

Rehabilitation in Psychiatrie und Psychotherapie

¹Wolfgang Weig, ²Eberhard Grosch

¹Niedersächsisches Landeskrankenhaus, Osnabrück

²LVA Hannover, Laatzen

psychoneuro 2003; 29 (11): 532–534



Wolfgang Weig

Bedarfslage, sich verändernde Versorgungslandschaft und aktuelle, fachpolitische Diskussion lassen das Versorgungssegment Rehabilitation innerhalb der Psychiatrie und Psychotherapie zunehmend bedeutsamer erscheinen. Der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), Prof. Berger, Freiburg, hat das Thema zu einem Schwerpunkt seiner Amtszeit erklärt. Das gleichnamige Referat der Fachgesellschaft hat nach einer Neuordnung unter der Verantwortung der Verfasser dieser Übersicht, dies zugleich in enger Abstimmung mit dem Referat Versorgung, damit begonnen, die Aktivitäten auf diesem Gebiet zu bündeln und voranzutreiben.

Zunächst ist der gelegentlich wahrzunehmenden Begriffsverwirrung der Versuch einer gewissen Ordnung entgegenzuhalten. Rehabilitation wird definiert als „... die Gesamtheit der Bemühungen, einen durch Krankheit, ein angeborenes Leiden oder äußere Schädigungen körperlich, geistig oder seelisch behinderten Menschen über die Akutbehandlung hinaus durch umfassende Maßnahmen auf medizinischem, schulischen, beruflichen und allgemein sozialen Gebiet in die Lage zu versetzen, eine Lebensform und -stellung, die ihm entspricht und seiner würdig ist, im Alltag, in der Gemeinschaft und im Beruf zu finden bzw. wiederzuerlangen“ (1). Diese recht umfassende Definition grenzt Rehabilitation schon eindeutig in zwei Richtungen ab: Solange klinische Akutbehandlung erforderlich und mit Aussicht auf Erfolg durchführbar ist, ist für Rehabilitation kein Raum. Rehabilitation darf nicht als Kostenverschiebebahnhof missbraucht werden, um eine an sich gebotene klinische Behandlung, die der primären Erkennung, Heilung, Besserung oder Linderung der Erkrankung dient und möglicher-

weise von den zuständigen Kostenträgern in der nötigen Intensität oder Dauer verweigert wird, zu ersetzen. In Deutschland erstreckt sich die Rehabilitation nach dem Willen des Gesetzgebers auf die Bereiche der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 26 SGB IX), der beruflichen Rehabilitation (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, § 33 SGB IX), einschließlich der diese beiden Rehabilitationsarten unmittelbar begleitenden psychosozialen Hilfen sowie Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§ 55 SGB IX).

Anders als bei der Akutbehandlung stehen bei der Rehabilitation gerade nicht symptombezogene Behandlungsmaßnahmen im Vordergrund, sondern vielmehr solche Interventionen, die den Betroffenen befähigen, trotz Fortbestehen der Symptome oder Residuen die Krankheit angemessen zu bewältigen und sich dadurch im Alltagsleben und in einer sowohl sinngerichteten wie auch erwerbsorientierten Tätigkeit zu bewähren. Natürlich lässt sich die Grenze gerade bei chronisch verlaufenden, rezidivierenden und mit bleibenden Residuen einhergehen-

den Erkrankungen nicht scharf ziehen, die Zuordnung zu dem einen oder zu dem anderen Segment bleibt jedoch aufgrund der sich aus der Situation und der Zielsetzung ergebenden Schwerpunkte möglich.

Rehabilitation in dem hier beschriebenen Sinn gehört zu den „katalytischen“ Maßnahmen, die auf eine Modifikation des Verhaltens der betroffenen Person fokussieren und in einem zeitlich befristeten Prozess dessen Fertigkeiten und Ressourcen zur Überwindung der krankheitsbedingten Funktionseinschränkung und Behinderung ermöglichen und dadurch die Lebensqualität verbessern sollen (4). Von der Rehabilitationsmaßnahme zu unterscheiden, sind langfristige ggf. lebenslange, von oder vorwiegend in komplementären Einrichtungen durchgeführte, vorwiegend quasi prothetische Maßnahmen, die im Sinne äußerer Unterstützung, Schaffung von Nischen in den Bereichen Wohnen und Arbeit sowie Freizeitgestaltung die Integration der betroffenen Menschen in die Gesellschaft ermöglichen. Dabei kann einer langfristigen Integrationshilfe eine Rehabilitationsmaßnahme vorausgehen und deren Nutzung erleichtern.

