Ein Beispiel: Bei schizophrenen Erkrankungen kann die akute Erkrankung Wochen oder Monate dauern. Nach einer Erkrankungsphase kann es lange Abschnitte mit nur geringen oder gar keinen Beeinträchtigungen geben. Vor allem bei anfangs schweren Beeinträchtigungen nimmt die Tendenz zur Besserung oder gar völlige Wiederherstellung oft erst nach längerer Zeit deutlich zu. So kann z. B. nach längerer Arbeit in beschützender Umgebung eine stabile Besserung eintreten, sodass dann berufsvorbereitende oder -bildende Maßnahmen Erfolg versprechend werden. Zugleich sind aber auch Erfahrungen der Begegnung mit anderen arbeitenden Menschen und realen Arbeitswelten hilfreich in der Selbsteinschätzung und den Lernprozessen. Insofern sind betrieblich orientierte Angebote so frühzeitig wie möglich zu realisieren.

Die Ziele der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind je nach den persönlichen Bedürfnissen und Voraussetzungen

- auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt
 - der Erhalt des Arbeitsplatzes (z. B. durch begleitende Hilfen, arbeitsplatzerhaltendes Case-Management),
 - die Beschäftigung auf einem anderen Arbeitsplatz (z. B. berufliche Anpassung, Weiterbildung),

- die Wiedereingliederung oder
- die Eingliederung auf einem Arbeitsplatz, ggf. bei behinderungsgerechter Gestaltung des Arbeitsplatzes,
- auf dem besonderen Arbeitsmarkt (z. B. in einer Werkstatt für behinderte Menschen)
 - die Aufnahme einer Beschäftigung oder
 - der Erhalt der Beschäftigung.

Um die bei psychischen Störungen besonders wichtige Stabilität und Kontinuität des sozialen Umfeldes zu erreichen, sollten die Rehabilitanden bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach Möglichkeit in ihrer gewohnten Umgebung bleiben können, um soziale Kontakte so weit wie möglich zu erhalten und die Kontinuität in ggfs. erforderlichen Behandlungs- und Betreuungskontakten (z. B. zu niedergelassenen Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie und/oder ambulanten psychiatrischen Einrichtungen und Diensten) nicht zu gefährden.



Exkurs: Burnout

Burnout gilt gemäß der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) als Syndrom, „das aus chronischem Stress am Arbeitsplatz resultiert, der nicht erfolgreich verarbeitet wird“. Unter einem Syndrom versteht man in der Medizin das gleichzeitige Auftreten verschiedener Krankheitszeichen. Burnout zeichnet sich durch drei Dimensionen aus: ein Gefühl von Erschöpfung, zunehmende geistige Distanz oder negative Haltung zum eigenen Job sowie ein verringertes berufliches Leistungsvermögen. Im Zuge der Verabschiedung der elften Überarbeitung der ICD wurde diskutiert, ob Burnout erstmals als Krankheit anerkannt werde. Auch in der ICD-11, die am 1. Januar 2022 in Kraft treten soll, wurde Burnout jedoch nicht als Krankheit eingestuft, sondern als Faktor, der die Gesundheit beeinträchtigen kann.

Leistungen zur beruflichen Rehabilitation

Leistungen zur beruflichen Rehabilitation – im Sozialrecht als „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ bezeichnet – bieten z. B. nach längerer Arbeitsunfähigkeit ein breites Spektrum, um die Wiedereingliederung in das Berufsleben zu unterstützen. In Abhängigkeit von den festgelegten rehabilitativen Zielsetzungen kommen als Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei psychischen Erkrankungen z. B. folgende Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation in Betracht: Aus- und Weiterbildungen, berufliche Qualifizierung, berufliche Bildungsleistungen sowie Unterstützte Beschäftigung (Supported Employment).

Die individuell erforderlichen Leistungen und Maßnahmen sind auszurichten an

- der Eignung und Neigung des psychisch erkrankten Menschen,
- der schulischen Bildung,
- dem aktuellen beruflichen Status und den Vorerfahrungen sowie
- der Art und Schwere der Beeinträchtigung.

Sie sind im Besonderen anzupassen an die Anforderungen und die Möglichkeiten des Lebensumfeld-bezogenen Arbeitsmarktes möglichst unter Nutzung und Einbeziehung vorhandener regionaler Ressourcen (z. B. Dienste, Einrichtungen, Bildungsangebote, betriebliche Praktika). Einer Kooperation mit Betrieben und Einrichtungen sowie dem Integrationsfachdienst kommt bei der Planung und Umsetzung eine hohe Bedeutung zu.

Entsprechend den Besonderheiten psychischer Erkrankungen sollten die spezifischen Bedürfnisse psychisch erkrankter Menschen bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben so weit wie möglich berücksichtigt werden. Dies gilt insbesondere für

4 Rehabilitation und Teilhabe von psychisch erkrankten und beeinträchtigten Menschen

- die Rehabilitationsberatung,
- die Erstellung und Fortschreibung des Rehabilitationsplanes auf der Grundlage einer fachlich angemessenen Diagnostik und Rehabilitations-Zielorientierung,
- die therapeutisch notwendige Kontinuität der schulisch- bzw. beruflich-rehabilitativen Betreuung bei der Durchführung der verschiedenen Maßnahmen und der Bewältigung des damit verbundenen Wechsels der Umgebung, der Bezugspersonen und der sozialen Kontakte,
- die Gestaltung von Schnittstellen und Übergängen (z. B. durch ambulante Nachsorge).

Für den Personenkreis der psychisch erkrankten Menschen, die noch keinen für eine Berufsausbildung erforderlichen qualifizierten Schulabschluss (z. B. Haupt- oder Realschule) haben, sind nach Abklärung von Neigung und Fähigkeiten zunächst Möglichkeiten zum Nachholen der Schulabschlüsse, wie sie z. B. von Volkshochschulen angeboten werden, als Voraussetzung für eine berufliche Erstausbildung zu nutzen.

Für psychisch erkrankte Menschen, die über keine beruflichen Vorerfahrungen bzw. keine Berufsausbildung verfügen oder deren Berufstätigkeit so weit zurückliegt, dass nicht unmittelbar daran angeknüpft werden kann, sind ggf. berufsvorbereitende Maßnahmen erforderlich. Berufsvorbereitende Maßnahmen im weitesten Sinne sind z. B.

- Arbeitserprobung, Trainingsmaßnahmen,
- Maßnahmen der Eignungsabklärung,
- Förderlehrgänge,
- Rehabilitationsvorbereitungslehrgänge.

Diese Maßnahmen haben teils diagnostische, teils vorbereitende und fördernde Funktionen. An ihrem Ende steht die Beurteilung des Leistungsvermögens aufgrund der praktischen Erprobung sowie Planung und Formulierung für das weitere Vorgehen.

Ein umgekehrtes Vorgehen erfolgt bei der Unterstützten Beschäftigung (Supported Employment).³⁴ Der betroffene Mensch wird, eine ausreichende Motivation und psychische Stabilität vorausgesetzt, ohne (längere) Vorbereitungszeit bereits in der ersten Phase der Rehabilitation auf dem ersten Arbeitsmarkt platziert und dort durch direkten Kontakt mit Vorgesetzten und Kollegen (sog. Job Coaching) professionell unterstützt („Erst platzieren, dann qualifizieren“). Ziel ist eine permanente Beschäftigung in einem normalen Arbeitsverhältnis (vgl. Kapitel 4.4.5).

Berufsbildende und sonstige berufsfördernde Maßnahmen sind bei psychisch erkrankten Menschen ohne berufliche Erstausbildung sowie bei Betroffenen mit einem kurz- oder mittelfristigen Krankheitsverlauf in Betracht zu ziehen, die aufgrund der psychischen Erkrankung aus dem Arbeitsleben ausgegliedert wurden oder denen Ausgliederung droht. Des Weiteren kommen sie für psychisch erkrankte Menschen nach längerem Krankheitsverlauf in Betracht, wenn langjährige Berufserfahrung vorliegt und/oder durch vorbereitende Maßnahmen die Ausrichtung auf ein bestimmtes oder krankheitsbedingt neues Berufsziel auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt möglich bzw. notwendig geworden ist. Berufsbildende und sonstige berufsfördernde Maßnahmen sind

- Ausbildung und Umschulung,
- Weiterbildung, insbesondere berufliche Anpassung,
- (betriebliche) Integrationsmaßnahmen.

34 DGPPN, S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen unter www.DGPPN.de

Bei der Eingliederung in das Erwerbsleben benötigen psychisch erkrankte Menschen z. B.

- persönliche Hilfen (z. B. Beratung in Problemsituationen),
- stützende und motivierende Betreuung,
- Hilfe bei der behinderungsgerechten Gestaltung des Arbeitsplatzes,
- Unterstützung bei der Arbeitsorganisation.

In diesem Prozess sollten alle Beteiligten, wie Arbeitgeber, Betriebsarzt, Betriebsrat, Personalvertretung, ggfs. Schwerbehindertenvertretung sowie die Arbeitskollegen einbezogen werden.

Dabei kommt der begleitenden Hilfe durch das Integrationsamt bei der Eingliederung psychisch erkrankter Menschen besondere Bedeutung bei der Erhaltung von Arbeitsplätzen und der langfristigen Sicherung von Rehabilitationserfolgen durch eine nachgehende Hilfe zu. Durch Organisations- und Kooperationsformen sollte sichergestellt werden, dass die Rehabilitation als integraler Bestandteil der regionalen und Lebensfeld-bezogenen Versorgungsstruktur zur möglichst raschen und langfristigen Eingliederung führt. Bei psychisch erkrankten Menschen, deren Leistungsfähigkeit wesentlich gemindert ist, können Ausgleichszahlungen an den Arbeitgeber einen wichtigen Faktor für den Erhalt eines Arbeitsplatzes bedeuten (vgl. Kapitel 6.2). Bei dem Minderleistungsausgleich wie bei der berufsbegleitenden psychosozialen Betreuung im Arbeitsleben handelt es sich um Leistungen nach dem Schwerbehindertenrecht.



Exkurs: Betriebliches Eingliederungsmanagement

Unabhängig von der Art einer psychischen Erkrankung sind die persönlichen Folgen meist gravierend und beeinflussen alle Lebensbereiche des betroffenen Menschen, folglich auch den Arbeitsplatz und die Erwerbsfähigkeit. Insbesondere bei Beschäftigten mit psychischen Erkrankungen kommt es häufig zu einer längerfristigen Arbeitsunfähigkeit: Psychisch erkrankte Arbeitnehmer sind mit rund 35 Tagen deutlich länger krankgeschrieben als körperlich Erkrankte ³⁵.

Um Arbeitsunfähigkeit zu überwinden und das Arbeitsverhältnis möglichst dauerhaft zu sichern, wurde im Jahr 2004 das Betriebliche Eingliederungsmanagement (kurz: BEM) eingeführt (§ 167 Abs. 2 SGB IX). Arbeitgeber sind demnach verpflichtet, Beschäftigten, die innerhalb von zwölf Monaten ununterbrochen oder wiederholt länger als sechs Wochen arbeitsunfähig sind, ein BEM anzubieten.

Das BEM soll unterstützen,

- Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen,
- erneute Arbeitsunfähigkeit zu verhindern,
- mögliche Hilfen und Leistungen zum Arbeitsplatzzerhalt kennenzulernen und in Anspruch zu nehmen,
- chronischen Erkrankungen und Behinderungen frühzeitig entgegenzuwirken und
- den Arbeitsplatz dauerhaft zu sichern.

Dafür gibt es z. B. folgende Möglichkeiten:

- betriebsinterne Maßnahmen (z. B. Arbeitsplatzanpassung, Umsetzung auf einen anderen Arbeitsplatz, Anpassung des Beschäftigungsumfangs)
- Unterstützungsmaßnahmen (z. B. Zuschüsse für technische Arbeitshilfen im Betrieb und Kfz-Hilfen)
- (außerbetriebliche) Maßnahmen der Rehabilitationsträger bzw. des Integrationsamtes (z. B. (erneute) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)

³⁵ www.bptk.de/die-laengsten-wohlzeiten-weiterhin-durch-psychische-erkrankungen/

Aufgrund der oftmals langen Arbeitsunfähigkeitszeiten ist das BEM für Menschen mit psychischen Erkrankungen von Bedeutung. Arbeitgeber können hier jedoch vor gewisse Herausforderungen gestellt werden: Infolge z. T. fehlender Krankheitseinsicht kann u. U. die Zustimmung zur Durchführung eines BEM fehlen. Denn die Entscheidung, ob ein BEM durchgeführt wird, trifft der Beschäftigte.

Weiterführende Informationen:

BEM-Kompass. Für Arbeitgeber und Beschäftigte: www.bar-frankfurt.de/bem-kompass

Arbeitshilfe Stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess (2020)

Gemeinsame Empfehlung Prävention nach § 3 SGB IX (2018)

4.3.4 Soziale Teilhabe

Alle Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur sozialen Teilhabe zielen darauf ab, die selbstbestimmte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen und zu sichern. Von besonderer Bedeutung ist dabei die Förderung von Fähigkeiten und Fertigkeiten zu einer möglichst eigenständigen Alltagsbewältigung. Das Alltagsleben enthält einerseits eine große Vielfalt von sozialen Rollen, die es auszufüllen gilt, wie

- im familiären Zusammenhang (z. B. als Mutter, Vater, Sohn oder Tochter),
- im Freundes- und Bekanntenkreis (z. B. als Gastgeber oder Gast, als Gesprächspartner oder Partner für gemeinsame Unternehmungen),
- im Bereich des Wohnens als Mieter oder Eigentümer einer Wohnung,
- im Bereich der Alltagsbewältigung und der Selbstversorgung (z. B. als Kunde in Geschäften und bei Banken),
- im sportlichen, kulturellen oder geselligen Bereich (z. B. als Vereinsmitglied, Theater- oder Kinobesucher, Gast eines Restaurants),
- im sozialen und psychiatrisch/psychosozialen Bereich (z. B. als Antragsteller bei Behörden, als Nutzer von Angeboten).

Andererseits ist der Alltag von der Bewältigung regelmäßig wiederkehrender Handlungsabläufe geprägt, z. B. dem Einkauf, der Zubereitung von Mahlzeiten, der Körper- und Kleiderpflege, und dem Nachgehen von Interessen und Hobbys.

Bereits die Bewältigung der scheinbar selbstverständlichen Aufgaben des alltäglichen Lebens kann für psychisch erkrankte Menschen eine große Anforderung darstellen – auch wenn sie grundsätzlich über das dafür notwendige Wissen und die notwendigen Fertigkeiten verfügen. So kann es sein, dass sie aufgrund ihrer wechselnden inneren Befindlichkeit hinsichtlich ihrer eigenen Fähigkeiten verunsichert sind, sich auch bei der Bewältigung der alltäglichen Aufgaben nicht auf sich selbst verlassen und durch innere Irritationen dabei beeinträchtigt werden können. Unter diesem Aspekt kommt der Förderung und Entwicklung von Gewohnheiten zur Bewältigung der alltäglichen Anforderungen besondere Bedeutung zu.

Maßnahmen zur gesellschaftlichen (Wieder-)Eingliederung

Entsprechend den vielfältigen unterschiedlichen Anforderungen des sozialen Alltagslebens kommen hier insbesondere sozio- und milieutherapeutische Angebote sowie begleitende Unterstützungsmöglichkeiten entsprechend den Besonderheiten des Einzelfalles in Betracht, wie z. B.

- Alltagsbewältigung und Selbstversorgung,
- Tagesstrukturierung und Freizeitgestaltung,
- Förderung der Beziehungsfähigkeit und sozialer Kontakte,
- Inanspruchnahme notwendiger medizinischer, sozialer oder psychiatrischer Angebote,
- Förderung von Neigungen und Interessen (z. B. im kulturellen oder sportlichen Bereich).

Je nach Art, Ausprägung und Umfang des Unterstützungsbedarfs sind unter dem Aspekt der möglichst alltagsnahen Gestaltung

- vorrangig ambulante Unterstützungsleistungen und/oder Angebote, die ein Verbleiben im eigenen Lebensumfeld ermöglichen (z. B. Soziale Assistenz/Betreutes Wohnen, psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen und Tagesstätten) sowie
- nachrangig stationäre Wohnangebote bzw. besondere Wohnformen nach § 42a Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB XII (ab 2020)

in Anspruch zu nehmen.

Durch Einführung des BTHG haben Menschen mit Behinderungen seit 1. Januar 2018 einen neu gestalteten Anspruch auf Assistenzleistungen (vgl. § 78 SGB IX). Um Assistenzleistungen in Anspruch nehmen zu können, müssen die Voraussetzungen der Eingliederungshilfe erfüllt sein (vgl. § 99 SGB IX). Durch Assistenzleistungen werden Menschen mit Behinderungen z. B. dabei unterstützt, begleitet oder befähigt, den Alltag selbstbestimmt zu bewältigen, soziale Beziehungen zu gestalten oder am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben teilzuhaben. Dabei stehen z. B. folgende Leistungen zur Verfügung:

- Anleitung und Übung von allgemeinen Erledigungen des Alltags,
- Unterstützung bei der Haushaltsführung,
- Alltags- und Freizeitgestaltung,
- Unterstützung bei der Gesundheitsvorsorge, z. B. Assistenz bei der Einnahme notwendiger Medikamente
- Erreichbarkeit eines Ansprechpartners, z. B. Rufbereitschaft in Krisensituationen

Der leistungsberechtigte Mensch ist hinsichtlich des Ziels, der Art und des Umfangs der Inanspruchnahme auf der Grundlage des Teilhabepplans nach § 19 SGB IX in die Gestaltung der Leistungen mit einzubeziehen.

4.3.5 Hilfen und Leistungen zur sozialen Sicherung

Sofern der psychisch erkrankte Mensch nicht in der Lage ist, seine Interessen und Ansprüche hinsichtlich der

- Sicherstellung der materiellen Existenz, insbesondere Geltendmachung von finanziellen Ansprüchen auf der Grundlage von Leistungsgesetzen (z. B. gegenüber der Krankenkasse, dem Rentenversicherungsträger, dem Sozialhilfeträger oder der Bundesagentur für Arbeit),
- Erlangung bzw. dem Erhalt einer Wohnung selbst wahrzunehmen, benötigt er die entsprechende Unterstützung durch Soziale Dienste.³⁶

Bei der Inanspruchnahme von psychiatrischen Diensten und Einrichtungen ist regelmäßig zu klären, welcher Bedarf an Hilfen zur sozialen Sicherung besteht.

Insbesondere bei einer stationären Krankenhausbehandlung ist z. B. zu klären, ob

- der psychisch erkrankte Mensch z. B. eine eigene Wohnung hat und die fortlaufende Zahlung der Miete gesichert ist,
- dem Arbeitgeber und der Krankenkasse die Arbeitsunfähigkeit mitgeteilt wurde.

³⁶ BAR (2016). Gemeinsame Empfehlung Sozialdienste unter: www.bar-frankfurt.de

4.3.6 Verhinderung von Pflegebedürftigkeit

Mit Hilfe von Rehabilitationsmaßnahmen können Menschen mit chronischen bzw. langandauernden Erkrankungen rehabilitiert werden, um die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft aufrechtzuerhalten. Eine drohende Pflegebedürftigkeit kann dadurch verschoben oder verhindert werden.

Je nach Art und Ausprägung der psychischen Störung können in unterschiedlichem Ausmaß Beeinträchtigungen in der Fähigkeit zu einer eigenverantwortlichen und selbstständigen Lebensführung vorübergehend oder auch für einen längeren Zeitraum auftreten. Pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, bestehen.

Das Rehabilitationsziel der Verhinderung von Pflegebedürftigkeit beinhaltet den Erhalt bzw. die Erlangung der im Einzelfall größtmöglichen Selbstständigkeit und Unabhängigkeit von Pflege. Es gilt der Grundsatz „Reha vor Pflege“. In Anlehnung an § 31 SGB XI prüfen die Pflegekassen im Einzelfall, welche Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen geeignet und zumutbar sind, Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten. Einfach ausgedrückt besagt dieser Grundsatz, dass bevor ein Mensch pflegebedürftig wird, mit Hilfe medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen alles getan werden muss, um dies zu verhindern. Wenn ein Mensch bereits pflegebedürftig ist, muss im Rahmen der medizinischen Rehabilitation alles daran gesetzt werden, um den Zustand und die Situation des Pflegebedürftigen zu verbessern. Ein Zugang in die Rehabilitation kann sich auch aus der Pflegebegutachtung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) ergeben. Die Gutachter der MDK müssen bei jeder Pflegebegutachtung prüfen, ob und in welchem Umfang Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind, um Pflegebedürftigkeit zu verhüten oder zu vermindern.³⁷ Eine Rehabilitation ist daher auch aus einer Pflegesituation heraus möglich.

Je nach Art und Umfang drohender oder eingetretener Beeinträchtigungen und Behinderungen und unter Berücksichtigung erworbener sowie noch nicht entwickelter Fähigkeiten und Fertigkeiten stehen hier Unterstützungsmöglichkeiten für psychisch erkrankte Menschen zur Förderung der Kompensation und Bewältigung der körperlichen, kognitiven und insbesondere psychischen Beeinträchtigungen sowie zur eigenverantwortlichen Alltagsbewältigung im Vordergrund.

Diese Zielsetzung erfordert einerseits bei den Mitgliedern des therapeutischen Teams eine Haltung, die den psychisch erkrankten Menschen das im Einzelfall größtmögliche Maß an Eigenverantwortlichkeit erhält und die betroffenen Menschen in ihrer Eigenverantwortlichkeit anspricht. Andererseits sind Rahmenbedingungen notwendig, die möglichst weitgehend der Realität des Alltagslebens entsprechen und Überforderung ebenso vermeiden wie Unterforderung.



Weiterführende Informationen:

Datenbank mit Suchmöglichkeiten von regionalen Pflegestützpunkten bzw. Pflegeberatern
www.zqp.de/beratung-pflege/#/home

GKV-Spitzenverband → Rahmenverträge, Richtlinien und Bundesempfehlungen über die pflegerische Versorgung und zu Pflegestützpunkten www.gkv-spitzenverband.de

³⁷ Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) unter www.mds-ev.de

Unabhängige Patientenberatung Deutschland www.patientenberatung.de

Maßnahmen zur Verhinderung von Pflegebedürftigkeit

Der hier verwendete Pflegebedürftigkeitsbegriff ist nicht eingeeignet auf die Definition der Sozialen Pflegeversicherung zu beziehen, sondern auch auf die der anderen Träger von Leistungen zur Teilhabe. Wesentliche Voraussetzung für die Verhinderung bzw. Aufhebung von Pflegebedürftigkeit ist einerseits der Erhalt, die Vermittlung, Förderung und Erprobung von Fähigkeiten und Fertigkeiten zu einer möglichst eigenständigen Alltagsbewältigung, andererseits ein hierfür unerlässliches Maß an persönlicher Stabilität und die Entwicklung eines realistischen Selbstbildes. Hier greifen Angebote der medizinischen und sozialen Rehabilitation.