Traditionellerweise wird die Rehabilitation in drei Teilbereiche zerlegt, wobei medizinische Rehabilitation vor allem auf die Verbesserung der Krankheitsbewältigung zielt, die berufliche bzw. schulische Rehabilitation die entsprechende (Wieder-) Eingliederung intendiert

und soziale Rehabilitation auf Alltagsbewältigung und Verbesserung sozialer Kontakte fokussiert. Gerade im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich hat es sich jedoch nicht bewährt, diese Rehabilitationsanteile zeitlich und konzeptionell voneinander zu trennen (4).

■ Rechtsanspruch

Im deutschen Sozialrecht besteht unter gewissen Voraussetzungen ein Rechtsanspruch auf Rehabilitation. Dabei ist auch der Grundsatz festgelegt, dass Rehabilitationsmaßnahmen anderen Leistungen (Rente, Pflege) vorgehen. Gleichzeitig führt die sozialrechtliche Kodifizierung aber auch zu einer Einschränkung des fachlich weiter gefassten Rehabilitationsbegriffes. Die zuständigen Sozialversicherungsträger (gesetzliche Krankenversicherung, gesetzliche Rentenversicherung, in Teilbereichen Arbeitsverwaltung und Unfallversicherungsträger) – in Spezialfällen diejenigen Leistungsträger, die an ihre Stelle treten (z. B. Beihilfe, berufsständische Versorgungswerke), nur subsidiär mit allen Nachteilen auch die Sozialhilfe – leisten aufgrund der bestehenden Leistungsgeetze: Eine vorrangige Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers ergibt sich, wenn die Maßnahme notwendig und voraussichtlich geeignet ist, die Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder wieder herzustellen, für eine ausschließlich medizinische Rehabilitation (Hilfen zur Krankheitsbewältigung) ergibt sich die Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung (3). Für die dem Sozialrecht zugeordnete und aus diesem heraus finanzierte Rehabilitationsmaßnahme ergeben sich somit neben formalen Kriterien (Zugehörigkeit zur entsprechenden Versicherung, Erfüllung von Mindestversicherungszeiten) vor allem zwei Voraussetzungen: Erforderlichkeit der Rehabilitationsmaßnahme und positive Erfolgsprognose. Dies engt den Kreis der für eine Rehabilitation infrage kommenden kranken und behinderten Menschen deutlich ein.

■ Methodenspektrum

Wenn auch die empirische Literatur zur psychiatrisch-psychothe-

rapeutischen Rehabilitation nicht sehr umfangreich und der weitere Forschungsbedarf hoch ist (4), besteht doch inzwischen ein ausreichendes Angebot bewährter diagnostischer und in ihrer Wirksamkeit gesicherter therapeutischer Verfahren, die für die Rehabilitation spezifisch genutzt werden können. Als Ausgangspunkt der Diagnostik eignet sich dabei die internationale Klassifikation der Funktionen und Behinderungen (ICF). Eine Beschreibung des notwendigen Methodenspektrums und seiner Evidenzbasierung ist im Rahmen der Praxisleitlinie „Psychosoziale Therapien“ der DGPPN in Vorbereitung. Wenn auch Psychopharmakotherapie sowie Psychotherapie dabei eine gewichtige Rolle spielen, stehen doch in der Rehabilitation bewältigungsorientierte, psychoedukative, sozialtherapeutische, ergotherapeutische und handlungsorientierte Strategien im Vordergrund. Psychiatrisch-psychotherapeutische Rehabilitation bezieht sich wesentlich auf Ansätze und Denkschemata der Sozialpsychiatrie (2).

■ Somatopsychische/psychosomatische Rehabilitation

In Erfüllung des besonderen gesetzlichen Auftrags der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV), nämlich dem Erhalt des Leistungsvermögens im Erwerbsleben, hat sich im Unterschied zu internationalen Gepflogenheiten ein gesondertes System somatopsychischer/psychosomatischer Rehabilitation mit einem großen stationären, neuerdings auch ambulant/teilstationärem Angebot, sowie einer ambulanten Nachsorge entwickelt. Der Rehabilitationsauftrag seitens des Leistungsträgers besteht ausdrücklich nicht in der fokussierten Behandlung einer Krankheit, auch gehört die im Sinne der Psychiatrie-Personalverordnung mit rehabilitativen Elementen verknüpfte Krankenbehandlung ausdrücklich nicht zum Auftrag der GRV. Die im letzten Jahrzehnt deutliche Ausweitung des Angebotes an Rehaplätzen innerhalb dieses Typus von Reha-Klinik stellt eine Antwort des Rentenversicherungsträgers auf die Bedürfnislagen seiner antrag-

stellenden Versicherten dar. Sie erklärt sich nicht zuletzt aus dem Einsatz des ganzheitlichen (i.S. des biopsychosozialen Modells) Reha-Ansatzes der GRV.