Psychisch erkrankte Menschen leiden häufig auch unter Störungen in der Beziehung zu und in der Wahrnehmung ihres eigenen Körpers. Deshalb sind neben sozio- und milieutherapeutischen Maßnahmen z. T. auch physio- und bewegungstherapeutische Hilfen erforderlich. Im Rahmen der sozialen Rehabilitation steht die Förderung der sozialen Teilhabe mit motivierenden und trainierenden Aspekten der Teilhabeförderung im Vordergrund.

Sofern eine Pflegebedürftigkeit nicht vermieden werden kann, ist der Grundsatz des Vorrangs ambulanter vor stationären Leistungen der Pflege nach dem SGB XI zu berücksichtigen. In seiner häuslichen Umgebung kann der psychisch erkrankte Mensch die Alltagsbewältigung und die Erlangung größerer Selbstständigkeit am besten erreichen. Vorrangiges Ziel und Aufgabe der häuslichen Pflege für psychisch erkrankte Menschen ist die Vermeidung oder Verkürzung stationärer psychiatrischer Aufenthalte durch die intensive Betreuung zu Hause in enger Abstimmung und Vernetzung mit den anderen sozialpsychiatrischen Hilfen vor Ort.

Pflegedienste mit psychiatrisch qualifiziertem Personal können die psychisch erkrankten Menschen zu Hause aufsuchen. Verordnet wird die Ambulante Psychiatrische Pflege vom niedergelassenen Facharzt, unter Umständen auch vom Hausarzt. Ambulante Psychiatrische Pflege ist jedoch nicht flächendeckend ausgebaut. Dort, wo die Ambulante Psychiatrische Pflege existiert und gut funktioniert, trägt sie beträchtlich zur Vermeidung oder Verkürzung stationärer psychiatrischer Behandlungen und zur Förderung der Lebensqualität bei.

Die längerfristige Unterbringung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung sollte nur dann in Betracht gezogen werden, wenn unter Ausschöpfung der ambulanten Hilfen und eigenen Ressourcen keine ausreichende Kompensation und Entlastung möglich ist.



Exkurs: Aktivitäten zur Vermeidung von freiheitsentziehenden Maßnahmen

Bei psychischer Erkrankung oder geistiger bzw. seelischer Behinderung können unter bestimmten Voraussetzungen freiheitsentziehende Maßnahmen (Unterbringung, Fixierung, Sedierung) aufgrund der Gefahr der Selbsttötung, einer erheblichen gesundheitlichen Eigenschädigung (oder in bestimmten Fällen: Drittgefährdung) einmalig oder mehrfach, kurzzeitig oder langfristig angeordnet werden. Freiheitsentziehende Maßnahmen setzen einen entgegenstehenden Willen des Betroffenen voraus. Es liegt keine freiheitsentziehende Maßnahme vor, wenn der Betroffene wirksam in diese einwilligt. Liegt eine wirksame Einwilligung des Betroffenen zur Durchführung einer freiheitsentziehenden Maßnahme vor, so ist eine richterliche Genehmigung nicht erforderlich. Eine Einwilligung des Betroffenen setzt dessen Einwilligungsfähigkeit voraus. Ist der Betroffene aufgrund der Krankheit oder Behinderung nicht in der Lage, seinen Willen frei zu bestimmen, ist eine Einwilligung der Angehörigen oder der rechtlichen Betreuer bzw. Vorsorgebevollmächtigten einzuholen. Bei Eilfällen oder

Nothilfe kann die Einwilligung auch im Nachhinein ausgesprochen werden. Eine freiheitsentziehende Maßnahme ist nicht gegeben, wenn der Betroffene sich nicht mehr fortbewegen kann oder kein Fortbewegungswillen vorliegt. Bei auftretenden Gesundheitsschäden durch die freiheitsentziehende Maßnahme besteht eine Haftung des Pflegepersonals.

U. a. das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) regelt die Einzelheiten zu freiheitsentziehenden Maßnahmen. Freiheitsentziehende Maßnahmen sind immer daraufhin zu überprüfen, ob sie gegen höherrangiges Recht wie die Menschenwürde verstoßen. Alternativen zu freiheitsentziehenden Maßnahmen sind regelhaft abzuwägen, z. B. Durchführung einer engmaschigen psychosozialen Betreuung.

4.4 Rehabilitationseinrichtungen und Unterstützungsangebote

4.4.1 Psychosomatisch-psychotherapeutische Rehabilitationseinrichtungen

Die medizinische Rehabilitation psychisch erkrankter Menschen erfolgt in psychosomatisch und psychotherapeutisch ausgerichteten Rehabilitationseinrichtungen und in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch erkrankte und beeinträchtigte Menschen.

Psychosomatisch und psychotherapeutisch ausgerichtete Rehabilitationseinrichtungen wenden sich mit ihren Konzepten vorrangig an einen Personenkreis mit affektiven Störungen, Angst- und Zwangsstörungen, somatoformen Störungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen sowie Anpassungsstörungen im Rahmen kritischer Lebensereignisse. Für Gruppen von Rehabilitanden mit solchen psychischen Störungen, für deren Behandlung sehr spezifische Anforderungen hinsichtlich Rehabilitationskonzept, Behandlungssetting und therapeutischer Kompetenz erfüllt sein müssen (z. B. Essstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen, Schizophrenie), existieren Spezialisierungen in bestimmten Rehabilitationseinrichtungen. Auf der Basis eines integrativen, bio-psycho-sozialen, multidisziplinären Rehabilitationsansatzes liegt der Behandlungsschwerpunkt in den psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitationseinrichtungen vor allem im verbalen und interaktiven Bereich. Ergänzend kommen u. a. übende, aktivitätsfördernde und kreativtherapeutische Module zum Einsatz. Therapeutische Interventionen erfolgen vorwiegend in offenen oder geschlossenen Gruppen. Die Rehabilitationsleistung kann je nach individuellem Bedarf ganztags ambulant oder stationär durchgeführt werden, die Nachhaltigkeit kann durch eine anschließende Leistung zur Rehabilitationsnachsorge unterstützt werden.

4.4.2 Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK)

Rehabilitationseinrichtungen für psychisch erkrankte und behinderte Menschen sind Einrichtungen, in denen Leistungen der medizinischen Rehabilitation mit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Rahmen einer integrierten Komplexleistung unter einem Dach angeboten werden. Das Konzept der RPK-Maßnahme hat sich den letzten fast 30 Jahren bewährt.

Für betroffene Menschen, die schon längerfristig durch eine schwere psychiatrische Störung aus dem Tätigkeitsalltag verdrängt wurden, kann die auf längere Zeiträume ausgelegte Maßnahme den notwendigen Rahmen schaffen, sich unter Berücksichtigung individueller Kontextfaktoren die essentiellen Teilhaberressourcen „zurückzuerobern“ und in die Arbeitswelt zurückzukehren. Insbesondere der LTA-Phase mit dem Langzeitpraktikum kommt für die schlussendliche Integration auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt die größte Bedeutung zu. Hierbei kommen auch Elemente des Supported Employment (Unterstützte Beschäftigung) zum Einsatz.³⁸

38 BAR (2010). Gemeinsame Empfehlung „Unterstützte Beschäftigung“ unter www.bar-frankfurt.de

Bei den RPK³⁹ handelt es sich um einen Einrichtungstypus, der insbesondere schwerer psychisch beeinträchtigten Menschen die Möglichkeit einer integrierten medizinisch-beruflichen Rehabilitation eröffnet. Leistungen der medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden unter einem organisatorischen Dach im Rahmen einer integrierten Komplexleistung möglichst im Kontext und unter Einbeziehung regionaler Versorgungsstrukturen und Ressourcen erbracht. Es handelt sich meist um kleine Einrichtungen (10 bis 50 Plätze). Im Gegensatz zum Klientel der psychosomatischen Einrichtungen sind die Teilnehmenden mit 29 Jahren im Mittel deutlich jünger und zum überwiegenden Teil fünf Jahre oder länger nicht aktiv im Arbeitsmarkt eingebunden. Ein weiteres Viertel ist noch gar nicht als Arbeitnehmer in Erscheinung getreten. Das psychosoziale Funktionsniveau ist oft deutlich verringert.

In einer RPK werden vorrangig Personen mit den Diagnosen aus den ICD10-Kategorien F2 (Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen), F3 (affektive Störungen), F4 (Angst- und Zwangsstörungen, PTBS) sowie F6 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen) rehabilitiert. Einzelne spezialisierte Einrichtungen bieten auch Zusatzangebote für die Indikationen Sucht (F1, Doppeldiagnoseprogramm Psychose & Sucht) sowie Jugendliche (F8 und F9, Jugendrehabilitation).

Die RPK-Empfehlungsvereinbarung⁴⁰ bietet den strukturellen und inhaltlichen Rahmen für den eigentlichen Rehabilitationsprozess, begonnen bei der Anbahnung (Diagnosestellung, fachärztliche Stellungnahme, Rehabilitationsplan), über die personellen und strukturellen Anforderungen an eine RPK, bis hin zu den Zuständigkeiten der beteiligten Rehabilitationsträger und die konkrete Ausgestaltung des Verfahrens bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Die Leistung selbst lässt sich im stationären wie auch ambulanten Setting anbieten, wodurch die bedarfsgerechte Erbringung sowie der Einbezug der individuellen Lebenssituation wesentlich erleichtert werden.

Auch die Anforderungen an die ärztliche Leitung sind in der RPK-Empfehlungsvereinbarung geregelt. Danach ist die ärztliche Leitung für die Umsetzung des umfassenden Rehabilitationskonzepts im Rahmen der Vorgaben der Leistungsträger bezogen auf den einzelnen Rehabilitanden verantwortlich. Zentrale Instanz für die praktische Umsetzung der Vorgaben ist ein multidisziplinär zusammengesetztes Rehabilitationsteam, bestehend aus Ärzten, Psychologen, Sozialarbeitern/Sozialpädagogen, Ergotherapeuten und Fachkräften für die berufliche Rehabilitation sowie Physiotherapeuten und Gesundheits- und Krankenpflegekräften.

Ziel der RPK ist es, die Fähigkeiten des psychisch erkrankten Menschen zur Wiedereingliederung durch Aktivierung, körperliche und psychische Stabilisierung, Training der Fähigkeiten zur selbstständigen Lebensführung sowie Heilung, Besserung und Verhütung der Verschlimmerung von Krankheit zu erreichen. Außerdem werden – soweit erforderlich – durch Abklärung von beruflicher Eignung und Neigung sowie Hinführung zu beruflichen Maßnahmen die Voraussetzungen für eine möglichst weitgehende und dauerhafte Wiedereingliederung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt – auch in Inklusionsbetrieben – oder in Werkstätten für behinderte Menschen geschaffen. Damit finden Training und Platzierung phasenübergreifend zu gleichen Teilen statt.

Ausblick: Die RPK-Empfehlungsvereinbarung aus dem Jahr 2005 wird im Jahr 2020 auf Ebene der BAR aktualisiert und um den Personenkreis der Jugendlichen und jungen Erwachsenen erweitert.

4.4.3 Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR)

Bei bestimmten Gruppen von Rehabilitanden kann es vorkommen, dass das Ziel der Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt besonders schwer zu erreichen ist. Charakteristisch für diese Personengruppe sind längere Zeiten der Arbeitsunfähigkeit, Arbeitslosigkeit sowie eine negative subjektive Erwerbsprognose, verbunden mit der Sorge, den Anforderungen des Arbeitsplatzes nicht gerecht werden zu können. Man spricht hier von Menschen mit besonderen beruf-

39 Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen (BAG RPK) unter www.bagrpk.de

40 BAR (2011). RPK-Empfehlungsvereinbarung und Handlungsempfehlungen für die praktische Umsetzung unter www.bar-frankfurt.de

lichen Problemlagen (BBPL). Auch Menschen im erwerbsfähigen Alter mit psychischen Erkrankungen sind häufig von solchen BBPLs betroffen. Um diese Rehabilitanden bei der Bewältigung beruflicher Problemlagen zu unterstützen, gibt es die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR). Diese setzt zu einem Zeitpunkt ein, an dem bereits BBPLs aufgetreten sind, sodass unklar ist, ob der Rehabilitand wieder an seinen Arbeitsplatz zurückkehren kann. Leistungen der MBOR werden im Rahmen der medizinischen Rehabilitation erbracht. Im Unterschied zur klassischen medizinischen Rehabilitation bezieht die MBOR Berufs- und Arbeitsplatzaspekte in den gesamten Rehabilitationsverlauf mit ein. Ziel der MBOR ist es, BBPLs frühzeitig zu erkennen und entsprechende Maßnahmen einzuleiten, sodass der noch vorhandene Arbeitsplatz erhalten werden kann. Bei Rehabilitanden, deren körperliche und psychische Verfassung eine Rückkehr an den alten Arbeitsplatz nach dem Rehabilitationsaufenthalt grundsätzlich zulässt, können mit Hilfe medizinischer, psychologischer und berufsbezogener Trainingsmethoden bestimmte Fertigkeiten erlernt und Belastungen (z. B. durch vermeidbares psychisches oder körperliches Fehlverhalten) reduziert werden. Oftmals reichen bereits geringfügige Veränderungen am Arbeitsplatz, die Optimierung von Arbeitsabläufen, die Verwendung von geeigneten Hilfsmitteln oder die Veränderung der persönlichen Einstellung aus, um den Rehabilitationserfolg nachhaltig sicherstellen zu können.

Im System der gegliederten Sozialversicherung ist die Deutsche Rentenversicherung vorrangig für Menschen zuständig, deren Erwerbsfähigkeit als Folge von zumeist chronischen Erkrankungen erheblich gefährdet oder gemindert ist (§ 10 SGB VI „Persönliche Voraussetzungen“). Dabei unterscheidet die Deutsche Rentenversicherung für MBOR-Leistungen folgende Stufen:

- | | |
|-------------------|---|
| Stufe A (MBOR-A): | Beruflich orientierte Basisangebote , die zukünftig für alle Rehabilitanden, die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erhalten, angeboten werden sollen. |
| Stufe B (MBOR-B): | Über die beruflich orientierten Basisangebote hinausgehende Rehabilitationselemente für Personen mit BBPL (MBOR-Kernangebote). Hier werden Therapien wie beispielsweise Psychoedukation (Stressbewältigung am Arbeitsplatz) angeboten. |
| Stufe C (MBOR-C): | Spezielle Angebote für Rehabilitanden, bei denen trotz einer intensivierten berufsbezogenen medizinischen Rehabilitation (MBOR-Kernangebote) nicht absehbar ist, dass sie an ihren alten oder einen entsprechenden Arbeitsplatz erfolgreich zurückkehren können. Ggfs. werden Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich. |

4.4.4 Psychotherapeutische Unterstützung nach Arbeitsunfall oder Berufskrankheit

In der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung dient das Psychotherapeutenverfahren der zügigen psychologisch-therapeutischen Intervention nach Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten. Damit soll einer Entstehung und Chronifizierung von psychischen Gesundheitsschäden frühzeitig entgegengewirkt werden. Nur ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, die über spezielle fachliche Befähigungen verfügen und zur Übernahme bestimmter Pflichten bereit sind, können am Psychotherapeutenverfahren beteiligt werden. Die Therapie wird vom Unfallversicherungsträger oder Durchgangsarzt (D-Arzt) eingeleitet.

Die ambulante Therapie beginnt innerhalb einer Woche nach Auftragserteilung und wird in Abhängigkeit von der störungsspezifischen Dringlichkeit fortgesetzt. Eine Sitzungsfrequenz von regelmäßig einmal pro Woche, längstens alle zwei Wochen ist den individuellen Erfordernissen anzupassen und in Abhängigkeit vom Behandlungsfortschritt einzuhalten.

Um eine fundierte Psychodiagnostik, Psychoedukation, Krisen- oder Frühintervention zu leisten sowie den Bedarf weiterführender Behandlungsmaßnahmen zu klären, werden zunächst unabhängig von der Kausalität der psychischen Symptomatik bis zu fünf probatorische (probeweise) Sitzungen durchgeführt. Während der probatorischen Sitzungen ist eine Unfallanamnese zu erheben und sind die traumaspezifischen Einflussfaktoren herauszuarbeiten. Nach Abschluss der probatorischen Sitzungen wird bei entsprechend begründetem Antrag die Notwendigkeit weiterer psychotherapeutischer Maßnahmen durch den Unfallversicherungsträger geprüft. Dabei werden zunächst regelmäßig maximal zehn weitere

Sitzungen bewilligt. Nach Abschluss dieser Behandlungseinheiten können nach Berichterstattung und Prüfung weitere Einheiten bewilligt werden, in der Regel bis maximal 15 Sitzungen. In begründeten Einzelfällen ist die Bewilligung längerer Therapieeinheiten möglich.

Über eine stationäre Behandlung entscheidet der Unfallversicherungsträger. Behandelnde Psychotherapeuten können eine entsprechende Empfehlung aussprechen.

In der Broschüre „Psychotherapeutenverfahren“ der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung⁴¹ sind die Anforderungen, die Handlungsanleitung und die Formtexte enthalten. Informationen über die frühzeitige psychotherapeutische Intervention nach Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten sind im Flyer „Psychotherapeutenverfahren – Informationen zur Zusammenarbeit für Durchgangsärztinnen und Durchgangsärzte“ zusammengefasst. Beispielhaft werden darin zudem typische Fallkonstellationen aufgegriffen und die notwendige Zusammenarbeit zwischen nichtärztlichen Psychotherapeuten und D-Ärzten bei der Verordnung von Medikamenten und der Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung thematisiert.

4.4.5 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Berufsbildungswerke (BBW)

Berufsbildungswerke⁴² sind Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation. In jedem Jahr qualifizieren sie rund 14.000 junge Menschen mit Behinderungen und psychischen Erkrankungen für deren berufliche Zukunft. Berufsbildungswerke dienen der erstmaligen Berufsausbildung vornehmlich junger beeinträchtigter Menschen, die nur in einer auf ihre Behinderungsart und deren Auswirkungen ausgerichteten Ausbildungsorganisation zu einem Abschluss nach dem Berufsbildungsgesetz gelangen. Alle Ausbildungen sind staatlich anerkannt. Sie entsprechen u. a. den Regelungen der Handwerksordnung (HwO) sowie des Berufsbildungsgesetzes (BBiG). Fachübergreifende Teams planen gemeinsam mit den Jugendlichen den Reha-Prozess und bereiten sie auf den Weg in die Arbeitswelt vor. Ziel ist, die individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten der Jugendlichen zu erkennen und passende Berufsperspektiven zu entwickeln. Die kontinuierliche ausbildungsbegleitende Betreuung erfolgt durch Ärzte, Psychologen, Sonderpädagogen und andere Fachkräfte der Rehabilitation.



Weiterführende Informationen:

Eine Adressensammlung stellt das Informationssystem zur beruflichen Rehabilitation (REHADAT) zur Verfügung.⁴³ REHADAT ist ein Projekt des Instituts der deutschen Wirtschaft Köln e. V., gefördert vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales aus dem Ausgleichsfonds.

Berufsförderungswerke (BFW)

Berufsförderungswerke⁴⁴ sind überregionale und überbetriebliche Rehabilitationseinrichtungen zur beruflichen Fort- und Weiterbildung sowie der Umschulung erwachsener Menschen mit Behinderung, die ihren bisherigen Beruf behinderungsbedingt nicht mehr ausüben können. In Deutschland gibt es insgesamt 28 Berufsförderungswerke an fast 100 Standorten mit ca. 250 Qualifizierungsangeboten. Berufsförderungswerke dienen in erster Linie der beruflichen Weiterbildung (z. B. Qualifizierungs- und Umschulungsmaßnahmen) behinderter Erwachsener, die nicht durch betriebliche oder allgemeine Leistungen für nicht behinderte Menschen weitergebildet werden können.

41 www.publikationen.dguv.de

42 Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke (BAG BBW) unter www.bagbbw.de

43 www.rehadat.de

44 Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke (BAG BFW) unter www.arge-bfw.de

Menschen mit Behinderungen sind wichtige Fachkräfte für die Wirtschaft. Das gilt für Auszubildende mit Einschränkungen ebenso wie für Erwachsene mit Behinderungen, die beispielsweise aufgrund psychischer Einschränkungen nicht mehr am alten Arbeitsplatz tätig sein können. Die Einrichtungen verfügen neben den Ausbildungsstätten über begleitende medizinische, psychologische und soziale Dienste und ermöglichen somit notwendige entsprechende begleitende Hilfen. Sie bieten darüber hinaus Freizeit- und Sportmöglichkeiten. Im Rahmen eines Reha-Assessment werden die persönlichen und gesundheitlichen Voraussetzungen geprüft und daraus der individuelle Bedarf an beruflicher Rehabilitation ermittelt.

Die Maßnahmen sind in der Regel gegenüber der üblichen Ausbildungszeit auf zwei Jahre verkürzt. Berufsförderungswerke haben flexible Angebote, spezielle Rehabilitations-Vorbereitungslehrgänge für Menschen mit einer psychischen Störung und bieten Möglichkeiten zum Erwerb von Teilqualifikationen.



Weiterführende Informationen:

Eine Adressensammlung stellt das Informationssystem zur beruflichen Rehabilitation (REHADAT) zur Verfügung.⁴⁵

Berufliche Trainingszentren (BTZ)

Berufliche Trainingszentren⁴⁶ sind regionale Einrichtungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Sie dienen in erster Linie dem Wiedereinstieg von Erwachsenen mit einer psychischen Störung in den allgemeinen Arbeitsmarkt. Dies geschieht über

- die Abklärung vorhandener Kompetenzen,
- die Wiederauffrischung früherer beruflicher Kenntnisse und Kompetenzen,
- die Erarbeitung beruflicher Anpassungen und, wenn notwendig,
- den Erwerb von Teilqualifikationen.

Neben dieser Hauptaufgabe für den Personenkreis, der in der Regel über eine abgeschlossene Ausbildung bzw. Berufserfahrung verfügt, wird in geringerem Umfang an manchen Orten

- Berufsfindung durchgeführt oder
- Vorbereitung auf Umschulung oder Ausbildung angeboten.

Die Einrichtungen verfügen über Berufsfachkräfte sowie Pädagogen, Ergotherapeuten und Mitarbeiter aus dem psychosozialen Bereich (Psychologen, Sozialarbeiter/Sozialpädagogen), die in einem multidisziplinären Team arbeiten und den beeinträchtigten Menschen bis zur Integration in eine Arbeitsstelle und Übergabe an Integrationsfachdienste begleiten. Als regionale Einrichtungen kooperieren sie eng mit den vorbehandelnden klinisch-medizinischen und den begleitenden gemeindepsychiatrischen Hilfeangeboten.

Berufliche Trainingszentren sind bestrebt, die betriebliche Realität nachzubilden und nutzen betriebliche Praktika als integralen Bestandteil des Trainings.

45 www.rehadat.de

46 Bundesarbeitsgemeinschaft Beruflicher Trainingszentren (BAG BTZ) unter www.bag-btz.de

Integrationsfachdienste

Integrationsfachdienste (IFD) werden hinzugezogen, wenn es um die Beratung und Begleitung (schwer-)behinderter Menschen mit besonderem psychosozialen Unterstützungsbedarf geht. Auch Arbeitgeber werden von den IFD bei allen Fragen rund um die Teilhabe am Arbeitsleben dieser Zielgruppe unterstützt, denn die Auswirkungen psychischer Störungen zeigen sich meist besonders deutlich am Arbeitsplatz. Für viele Arbeitgeber sind die IFD wichtige Ansprechpartner, wenn es darum geht, schwierige Beschäftigungssituationen mit Mitarbeitern, bei denen infolge funktionaler Beeinträchtigungen die Kooperation oder Kommunikation ins Stocken geraten ist, wieder in Gang zu bringen. Gemeinsam mit dem IFD können Konflikte entschärft, die Zusammenarbeit wieder in Gang gebracht sowie individuelle Lösungen gefunden werden.

Bei den IFD handelt es sich um öffentliche Einrichtungen, die von den Integrationsämtern im Rahmen ihrer Strukturverantwortung für die IFD bei Dritten, zumeist freien Trägern, angesiedelt werden. Sie werden von den Integrationsämtern finanziert und koordiniert. Tätig werden die IFD im Auftrag der Integrationsämter sowie der Rehabilitationsträger (§ 194 SGB IX).

Integrationsfachdienste sind bundesweit und flächendeckend eingerichtet und dadurch ortsnah erreichbar. Sie zeichnen sich zudem durch einen niedrighschwelligem Zugang aus, d. h. Ratsuchende können das Angebot ohne große Hürden oder Anforderungen in Anspruch nehmen. Dies ist besonders wichtig, weil es vielen Menschen mit einer seelischen Erkrankung schwerfällt, sich zu ihrer Behinderung zu bekennen und Hilfe in Anspruch zu nehmen. Die IFD werden insbesondere zur Unterstützung folgender Personengruppen eingeschaltet:

- schwerbehinderte Menschen mit einem besonderen Bedarf an arbeitsbegleitender Betreuung,
- Beschäftigte aus den Werkstätten für behinderte Menschen, die nach zielgerichteter Vorbereitung den Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt erreichen können und
- schwerbehinderte Schulabgänger, die zur Aufnahme einer Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auf die Unterstützung eines Integrationsfachdienstes angewiesen sind.⁴⁷

IFD können ebenfalls hinzugezogen werden, wenn es um die Unterstützung von Menschen mit einer geistigen oder seelischen Behinderung sowie Personen mit einer schweren Körper-, Sinnes- oder Mehrfachbehinderung, die sich im Arbeitsleben besonders nachteilig auswirkt und einen besonderen Bedarf an arbeitsbegleitender Betreuung mit sich bringt, geht. Im Jahr 2018 wurden rund 68.100 Personen von Integrationsfachdiensten unterstützt. Die größte Gruppe der unterstützten Personen bilden Menschen mit einer seelischen oder neurologischen Beeinträchtigung (38 %). An zweiter Stelle folgen Menschen mit einer geistigen oder Lernbeeinträchtigung.⁴⁸

Die Aufgabenstellung der IFD umfasst sowohl die Beratung und Unterstützung schwerbehinderter Menschen, wie auch die Information und Beratung von Arbeitgebern. So vermitteln die IFD z. B. geeignete Bewerber an Arbeitgeber, die schwerbehinderten Menschen eine Beschäftigung anbieten möchten und unterstützen dabei, diese auf den vorgesehenen Ausbildungs- oder Arbeitsplatz vorzubereiten. Die Integrationsfachdienste haben folgende Unterstützungsmöglichkeiten:

- Bewertung der Fähigkeiten eines schwerbehinderten Menschen und Erarbeitung eines individuellen Fähigkeits-, Leistungs- und Interessenprofil zur Vorbereitung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt
- Begleitung der betrieblichen Ausbildung schwerbehinderter, insbesondere lern- und seelisch behinderter Jugendlicher
- Erschließung geeigneter Arbeitsplätze auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt
- Vorbereitung der schwerbehinderten Menschen auf den vorgesehenen Arbeitsplatz
- Begleitung am Arbeitsplatz oder beim Training der berufspraktischen Fähigkeiten am konkreten Arbeitsplatz

47 Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH)
www.integrationsaemter.de/Fachlexikon/Integrationsfachdienst/77c43811p/

48 BIH-Jahresbericht 2018/2019

- Beratung der Vorgesetzten und Mitarbeiter im Betrieb oder der Dienststelle über Art und Auswirkung der Behinderung und über entsprechende Verhaltensregeln (nur mit Zustimmung des schwerbehinderten Menschen)
- Nachbetreuung, Krisenintervention oder psychosoziale Betreuung
- Ansprechpartner für den Arbeitgeber und Information über Leistungen
- Klärung der für schwerbehinderte Menschen notwendigen Leistungen in Zusammenarbeit mit den Rehabilitationsträgern und den Integrationsämtern und Unterstützung bei der Beantragung
- Unterstützung der Bundesagentur für Arbeit bei der Berufsorientierung und Berufsberatung in den Schulen

Die IFD sind insofern ein wichtiges Instrument zur Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf und besonderen funktionalen Einschränkungen. Einen nachhaltigen Erfolg am Arbeitsplatz ermöglichen u. a.

- die Anpassung des Beratungsprozesses an den notwendigen Bedarf: einmaliges Beratungsgespräch, aber auch die Möglichkeit der langfristigen Begleitung, um zur Stabilisierung des Menschen, wie auch des Arbeitsverhältnisses beizutragen,
- das fachliche Know-how und die hohe personale Kontinuität der IFD,
- die enge Kooperation mit Fachkräften der Integrationsämter aus den Bereichen Kündigungsschutz und Begleitende Hilfe im Arbeitsleben, mit Rehabilitationsträgern, Eingliederungshilfeträgern und den Trägern der Arbeitsvermittlung sowie
- die vielseitige Verzahnung in den Versorgungsstrukturen für Menschen mit Behinderungen vor Ort.



Weiterführende Informationen:

Gemeinsame Empfehlung „Integrationsfachdienste“ unter www.bar-frankfurt.de

Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH) www.integrationsaemter.de

Eine Auflistung der IFD nach Regionen stellt die BIH auf Ihrer Homepage zur Verfügung:

www.integrationsaemter.de/Integrationsfachdienste/88c51/

BIH-Jahresbericht 2018/2019 als Download www.integrationsaemter.de/jahresbericht

Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)

Werkstätten für behinderte Menschen⁴⁹ sind Einrichtungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben. Für Menschen, die wegen Art oder Schwere der Behinderung nicht, noch nicht oder noch nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt werden können, bieten sie

- eine angemessene berufliche Bildung und
- eine Beschäftigung zu einem ihrer Leistung angemessenen Arbeitsentgelt aus dem Arbeitsergebnis sowie
- die Möglichkeit, die Leistungs- oder Erwerbsfähigkeit zu erhalten, zu entwickeln, zu erhöhen oder wiederzugewinnen und dabei die Persönlichkeit weiterzuentwickeln.

Die Werkstätten führen Eingangsverfahren und Maßnahmen im Berufsbildungsbereich durch und bieten Beschäftigungen im Arbeitsbereich. In der Regel verfügen sie über ein breites Angebot unterschiedlicher Arbeitsmöglichkeiten und Arbeitsplätze, zunehmend auch ausgelagert in Betrieben.

⁴⁹ Bundesarbeitsgemeinschaft der Werkstätten für behinderte Menschen e. V. (BAG WfbM) unter www.bagwfbm.de

Die Leistungen im Eingangsverfahren, die für die Dauer von vier Wochen, im Einzelfall bis zu drei Monaten erbracht werden können, dienen zur Feststellung, ob die WfbM die geeignete Einrichtung für die Teilhabe des behinderten Menschen am Arbeitsleben ist, welche Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für den behinderten Menschen in Betracht kommen und um einen Eingliederungsplan zu erstellen.

Die Leistungen im Berufsbildungsbereich werden erbracht, wenn die Leistungen erforderlich sind, um die Leistungs- oder Erwerbsfähigkeit des behinderten Menschen so weit wie möglich zu entwickeln, zu verbessern oder wiederherzustellen, und wenn erwartet werden kann, dass der Mensch mit Behinderung nach Teilnahme an diesen Leistungen in der Lage ist, wenigstens ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung zu erbringen. Die Leistungen im Berufsbildungsbereich können bis zu maximal zwei Jahre erbracht werden. Sie werden in der Regel zunächst für ein Jahr bewilligt. Sie werden für ein weiteres Jahr bewilligt, wenn die Leistungsfähigkeit des behinderten Menschen weiterentwickelt oder wiedergewonnen werden kann.

Leistungen im Arbeitsbereich erhalten Menschen mit Behinderung, bei denen eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder Berufsvorbereitung, berufliche Anpassung und Weiterbildung oder eine berufliche Ausbildung wegen Art und Schwere der Behinderung nicht, noch nicht oder noch nicht wieder in Betracht kommen. Dennoch sind sie in der Lage, wenigstens ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung zu erbringen. Die Leistungen sind darauf gerichtet, dem behinderten Menschen die Aufnahme und Ausübung einer seiner Neigung und Eignung entsprechenden Beschäftigung zu ermöglichen. Außerdem soll durch arbeitsbegleitende Maßnahmen die im Berufsbildungsbereich erworbene Leistungsfähigkeit erhalten, verbessert und der Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt durch geeignete Maßnahmen gefördert werden.

Bundesweit gibt es Werkstätten mit spezifischen Angeboten für psychisch erkrankte Menschen. Diese spezifischen Werkstätten sind hinsichtlich der Atmosphäre, der Arbeitsinhalte sowie der Entlohnung an die Bedürfnisse der psychisch erkrankten Menschen angepasst.⁵⁰

Unterstützte Beschäftigung nach § 55 SGB IX

Damit mehr Menschen mit Behinderung die Möglichkeit haben, ihren Lebensunterhalt außerhalb von Werkstätten für behinderte Menschen erarbeiten zu können, wurde die Unterstützte Beschäftigung eingeführt.⁵¹ Ziel der Unterstützten Beschäftigung ist, Leistungsberechtigten mit besonderem Unterstützungsbedarf eine angemessene, geeignete und sozialversicherungspflichtige Beschäftigung zu ermöglichen und zu erhalten. Unterstützte Beschäftigung ist die individuelle betriebliche Qualifizierung und Berufsbegleitung behinderter Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf auf Arbeitsplätzen in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes. Die Unterstützung erfolgt in direktem Kontakt mit betrieblichen Vorgesetzten und Kollegen (Job Coaching). Ziel ist der Abschluss eines Arbeitsvertrages und damit die Integration des Menschen mit Behinderung in ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis. Wesentlich bei der Unterstützten Beschäftigung ist der Grundsatz „Erst platzieren, dann qualifizieren“. Die Qualifikation erfolgt direkt am Arbeitsplatz. Diese Form der Beschäftigung bietet die Möglichkeit, insbesondere Schulabgängern aus Förderschulen eine Perspektive auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu geben. Dabei geht es vorrangig um Personen, für die eine berufsvorbereitende Maßnahme oder Berufsausbildung wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung nicht in Betracht kommt, bei denen aber gleichwohl die Prognose besteht, dass eine Beschäftigungsaufnahme mit Hilfe der Unterstützten Beschäftigung gelingen kann. Das bedeutet auch, dass Unterstützte Beschäftigung nachrangig ist gegenüber Berufsausbildungen und berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen. Unterstützte Beschäftigung kann aber auch für solche Personen eine Alternative sein, bei denen sich im Laufe ihres Erwerbslebens eine Behinderung einstellt und für die derzeit mangels Alternativen oftmals nur die WfbM in Frage kommt.

50 www.psychiatrie.de

51 Bundesarbeitsgemeinschaft für Unterstützte Beschäftigung e. V. (BAG UB) unter www.bag-ub.de

Andere Leistungsanbieter nach § 60 SGB IX

Mit dem BTHG wurden Leistungen bei anderen Leistungsanbietern nach § 60 SGB IX als Alternative zur beruflichen Bildung und zur Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen geschaffen. Die Regelungen traten zum 1. Januar 2018 in Kraft. Alle Träger, die die fachlichen Anforderungen erfüllen, können andere Leistungsanbieter nach § 60 SGB IX sein. Diese bieten berufliche Bildung oder Beschäftigung an, wie sie ansonsten in einer WfbM angeboten werden. Das Angebot richtet sich folglich an Menschen mit Behinderungen, die Anspruch auf Aufnahme in eine WfbM haben. Die dort beschäftigten Menschen mit Behinderungen haben dieselben Rechte, die sie auch in einer Werkstatt hätten. Im Unterschied zur WfbM müssen andere Leistungsanbieter keine Mindestplatzzahl vorhalten. Auch ein förmliches Anerkennungsverfahren ist beispielsweise nicht notwendig und das Angebot auf (Teil-)Leistungen nach § 57 oder § 58 SGB IX beschränkt.

Budget für Arbeit nach § 61 SGB IX

Auch das Budget für Arbeit nach § 61 SGB IX stellt seit Einführung des Bundesteilhabegesetz (BTHG) eine Alternative für Menschen mit Behinderungen zur Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen dar. Betroffene Menschen sollen durch eine Kombination aus finanzieller Unterstützung der Arbeitgeber und kontinuierlicher personeller Unterstützung am Arbeitsplatz, Arbeitsmöglichkeiten in Unternehmen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt wahrnehmen können. Arbeitgeber im privaten oder öffentlichen Bereich, die Menschen mit Behinderungen mit Anspruch auf Leistungen im Arbeitsbereich einer WfbM einstellen, erhalten dafür einen Lohnkostenzuschuss. Darüber hinaus umfasst das Budget für Arbeit auch die Aufwendungen für die wegen der Behinderung erforderliche Anleitung und Begleitung am Arbeitsplatz (§ 61 Abs. 2 SGB IX).

Budget für Ausbildung nach § 61a SGB IX

Mit Inkrafttreten des Angehörigen-Entlastungsgesetzes können Menschen mit Behinderungen, die werkstattberechtigt sind, seit 1. Januar 2020 das Budget für Ausbildung erhalten. Als Vorbild dient das durch das BTHG eingeführte Budget für Arbeit nach § 61 SGB IX, das voll erwerbsgeminderten Menschen zu einem regulären Arbeitsverhältnis verhelfen soll. Im Unterschied zum Budget für Arbeit zielt das Budget für Ausbildung auf die Erstausbildung am Übergang von der Schule in den Beruf ab.⁵² Es soll betroffenen Menschen den Einstieg in eine betriebliche Ausbildung erleichtern und eine Alternative zur WfbM darstellen.

Inklusionsbetriebe

Inklusionsbetriebe sind rechtlich und wirtschaftlich selbstständige Unternehmen, die neben ihrer wirtschaftlichen Tätigkeit einen sozialen Auftrag haben: Sie beschäftigen, qualifizieren oder vermitteln schwerbehinderte Menschen, die auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt besonders benachteiligt sind.

Seit Einführung des BTHG können nun auch langzeitarbeitslose schwerbehinderte Menschen, die länger als ein Jahr arbeitslos sind, in Inklusionsbetrieben beschäftigt werden. Zudem dürfen sich Unternehmen zukünftig erst als „Inklusionsbetrieb“ bezeichnen, wenn sie mindestens 30 % (vorher 25 %) und in der Regel höchstens 50 % schwerbehinderte Menschen beschäftigen. Begriff und Aufgaben der Inklusionsbetriebe sind in § 215 ff. SGB IX geregelt. Es handelt sich um ein Angebot für schwerbehinderte Menschen, die prinzipiell dem allgemeinen Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen, den Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes aber nicht standhalten können. Die Arbeitsbedingungen sind hinsichtlich der Arbeitszeit, des Arbeitsklimas und der Arbeitsorganisation so gestaltet, dass sie den spezifischen Bedürfnissen des Personenkreises entsprechen. Inklusionsbetriebe bieten Arbeitsplätze des allgemeinen Arbeitsmarktes, die sich im Wesentlichen über die am Markt erzielten Erlöse für erbrachte Dienstleistungen oder produzierte Waren finanzieren. Das Integrationsamt fördert die Schaffung von Arbeitsplätzen oder erbringt Leistungen bei verminderter Leistungsfähigkeit der behinderten Menschen sowie für den im Einzelfall notwendigen Unterstützungsbedarf.

⁵² www.umsetzungsbegleitung-bthg.de

Zuverdienst- und Beschäftigungsangebote

Zuverdienstangebote richten sich an Menschen, die dauerhaft erwerbsgemindert sind und deren Leistungsvermögen unterhalb von drei Stunden Arbeit täglich liegt. Eine Vielzahl dieser Menschen ist psychisch erkrankt oder behindert und benötigt daher einen passenden Arbeitsrahmen. Zuverdienstangebote bieten angepasste Arbeitszeiten auch unter drei Stunden täglich, individuelle Arbeitsanforderungen, Rücksichtnahme auf Leistungsschwankungen und Krankheitsausfälle, (wenn möglich) keine zeitliche Beschränkung der Beschäftigungsdauer und keinen Druck.

Im Gegensatz zu einer Werkstatt für Menschen mit Behinderungen oder einer Tagesstätte für psychisch erkrankte Menschen sind Zuverdienstangebote sehr niedrigschwellig konzipiert. Das heißt, die Nutzer brauchen keine ärztliche Verordnung bzw. Begutachtung, und die angebotenen Tätigkeiten sind in ihren Anforderungen (z. B. was Zeit und Arbeitsintensität angeht) an den physischen und psychischen Möglichkeiten der Nutzer ausgerichtet. Zuverdienstangebote gibt es in vielen Bereichen und mit unterschiedlichen Konzeptionen (Zuverdienstfirmen, Zuverdienstprojekte oder Einzelarbeitsplätze in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes). Anbieter von Beschäftigungs- und Arbeitsmöglichkeiten im geringfügigen Stundenbereich für Menschen mit Behinderung und Schwerbehinderung sind z. B. Zuverdienstprojekte.

Zuverdienstprojekte sind Angebote zur stundenweisen Beschäftigung. Sie richten sich in erster Linie an chronisch psychisch erkrankte Menschen, die wegen Erwerbsminderung berentet sind und/oder Grundsicherung nach dem Sozialgesetzbuch XII erhalten. Zuverdienstprojekte und Zuverdienstmöglichkeiten sind in der Regel keine eigenständigen Angebote, sondern häufig Teil einer Inklusionsfirma, einer Tagesstätte oder eines sonstigen psychiatrischen Hilfeangebotes.



Weiterführende Informationen:

Eine Übersicht von Zuverdienst Anbietern stellt REHADAT unter folgendem Link zur Verfügung:

www.rehadat-adressen.de > Arbeit / Beschäftigung > Zuverdienst- und Beschäftigungsangebote

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Inklusionsfirmen (bag if) hat im Rahmen eines dreijährigen Projektes Materialien und Angebote zum Thema Zuverdienst zusammengestellt. Diese sind auf der Internetseite www.mehrzuverdienst.de veröffentlicht.

Hier stehen folgende Informationen zur Verfügung:

- eine Landkarte der Zuverdienstprojekte in Deutschland,
- Praxismaterialien für Leistungsträger, wie zum Beispiel Kommunen oder überörtliche Sozialhilfeträger,
- relevante Informationen und Dokumente für Zuverdienstanbieter und solche, die es werden wollen,
- relevante Informationen und Dokumente für Menschen, die den Zuverdienst nutzen möchten.

4.4.6 Leistungen zur sozialen Teilhabe

Tagesstätten

Tagesstätten sind ein niedrighschwelliges tagesstrukturierendes Angebot für erwachsene Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Das Angebot wendet sich an psychisch erkrankte Menschen, die einen umfassenden Bedarf an Betreuung haben, für die das Angebot einer begleitenden und aktivierenden Unterstützung (z. B. durch betreute Wohnangebote) oder einer nachgehenden ambulanten Betreuung (z. B. durch Sozialpsychiatrische Dienste) nicht ausreicht und die noch nicht die hinreichende Stabilität und Belastbarkeit für ein regelmäßiges Arbeits- und Beschäftigungsangebot erlangt haben. Tagesstätten als teilstationäre Einrichtungen verfügen in der Regel über ein kleines multidisziplinäres Team ohne ärztliche Mitarbeiter und bieten vorrangig chronisch psychisch erkrankten Menschen ein Angebot zur Tagesstrukturierung, das in der Regel

- individuell angepasste (Gruppen-)Angebote,
- Förderung alltagspraktischer Fähigkeiten und Fertigkeiten,
- Förderung der Kontakt- und Beziehungsfähigkeit,
- Förderung der Neigungen und Interessen im Bereich der Freizeitgestaltung (kulturelle und sportliche Aktivitäten) sowie
- soziale Beratung

umfasst.

In einzelnen Regionen werden auch sozialraumorientierte Tagesstätten vorgehalten, d. h. dass die Tagedstruktur nicht in einer Sondereinrichtung stattfindet, sondern dort, wo auch Kontakt zu anderen Menschen besteht (Kiosk oder öffentliches Café).

Ambulante betreute Wohnformen

Ambulante betreute Wohnangebote richten sich an psychisch erkrankte Menschen, die eine intensivere, aktivierende Unterstützung und Begleitung in ihrem Lebensumfeld benötigen. Es handelt sich in der Regel um ambulante Unterstützungsangebote bzw. Assistenzleistungen durch Fachkräfte (zumeist Sozialarbeiter/Sozialpädagogen, Gesundheits- und Krankenpfleger), die je nach Zielgruppe und Konzeption auch auf eine längerfristige Assistenz entsprechend dem Bedarf des Einzelfalles ausgerichtet sind. Die im Einzelfall notwendige ärztliche Versorgung erfolgt in der Regel durch niedergelassene Fachärzte oder Institutsambulanzen. Je nach der möglichen Betreuungsintensität und der Kooperation mit anderen ambulanten und/oder teilstationären Unterstützungsmöglichkeiten bieten betreute Wohnformen länger psychisch erkrankten Menschen eine Alternative zum Verbleib bzw. zur Aufnahme in eine besondere Wohnform mit stationären Charakter. Das Betreuungsangebot umfasst die Unterstützung und Förderung im Bereich alltagspraktischer Fähigkeiten und Fertigkeiten mit dem Ziel einer möglichst eigenständigen Lebensführung. Dies beinhaltet auch die soziale Beratung und Unterstützung bei der Sicherung der finanziellen und sonstigen Lebensgrundlagen. Ambulant betreute Wohnformen können mit weiteren Leistungen für eine sinnvolle Tagesstrukturierung oder Beschäftigung verbunden werden. Dies kann zum Beispiel eine Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen, in einem Zuverdienst-Angebot, in einem Inklusionsbetrieb oder ähnlichem sein. Ebenso ist z. B. der Besuch von Begegnungsstätten, Tagestreffs oder Kontakt- und Beratungsstellen möglich. Sozialraum- und teilhabeorientierte Möglichkeiten wie Bürgerzentren, Volkshochschulen etc. sollten immer vorrangig geprüft werden.