In den psychosomatisch/psychotherapeutischen Reha-Kliniken sollen Betroffene rehabilitiert werden, die häufig multimorbide sind. In der Mehrzahl finden sich Anpassungsstörungen, des Weiteren werden häufig auch Menschen mit psychischen Störungen, vor allem Angst- und Zwangskranke, leichter depressiv Erkrankte, Patienten mit neurotischen und somatoformen Störungen aufgenommen. Auch hier besteht seitens des Leistungsträgers ein eindeutig rehabilitativer Behandlungsauftrag!

■ Suchtkrankheiten

Ebenfalls spezialisiert und von den zuständigen Kosten- und Leistungsträgern durch eine eigene „Empfehlungsvereinbarung Sucht“ geregelt wurde die Rehabilitation bei Patienten mit Suchtkrankheiten (substanzabhängigen Störungen im Sinne von ICD 10).

In der Praxis werden in diesem System besonders alkohol- und drogenabhängige Klienten, seltener medikamentenabhängige, aufgenommen. Dieses System war ursprünglich weitgehend wohnortfern organisiert, ist aber seit 1991 im Umbau begriffen und durch Nutzung von Kombinationen ambulanter, ganztags ambulanter und stationärer Formen vielfach diversifiziert, effizienter und für die Betroffenen akzeptabler gestaltet worden. Formen vertraglich abgesicherter regionaler Kooperationen auch mit Institutionen, die den Transfer in das Erwerbsleben wohnortnah vorbereiten und sichern und der Einsatz neuer Methoden z.B. des Casemanagements haben die Akzeptanz ebenfalls erhöht.

Es ist aus den o.g. Gründen der Voraussetzungen zur Reha eher hochschwellig und in deutlicher Distanz zu den Angeboten der Akutbehandlung, angesiedelt. Nachsorge und die Integration sind hier durch neue Möglichkeiten der ambulanten Arbeit mit Suchtkranken und durch die Adaption gewährleistet.

■ **Schwer und chronisch Kranke**

Schwer und chronisch psychisch Kranke, vor allem mit schizophrenen Störungen, kamen vor der Psychiatriereform in Deutschland kaum je in den Genuss einer Rehabilitationsmaßnahme. Dies führte in der Zeit der Psychiatrienquôte zu entsprechenden Forderungen und modellhaften Entwicklungen. Seitdem haben sich berufliche Trainingszentren und zunehmend auch Berufsförderungs- und Berufsbildungswerke für die berufliche Rehabilitation auch psychosekranker Menschen geöffnet und sich auf diese Klientel eingestellt. Mit der Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke und Behinderte (RPK) ist ein besonderer Typus einer spezialisierten Rehabilitationseinrichtung entstanden, die medizinische, berufliche und begleitende psychosoziale Rehabilitation in einer einheitlichen Maßnahme unter Wahrung der Konstanz von Konzepten und Bezugspersonen verwirklichen lässt. Dieser Ansatz hat sich bewährt, wobei sich deutlich längere Rehabilitationszeiten (bis zu zwei Jahren) als in anderen Bereichen für diese Klientel als notwendig erwiesen haben (1). Eine Fortschreibung der RPK-Empfehlungsvereinbarung wird derzeit angestrebt. Sie will deutlich machen, dass die Rehabilitation psychisch Kranker wohnortnah, personenzentriert und sehr flexibel zu erfolgen hat, wobei je nach den Bedürfnissen im Einzelfall stationäre, teilstationäre und ambulante Settings infrage kommen. Derzeit ist die räumliche Verteilung des RPK-Angebotes noch sehr unausgewogen: Während in Niedersachsen eine flächendeckende Versorgung nahezu erreicht ist, fehlen in Teilen des Bundesgebietes, insbesondere in den „neuen Ländern“, derartige Einrichtungen. Während sich die psychiatrische Rehabilitation in der RPK zunächst überwiegend auf Menschen mit schizophrenen Störungen konzentrierte, werden inzwischen zunehmend dort auch von anderen Störungsbildern Betroffene, insbesondere persönlichkeitsgestörte Menschen und Teilnehmer mit Komorbidität Psychose und Sucht aufgenommen.