Übergangseinrichtungen

Übergangseinrichtungen sind hinsichtlich ihrer Funktion und Ausstattung unterschiedlich strukturiert. Es handelt es sich um stationäre Einrichtungen, in denen für psychisch erkrankte Menschen zeitlich begrenzt gezielte Leistungen angeboten werden. Aufnahme finden insbesondere Rehabilitanden im Anschluss an eine stationäre Behandlung, wenn sie notwendige rehabilitative Hilfen und Förderung zur Erlangung weitergehender Selbstständigkeit benötigen. Die Übergangseinrichtungen verfolgen das Ziel, psychisch erkrankte Menschen zu fördern und in ihrem Selbstbewusstsein und ihrer Belastbarkeit so zu stabilisieren, dass sie

- größtmögliche Selbstständigkeit und Fähigkeit zu einer eigenverantwortlichen Lebensführung (Wohnen, Alltagsbewältigung) erreichen,
- beruflich in den allgemeinen oder besonderen Arbeitsmarkt integriert werden können.

Schwerpunkte der in Übergangseinrichtungen angebotenen Unterstützungsmöglichkeiten liegen im Bereich soziotherapeutischer Angebote zur Förderung sozial-kommunikativer Fähigkeiten, der persönlichen Stabilität und der Fertigkeiten zur Alltagsbewältigung. Maßnahmen zur Belastungserprobung im Vorfeld oder während der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden zumeist in Kooperation mit anderen Einrichtungen und Diensten sichergestellt (z. B. Tageskliniken, Tagesstätten, Werkstätten für behinderte Menschen und Arbeitstrainingsmaßnahmen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt).

Übergangseinrichtungen verfügen meistens über kleine, überschaubare Wohngruppen, zum Teil auch über Außenwohngruppen. Die personelle Ausstattung umfasst üblicherweise Sozialarbeiter/Sozialpädagogen, Gesundheits- und Krankenpfleger und je nach Konzeption auch Psychologen und Ergotherapeuten. Neben der ambulanten ärztlichen Behandlung durch Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Fachärzte für Psychiatrie (Facharztpraxis, Institutsambulanz) erfolgt in der Regel eine fachärztliche Mitarbeit in der Einrichtung stundenweise auf Honorarbasis.

Wohnheime/Besondere Wohnformen

Für psychisch erkrankte Menschen, die zwar nicht mehr stationär behandlungsbedürftig sind, jedoch vorübergehend oder auf längere Sicht nicht oder noch nicht in der Lage sind, ambulant betreut zu wohnen, stehen besondere Wohnformen mit Heimcharakter für psychisch erkrankte und beeinträchtigte Menschen zur Verfügung. Wohnheime (ab 2020 besondere Wohnformen nach § 42a Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB XII) sind – je nach dem spezifischen Bedarf der Bewohner – hinsichtlich der Betreuungsintensität und der internen Ausgestaltung unterschiedlich strukturiert. Es werden dort psychisch erkrankte Menschen aufgenommen, die in ihrer Fähigkeit zur selbstständigen Lebensführung und Alltagsbewältigung erheblich beeinträchtigt sind. Die ärztliche Versorgung der Bewohner erfolgt in der Regel ambulant durch niedergelassene Ärzte.



Exkurs: Soziotherapeutische Wohnheime

Als besondere Wohnform mit Heimcharakter sind z. B. Soziotherapeutische Wohnheime zu nennen. Diese bieten Menschen mit chronisch verlaufenden psychischen Erkrankungen, die nicht mehr allein in ihrem Umfeld zurechtkommen und einen so hohen Betreuungsbedarf haben, dass sie auch in anderen Einrichtungen nicht oder nicht mehr aufgenommen werden können, verschiedene Wohnmöglichkeiten. Die Angebote sind meist niederschwellig ausgerichtet und umfassen eine individuelle personbezogene Förderung in verschiedenen Lebensbereichen, wie z. B. Umgang mit den Auswirkungen der Behinderung, Aufnahme und Gestaltung sozialer Beziehungen, Selbstversorgung und Wohnen, Tagesbetreuung und Beschäftigung.

Die durch das BTHG seit 1. Januar 2020 eingeführte Trennung der Fachleistung der Eingliederungshilfe von den Leistungen für den Lebensunterhalt hat auch Auswirkungen auf das Wohnen in stationären Einrichtungen. Bis 2019 galt, dass Leistungsberechtigte in stationären Einrichtungen eine Gesamtleistung erhalten. Durch diese Gesamtleistung wurden alle Leistungen der Eingliederungshilfe und des notwendigen Lebensunterhalts nach dem SGB XII „aus einer Hand“ erbracht und finanziert. Zum 1. Januar 2020 wurden die Lebensunterhaltsbedarfe aus der bisherigen Gesamtleistung herausgelöst, um so Menschen mit Behinderungen – unabhängig von der Wohnform – hinsichtlich ihres notwendigen Lebensunterhalts mit Menschen ohne Behinderungen gleichzustellen.⁵³ Die Kosten für Fachleistungen, wie z. B. Therapien und die pädagogische Betreuung, trägt nun die Eingliederungshilfe. Für existenzsichernde Leistungen, d. h. Kosten für Wohnraum und Lebensunterhalt, ist in der Regel das örtliche Sozialamt zuständig. Menschen mit Behinderungen, die bis 2019 in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe nach § 27b SGB XII lebten, befinden sich seit 1. Januar 2020 begrifflich nicht mehr in stationären Einrichtungen, sondern in so genannten besonderen Wohnformen nach § 42a Abs. 2 Nr. 2 SGB XII.

53 Wesentliche Quelle: www.bmas.de > **Schwerpunkte** > **Inklusion**

4.5 Ausgestaltung der Rehabilitation von psychisch erkrankten Menschen

4.5.1 Prinzipien der Organisation und Ausgestaltung

Sowohl das Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) wie auch z. B. das Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V Gesetzliche Krankenversicherung) enthalten die Handlungsnorm, wonach den besonderen Belangen psychisch erkrankter Menschen Rechnung zu tragen ist. Zu den zu berücksichtigenden Besonderheiten gehört insbesondere, dass sich psychische Erkrankungen und Beeinträchtigungen nicht linear bzw. kontinuierlich im Sinne eines vorgezeichneten Schemas, sondern dynamisch und prozesshaft entwickeln. Der Verlauf wird durch das Zusammenwirken und die wechselseitige Beeinflussung von biologischen, psychischen und sozialen Faktoren geprägt und erfordert ein mehrdimensionales Behandlungs- und Rehabilitationskonzept entsprechend dem im Einzelfall bestehenden Rehabilitationsbedarf. Dabei sind bezüglich der Organisation und Ausgestaltung der Rehabilitation für psychisch erkrankte Menschen folgende Prinzipien handlungsleitend:

Gemeindeintegrierte Hilfen

Um die sozialen Bindungen der psychisch erkrankten Menschen zu erhalten und die Integration im gewohnten Lebensumfeld zu fördern, ist ein wohnortnahes Angebot an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur sozialen Teilhabe erforderlich. Die rehabilitativen Angebote sind auf regionaler Ebene – im Rahmen gemeindepsychiatrischer Verbundsysteme – so aufeinander abzustimmen, dass sie je nach dem individuellen Bedarf einzeln, in Kombination oder nacheinander in unterschiedlicher Reihenfolge in Anspruch genommen werden können.

Koordination und Zugänglichkeit der Angebote

Die einzelnen Maßnahmen und Angebote der Rehabilitation müssen durch eine enge Kooperation der beteiligten Einrichtungen und Dienste sowie der beteiligten Leistungserbringer auf regionaler Ebene sowie für jeden Einzelfall abgestimmt und sinnvoll koordiniert sein. Im Vorfeld, parallel oder im Anschluss notwendige Behandlungs- und Pflegeleistungen sind in die Koordination und Abstimmung einzubeziehen. Dabei ist psychisch erkrankten Menschen entsprechend den individuellen Anspruchsvoraussetzungen und ihrem Bedarf an Förderung und Unterstützung der einfache Zugang zu entsprechenden Angeboten zu ermöglichen.

Flexible, am individuellen Bedarf orientierte Unterstützung

Aufgrund der Komplexität der Störungen und erkrankungsbedingten Schwankungen in der persönlichen Stabilität und dem Leistungsvermögen muss die Rehabilitation schrittweise geplant, durchgeführt und die Prognose entsprechend fortgeschrieben werden. Dabei müssen Teilhabeplanung und -verlauf zielgerichtet und für den Rehabilitanden, für die Mitarbeiter in den Einrichtungen und die Leistungsträger überschaubar bleiben. In den einzelnen Rehabilitationsabschnitten muss eine Anpassung an einen sich erhöhenden oder verringernden Bedarf an Förderung und Unterstützung möglich sein, ohne dass der psychisch erkrankte Mensch aus seinem sozialen Bezugssystem, zu dem auch die jeweiligen Mitarbeiter von Diensten und Einrichtungen gehören, ausgegliedert wird.

Kontinuität

Bei der Rehabilitation psychisch erkrankter Menschen kommt der personellen Kontinuität bei der notwendigen Beratung, Betreuung und Therapie sowie bei der Vorbereitung und Durchführung von Maßnahmen zentrale Bedeutung zu. Es ist daher wünschenswert, dass unter den für einen Rehabilitanden zuständigen Fachkräften eine therapeutische bzw. koordinierende Bezugsperson (und eine Vertretung) benannt werden. Aufgabe dieser Bezugsperson ist, im kontinuierlichen persönlichen Kontakt den betroffenen Menschen zu begleiten und die Durchführung des Rehabilitationsprogramms in Anpassung an die Entwicklung des psychisch erkrankten Menschen und seiner sozialen Situation zu koordinieren. Insbesondere bei längerfristig verlaufenden psychischen Erkrankungen ist darauf zu achten, dass z. B. bereits während der Krankenhausbe-

handlung der Wechsel von stationären zu ambulanten Angeboten sorgfältig vorbereitet wird und frühzeitig der Kontakt zu weitergehenden Unterstützungsmöglichkeiten aufgenommen und aufgebaut werden kann.

Realitätsnähe und Bezug zum Lebensumfeld

Um einen psychisch erkrankten Menschen möglichst gut auf die Eingliederung in das Alltagsleben vorzubereiten, sollten die Lebensbedingungen während rehabilitativer Maßnahmen soweit wie möglich an der Lebenswirklichkeit des Rehabilitanden orientiert sein. Dementsprechend hat die Erbringung von Hilfsleistungen im gewohnten sozialräumlichen Umfeld – und je nach Erfordernissen auch im Lebensumfeld – des Rehabilitanden (z. B. in der Wohnung, dem Wohnumfeld, am Arbeitsplatz) Vorrang vor der Aufnahme in die besondere Lebenswelt einer stationären Einrichtung. Dies macht auch Angebote der mobilen bzw. aufsuchenden Rehabilitation erforderlich. Je größer der Unterschied zwischen den Bedingungen während der Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe und dem „normalen Leben“ ist, umso größer ist die Gefahr, dass die durch die Leistungen erzielten Erfolge nicht in das Alltagsleben übertragen werden können. Andererseits kann eine Herausnahme aus dem gewohnten Lebensumfeld für einen Therapieerfolg im Einzelfall auch notwendig sein, z. B. wenn es Schwierigkeiten im sozialen Umfeld gibt.

Einbeziehung des sozialen Umfeldes

Ein wohnortnahes Angebot an rehabilitativen Unterstützungsmöglichkeiten ist zugleich auch eine Voraussetzung, um Ressourcen im sozialen Umfeld zu mobilisieren und ggf. bestehende Belastungen nach Möglichkeit zu vermindern. Einzelbeziehungen sind nach den Besonderheiten des Individuums z. B.

- Familienangehörige und andere Bezugspersonen,
- Nachbarn oder Vermieter,
- Vorgesetzte und Kollegen.

Die hierbei zu berücksichtigenden Aspekte und die Bedeutung der Einbeziehung von Bezugspersonen sind in Kapitel 4.1.3 dargestellt.

Unter bestimmten Umständen kann jedoch auch die vorübergehende Distanzierung von einem belastenden Umfeld zum Gelingen der Rehabilitation beitragen.

Rehabilitationsförderndes Umfeld

In der rehabilitativen und therapeutischen Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen kann bei der Gestaltung des Umgangs und der Unterstützungsmöglichkeiten von dem Grundsatz ausgegangen werden, dass alle Einflüsse und Bedingungen als günstig anzusehen sind, die auch einen nicht beeinträchtigten Menschen in seiner sozialen Entwicklung fördern und stabilisieren. Aufgrund ihrer Sensibilität und Verletzlichkeit benötigen psychisch erkrankte Menschen in besonderem Maße ein Umfeld, das von Verständnis und Respekt geprägt ist.

Aufgrund ihrer häufig gestörten Beziehung zu sich und ihrer sozialen Umgebung – mit der Folge, beim Aufbau tragfähiger Beziehungen beeinträchtigt zu sein und sich nicht auf sich selbst verlassen zu können – sind für Menschen mit psychischen Erkrankungen Sicherheit und positive Erfahrungen in dem sozialen Umfeld der Rehabilitation von hoher Bedeutung. Hierzu gehören neben Verlässlichkeit und Kontinuität sowie Klarheit und Eindeutigkeit im Kontakt auch übersichtliche und klare Strukturen aller institutionellen, räumlichen, personellen und finanziellen Verhältnisse. Zu einem optimalen rehabilitativen Umfeld gehören darüber hinaus Beweglichkeit und Offenheit, um sich dem veränderten Rehabilitationsbedarf bei eintretenden Besserungen wie bei Verschlechterungen anpassen zu können.

Die wirksamsten Faktoren in Rehabilitationsprogrammen und damit Eckpfeiler eines rehabilitationsfördernden Umfelds sind

- partnerschaftliche Einbeziehung des Rehabilitanden,
- Einbeziehung der Familienangehörigen und anderer Bezugspersonen,
- Förderung angemessen positiver Erwartungen,
- strukturierte Aktivitäten mit schrittweiser Übertragung von Verantwortung,
- aktions- statt erklärungsorientierte Behandlung,
- organisierte, strukturierte Programme, die Überforderung ebenso vermeiden wie Unterforderung,
- Schwerpunktsetzung auf konkrete Fertigkeiten (z. B. im Haushalt, Beruf),
- Schaffung von Kontakten in der Gemeinschaft,
- stützende Begleitung.

4.5.2 Rehabilitationsteam

Rehabilitation und Behandlung psychischer Erkrankungen müssen sich mit den körperlichen, psychischen und sozialen Faktoren der Erkrankung und Behinderung auseinandersetzen. Diesen komplexen Zusammenhängen wird durch die multidisziplinäre Zusammenarbeit Rechnung getragen, in der insbesondere somatische, milieu- und soziotherapeutische sowie psychotherapeutische Vorgehens- und Verfahrensweisen von Bedeutung sind.

Die im Einzelfall erforderlichen Leistungen zur Rehabilitation können unter anderem von folgenden Berufsgruppen bzw. Fachkräften erbracht werden:

- Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Fachärzte für Psychosomatik und Psychotherapie,
- ärztliche und psychologische Psychotherapeuten,
- Psychologen,
- Pädagogen,
- Sozialarbeiter/Sozialpädagogen,
- Gesundheits- und Krankenpfleger,
- Ergotherapeuten,
- Physiotherapeuten/Bewegungstherapeuten,
- Fachkräfte für berufsfördernde Maßnahmen.

Die Verwirklichung der multidisziplinären Zusammenarbeit zur Sicherstellung einer ganzheitlichen Wahrnehmung des betroffenen Menschen wie auch der angemessenen Nutzung der Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeiten erfordert bei der Rehabilitation psychisch erkrankter Menschen besondere Anstrengungen.

Dem Arzt kommt in der Rehabilitation für psychisch erkrankte Menschen eine Schlüsselfunktion zu. Er ist für die medizinische Versorgung einschließlich der medikamentösen Therapie verantwortlich und ist insbesondere für die Einleitung, die Klärung des Umfangs und die Beendigung von notwendigen Leistungen zur Behandlung und Rehabilitation zuständig. Für die Diagnostik, insbesondere die qualitativ und quantitativ möglichst genaue Erfassung von vorhandenen Fähigkeiten, wie auch der Funktionsstörung und die Fortschreibung der Rehabilitationsprognose, ist die Zusammenarbeit des Arztes mit den anderen Mitgliedern des therapeutischen Teams unerlässlich. Diese erfordert einen intensiven wechselseitigen Informationsaustausch sowie eine Wissensintegration zwischen den Teammitgliedern untereinander über die Rehabilitanden und deren Ziele für die Rehabilitation. Dafür sind regelmäßige Teambesprechungen notwendig. Die Rehabilitationsziele sind zwischen dem Rehabilitationsteam und den Rehabilitanden abzustimmen.

4.5.3 Experten in eigener Sache

Im Kliniksetting und in der therapeutischen Gruppensituation können Mitbetroffene sozial unterstützen und stabilisieren sowie auf den motivationalen Prozess des Rehabilitanden einwirken. Die Beziehungen und der Austausch der Rehabilitanden untereinander spielen hinsichtlich der behandlungsbezogenen Erwartungen, des Rehabilitationsverlaufs und des Behandlungserfolgs eine wichtige Rolle. Die Rehabilitanden können sich untereinander besonders bei der Bewältigung von alltäglichen Fragen in der Rehabilitation sowie bei der Vorbereitung auf kritische Situationen in der Rehabilitation und mit Blick auf die Zeit danach helfen. Sie sind häufig alternative Ansprechpartner, bringen ihre eigenen Erfahrungen mit ein, werden eher verstanden und können damit oft ganz praktisch auf Augenhöhe unterstützen. Damit übernehmen sie eine Brückenfunktion zwischen den professionellen Kräften im Rehabilitationsteam und den Betroffenen. Das Prinzip des sogenannten Peer-to-Peer-Counselings (Betroffene beraten Betroffene) findet auch im Rahmen der im Jahr 2018 eingeführten Ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung nach § 32 SGB IX (EUTB®) Anwendung. Menschen mit Behinderung werden zu Experten „in eigener Sache“ und unterstützen Ratsuchende dabei, ihre Fähigkeiten und Ressourcen für eine selbstbestimmte Teilhabe zu nutzen.

Darüber hinaus gibt es so genannte Genesungsbegleiter, auch „Ex-In“ genannt. Der Begriff kürzt die englische Bezeichnung „Experience Involvement“ ab und basiert auf der Überzeugung, dass Menschen, die selbst eine psychische Krise durchlebt haben, diese persönlichen Erfahrungen nutzen können, um Menschen in ähnlichen Situationen zu verstehen und zu unterstützen. Genesungsbegleiter absolvieren ein europaweit gültiges Ausbildungsprogramm (Curriculum).⁵⁴

4.5.4 Besondere Zielgruppen in der Rehabilitation

Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen

Im Allgemeinen können (fast) alle psychischen Störungen, die aus dem Erwachsenenbereich bekannt sind, sich auch bei Kindern und Jugendlichen zeigen. Zusätzlich kann ein breites Spektrum spezifischer Störungen im Kindes- und Jugendalter auftreten. Psychische Auffälligkeiten im Erwachsenenalter haben ihren Ursprung häufig in der Kindheit, sie sind daher bereits in frühen Lebensphasen ernst zu nehmen. Bestimmte Formen psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen sind nicht zwangsläufig eine Lebenszeitdiagnose. Krankheitssymptome können eine Veränderung im Entwicklungsverlauf erfahren.

Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter sind keine Seltenheit. So ist etwa jedes fünfte Kind bzw. jeder fünfte Jugendliche von einer psychischen Störung, die behandlungsbedürftig ist, betroffen.⁵⁵ Am häufigsten treten in der Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen Angststörungen, Depressionen, Essstörungen, Störungen des Sozialverhaltens, die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) sowie aggressive Störungen auf. Schwere Verhaltensstörungen, Entwicklungsstörungen sowie jugendliche Formen der Schizophrenie bedürfen dabei einer besonderen Aufmerksamkeit. Es bestehen aufwendige Hilfesysteme für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche. Primäres Ziel der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen ist die Wiederherstellung bzw. Verbesserung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit, sodass die jungen Menschen wieder an Schule oder Ausbildung teilhaben können. Die spätere Lebensqualität und Erwerbsfähigkeit kann so in jungen Jahren gesichert werden. Die Rehabilitationskonzepte bei Kindern und Jugendlichen sind häufig familienzentriert.

54 www.psychiatrie.de

55 Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (2016). Bericht zur psychischen Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen in Bayern, S. 14.

Eine Kinder- und Jugendrehabilitation im Rahmen der medizinischen Rehabilitation ist grundsätzlich bis zum 18. Lebensjahr möglich. Sofern betroffene Personen über das 18. Lebensjahr hinaus eine Schul- oder Berufsausbildung, ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr oder den Bundesfreiwilligendienst absolvieren, können sie eine Rehabilitation für Kinder und Jugendliche sogar bis zum 27. Lebensjahr erhalten. Auch in der Zeit zwischen zwei Ausbildungsabschnitten gilt dies, sofern diese so genannte Übergangszeit nicht mehr als vier Kalendermonate beträgt. Bei Jugendlichen, die wegen einer Behinderung nicht selbst für sich sorgen können, ist eine Kinder- und Jugendrehabilitation bei Zuständigkeit der Rentenversicherung ebenfalls bis zu ihrem 27. Lebensjahr möglich.

Es existieren spezielle Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche. Alle Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche bieten Überbrückungsunterricht an, um eine Verschlechterung schulischer Leistungen zu verhindern oder dieser entgegenzuwirken. Die Kinder werden in altersentsprechenden Gruppen betreut. Schulkinder erhalten in den Hauptfächern Unterricht. Sie lernen zusammen mit Kindern derselben Klassenstufe und desselben Schultyps.

Die Krankenversicherung und die Rentenversicherung als Träger der Rehabilitationsleistungen für Kinder und Jugendliche sind gleichrangig zuständig. Kosten für eine Begleitperson werden in der Regel abhängig vom Alter des Kindes übernommen. Auch die Aufnahme von Geschwisterkindern kann vollständig oder anteilmäßig finanziert werden. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen werden stationär und ambulant erbracht. Die Dauer der Rehabilitationsleistung beträgt in der Regel vier Wochen. Nach einer Untersuchung und einem Arztgespräch vor Ort werden Rehabilitationsziele festgelegt und ein individueller Rehabilitationsplan erstellt. Der Rehabilitationsplan enthält medizinische, psychologische, pädagogische, physiotherapeutische oder berufsorientierte Leistungen, an denen das Kind beziehungsweise der Jugendliche während der Rehabilitation teilnimmt. Kinderärzte, Kinderkrankenschwestern, Psychologen, Physiotherapeuten sowie Diätberater sind daran ganz nach Bedarf beteiligt.

Die gesetzliche Unfallversicherung erbringt Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, die einen Schulunfall oder Arbeitsunfall (inklusive Wegeunfall) erlitten haben. Eingeschlossen sind auch Kinder, die einen Hort oder eine andere Tageseinrichtung besuchen, ebenso Studierende während der Ausbildung und Fortbildung an Hochschulen. Die Unfallkassen sind dann umfassend verantwortlich für die medizinische Rehabilitation sowie die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur sozialen Teilhabe.

Im Rahmen der Jugendhilfe besteht nach § 35a SGB VIII für Kinder- und Jugendliche mit seelischen Behinderungen Anspruch auf soziale Rehabilitations- bzw. Eingliederungshilfeleistungen, wenn auf Grund der Behinderung die gesellschaftliche Teilhabe eingeschränkt ist. Zusätzlich kann § 41 SGB VIII: „Hilfe für junge Volljährige, Nachbetreuung“ zur Anwendung kommen.

Neben den in Kapitel 2.4 genannten Berufsgruppen spielen in der Behandlung von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen auch Kinder und Jugendlichen-Psychotherapeuten, Heilerziehungspfleger sowie die Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) eine wichtige Rolle.

Die BAR stellt auf ihrer Homepage Informationen zur Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen zur Verfügung. Zudem veröffentlichte die BAR einen „Wegweiser für Fachkräfte. Reha für Kinder und Jugendliche“ sowie einen Flyer mit gebündelten Informationen zur Reha für Kinder und Jugendliche. Sämtliche Produkte sind auf der Homepage der BAR erhältlich.⁵⁶

⁵⁶ www.bar-frankfurt.de

Geschlechtsspezifische Rehabilitation

Zwar sind Frauen und Männer etwa gleich häufig von psychischen Erkrankungen insgesamt betroffen. Jedoch unterscheiden sich die beiden Geschlechter in der Häufigkeit bestimmter Formen psychischer Störungen sowie in der Inanspruchnahme entsprechender Behandlungs- und Rehabilitationsangebote. Während Frauen häufiger unter Angststörungen, affektiven Störungen (insbesondere Depression) oder Essstörungen leiden, sind Männer häufiger von Störungen durch Substanzgebrauch, wie Alkoholabhängigkeit, oder Verhaltensauffälligkeiten betroffen.

Warum bestimmte psychische Störungen ungleich auf Männer und Frauen verteilt sind, darauf gibt es derzeit noch keine eindeutige Antwort. Vielmehr beruhen die Unterschiede in der Häufigkeit bestimmter Formen psychischer Störungen zwischen den Geschlechtern auf einer Vielzahl komplexer Faktoren: biologische Ursachen (z. B. unterschiedliche genetische Ausstattung, unterschiedliche Hormonspiegel, unterschiedliche Anfälligkeit für somatische Erkrankungsfaktoren mit frühen Auswirkungen auf das Gehirn), über Sozialisationsprozesse vermittelte Geschlechterbilder und Geschlechterunterschiede in den sozialen Lebensbedingungen und deren Wirkungen auf die psychische Gesundheit. Um den Lebenssituationen, Bedürfnissen und Problemlagen beider Geschlechter gerecht zu werden, kommen zunehmend auch in der psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitation besondere Angebote unter Einschluss geschlechtsspezifischer Strategien zur Behandlung psychischer Erkrankungen zur Anwendung.

Rehabilitation von älteren Menschen

Prinzipiell können im höheren Lebensalter alle psychischen Störungen auftreten, die auch im jüngeren und mittleren Erwachsenenalter vorkommen, unabhängig davon, ob als Ersterkrankung oder als zum wiederholten Mal auftretende Krankheitsepisode. Mit zunehmendem Alter nehmen sowohl körperliche wie auch psychische Problemlagen und Erkrankungen zu. Auch ist Multimorbidität bei älteren Menschen weit verbreitet. Neben Demenzerkrankungen sind depressive Störungen die häufigsten psychischen Erkrankungen im höheren Lebensalter. Auch akute Verwirrheitszustände sowie schizophrene Störungen kommen gehäuft vor. Die einzelnen Krankheitsbilder unterscheiden sich jedoch im Alter oft von ihrem Erscheinungsbild in jüngeren Jahren. Dies betrifft sowohl die Häufigkeit als auch den zeitlichen Verlauf des Auftretens sowie die Ausprägung und Symptomatik. Dabei gilt es jedoch zu bedenken, dass die körperlichen, psychischen und sozialen Fähigkeiten und Fertigkeiten bei älteren Menschen intra- und interindividuell sehr unterschiedlich sein können. Die Abgrenzung von „normalen“ bzw. altersüblichen zu pathologischen Alterungsprozessen ist daher häufig schwierig. Immobilität und Multimorbidität haben einen wesentlichen Einfluss auf psychische Erkrankungen im Alter.

Ältere Menschen leiden oftmals unter mehreren bzw. weiteren Erkrankungen. Da die Symptome miteinander zusammenhängen und sich verstärken können, müssen daher z. T. mehrere Erkrankungen gleichzeitig behandelt werden. Das macht die Behandlung psychischer Erkrankungen oft langwieriger als bei jungen Menschen. Auch fällt es älteren Menschen oft schwer, psychische Probleme anzusprechen, sie zu beschreiben bzw. als krankhaft zu bewerten. Dies kann dazu führen, dass betroffene Menschen sich erst spät in Behandlung begeben.

Für ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen stehen Gerontopsychiatrische Einrichtungen zur Verfügung. Diese nehmen betroffene Menschen – in der Regel ab einem Alter von 65 Jahren – ambulant (oder teil-stationär) auf. Im Rahmen der Behandlung steht die Therapie der psychischen Beeinträchtigungen im Vordergrund. Da ältere Menschen jedoch häufig unter weiteren, körperlichen Erkrankungen leiden, erfordert die Behandlung einen ganzheitlichen bio-psycho-sozialen Ansatz. Übergeordnete Ziele stellen die Verbesserung der Lebensqualität, das Aufhalten des Fortschreitens der Erkrankung sowie die Förderung erhaltener Fertigkeiten und sozialer Netzwerke dar. Am häufigsten werden in gerontopsychiatrischen Einrichtungen Demenzerkrankungen sowie leichte bis schwere depressive Störungen behandelt. Zudem ist eine enge Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzten notwendig, und auch spezialisierte stationäre, tagesklinische oder rehabilitative Angebote sollten ggfs. in das Behandlungskonzept eingebunden werden.

Rehabilitation von Menschen mit Migrationshintergrund

Migration ist auch im 21. Jahrhundert ein wichtiges Thema. Erfahrungen in Krisengebieten und auf der Flucht sowie die Einwanderung oder Asylbeantragung in einem fremden Land, verbunden mit Trennung von Angehörigen und Bezugspersonen, bleiben oftmals nicht ohne Folgen für die psychische Gesundheit. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ist bei Migranten z. B. das Auftreten posttraumatischer Belastungsstörungen vielfach erhöht. In Abhängigkeit von Herkunftsland, Alter, Geschlecht, sozio-ökonomischer Status und Aufenthaltsdauer bzw. Einwanderergeneration, kulturspezifische Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit sowie Behandlungserwartungen kann ein erhöhtes Risiko für Schizophrenie/Psychosen oder Suchterkrankungen bestehen. Der Grad der Integration wirkt sich positiv auf das psychische Wohlbefinden aus. Hilfeangebote für Migranten in Prävention, Krankenbehandlung, Rehabilitation und nachgehenden Unterstützungsangeboten erfahren daher eine zunehmende Bedeutung. Häufiger als bisher stehen migrantenspezifische Rehabilitationsangebote zur Verfügung, die sich dadurch auszeichnen, dass sie mutter- und mehrsprachig sowie kultursensibel sind. Zudem werden sie unter Einbindung der Familie durchgeführt. Kulturelle Hemmschwellen und Sprachbarrieren, die ein Zugangs- und Behandlungerschwernis darstellen, können so reduziert werden. Beispielhaft sind hier zu nennen: spezielle Angebote Ethno-Medizinischer Zentren, Ausbildung von Migranten zu interkulturellen Gesundheitslotsen (vgl. dazu beispielsweise das Projekt „MiMi – Mit Migranten für Migranten“), rehabilitationsbezogene Broschüren, die in mehreren Sprachen erhältlich sind, Schulung von Berufsgruppen in Erstaufnahmeeinrichtungen hinsichtlich psychischer Symptome oder Wege zur Reduzierung administrativer Hürden für diese Zielgruppe.⁵⁷

4.5.5 Was tun, wenn ...

Zum einen gilt es, sich auf die Rehabilitationsmaßnahme vorzubereiten. Zum anderen erfolgt gelegentlich das Rehabilitationsantragsverfahren oder die Rehabilitationsmaßnahme auch nicht reibungslos. Es sind möglicherweise einige Hindernisse auf dem Weg zur Rehabilitation zu bewältigen. Im Folgenden sind einige typische Herausforderungen im Zusammenhang mit der Beantragung und der Durchführung einer Rehabilitation aufgeführt. Was kann passieren? Wie kann man vorgehen? Als Mitarbeiter in einer Ansprechstelle für Rehabilitation und Teilhabe, als Rehabilitationsfachkraft, als Fachtherapeut oder Rehabilitand. Als Rehabilitationsmitarbeiter – wenn man von Rehabilitanden um Auskunft und Rat gefragt wird sowie angesichts von behandlungskritischen Situationen während der Rehabilitation. Als Rehabilitand – wenn man sich nicht mehr zu helfen weiß oder Probleme während der Rehabilitation auftreten.

Nützliches für Beratungsfachkräfte der Rehabilitationsträger

Situationen bei der Antragsstellung und der Durchführung der Rehabilitation

Vor der Rehabilitation

- Patient ist (noch) nicht rehabilitationsfähig
- Rehabilitationsantrag wurde bewilligt
- Rehabilitationsantrag wurde abgelehnt
- Rehabilitation soll nicht in der vom Patienten gewünschten Klinik erfolgen
- Patient soll statt einer stationäre Rehabilitation eine ambulante Rehabilitation durchführen
- Patient erhält keine Reaktion auf den Rehabilitationsantrag

Während der Rehabilitation

- Therapieausfall in der Rehabilitation
- Patient fühlt sich an der Erstellung des Therapieplans und Abstimmung der Rehabilitationsziele nicht beteiligt
- Rehabilitation überfordert den Patienten
- Fachtherapeuten wechseln in der Rehabilitation
- Patient will die Reha-Klinik wechseln

57 www.deutsche-rentenversicherung.de

PATIENT IST (NOCH) NICHT REHABILITATIONSFÄHIG

Mögliches Vorgehen

- Als Arzt prüfen, ob der Patient physisch und psychisch belastbar genug ist, um das Behandlungsprogramm der Rehabilitation zu durchlaufen;
- als Arzt prüfen, ob der Zeitpunkt der Rehabilitation passend ist;
- bei einer vorrangig in Frage kommenden therapeutischen Intervention o.ä. sollte der Antrag ggf. später eingereicht werden;
- prüfen, ob nicht eine andere Behandlung (z. B. im Krankenhaus, im niedergelassenen Bereich) geeigneter wäre.

Hintergrundinformation: Die Beeinträchtigung durch eine psychische Erkrankung kann krankheitsbedingt erheblich schwanken und zeigt sich häufig in wiederkehrenden Krisen.

REHABILITATIONSANTRAG WURDE BEWILLIGT

Mögliches Vorgehen

- Als Patient überlegen, was in die Klinik idealerweise mitzunehmen ist; nützliche Packlisten für den Rehabilitationsaufenthalt finden sich z. B. unter www.vor-der-reha.de, www.aok.de, www.packlisten.org, www.kkh.de sowie auf den Seiten der Rehabilitationseinrichtungen.
- Die Rehabilitationseinrichtungen verschicken häufig einen Fragebogen zur Abstimmung der Rehabilitationsziele, der möglichst ausgefüllt zur Aufnahme in die Rehabilitation mitgebracht werden sollte, vgl. z. B. Deutsche Rentenversicherung (2015). Arbeitsbuch Reha-Ziele. Zielvereinbarungen in der medizinischen Rehabilitation.

Was die Rehabilitationseinrichtung möglicherweise wissen will: Die Verwaltungsabteilung sowie die Rehabilitationsärzte, Therapeuten und der Sozialdienst der Rehabilitationseinrichtung werden möglicherweise Fragen zu der Erkrankung, den Vorbehandlungen, dem Arbeitgeber, dem Arbeitsplatz, der Arbeitstätigkeit, den AU-Zeiten in den letzten 12 Monaten, den Lebensbedingungen sowie den Lebensgewohnheiten stellen. Die dafür notwendigen Informationen sollten bereitgehalten werden.

REHABILITATIONSANTRAG WURDE ABGELEHNT

Mögliches Vorgehen

- Als Patient zeitnah darauf reagieren (Widerspruch prüfen und ggfs. einreichen),
- Widerspruchsfrist im Rehabilitations-Ablehnungsbescheid beachten,
- Rehabilitations-Ablehnungsgründe prüfen,
- ggf. fehlende Unterlagen oder angepasste Atteste in Abhängigkeit von den genannten Ablehnungsgründen nachreichen (dazu Haus-, Fach- oder Betriebsarzt bzw. vorausgegangenes Krankenhaus kontaktieren),
- bei erneuter Ablehnung als Leistungsberechtigter Möglichkeit einer Klage beim Sozialgericht erwägen.



Nützliche Kontaktdaten:

Online-Verzeichnis der Ansprechstellen für Rehabilitation und Teilhabe (§ 12 SGB IX) auf www.ansprechstellen.de.
Kontaktaufnahme mit der Ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung über www.teilhabeberatung.de.

REHABILITATION SOLL NICHT IN DER VOM PATIENTEN GEWÜNSCHTEN KLINIK ERFOLGEN

Mögliches Vorgehen

- Prüfen, ob die gewünschte Einrichtung von dem zuständigen Kostenträger belegt wird und auf die rehabilitationsbegründende Indikation (Haupt-Diagnose) spezialisiert ist. Die BAR stellt eine Übersicht von nach § 37 Abs. 3 SGB IX zertifizierten stationären Rehabilitationseinrichtungen zur Verfügung.⁵⁸ Zudem finden Sie auf der BAR-Internetseite das Rehaklinikenverzeichnis, in dem über 1.000 stationäre Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation systematisch aufgelistet sind.
- Auf bestimmte Behandlungskonzepte und Ausstattungsmerkmale der Wunschklinik hinweisen, die dem jeweiligen Rehabilitationsbedarf entgegenkommen.

Gesetzliche Grundlage: Wunsch- und Wahlrecht gemäß § 8 SGB IX – wenn der Leistungsberechtigte eine bestimmte Rehabilitationseinrichtung bevorzugt, kann dies im Rehabilitationsantrag angegeben werden und wird nach Möglichkeit berücksichtigt. Dabei wird auch auf die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse der Leistungsberechtigten Rücksicht genommen. Es gilt jedoch das Gebot der Zweckmäßigkeit und der Wirtschaftlichkeit bei der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung.

PATIENT SOLL STATT EINE STATIONÄRE REHABILITATION EINE AMBULANTE REHABILITATION DURCHFÜHREN

Mögliches Vorgehen

- Umfang bereits in Anspruch genommener ambulanter Therapien auflisten und ärztlicherseits bestätigen lassen;
- Hinweis auf zusätzliche Belastung durch die Alltagssituation im ambulanten Setting geben (Verbleib im gewohnten Lebensumfeld wirkt sich nachteilig auf den Rehabilitationsverlauf aus, Abstand zum Alltagsleben als Teil des Genesungsprozesses);
- kombinierte stationäre/ambulante Rehabilitationsformen bei dem Kostenträger erfragen.

Hintergrundinformationen: In der Regel ist eine ambulante Rehabilitation einer stationären Rehabilitation gleichwertig, was die Qualität der Durchführung und die Ergebnisse der Rehabilitation anbelangt. Beide Versorgungsformen bieten ein differenziertes, ganztägiges, komplexes und multimodales Angebot an therapeutischen Leistungen an. In Abhängigkeit von Alter, Diagnose, Verfügbarkeit ambulanter im Vergleich zu stationärer Rehabilitationseinrichtungen in der Region, Schweregrad der Erkrankung und Präferenzen der Rehabilitanden für die jeweilige Versorgungsform, bieten sich unterschiedliche Rehabilitationssettings an. Für bestimmte Zielgruppen, z. B. Alleinerziehende mit kleinen Kindern, ist eine stationäre Rehabilitation aus Betreuungsgründen ggf. nicht möglich. Ambulante Rehabilitation setzt zwar einerseits eine entsprechende Mobilität und Wegefähigkeit voraus, andererseits ermöglicht sie Angehörige/Bezugspersonen und den Arbeitsplatz vor Ort in die Rehabilitation einzubeziehen und sich mit den niedergelassenen Ärzten und Therapeuten sowie dem Arbeitgeber am Wohnort des Rehabilitanden zu vernetzen.

PATIENT ERHÄLT KEINE REAKTION AUF DEN REHABILITATIONSANTRAG

Mögliches Vorgehen

- Prüfen, ob der Rehabilitationsträger den potentiellen Leistungsberechtigten schriftlich darüber informiert hat, dass er die Rehabilitationsentscheidung nicht innerhalb der geltenden Fristen fällen kann;

⁵⁸ www.bar-frankfurt.de > Datenbanken und Verzeichnisse

- wenn nicht, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist (siehe unten) als genehmigt. Dann hat der Leistungsberechtigte die Möglichkeit, sich die Rehabilitationsleistung auf eigene Kosten selbst zu beschaffen. Der sogenannte leistende Rehabilitationsträger muss die Leistungen erstatten. Es gelten jedoch Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit. Bevor dieser Weg erwogen wird, ist zunächst der Rehabilitationsträger zu kontaktieren. Diese Fristen gelten jedoch nicht für die Träger der Eingliederungshilfe, der öffentlichen Jugendhilfe und der Kriegsopferfürsorge (§ 18 Abs. 7 SGB IX) sowie für die Integrationsämter.

Gesetzliche Fristen: Werden Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe beantragt, stellt der Rehabilitationsträger nach § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang bei ihm fest, ob er nach dem für ihn geltenden Leistungsgesetz zumindest für einen Teil der beantragten Leistung/en zuständig ist. Ist der erstangegangene Rehabilitationsträger insgesamt nicht zuständig, muss er den Antrag unverzüglich an einen anderen – mutmaßlich zuständigen – Rehabilitationsträger weiterleiten. Dieser Rehabilitationsträger wird dann in der Regel automatisch „leistender Rehabilitationsträger“ i. S. d. §§ 14 ff. SGB IX. Läuft die Zwei-Wochen-Frist nach § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX ab, ohne dass der erstangegangene Träger den Antrag unverzüglich weitergeleitet hat, wird er selbst „leistender Rehabilitationsträger“. Der leistende Rehabilitationsträger ist gemäß §§ 14 ff. SGB IX u. a. für die Koordination der Leistungen verantwortlich.

Grundsätzlich hat der leistende Rehabilitationsträger nach Antragseingang drei Wochen Zeit, über den Antrag zu entscheiden (§ 14 Abs. 2 Satz 2 SGB IX). Muss er dazu ein Gutachten einholen, verlängert sich die Zeitspanne. Das Gutachten muss unverzüglich, spätestens innerhalb der drei Wochen, in Auftrag gegeben werden. Für die Gutachtenerstellung sind weitere zwei Wochen vorgesehen (§ 17 Abs. 2 SGB IX). Die Entscheidung über den Antrag erfolgt innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Gutachtens (§ 14 Abs. 2 Satz 3 SGB IX). D. h., die Leistungsentscheidung muss bei einer Weiterleitung insgesamt spätestens innerhalb von neun Wochen, nachdem der Antrag beim ersten Rehabilitationsträger gestellt wurde, fallen bzw. innerhalb von sieben Wochen, nachdem der Antrag beim „leistenden Rehabilitationsträger“ eingegangen ist. Wenn auch andere Rehabilitationsträger an der Bedarfsermittlung und -feststellung beteiligt werden bzw. anteilig zuständig sind (§ 15 SGB IX), ist abweichend von § 14 Abs. 2 SGB IX innerhalb von sechs Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Wird eine Teilhabekonferenz nach § 20 SGB IX durchgeführt, ist innerhalb von zwei Monaten nach Antragseingang zu entscheiden. Die Einholung eines Gutachtens hat bei der Beteiligung mehrerer Rehabilitationsträger keine Auswirkungen auf die Frist.

Eine Genehmigungsfiktion (s. o.) kann eintreten, wenn innerhalb von zwei Monaten nach Eingang des Antrags beim leistenden Rehabilitationsträger keine Entscheidung erfolgt ist und der leistende Rehabilitationsträger dem Leistungsberechtigten die Gründe hierfür nicht schriftlich mitgeteilt hat (vgl. § 18 SGB IX).



Weiterführende Information:

Der Fristenrechner der BAR ermöglicht die Berechnung relevanter Fristen im Reha-Prozess. Dieser richtet sich an Reha-Fachkräfte, Antragsteller und alle, die Reha-Anträge bearbeiten und Reha-Verfahren koordinieren.

www.reha-fristenrechner.de

THERAPIEAUSFALL IN DER REHABILITATION

Mögliches Vorgehen

- Zunächst prüfen, welche Ausfallursachen vorliegen;
- sind die Therapieausfälle dadurch bedingt, dass es zu zeitlichen Überschneidungen der Therapien kommt, sollte der Therapieplan im Gespräch mit dem Rehabilitationsteam angepasst werden.
- Therapieausfälle im offenen Gespräch klären und zusammen Lösungen erarbeiten, die ausgefallenen Therapien auszugleichen;
- sich Verbündete suchen (das können je nach Perspektive andere Rehabilitationsmitarbeiter oder andere Patienten sein);
- als Patient das Beschwerdemanagement (auch Kummerkasten) der Rehabilitationseinrichtung nutzen.
- Liegen die Behandlungsausfälle an Mängeln in der personellen Ausstattung der Rehabilitationseinrichtung, unzureichenden Therapeuteschlüsseln, Personal-Fluktuationen oder Krankenständen des Personals, kann es auch ein Weg sein, den Kosten-Träger/Rehabilitationsträger über den Sachverhalt zu informieren, der anlassbezogen eine Visitation in der Rehabilitationseinrichtung vornehmen kann;
- es steht sowohl den Patienten als auch den Rehabilitationsmitarbeitern offen, Eindrücke auf Klinikbewertungsportalen wiederzugeben.