Neben den RPK-Einrichtungen und mit ähnlicher Zielsetzung haben sich mancherorts unter Nutzung örtlicher Ressourcen Rehabilitationsnetzwerke gebildet, beispielsweise im Oberbergischen Kreis. Die Aktion Psychisch Kranke hat die Vielfalt der Rehabilitationsbemühungen im Rahmen eines für das damalige Bundesministerium für Arbeit durchgeführten Projekts zusammengestellt und bewertet. Durch Veränderungen bei der Bundesanstalt für Arbeit scheinen derartige Projekte allerdings derzeit in ihrer Finanzierungsgrundlage gefährdet. Von sozialpsychiatrisch orientierten niedergelassenen Nervenärzten wurde in Kooperation mit anderen Anbietern, insbesondere mit Sozialarbeitern und niedergelassenen Ergotherapeuten die Idee einer ausschließlich ambulanten, nicht institutionsbezogenen Rehabilitation entwickelt, unseres Wissens nach aber bisher noch nicht in nennenswertem Umfang realisiert.

■ **Fazit**

Es bleibt festzuhalten, dass für Menschen mit psychischen Störungen vielfältige Rehabilitationsangebote bereits existieren, jedoch bisher noch deutliche Lücken bestehen und die Teile des Rehabilitationssystems auch eher unverbunden nebeneinander herlaufen, mit negativen Effekten für den Ressourceneinsatz und der Gefahr einer Zwei- oder Mehrklassen-Psychiatrie mit weiterer Stigmatisierung der schwerer Betroffenen. Sachliche Diskussion und bedarfsgerechte Weiterentwicklung des Angebotes sind notwendig.

Rehabilitation ersetzt nicht eine unzureichende Akutbehandlung. Psychiatrische Akutbehandlung enthält immer rehabilitative Anteile, die sich dann jedoch der krankheits- und symptombezogenen Behandlung zunächst unterordnen. Die psychiatrische Personalverordnung hat diesen Zusammenhang in dem Behandlungsepisodentyp „rehabilitative Behandlung“ (A3/S3/G3) betont. Eine so akzentuierte Behandlung bleibt aber Akutbehandlung und liegt in der Kostenzuständigkeit der Krankenversicherung. Rehabilitation in dem hier verstandenen Sinn kann erst nach ihrem erfolgreichen Abschluss ein-

setzen und sollte nur dann angestrebt werden, wenn hierzu Notwendigkeit und positive Erfolgsprognose festgestellt werden. Menschen, die von Rehabilitation im hier beschriebenen Sinne nicht oder noch nicht profitieren können, dürfen nicht vergessen werden, für sie muss ein angemessenes „prothetisches“ System der Lebens- und Integrationshilfen verbunden mit der notwendigen ambulanten fachärztlichen Behandlung sichergestellt bleiben.

The requirement situation, changes in the care-providing landscape, and current political discussions appear to be increasingly emphasizing the importance of rehabilitation within the fields of psychiatry and psychotherapy. The president of the German Society of Psychiatry, Psychotherapy and Neurology (DGPPN), Prof. Berger, Freiburg, has declared his intention to make this topic a major focus of interest during his term of office. After re-organization under the responsibility of the authors of the present article, the society's working group "Rehabilitation" has, in close cooperation with the working group "Psychiatric Care", already begun to focus and promote activities in this area.

Key Words:

rehabilitation – psychiatry – psychotherapy

Literatur

1. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Die Rehabilitation Behinderter. Ein Wegweiser für Ärzte. Köln, Deutscher Ärzteverlag, 1984
2. Ciompi L. Resultate und Prädiktoren der Rehabilitation. In: Hippus H, Lauter H, Ploog D, Bieber H, van Hout L (Hrsg.): Rehabilitation in der Psychiatrie. Berlin, Heidelberg, Springer, 1989, 27–38
3. Mroczynski P. Rehabilitationsrecht. München, Beck, 1992
4. Weig W. Psychiatrische Rehabilitation. In: Möller HJ, Laux G, Kapfhammer H-P (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie. Berlin, Heidelberg, Springer, 2002: 792-802.

Korrespondenzadressen:

Prof. Dr. med. W. Weig
Niedersächsisches Landeskrankenhaus
Knollstr. 31
49088 Osnabrück

Dr. med. Eberhard Grosch
LVA Hannover
Lange Weihe 2
30875 Laatzen