Hintergrundinformationen: Der Umfang der in der Rehabilitation durchgeführten Therapien wird in der Regel an die Belastbarkeit des Rehabilitanden angepasst. Mancher Therapieausfall ist unvermeidbar, z. B. wegen notwendiger Reparaturarbeiten in Therapiebereichen oder kurzfristiger Erkrankungen der Rehabilitations-Fachtherapeuten. Um einen Überblick über das therapeutische Leistungsspektrum in der Rehabilitation zu gewinnen, vgl. Sie dazu z. B. die so genannte Klassifikation therapeutischer Leistungen oder Reha-Therapiestandards für die jeweilige Diagnose.

PATIENT FÜHLT SICH AN DER ERSTELLUNG DES THERAPIEPLANS UND ABSTIMMUNG DER REHABILITATIONSZIELE NICHT BETEILIGT

Mögliches Vorgehen

- Patient sollte sich im Vorfeld der Rehabilitation mit seinen Rehabilitationszielen auseinandersetzen;
- fühlt sich der Patient überfordert, seine Rehabilitationsziele im Einzelgespräch konkret zu benennen, können auch vorformulierte Fragebögen zur Erfassung von Rehabilitationszielen eingesetzt werden; auch ist die Rehabilitationszielarbeit in Gruppen oder als Hausaufgabe möglich.
- Die Rehabilitationsziele sollten möglichst im Vorfeld des Rehabilitationsaufenthalts (z. B. Selbstauskunftsbogen, Rehabilitationsziel-Fragebogen), zu Beginn der Rehabilitation (z. B. im Aufnahmegespräch), im Verlauf der Rehabilitation (zur Anpassung der Rehabilitationsziele) und am Ende der Rehabilitation besprochen werden (zur Überprüfung, ob die Reha-Ziele erreicht wurden).

Hintergrundinformationen: Damit eine Rehabilitationsmaßnahme erfolgreich durchgeführt werden kann, bedarf es einer klaren Zielsetzung, was durch die Rehabilitationsmaßnahme erreicht werden soll. Für den Rehabilitationserfolg ist es wichtig, dass der Patient nicht nur über die Ziele der Rehabilitation informiert ist, sondern eigene Rehabilitationsziele mitteilt und diese mit dem Rehabilitationsteam abstimmt. Nur wenn alle Beteiligten die Rehabilitationsziele mittragen, ist eine aktive und effektive Therapie möglich.

Nützliches Internetportal: www.reha-ziele.de

REHABILITATION ÜBERFORDERT DEN PATIENTEN

Mögliches Vorgehen

- Es ist offen mit dem Rehabilitanden abzuklären, welche Vorstellungen er davon hat, wie die Behandlung in der Rehabilitation ablaufen wird und ob diese Behandlungserwartungen eingetroffen sind;
- es sollte geklärt werden, ob die Rehabilitation den Rehabilitanden körperlich überbelastet (nicht so aktiv mitarbeiten können, wie es erwünscht und erforderlich ist), oder andere Faktoren (Mitpatienten, Bezugstherapeuten, Rehabilitationsablauf und -organisation, Konflikte in der Rehabilitation u. a.) zur Überforderung als psychische Konfliktsituationen beitragen.
- Wenn der Rehabilitand mehr Pausen bei den Therapien bzw. zwischen den Therapien benötigt, sollte er das Gespräch mit dem Rehabilitationsteam suchen, Therapieplan und Therapedichte können in Abstimmung mit dem Arzt/Therapeuten in der Regel individuell angepasst werden;
- unter Umständen ist eine interne oder externe Belastungserprobung und/oder Belastungskontrolle angezeigt; sprechen Sie die Reha-Mitarbeiter darauf an.

Hintergrundinformationen: In der Regel setzt die Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme eine ausreichende Grundbelastbarkeit des Patienten voraus. Belastbarkeit beinhaltet u. a. Rehabilitationsfähigkeit, Reisefähigkeit, eigenständige Mobilität und Selbstständigkeit bei Alltagsverrichtungen. Bettlägerigkeit schließt eine Rehabilitation im Normalfall aus. In der Rehabilitation ist der Patient gefordert. Es wechseln passive und aktive Therapien ab. Als Patient müssen Sie auch in der Lage sein, mehrstündige Therapieprogramme mit viel Gruppenarbeit absolvieren zu können. Eine belastungsadäquate Förderung ist Bestandteil vieler durchgeführter Therapien (z. B. im Rahmen von Sport und Bewegung). Eine aktive Belastungsbewältigung kann auch Ziel in der Rehabilitation sein. Begleitpersonen für die Unterstützung vor Ort sind in der Regel nicht vorgesehen. Der geeignete Beginn der Rehabilitationsmaßnahme muss auf die Belastbarkeit des Patienten angepasst werden.

FACHTHERAPEUTEN WECHSELN IN DER REHABILITATION

Mögliches Vorgehen

- Feste Ansprechpartner helfen dabei, gemeinsam und erfolgreich die Rehabilitationsziele zu erreichen. Während des Rehabilitationsprozesses sollte die Betreuung durch die Rehabilitationsärzte und Fachtherapeuten möglichst nicht ständig wechseln. Vorteile für den Rehabilitanden – Vertrauensverhältnis wird aufgebaut und Therapiekontinuität wird gewahrt. Vorteile für den Rehabilitations-Mitarbeiter/Fachtherapeuten – Wahrnehmung des Rehabilitationsverlaufs und erhöhte Planungssicherheit.
- Klären, worin der Personalwechsel begründet ist, z. B. multipersonaler Bezugsrahmen im Setting der Rehabilitationsbehandlung, personelle Fluktuationen (Abwanderungen), fehlendes Bezugstherapeuten-system mit festen Therapeuten für jeden Rehabilitanden, enge Kooperation und Vertretung derselben Funktionsgruppen im Rehabilitationsteam untereinander;
- den Rehabilitanden vermitteln, dass regelmäßige Fallbesprechungen und Teamkonferenzen des gesamten Rehabilitationsteams stattfinden, in denen alle rehabilitationsbezogenen Berufsgruppen sich über die Rehabilitationsziele, den Rehabilitationsverlauf, Rehabilitationsergebnisse der einzelnen Patienten austauschen – alle patientenseitigen Informationen werden dokumentiert, so dass auch wechselnde Therapeuten den gleichen Informationsstand über individuelle Behandlungsschwerpunkte, Ausgangslagen und -verläufe haben.

Hintergrundinformationen: Rehabilitationseinrichtungen halten ein multiprofessionelles Team vor. In den Struktur-anforderungen der Rehabilitationsträger an die Rehabilitationseinrichtungen ist u. a. die notwendige personelle Ausstattung definiert, auf deren Grundlage die Rehabilitationseinrichtung und ihre Fachabteilungen betrieben und von Seiten der Re-

habilitationsträger belegt werden. Festgelegt in Stellenplänen sind erforderliche Therapeuteschlüssel und Orientierungswerte für einzelne Berufsgruppen in der Rehabilitation in Abhängigkeit vom jeweiligen Indikationsbereich. Abweichungen können sich z. B. daraus ergeben, dass bestimmte Funktionsgruppen in der Rehabilitation ihre Leistungen sehr häufig in Kooperation erbringen, dass der Personalbedarf in unterschiedlichen Fachabteilungsgrößen in der Rehabilitationseinrichtung variiert oder dass unterschiedliche Versorgungsaufwände für einzelne Rehabilitandengruppen (z. B. Anschlussheilbehandlungs-Patienten) betrieben werden müssen. Die belegenden Rehabilitationsträger sind dazu angehalten, Unterschreitungen des Personalbestands unter Berücksichtigung bestimmter Toleranzbereiche nachzugehen.

PATIENT WILL DIE REHA-KLINIK WECHSELN

Mögliches Vorgehen

- Es ist die Benennung einer Wunsch-Einrichtung im Rehabilitationsantrag möglich;
- etwaige Wechselwünsche sowohl mit der jetzigen Rehabilitationseinrichtung als auch mit dem zuständigen Rehabilitationsträger besprechen;
- die Gründe für die Zuweisung zu der jetzigen Einrichtung erfragen, ggf. ist gerade die aktuelle Einrichtung auf die Behandlung der in Frage stehenden Erkrankung besonders spezialisiert (medizinisch-therapeutisch begründete Auswahl) oder die aktuelle Einrichtung verfügt über Fachpersonal, welches die Muttersprache des Rehabilitanden spricht (Auswahl unter Berücksichtigung von patientenseitigen Zuweisungskriterien) u. a.;
- die Gründe für einen gewünschten Einrichtungswechsel sollten nicht nur subjektiver Natur, sondern objektivierbar sein;
- die Rehabilitationseinrichtung kann gewechselt werden; eine Umeinweisung ist jedoch aufwendig;
- ein schneller Wechsel ist zumeist nicht möglich, da Rehabilitationseinrichtungen nur über eine bestimmte Anzahl an freien Kapazitäten (Betten) verfügen;
- nach einem Abbruch der Rehabilitation ist zumeist das Rehabilitationsantragsverfahren erneut zu starten, was einen Mehraufwand für den Patienten bedeutet.

Achtung: Es muss unterschieden werden zwischen Umeinweisungswunsch auf der einen Seite und Verlegungsnotwendigkeit auf der anderen Seite: Eine ärztlich indizierte Verlegung des Rehabilitanden in eine andere Rehabilitationseinrichtung oder ein Krankenhaus ist nach Anzeige und ausführlicher Begründung gegenüber dem Kostenträger von Seiten der aktuellen Rehabilitationseinrichtung möglich; Gründe könnten hier z. B. sein: akuter Behandlungsbedarf nach Auftreten von Komplikationen im Zustandsbild, starke Suchtproblematik des Rehabilitanden, die zunächst eine Entgiftung und Entwöhnung erfordert, Aufnahmediagnose entspricht nicht der tatsächlichen Reha-Diagnose u. a.

4.6 Nach der Rehabilitation – Nachsorge

4.6.1 Rehabilitationssport und Funktionstraining als ergänzende Leistungen

Um die Nachhaltigkeit einer ambulanten oder stationären Rehabilitationsleistung zu unterstützen, können als Leistungen im Anschluss an die Rehabilitation Rehabilitationssport und Funktionstraining ärztlich verordnet werden. Rehabilitationssport wird u. a. für folgende Krankheitsbilder angeboten: Neurosen, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen, psychosomatische Störungen, Suchterkrankungen, Schizophrenie, Anfallsleiden sowie für Menschen mit autistischem Syndrom.

Ziel des Rehabilitationssports ist, Ausdauer und Kraft zu stärken, Koordination und Flexibilität zu verbessern, das Selbstbewusstsein zu stärken und Hilfe zur Selbsthilfe zu bieten. Hilfe zur Selbsthilfe hat zum Ziel, Selbsthilfepotenziale zu aktivie-

ren, die eigene Verantwortlichkeit des Menschen mit psychischer Erkrankung für seine Gesundheit zu stärken sowie ihn zu motivieren und in die Lage zu versetzen, langfristig selbstständig und eigenverantwortlich Bewegungstraining durchzuführen, z. B. durch weiteres Sporttreiben in der bisherigen Gruppe bzw. im Verein auf eigene Kosten.

Rehabilitationssport findet in Gruppen unter ärztlicher Betreuung statt. Rehabilitationssportarten sind Gymnastik, Leichtathletik, Schwimmen und Bewegungsspiele, aber auch geeignete Übungsinhalte anderer Sportarten wie Judo, Karate und Entspannungsübungen können integriert werden.

Eine Liste mit Kontaktadressen für Rehabilitationssport wird den Rehabilitanden meist durch die Rehabilitationseinrichtung ausgehändigt. Hierüber können dann Anschriften und Telefonnummern der in der Nähe von Wohnort oder Arbeitsplatz ansässigen Sportgruppen in Erfahrung gebracht werden. Auch die Rehabilitationsträger, die Verbände der Leistungserbringer sowie die örtlichen Selbsthilfegruppen können über geeignete und anerkannte Rehabilitationssportgruppen am jeweiligen Wohnort informieren.

In der BAR-Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining sind u. a. Leistungsumfang, Inhalte und Durchführung des Rehabilitationssports und des Funktionstrainings geregelt.



Weiterführende Informationen:

Rehabilitationssportgruppen in Deutschland

www.dbs-npc.de/sportentwicklung-rehabilitationssportgruppen-in-deutschland.html

www.rehasport-deutschland.de/gruppen/krebssport

Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining

www.bar-frankfurt.de > [Service](#) > [Publikationen](#) > [Vereinbarungen](#)

4.6.2 Psychotherapie in der Nachsorge

Unter Psychotherapie versteht man die gezielte, professionelle Behandlung psychischer Störungen mit Hilfe von wissenschaftlich anerkannten Methoden auf der Grundlage einer therapeutischen Arbeitsbeziehung.

Folgende drei Therapierichtungen sind anerkannt:

- Verhaltenstherapie,
- Psychoanalyse und
- Tiefenpsychologie.

Wenn emotionale Belastungen und psychische Probleme ein solches Ausmaß erreichen, dass sie den normalen Alltag überschatten und alleine nicht mehr zu bewältigen sind, empfiehlt es sich, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen und eine Psychotherapie zu beginnen. Alle Arten psychischer Störungen (z. B. Depressionen, Angst- und Zwangsstörungen, somatoforme Störungen, Essstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen) können mit Hilfe verhaltenstherapeutischer Interventionen behandelt werden. Viele betroffene Menschen profitieren von einer Psychotherapie. Die Fortschritte sind jedoch oft nicht stabil, sodass es, insbesondere in den ersten Monaten nach Therapieabschluss, häufig zu Rückfällen

und Symptomverschlechterungen kommen kann. Auch die Nachhaltigkeit von Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation ist oft nicht optimal. Den Rehabilitanden gelingt es z. T. nicht, die in der Rehabilitation initiierten Verhaltensänderungen langfristig weiterzuführen und in ihren Alltag zu integrieren. Eine ambulante Psychotherapie (bei niedergelassenen Psychotherapeuten) ist daher sowohl vor einer Rehabilitation als auch in der Nachsorge von Bedeutung, um den Transfer in den Alltag zu verbessern.



Weiterführende Information:

Im November 2019 hat der Gemeinsame Bundesausschuss die Änderung der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) zur Aufnahme der Systemischen Therapie bei Erwachsenen beschlossen. Nach Inkrafttreten des Beschlusses zur Änderung der Psychotherapie-Richtlinie ist auch diese Form der Therapie anerkannt

4.6.3 Nachsorgeprogramme

Die Deutsche Rentenversicherung bietet IRENA (Multimodale Reha-Nachsorge) als zeitlich begrenztes indikationsübergreifendes Nachsorgeprogramm nach § 17 SGB VI an. IRENA kann im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation nach § 15 SGB VI grundsätzlich für alle Indikationsbereiche in Frage kommen. Zudem kann das Nachsorgeprogramm auch parallel zu einer ambulanten Psychotherapie stattfinden. IRENA wird in der Gruppe bei einer maximalen Gruppengröße von zehn Teilnehmern erbracht. IRENA ist angezeigt, wenn nach Ende einer medizinischen Rehabilitation noch mindestens zwei erkrankungsbedingte Problembereiche weiter fortbestehen und bearbeitet werden müssen, z. B. Stabilisierung von Lebensstil- und Verhaltensänderungen, Unterstützung bei der Übertragung der in der vorausgehenden Rehabilitation vermittelten Krankheitsbewältigungsstrategien in den Alltag, Hilfe bei spezifischen Problemen am Arbeitsplatz bzw. bei der beruflichen Wiedereingliederung oder Therapien zur Verbesserung fortbestehender funktionaler und/oder kognitiver Einschränkungen. Dabei werden Leistungen aus mindestens zwei Therapiebereichen in jeweils angemessenem Umfang erbracht, z. B. Sport- und Bewegungstherapie, Information, Motivation, Schulung oder Klinische Psychologie (u. a. Stressbewältigung, Entspannungstraining, problem- und störungsorientierte Gruppenarbeit). IRENA sollte in einem zeitlichen Zusammenhang zur vorangegangenen Rehabilitationsleistung stehen, daher sollte IRENA spätestens innerhalb von drei Monaten nach Ende der Rehabilitationsleistung beginnen und innerhalb von zwölf Monaten nach Ende der medizinischen Rehabilitation abgeschlossen sein. Der Umfang von IRENA beträgt in der Regel je nach Bedarf bis zu 24 Behandlungseinheiten. Eine Behandlungseinheit umfasst mindestens 90 Minuten. IRENA kann in allen von den Rentenversicherungsträgern zugelassenen stationären und ambulanten Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Vertrag nach § 21 SGB IX geschlossen wurde, erbracht werden. Dabei müssen die Rehabilitationseinrichtungen die Nachsorge-Indikation auch als Rehabilitations-Indikation behandeln (können). Grundsätzlich ist eine Kombination von IRENA mit weiteren Nachsorgeangeboten nicht möglich (vgl. dazu www.reha-nachsorge-drv.de).

Für Menschen mit psychischen Erkrankungen bietet die Deutsche Rentenversicherung eine psychosomatische Reha-Nachsorge an: Psy-RENA. Das spezialisierte Nachsorgeprogramm unterstützt die Betroffenen dabei, erlernte Verhaltensweisen und Strategien zur Stress- und Konfliktbewältigung einzuüben und im Alltag umzusetzen. Psy-RENA wird in einer Gruppe von acht bis zehn Teilnehmern durchgeführt und umfasst 25 Gruppengespräche à 90 Minuten. Diese finden in der Regel ein Mal pro Woche statt. Psy-RENA beginnt innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der medizinischen Rehabilitation und muss innerhalb von 12 Monaten abgeschlossen sein. Die Durchführung erfolgt in Rehabilitationseinrichtungen und Psychotherapiepraxen. Das spezialisierte Nachsorgeprogramm kann nicht verlängert werden. Dieses Programm gilt nicht für den RPK-Bereich. Hier existieren eigenständige Modelle in Finanzierung der LTA-Leistungsträger (Deutsche Rentenversicherung und Bundesagentur für Arbeit).

4.6.4 Neue Medien in der Nachsorge und Selbsthilfe

Zunehmend werden neue Medien in der Prävention, Früherkennung, Therapiebegleitung, Rehabilitation, Nachsorge und Selbsthilfe genutzt. Es stehen z. B. mobile Nachsorgeangebote in Form von Smartphone-Apps für psychisch erkrankte Menschen zur Verfügung. Sie stellen neben allgemeinen Gesundheitsinformationen zu Diagnose und Therapie, Tools zur Stimmungsaufzeichnung oder Anzeige von Verhaltensänderungen bereit, enthalten Erinnerungsfunktionen (Termine, Arzneimittelgebrauch), stellen Patiententagebücher zur Verfügung, bieten Aufzeichnungen zur Zielerreichung an, ermöglichen eine gezielte Informationssuche (Adressen von Spezialisten, Einrichtungen oder Kontaktstellen) sowie den Austausch mit Mitbetroffenen. Erprobt werden auch telemedizinische Anwendungen in strukturschwachen Gebieten (ländliche Regionen), die Patienten in der Nachsorge ermöglichen, mit ihren Psychotherapeuten per Video-Chat zu sprechen und medizinische, psychosoziale und unterstützende Betreuung zu erhalten. Viele der telematischen Anwendungen sind derzeit noch im Stadium von Insellösungen, ihre Überführung in die Regelversorgung und flächendeckende Verfügbarkeit ist jedoch fortgeschritten. So bietet beispielsweise die Deutsche Rentenversicherung Bund Menschen, die aufgrund einer Depression an einer Rehabilitation teilgenommen haben, ein telemedizinisches Nachsorge-Angebot an: die Smartphone-App DE-RENA. Mithilfe dieser Anwendung können betroffene Menschen die in der vorangegangenen Rehabilitation erarbeiteten Grundsätze und Ziele direkt im Alltag umsetzen. Dabei begleitet ein Psychotherapeut der Rehabilitationsklinik die Betroffenen ein halbes Jahr telefonisch als persönlicher Nachsorgecoach. Zudem bieten auch verschiedene Krankenkassen qualifizierte medizinische Beratung am Telefon, per E-Mail, im Chat oder im Expertenforum an.

Telematische Nachsorgeangebote müssen spezifischen Anforderungen genügen: Ist ihre Wirksamkeit erwiesen? Sind Fragen des Datenschutzes und der Datensicherheit geklärt? Ist die Sicherheit des Nutzers gewährleistet? Ist Barrierefreiheit der Anwendungen gegeben? Sind die Programme individualisierbar? Sie sind von Leistungserbringern durchzuführen, die dafür zugelassen sind. Ob telematische Nachsorge geeignet ist, hängt u. a. von der häuslichen IT-Ausstattung, Medienkompetenz der Nutzer, Internet- und Computererfahrung der Anwender und dem Schweregrad der Erkrankung bzw. dem Ausmaß der Beeinträchtigungen ab.

Tele-Nachsorge kann eine sinnvolle Ergänzung des Spektrums der herkömmlichen Nachsorgeleistungen darstellen. Besonders herauszustellen ist die Flexibilität ihrer Nutzungsmöglichkeiten hinsichtlich der zeitlich-räumlichen Unabhängigkeit der Anwendung. Telematische Anwendungen eignen sich auch, wenn kein geeignetes herkömmliches Reha-Nachsorgeangebot am Wohnort des Rehabilitanden wegen bestehender regionaler Versorgungslücken und unzureichender Nachsorge-Infrastruktur verfügbar ist. Bei in ihrer Mobilität eingeschränkten Menschen kommt sie ebenfalls in Frage. Als Intervention weniger geeignet ist diese Form der Nachsorge für chronisch Kranke, die auf den Austausch mit anderen im Gruppensetting angewiesen sind, was sich telematisch nur eingeschränkt herstellen lässt.

5 Informations- und Beratungsangebote

5.1 Rehabilitationsberatungsdienste

Rehabilitationsberatungsdienste sind ein trägerspezifisches Beratungsangebot des jeweiligen Rehabilitationsträgers. Dort stehen Beratungsfachkräfte auch für eine persönliche Beratung zur Verfügung, wenn es z. B. um eine medizinische oder berufliche Rehabilitation bzw. um die Koordination mehrerer Teilhabeleistungen geht.

Weiterführende Information:

Die Kontaktadressen einzelner Leistungsträger der Rehabilitation und Teilhabe (mit bundesweiter oder regionaler Zuständigkeit) finden Sie im Kapitel 8.3.2.

Trägerspezifische Beratungsangebote der Deutschen Rentenversicherung

www.deutsche-rentenversicherung.de > Reha > Warum Reha? > Reha-Beratungsdienst

Im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung erhalten Sie über den Internetauftritt, das Servicetelefon oder die Geschäftsstelle der jeweiligen Krankenkasse nähere Informationen.

5.2 Ansprechstellen für Rehabilitation und Teilhabe

Alle Rehabilitationsträger, Jobcenter, Integrationsämter und Pflegekassen sind seit dem 1. Januar 2018 gesetzlich verpflichtet, untereinander vernetzte Ansprechstellen für Rehabilitation und Teilhabe nach § 12 SGB IX zu benennen. Diese Ansprechstellen vermitteln Informationen zu Rehabilitations- und Teilhabeleistungen an Leistungsberechtigte, Arbeitgeber und andere Rehabilitationsträger. Bereitzustellen sind niedrigschwellige und barrierefreie Angebote über Inhalte, Ziele und Verfahren zu Leistungen zur Teilhabe sowie über das Persönliche Budget. Ratsuchende erhalten hier auch Informationen zu Beratungsangeboten z. B. der Rehabilitationsträger (vgl. Kapitel 5.1) und zur 2018 neu geschaffenen „Ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung“ nach § 32 SGB IX (vgl. Kapitel 5.7).

Weiterführende Information:

Ein bundesweites und trägerübergreifendes Verzeichnis der Ansprechstellen für Rehabilitation und Teilhabe stellt die BAR online unter www.ansprechstellen.de zur Verfügung.

5.3 Kliniksozialdienste

Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen verfügen über einen Kliniksozialdienst. Der Kliniksozialdienst berät in Fragen der augenblicklichen Situation und zur Rückkehr in die gewohnten Lebensverhältnisse. Der Kliniksozialdienst kann erkrankte Menschen insbesondere auch beim Übergang von der akuten Behandlung im Krankenhaus in nachgehende Strukturen, z. B. die Rehabilitation, unterstützen (Beantragung und Einleitung einer Rehabilitation). Weitere Beratungsschwerpunkte sind sozialrechtliche Angelegenheiten (z. B. Krankengeld, Übergangsgeld, Schwerbehindertenausweis, Erwerbsminderungsrente), Möglichkeiten ambulanter Versorgung nach dem Aufenthalt im Krankenhaus, zwischen dem Aufenthalt im Krankenhaus und Beginn der Rehabilitationsmaßnahme oder nach Abschluss der Rehabilitation (z. B. Reha-Nachsorge, mobile Hilfsdienste, Nachbarschaftshilfe), Möglichkeiten weitergehender stationärer Versorgung (z. B. Tagespflege, Kurzzeitpflege), Anbahnung und Kontaktaufnahme zu anderen Beratungsstellen, Fachdiensten und Selbsthilfegruppen (z. B. psychosoziale, Sucht-, Familien-, Paar- oder Schuldnerberatungsstellen, niedergelassene Psychotherapeu-

ten). Der Kliniksozialdienst steht sowohl den Betroffenen als auch deren Angehörigen zur Verfügung. Die Beratung kann persönlich, schriftlich oder telefonisch erfolgen.

Weiterführende Information:

Weitere Informationen sind in der Gemeinsamen Empfehlung Sozialdienste⁵⁹ der BAR sowie auf der Homepage der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG) zu finden.⁶⁰

5.4 Sozialpsychiatrische Dienste

Sozialpsychiatrische Dienste stellen die Versorgung und Hilfen für psychisch erkrankte Menschen in den Regionen sicher. Sie beraten und unterstützen betroffene Menschen und deren Angehörige/Bezugspersonen und arbeiten mit Diensten und Einrichtungen der Versorgungsregion zusammen. Sozialpsychiatrische Dienste nehmen daher auch eine koordinierende Funktion in der Versorgung psychisch erkrankter Menschen wahr. Die zentralen Aufgaben in der patientenbezogenen Arbeit liegen in der Erbringung vorsorgender und nachgehender Unterstützungsangebote, auch durch Hausbesuche, sowie in der Krisenintervention. Ein Schwerpunkt ist die Kontaktaufnahme mit behandlungsbedürftigen Personen, die erkrankungsbedingt nicht die erforderlichen psychiatrischen Unterstützungsangebote von sich aus in Anspruch nehmen können. Diese Kontakte dienen dem Ziel, die betroffenen Menschen an geeignete Einrichtungen und Dienste zu vermitteln und – sofern erforderlich – eine begleitende Unterstützung sicherzustellen. Das Angebot der sozialpsychiatrischen Dienste variiert in Abhängigkeit vom jeweiligen Bundesland. In vielen Bundesländern sind Sozialpsychiatrische Dienste Bestandteil des öffentlichen Gesundheitswesens und organisatorisch an die kommunalen bzw. staatlichen Gesundheitsämter angegliedert. Sie nehmen hier in der Regel auch hoheitliche Aufgaben (Beteiligung am Unterbringungsverfahren) nach den Landesgesetzen über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (PsychKG) bzw. den Unterbringungsgesetzen der Länder wahr. Sozialpsychiatrische Dienste verfügen in der Regel über ein multidisziplinäres Team (Facharzt, Sozialarbeiter/Sozialpädagogen und/oder psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflegefachkraft, zum Teil Psychologen). Die personelle Ausstattung ist teilweise von Region zu Region unterschiedlich.

5.5 Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen

Die Aufgaben der Einrichtungen mit Kontaktstellenfunktion sind je nach Bundesland unterschiedlich ausgerichtet und verbreitet. Sie arbeiten zumeist im Verbund mit anderen gemeindepsychiatrischen Hilfeangeboten (z. B. Tagesstätte, Angebote des Betreuten Wohnens) und bieten psychisch erkrankten Menschen einen niedrighschweligen Zugang zu Beratung, Betreuung und Hilfe. Ihr Angebotsspektrum umfasst insbesondere Beratung, auch für Angehörige/Bezugspersonen und unter Berücksichtigung der regionalen Besonderheiten; ggf. auch

- Hilfen zur Tagesgestaltung,
- lebenspraktisches Training,
- Ergotherapie,
- Hilfe zum Erhalt und Aufbau zwischenmenschlicher Beziehungen,
- Hilfen zur Sicherung von häuslichen und materiellen Ansprüchen.

59 BAR (2016). Gemeinsame Empfehlung Sozialdienste unter www.bar-frankfurt.de

60 www.dvsg.org

5.6 Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB®)

Mit der Ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung nach § 32 SGB IX (EUTB®) wurde 2018 ein Beratungsangebot eingeführt, das die Beratung der Rehabilitationsträger ergänzt. Es steht bereits im Vorfeld der Beantragung von Leistungen zur Verfügung und informiert und berät über Teilhabeleistungen nach dem SGB IX. Das Peer-to-Peer Counseling (Betroffene beraten Betroffene) wird bei der Ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung besonders berücksichtigt. So werden Menschen mit Behinderung zu Experten „in eigener Sache“ und unterstützen Ratsuchende dabei, ihre Fähigkeiten und Ressourcen für eine selbstbestimmte Teilhabe zu nutzen. Auch Angehörige/Bezugspersonen können als Betroffene nach dieser Beratungsmethode beraten und beraten werden.

Weiterführende Information:

Die regionalen Beratungsangebote der EUTB® finden Sie über die Homepage der Fachstelle Teilhabeberatung unter: www.teilhabeberatung.de/beratung/beratungsangebote-der-eutb

6 Weitere Unterstützungsmöglichkeiten

6.1 Ambulante Dienste

Verschiedene Institutionen bieten Hilfe bei der ambulanten medizinischen und psychosozialen Betreuung sowie Bereitstellung von lebenspraktischen und häuslichen Diensten an. Dazu zählen vor allem die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege

- die Arbeiterwohlfahrt (AWO),
- der Deutsche Caritasverband (DCV),
- der Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband (Der PARITÄTISCHE),
- das Deutsche Rote Kreuz (DRK),
- das Diakonische Werk der Evangelischen Kirchen in Deutschland (DW der EKD) und
- die Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland (ZWST).

Diese Verbände haben in vielen Orten Beratungsstellen. Hinzu kommen Sozialstationen, die länderspezifisch verbreitet sind, sei es als Angebot durch die Kommunen, sei es durch die o. g. Verbände der Freien Wohlfahrtspflege und Haus-Krankenpflegedienste, die auf privater Basis arbeiten. Für pflegerische Aspekte bestehen wohnortnah Beratungsangebote in Pflegestützpunkten. Die Beratungs- und Betreuungsangebote der einzelnen Stellen beziehen sich je nach entsprechendem Schwerpunkt auf

- Informationsvermittlung bei medizinischen, pflegerischen, sozialrechtlichen und praktischen Fragen,
- psychosoziale Beratung durch Einzel-, Familien- oder Gruppengespräche,
- Kontakt- und Freizeitmöglichkeiten, Kreativitätsangebote,
- tagesstrukturierende Hilfen,
- Bereitstellung von praktischen und wirtschaftlichen Dienstleistungen sowie Klärung der Leistungsträgerschaft.

Darüber hinaus enthält das Spektrum der angebotenen sozialen Dienste

- Hilfen bei der Haushaltsführung,
- Einkaufen durch Bundesfreiwillige,

6 Weitere Unterstützungsmöglichkeiten

- Haushaltshilfe durch Fachkräfte,
- Mahlzeitendienst („Essen auf Rädern“),
- Besuchsdienst,
- Haus-Notrufdienst.

Weiterführende Information:

www.awo.de > Beratung finden

www.caritas.de > Hilfe und Beratung

www.der-paritaetische.de

www.drk.de > Hilfe in Deutschland, Behindertenhilfe, Beratung und unterstützende Dienste

hilfe.diakonie.de > Hilfeportal Hilfe vor Ort, Hilfsangebote und Einrichtungen in Deutschland

www.zwst.org

6.2 Schwerbehindertenausweis

Nicht jede psychische Erkrankung zieht eine Behinderung nach sich. Dennoch können verschiedene Erkrankungsbilder enorme Auswirkungen auf den Lebensalltag der betroffenen Menschen haben, etwa auf das Berufsleben, die Pflege von Kontakten oder die Fähigkeit, sich selbst zu versorgen. Zur Beurteilung der Schwere einer Behinderung wird der so genannte Grad der Behinderung (GdB) herangezogen. Grundlage für die Feststellung des GdB ist die Versorgungs-Medizinverordnung (VersMedV), in welcher die Erkrankungen und Beeinträchtigungen aufgelistet sind. Man erhält auf Grundlage dessen einen Anhaltspunkt, welcher GdB für welche Beeinträchtigung geltend gemacht werden kann. Die konkrete Beurteilung von Auswirkungen einer Beeinträchtigung erfolgt individuell. Betroffene stellen dafür beim zuständigen Versorgungsamt beziehungsweise der nach Landesrecht zuständigen Behörde einen Antrag auf Feststellung des GdB. Zur Beurteilung der Beeinträchtigung wird in der Regel ein psychiatrisches Gutachten herangezogen. Anspruch auf einen Schwerbehindertenausweis haben Menschen mit einem GdB von 50 oder mehr. Ab einem GdB von 50 gilt man als schwerbehindert. Psychische oder seelische Erkrankungen können unter Umständen als Schwerbehinderung anerkannt werden. Mit dem Vorliegen eines Schwerbehindertensstatus sind verschiedene Entlastungen und Vergünstigungen verbunden, z. B. Befreiung von der KFZ-Steuer oder die kostenfreie bzw. vergünstigte Teilnahme am öffentlichen Nahverkehr. Der Schwerbehindertenausweis wird zeitlich befristet für fünf Jahre ausgestellt, bei Fortbestehen der Beeinträchtigung kann er unter u. U. verlängert werden. Unter bestimmten Voraussetzungen können auch Personen den schwerbehinderten Menschen gleichgestellt werden, bei denen ein GdB von weniger als 50, mindestens aber 30 vorliegt. Wenn der beeinträchtigte Mensch ohne die Gleichstellung einen geeigneten Arbeitsplatz nicht erlangen oder behalten kann, so kann bei der zuständigen Agentur für Arbeit die „Gleichstellung“ beantragt werden. Die zuständige Agentur für Arbeit schickt dann den Antragstellern ein entsprechendes Formular zu. Auch der Arbeitgeber, der Betriebs- oder Personalrat und die Schwerbehindertenvertretung erhalten einen Fragebogen und können Stellung beziehen.

Weiterführende Information:

Informationen des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) zum Schwerbehindertenausweis

www.bmas.de > Service > Publikationen > Schwerbehindertenausweis

6.3 Selbsthilfe- und Angehörigengruppen

Selbsthilfegruppen existieren regional unterschiedlich und in einem breiten Spektrum von „reinen“ Selbsthilfegruppen von betroffenen Menschen oder deren Angehörigen (ggf. auch gemischte Gruppen) bis hin zu professionell begleiteten Gruppen. Bei den meisten Selbsthilfegruppen stehen neben dem Gespräch der Informations- und Erfahrungsaustausch, die gemeinsame Gestaltung von Aktivitäten und/oder die gemeinsame Interessenvertretung im Vordergrund. Die Selbst-

hilfe und der Austausch in der Gruppe sollen dabei unterstützen, ein Verständnis für die eigene Lage zu entwickeln und den Willen zu stärken, aktiv bei der Krankheitsbewältigung mitzuwirken. Selbsthilfegruppen von und für psychisch erkrankte Menschen fanden in den letzten Jahrzehnten zunehmende Verbreitung. Die zentrale bundesweite Anlaufstelle in Deutschland rund um das Thema Selbsthilfe ist die Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS). Die NAKOS vernetzt die relevanten Akteure und stellt notwendige Informationen für Interessierte, Betroffene und Angehörige zur Verfügung.

Angehörigengruppen haben sich in einer großen Vielfalt entwickelt und insgesamt dazu beigetragen, die Mit-Betroffenheit der Angehörigen von der psychischen Störung eines Familienmitgliedes zu verdeutlichen und die Notwendigkeit ihrer Entlastung und Einbeziehung bei der Behandlung und Rehabilitation herauszustellen. Angehörigengruppen, die sich zu einem großen Teil im Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e. V. Bundesverband (BApK) und den Landesverbänden der Angehörigen psychisch Kranker e. V. zusammengeschlossen haben, bestehen in den meisten Regionen. Eine wichtige Aufgabe dieser Gruppen liegt in der gegenseitigen Unterstützung, dem Erfahrungsaustausch und der gemeinsamen Interessenvertretung. In Bezug auf Angehörige von psychisch erkrankten Menschen heißt das, den Zustand der Hilflosigkeit und des Ausgeliefertseins gegenüber der Erkrankung zu überwinden. Darüber hinaus ist das Angebot einer Angehörigengruppe fester Bestandteil in zahlreichen psychiatrischen Diensten und Einrichtungen. Sie dienen einerseits der Förderung der gegenseitigen Unterstützung und Entlastung der Angehörigen, andererseits der Information z. B. über spezifische Aspekte psychischer Störungen sowie über Behandlungs- und Rehabilitationsleistungen.

Weiterführende Information:

Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen www.nakos.de

Aktion Psychisch Kranke (APK) www.apk-ev.de

Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V. www.bpe-online.de

Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e. V. www.bapk.de

6.4 Pflegeleistungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Beeinträchtigungen

Die seit 1. Januar 2017 gültige Pflegereform führte einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ein, durch den psychische Erkrankungen und Behinderungen mehr in den Vordergrund gestellt wurden. Psychische und physische Faktoren der Pflegebedürftigkeit wurden gleichgesetzt. Seitdem beschreiben die Pflegegrade 1 bis 5 den Grad der Selbstständigkeit von Pflege- und Betreuungsbedürftigen. Auch psychisch erkrankte Menschen haben grundsätzlich einen Anspruch auf ambulante, teilstationäre und vollstationäre Pflegeleistungen. Dauert die Pflegebedürftigkeit mindestens sechs Monate an, kann ein Pflegegrad 1 bis 5 je nach Schweregrad der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit erteilt werden. Dabei prüft der medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) die Fähigkeiten des Patienten in sechs Lebensbereichen: Mobilität (z. B. körperliche Beweglichkeit, Treppensteigen), geistige und kommunikative Fähigkeiten (z. B. verstehen, sprechen, sich räumlich und zeitlich orientieren), Selbstversorgung (z. B. sich selbstständig waschen, anziehen, essen, trinken), Bewältigung und selbstständiger Umgang mit krankheitsbedingten Belastungen (z. B. Medikamente selbstständig einnehmen) sowie die Gestaltung des Alltagslebens (z. B. Tagesablauf strukturieren). Besteht Pflegebedürftigkeit, ist es möglich, Sachleistungen, wie z. B. einen ambulanten Pflegedienst, oder Pflegegeld zu erhalten. Eine Kombination aus Sachleistung und Pflegegeld ist ebenfalls möglich. Pflegeleistungen sind bei der zuständigen Pflegekasse zu beantragen. Pflegestützpunkte bieten dazu eine vertiefte Beratung an.

Weiterführende Information:

Datenbank mit Suchmöglichkeiten von regionalen Pflegestützpunkten bzw. Pflegeberatern

www.zqp.de/beratung-pflege/#/home

7 Kompakt-Informationen

7.1 Lotse – Rehabilitation und Teilhabe

Je nach Art, Schweregrad und Verlauf einer psychischen Erkrankung stehen unterschiedliche Ziele im Vordergrund von Leistungen zu Rehabilitation und Teilhabe. Die nachfolgende Auflistung bietet einen Überblick über Leistungen und Angebote im Bereich Rehabilitation und Teilhabe. Vertiefte Informationen zu den einzelnen Angeboten sind in den Kapiteln enthalten.

Vorrangiges Ziel	Leistung/Angebot im Bereich Rehabilitation und Teilhabe* * Andere Angebote sind nicht ausgeschlossen.
Umgang mit Beeinträchtigungen, die sich als Folge der Erkrankung ergeben (bio-psycho-sozial)	<input type="checkbox"/> Medizinische Rehabilitation (Psychosomatisch-psychotherapeutische Rehabilitation)
Ermöglichung selbständiger Lebensführung und Arbeitsbefähigung	<input type="checkbox"/> Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK)
Ersteingliederung in Arbeit	<input type="checkbox"/> Berufsbildungswerke (BBW)
Wiedereingliederung in das Arbeitsleben	<input type="checkbox"/> Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) <input type="checkbox"/> Berufliche Trainingszentren (BTZ) <input type="checkbox"/> Berufsförderungswerke (BFW) <input type="checkbox"/> Inklusionsbetriebe <input type="checkbox"/> Medizinische Rehabilitation mit anschließender Beruflicher Rehabilitation <input type="checkbox"/> Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) <input type="checkbox"/> Integrationsamt (Begleitende Hilfen im Arbeitsleben für schwerbehinderte Menschen) <input type="checkbox"/> Integrationsfachdienst (IFD) <input type="checkbox"/> Versorgungsamt (Schwerbehindertenausweis) <input type="checkbox"/> Zuverdienst- und Beschäftigungsangebote
Aufnahme einer Beschäftigung auf dem zweiten Arbeitsmarkt	<input type="checkbox"/> Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)
Alternativen zur WfbM	<input type="checkbox"/> Unterstützte Beschäftigung nach § 55 SGB IX <input type="checkbox"/> Andere Leistungsanbieter nach § 60 SGB IX <input type="checkbox"/> Budget für Arbeit nach § 61 SGB IX <input type="checkbox"/> Budget für Ausbildung nach § 61a SGB IX
Anhaltende Stabilisierung des in der Rehabilitation erzielten Behandlungserfolges und Transfer des Gelernten in den Alltag	<input type="checkbox"/> Rehabilitations-Nachsorge <input type="checkbox"/> Rehabilitationssport <input type="checkbox"/> Psychotherapie
Notwendigkeit vorübergehender Unterstützung bei lebenspraktischen Verrichtungen	<input type="checkbox"/> Ambulante Dienste der Arbeiterwohlfahrt, Caritas, Rotes Kreuz, Diakonische Werke, Paritätische Wohlfahrtsverbände u.a. (Haushaltshilfen, Essen auf Rädern, Einkaufsdienste, etc.)
Hilfe bei begleitenden Problemlagen, die aus der Erkrankung resultieren können (z. B. Schulden, familiäre Schwierigkeiten)	<input type="checkbox"/> Rehabilitationsberatungsdienste <input type="checkbox"/> Kliniksozialdienste <input type="checkbox"/> Sozialpsychiatrische Dienste <input type="checkbox"/> Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen <input type="checkbox"/> Selbsthilfe- und Angehörigengruppen <input type="checkbox"/> Erziehungsberatungsstellen <input type="checkbox"/> Beratungsstellen zur Krisenintervention
Soziale Teilhabe / (dauerhafte) Unterstützung psychisch Erkrankter	<input type="checkbox"/> Tagesstätten <input type="checkbox"/> Ambulante betreute Wohnformen <input type="checkbox"/> Übergangseinrichtungen <input type="checkbox"/> Wohnheime/Besondere Wohnformen
Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit	<input type="checkbox"/> Pflegestützpunkte (Pflegeleistungen)

7.2 Mögliche Fragen, um das richtige Angebot zu finden

Ziel	Leitfragen
Umgang mit Beeinträchtigungen, die sich als Folge der Erkrankung ergeben (körperlich, psychisch und sozial)	<p>Gesundheitszustand</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Liegt neben der psychischen Beeinträchtigung eine Schwerbehinderung vor? <input type="checkbox"/> Liegt neben der psychischen Beeinträchtigung eine begleitende physische Beeinträchtigung vor? <input type="checkbox"/> Liegen mehrere psychische Beeinträchtigungen vor? <input type="checkbox"/> Liegt eine Komorbidität vor? <p>Vorbehandlungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Psychiatrie? <input type="checkbox"/> Psychotherapie? <input type="checkbox"/> Psychosomatik? <input type="checkbox"/> Neurologie?
Teilhabe am Arbeitsleben	<p>Aktuelle Beschäftigung</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Liegt eine Erwerbstätigkeit vor? <input type="checkbox"/> Liegt ein Normalarbeitsverhältnis* vor? <input type="checkbox"/> Liegt ein atypisches Beschäftigungsverhältnis** vor? <p>Mögliche Beschäftigung</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ist eine Erwerbstätigkeit möglich? <input type="checkbox"/> Ist ein Normalarbeitsverhältnis möglich? <input type="checkbox"/> Ist bei einer Erwerbstätigkeit Unterstützung (z. B. materiell, strukturell, personell) notwendig? <p>Ausbildung</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Liegt ein Schulabschluss vor? <input type="checkbox"/> Liegt ein berufsqualifizierender Abschluss vor? <input type="checkbox"/> Liegt eine abgeschlossene Berufsausbildung vor? <input type="checkbox"/> Ist eine Erwerbstätigkeit im ausgebildeten Berufsbild weiter möglich? <input type="checkbox"/> Ist eine Weiterbildung im ausgebildeten Berufsbild möglich? <input type="checkbox"/> Liegt ein abgeschlossenes Studium vor?
Erwerbstätigkeit außerhalb von Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)	<p>Aktuelle Beschäftigung</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Liegt ein atypisches Beschäftigungsverhältnis** vor? <p>Mögliche Beschäftigung</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ist ein atypisches Beschäftigungsverhältnis möglich? <input type="checkbox"/> Ist bei einer Erwerbstätigkeit Unterstützung (z. B. materiell, strukturell, personell) notwendig?
Hilfe bei begleitenden Problemlagen, die aus der Erkrankung resultieren	<p>Liegen begleitende Problemlagen vor?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Wohnen? <input type="checkbox"/> Arbeit/Beruf? <input type="checkbox"/> Familie? Umfeld? <input type="checkbox"/> Versicherung (Sozial-, Kranken-, Renten- und/oder Unfallversicherung)? <input type="checkbox"/> Finanzen?

* reguläre Beschäftigung auf dem allgemeinen, ersten Arbeitsmarkt

** besondere Beschäftigungsformen auf dem zweiten Arbeitsmarkt, z. B. Werkstätten für behinderte Menschen, Budget für Arbeit, Arbeitsassistenten, unterstützte Beschäftigung, Integrationsprojekte, virtuelle Werkstätten, mittels Lohnkostenzuschuss geförderte Arbeitsplätze in einem Unternehmen der freien Wirtschaft, gemeinnützige Beschäftigungsprojekte, sozialökonomische Betriebe, integrative Betriebe

7.3 Hilfe bei psychischen Erkrankungen – An wen kann man sich wenden?

An wen kann man sich wenden?

Anzeichen für psychische Erkrankungen können vielfältig sein. Betroffene Menschen durchleben unterschiedliche Gefühlslagen, aus denen sie sich mit eigener Kraft z.T. nicht mehr befreien können. Treten bestimmte Empfindungen oder psychische Auffälligkeiten über einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen auf, sollten Sie Hilfe suchen.

1. Sich an eine Vertrauensperson wenden: Oftmals behalten Menschen mit psychischen Erkrankungen ihre Beschwerden zunächst für sich. Ein erster Schritt kann jedoch sein, mit Menschen zu sprechen, die einem nahestehen. Ein Gespräch mit dem Partner oder der Partnerin, Verwandten oder Freunden kann dabei unterstützen, sich von dem Gefühl zu lösen, allein zu sein.

2. Mit dem Hausarzt über Behandlungsmöglichkeiten sprechen: Der Hausarzt ist meist eine erste Anlaufstelle für psychisch erkrankte Menschen. Er stellt in der Regel die Erstdiagnose und überweist den Patienten bei Bedarf an einen geeigneten niedergelassenen Facharzt.

3. Einen Psychiater oder Psychotherapeuten kontaktieren: Nach der Erstdiagnose durch den Hausarzt folgt die Kontaktaufnahme zu einem Psychiater oder Psychotherapeuten. Diese Kontaktaufnahme ist auch möglich, ohne zuvor den Hausarzt einzubeziehen. Niedergelassene Fachärzte und Psychotherapeuten sind für die ambulante Behandlung psychisch erkrankter Menschen zuständig (z. B. Diagnostik, Psychotherapie, Krisenintervention). Patient und Arzt bzw. Therapeut klären, welche Form der Behandlung und Therapie infrage kommt.

Wer hilft im Notfall? Wenn der Leidensdruck so groß ist, dass ein psychisch erkrankter Mensch nicht auf einen Behandlungstermin warten kann, ist Soforthilfe gefragt. Nachfolgend finden Sie eine Auswahl von Unterstützungsmöglichkeiten.

Krisentelefon der „TelefonSeelsorge“

Die „TelefonSeelsorge“ ist eine bundesweite Organisation, die Tag und Nacht erreichbar, anonym und kostenlos ist. Erkrankte und Angehörige/Bezugspersonen erhalten hier telefonisch Soforthilfe. Darüber hinaus bietet die „TelefonSeelsorge“ auch Mail-, Chat- und Vor-Ort-Beratungen an.

Rufnummern 0800 1110111 und 0800 1110222

Rettungsdienst

Kommt es zu einer akuten Krise, sollten sich psychisch erkrankte Menschen und deren Angehörige nicht scheuen, den Rettungsdienst zu kontaktieren. Unter der Rufnummer 112 leisten die Einsatzkräfte in kürzester Zeit Ersthilfe.

Psychiatrische Klinik

In akuten Krisen können sich Betroffene zudem an die nächstgelegene psychiatrische Klinik wenden. Auf der Homepage der Stiftung Deutsche Depressionshilfe befindet sich beispielsweise eine Suchfunktion mit Anlaufstellen in der Umgebung www.deutsche-depressionshilfe.de > Depression: Infos und Hilfe > Wo finde ich Hilfe? > Klinikadressen

Krisendienste und Beratungsstellen

Auch Krisendienste und Beratungsstellen können in Notfallsituationen unterstützen. Eine Suchfunktion mit Anlaufstellen in der Umgebung findet sich beispielsweise auf der Homepage der Stiftung Deutsche Depressionshilfe

www.deutsche-depressionshilfe.de > Depression: Infos und Hilfe > Wo finde ich Hilfe? > Krisendienste und Beratungsstellen

7.4 Welche Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Erkrankungen gibt es?

Nachfolgend einige Beispiele verschiedener Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Erkrankungen (in alphabetischer Reihenfolge):

- Ambulante betreute Wohnformen
- Ambulante Dienste
- Ambulante Soziotherapie
- Angehörigengruppen
- Ansprechstellen für Rehabilitation
- Assistenzleistungen
- Behindertenhilfe
- Begleitende Hilfen im Lebensumfeld oder im Arbeitsleben (z. B. Arbeitsplatzanpassung, Assistenz, Führerschein, PKW)
- Berufsförderungswerke, Berufsbildungswerke, Berufliche Trainingszentren (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)
- Beratungsstellen (z. B. Behinderten-, Ehe-, Erziehungs-, Familien-, Kinder- und Jugend-, Konflikt-, Krisen-, Lebens-, Migrations-, Mobbing-, Patienten-, Psychosoziale, Schuldner-, Schul-, Verbraucher-)
- E-Health-Angebote (Hilfsangebote auf der Basis neuer Medien, via Smartphone, PC)
- Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB®)
- Ergotherapeuten
- Erwerbsminderungsrenten
- Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik bzw. Psychosomatische Medizin, Nervenheilkunde
- Fallmanagement, Case-Management
- Geldleistungen (z. B. Krankengeld, Übergangsgeld, Unterhaltszuschüsse, Beitragszuschüsse zu Sozialversicherungen, Haushaltshilfen, Kinderbetreuungskosten)
- Gemeindeintegrierte Hilfen (z. B. Gemeindepsychiatrie, gemeindeintegriertes Wohnen, Heimversorgung, ambulante Unterstützung, Akutbehandlung)
- Institutsambulanzen
- Integrationsfachdienste
- Kliniksozialdienste
- Krankenhäuser zur Behandlung psychisch kranker Menschen
- Lebenshilfe
- Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR)
- Niedergelassene Fachärzte, Psychotherapeuten, Psychologen, Fachtherapeuten, Hausärzte mit eigener Praxis
- Physiotherapeuten
- Pflegedienste
- Psychiatrie
- Psychiatrische Institutsambulanzen
- Psychiatrische Wohngemeinschaften
- Psychosomatisch-psychotherapeutische Rehabilitation
- Psychosomatische Rehabilitationsnachsorge (PSY-RENA)
- Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen
- Psychotherapeuten (ärztlich, psychologisch)
- Rehabilitationsfachberatung
- Rehabilitation psychisch kranker Menschen (RPK)
- Rehabilitationssport

7 Kompakt-Informationen

- Schwerbehindertenvertretungen, Schwerbehindertenausweis
- Selbsthilfeorganisationen, -gruppen
- Social-Center
- Sozialpsychiatrische Dienste
- Sozialversicherungsträger (Kranken-, Pflege-, Renten-, Unfallversicherung)
- Soziotherapeutische Heime, sozialtherapeutische Übergangseinrichtungen
- Sporttherapeuten
- Tageskliniken, tagesklinische/teilstationäre Behandlung
- Tagesstätten
- Übergangseinrichtungen
- Unterstützte Beschäftigung
- Inklusionsbetriebe
- Werkstatt für behinderte Menschen
- Wohnheime/Besondere Wohnformen

8 Anhang

8.1 Empfehlungen, Richtlinien, Vereinbarungen

- Begutachtungsanleitung. Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach § 282 SGB V – Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation vom 2. Juli 2018. Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (Hrsg.)
- Rahmenkonzept zur Nachsorge für medizinische Rehabilitation nach § 15 SGB VI der Deutschen Rentenversicherung, Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), in der Fassung vom 2. Januar 2018.
- RPK-Empfehlungsvereinbarung vom 29. September 2005 über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger sowie der Bundesagentur für Arbeit bei der Gewährung von Leistungen zur Teilhabe in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen und Handlungsempfehlungen für die praktische Umsetzung der RPK-Empfehlungsvereinbarung vom 4. November 2010. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR e.V.) (Hrsg.).
- Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen vom 22. Januar 2004. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR e.V.) (Hrsg.).
- Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinien) vom 21. Dezember 2018.
- S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen. Bandelow, B. et al., 2014.
- S3-Leitlinie Demenzen. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN), 2016.
- S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde Berlin, Peter Falkai (Hrsg.), 2013, Überarbeitung von 2018.
- S3-Leitlinie Schizophrenie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), 2019.
- S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), 2019.

8.2 Ausgewählte Literatur und Links

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR e.V.) (Hrsg.): Rehabilitation. Vom Antrag bis zur Nachsorge – für Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten und andere Gesundheitsberufe. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, 2018.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR e.V.) (Hrsg.): Wegweiser - Rehabilitation und Teilhabe für Menschen mit Behinderung. Frankfurt am Main, in aktueller Fassung.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.): Zweiter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. Bonn, 2016.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, Deutscher Gewerkschaftsbund (Hrsg.): Gemeinsame Erklärung Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt, 2013.

Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK): Wege zur Psychotherapie, 2018. Abrufbar unter: www.bptk.de/publikationen/patientenratgeber

Burr, C. et al. (Hrsg.): Recovery in der Praxis. Voraussetzungen, Interventionen, Projekte. Köln: Psychiatrie-Verlag, 2013.

Dachverband Gemeindepsychiatrie: Patientenrechte – Therapie und Selbstverantwortung in psychischen Krisen. Bonn, 2014. Abrufbar unter: www.dvgp.org/veroeffentlichungen/broschueren-und-fachbuecher.html

Dachverband Gemeindepsychiatrie: Recovery – Reise zur Genesung, Hoffnung macht Sinn. Abrufbar unter: www.dvgp.org/veroeffentlichungen/broschueren-und-fachbuecher.html

Dachverband Gemeindepsychiatrie: Seelische Krise – was tun? Bonn, 2009. Abrufbar unter: www.dvgp.org/veroeffentlichungen/broschueren-und-fachbuecher.html

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde: Zahlen und Fakten der Psychiatrie und Psychotherapie, 2019. Abrufbar unter: www.dgppn.de/schwerpunkte/zahlenundfakten.html

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde: Psychische Erkrankungen in Deutschland: Schwerpunkt Versorgung, 2018. Abrufbar unter: www.dgppn.de/leitlinien-publikationen/dossier.html

Deutsche Rentenversicherung Bund: Medizinische Rehabilitation. Wie sie Ihnen hilft, 2018. Abrufbar unter: www.deutsche-rentenversicherung.de > [Über uns & Presse](#) > [Mediathek](#) > [Zu allen Broschüren](#)

Deutsche Rentenversicherung Bund: Mit Rehabilitation wieder fit für den Job, 2018. Abrufbar unter: www.deutsche-rentenversicherung.de > [Über uns & Presse](#) > [Mediathek](#) > [Zu allen Broschüren](#)

Deutsche Rentenversicherung Bund: Reha-Bericht 2012. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik. Berlin: 2012 (Schwerpunkt: Psychosomatisch-psychotherapeutische Rehabilitation). Abrufbar unter: www.deutsche-rentenversicherung.de > [Über uns & Presse](#) > [Mediathek](#) > [Zu allen Broschüren](#)

Dietrich, D. E., Goesmann, C., Gensichen, J., Hauth, I., Veit, I.: Praxisleitfaden Psychische Erkrankungen. Von Hausärzten und Psychiatern gemeinsam für die Praxis erarbeitet. Bern: Hogrefe AG, 2019.

Dörner, K. et al. (Hrsg.): Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2017.

Jäckel, D., Hoffmann, H., Weig, W. (Hrsg.): Praxisleitlinien Rehabilitation für Menschen mit psychischen Störungen. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2010.

Kassenärztliche Bundesvereinigung: Praxiswissen. Medizinische Rehabilitation. Hinweise zur Verordnung für Ärzte und Psychotherapeuten, 2018.

Martius, P.: Psychosomatische Rehabilitation und psychosoziale Medizin: Ein praxisbezogenes Lehrbuch. Stuttgart: Kohlhammer W., GmbH, 2014.

REHADAT-Literatur: Abrufbar unter: www.rehadat-literatur.de

Schmid-Ott, G. et al. (Hrsg.): Rehabilitation in der Psychosomatik: Versorgungsstrukturen – Behandlungsangebote – Qualitätsmanagement. Stuttgart: Schattauer, 2015.

Storck, J., Plöbl, I.: Handbuch Arbeit – Wie psychisch erkrankte Menschen in Arbeit kommen und bleiben (3. Aufl.). Köln: Psychiatrie-Verlag, 2015.

8.3 Adressen

8.3.1 Ausgewählte Institutionen und Selbsthilfeverbände

Aktion Psychisch Kranke e. V. (APK)

Oppelner Straße 130
53119 Bonn
Tel. 02 28 / 67 67 40
E-Mail: apk-bonn@netcologne.de
Internet: www.apk-ev.de

Bundesarbeitsgemeinschaft Beruflicher Trainingszentren e. V. (BAG BTZ)

Oranienburger Straße 13/14
10178 Berlin
Tel. 030 / 944133029
E-Mail: info@bag-btz.de
Internet: www.bag-btz.de

Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke e. V. (BAG BBW)

Oranienburger Str. 13/14
10178 Berlin
Tel. 030 / 2639 8099-0
E-Mail: info@bagbbw.de
Internet: www.bagbbw.de

Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen e. V. (BAG RPK)

c/o Vitos Reha Kassel
Erzbergerstraße 47
34117 Kassel
Tel. 0561 / 208 662 0
E-Mail: info@bagrpk.de
Internet: www.bagrpk.de

Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE)

Kirchfeldstraße 149
40215 Düsseldorf
Tel. 02 11 / 3 10 06 - 0
E-Mail: info@bag-selbsthilfe.de
Internet: www.bag-selbsthilfe.de

Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V. (BApK)

Oppelner Straße 130
53119 Bonn
Tel. 02 28 / 71 00 24-00
E-Mail: bapk@psychiatrie.de
Internet: www.bapk.de

Bundesverband Deutscher Berufsförderungswerke e. V. (BV BFW)

Knobelsdorffstraße 92
14059 Berlin
Tel. 0 30 / 3002-1254
E-Mail: info@bv-bfw.de
Internet: www.bv-bfw.de

Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V. (BPE)

Wittener Straße 87
44789 Bochum
Tel. 02 34 / 6870 55 52
E-Mail: kontakt-info@bpe-online.de
Internet: www.bpe-online.de

Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V.

Richartzstraße 12
50667 Köln
Tel. 0221 / 277 938 70
E-Mail: dachverband@psychiatrie.de
Internet: www.dvgp.org

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)

Reinhardtstraße 27 B
10117 Berlin
Tel. 0 30 / 240 47 72-0
E-Mail: sekretariat@dgppn.de
Internet: www.dgppn.de

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V. (DGSP)

Zeltinger Straße 9
50969 Köln
Tel. 02 21 / 51 10 02
E-Mail: info@dgsp-ev.de
Internet: www.dgsp-ev.de

8.3.2 Weiterführende Adressen

Bundesagentur für Arbeit (BA)

Regensburger Straße 104
90478 Nürnberg
Tel. 09 11 / 1 79 0
E-Mail: zentrale@arbeitsagentur.de
Internet: www.arbeitsagentur.de

Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH)

c/o LVR-Integrationsamt
Deutzer Freiheit 77–79
50663 Köln
Tel. 02 21 / 809-5390 und 5391
E-Mail: bih@integrationsaemter.de
Internet: www.integrationsaemter.de

Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter (BAG LJÄ)

c/o LVR Landesjugendamt Rheinland
Kennedy-Ufer 2
50679 Köln
Tel. 0221 / 809-4090
E-Mail: bagljae@lvr.de
Internet: www.bagljae.de

Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe (BAGüS)

Warendorfer Straße 26–28
48133 Münster/Westfalen
Tel. 02 51 / 5 91 65 30
E-Mail: bag@lwl.org
Internet: www.bagues.de

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV)

Glinkastraße 40
10117 Berlin
Tel. 0 30 / 13001 0
E-Mail: info@dguv.de
Internet: www.dguv.de

Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund)

10704 Berlin
Tel. 0 30 / 86 5 0
E-Mail: drv@drv-bund.de
Internet: www.deutsche-rentenversicherung-bund.de

GKV-Spitzenverband

Reinhardstr. 28
10117 Berlin
Tel. 0 30 / 20 62 88 0
E-Mail: kontakt@gkv-spitzenverband.de
Internet: www.gkv-spitzenverband.de

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)

Weißensteinstraße 70–72
34131 Kassel
Tel. 05 61 / 785 0
E-Mail: poststelle@svlfg.de
Internet: www.svlfg.de

8.3.3 Portale zur Suche nach Rehabilitationseinrichtungen

Eine Suche nach geeigneten Rehabilitationseinrichtungen für den jeweiligen Erkrankungsschwerpunkt ist z. B. möglich über:

www.bar-frankfurt.de/datenbanken-verzeichnisse/rehastuettenverzeichnis
www.deutsche-rentenversicherung.de > Rehabilitation > Reha-Einrichtungen > Kliniksuche
www.gkv-spitzenverband.de/service/versicherten_service/suchmaschinen/suchmaschinen.jsp
www.rehadat-adressen.de

8.3.4 Portale zur Suche nach Psychotherapeuten

Eine bundesweite Suche nach Psychotherapeutinnen und -therapeuten ist z. B. möglich über

- Der Suchdienst der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) www.bptk.de/service/therapeutensuche
- Der Suchdienst des Psychotherapie-Informationsdienstes (PID) www.psychotherapiesuche.de

8.4 Stichwortverzeichnis

Die folgenden Themen werden schwerpunktmäßig auf den angegebenen Seiten behandelt.

A

Ambulante betreute Wohnformen 68, 91
Ambulante Dienste 88, 91
Ambulante Rehabilitation 36, 78
Ambulante Soziotherapie 16, 26
Angehörige 44, 71
Anspruchstellen für Rehabilitation und Teilhabe 77, 86
Andere Leistungsanbieter 66, 91
Ältere Menschen 75

B

Begleitende Hilfen im Arbeitsleben 63, 91
Berufsbildungswerke 61, 91
Berufsförderungswerke 61, 91
Berufliche Rehabilitation 36, 61, 91
Berufliche Trainingszentren 62, 91
Besondere Wohnformen 55, 69, 91
Betriebliches Eingliederungsmanagement 53
Bio-psycho-soziales Modell der ICF 31
Budget für Arbeit 66, 91
Burnout 51

D

Diagnostik 45

E

Empowerment 44, 47
Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung 73, 88
Ergotherapie 27, 49
Erwerbstätige und Nicht-Erwerbstätige 27
Ex-In (Genesungsbegleiter) 73

F

Fristenrechner 79
Funktionstraining 37, 82

G

Geschlechtsspezifische Rehabilitation 75
Gesundheitliche Stabilisierung 48
Grad der Behinderung 89

H

Haushaltshilfen 24, 27, 28, 37

I

Integrationsamt 53, 63, 91

Integrationsfachdienste 63, 91

Inklusionsbetriebe 66, 91

J

Job Coaching 52, 65

K

Kinder und Jugendliche 27, 73

Kliniksozialdienste 86, 91

Kontextfaktoren 31, 45

Krankenbehandlung 24, 29, 42

L

Lebensbereiche 11, 27

Leistungsträger 35

Leistungsgruppen 35

M

Medien 85, 101

Medikation 45

Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation 59, 91

Migranten 76

N

Nachsorge 82

Nachsorgeprogramme 84

O

Organisation der Rehabilitation 70

P

Patientenverbände und Selbsthilfeorganisationen 98

Peer-Counseling 73, 88

Physiotherapie 27, 49

Pflegebedürftigkeit 57, 90

Psychiatrische Institutsambulanzen 26

Psychosomatisch-psychotherapeutische Rehabilitationseinrichtungen 58

Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen 87, 91

R

Recovery 44, 49
Rehabilitationsberatungsdienste 86
Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK) 58, 91
Rehabilitationssport 37, 82
Rehabilitationsformen 34
Reha-Prozess 40
Rehabilitationsteam 72, 80
Rehabilitationsträger 35
Reha-Zuständigkeiten 35

S

Schwerbehindertenausweis 89, 91
Selbsthilfeangebote 89, 98
Soziotherapeutische Wohnheime 69
Sport- und Bewegungstherapie 49, 82
Supported Employment 51, 58, 65

T

Tagesstätten 68, 91
Teilstationäre Behandlung 25

U

Unterstützte Beschäftigung 43, 51, 58, 65
Übergangseinrichtungen 68, 91

V

Versorgungssystem 29

W

Werkstätten für behinderte Menschen 64, 91
Wohnheime 69, 91

Z

Zuverdienst- und Beschäftigungsangebote 67, 91

Reha Grundlagen

Praxisorientiertes und konzeptionelles Wissen bietet Orientierung zu Leistungen und dem System der Rehabilitation.

REHA
Grundlagen

Reha Vereinbarungen

Trägerübergreifende Vorgaben und gemeinsame Empfehlungen konkretisieren die Zusammenarbeit in der Rehabilitation sowie die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

REHA
Vereinbarungen

Reha Entwicklungen

Positionen, Stellungnahmen und Projekte geben Impulse zur Weiterentwicklung von Rehabilitation und Teilhabe.

REHA
Entwicklungen

BAR Report

Die BAR berichtet über Themen und Aktivitäten. Darunter zum Beispiel Tagungsbericht, Geschäftsbericht und Schwerpunktplanung.

BAR
Report

Periodika

Regelmäßig erscheinende Publikationen, zum Beispiel die Fortbildungsbroschüre.

BAR
Fortbildung

Teilhabeverfahrensbericht

Publikationen zum Thema THVB

THVB



Downloads und weitere Informationen unter
www.bar-frankfurt.de/publikationen/

