

Sicherung der beruflichen Teilhabe bei psychischen Beeinträchtigungen – der Beitrag der medizinischen Rehabilitation

Matthias Schmidt-Ohlemann

Online Fachveranstaltung der DVfR
am 4. November 2021

„Sicherung einer umfassenden Teilhabe bei psychischen
Beeinträchtigungen – neue Wege durch Rehapro und den
Psychiatrie-Dialog“

In Forum I des Psychatriedialoges zu Versorgungsstrukturen werden verschiedene Angebote, die Menschen mit psychischen Erkrankungen benötigen (können), thematisiert:

- Diagnostik und Therapie (Krankenbehandlung)
- Rehabilitation (medizinische Reha einschl. Nachsorge, Teilhabe am Arbeitsleben oder an Bildung, soziale Teilhabe)
- Verschiedene Unterstützungsformen in primären und sekundären sozialen Netzwerken und im Sozialraum

Leistungsangebote aus dem System sozialer Sicherung müssen nach Art und Umfang, nach Spezialisierung und nach der Zuständigkeit der Sozialleistungsträger differenziert werden.

Gerade im Bereich psychischer Erkrankungen haben Leistungen des primären sozialen Netzwerkes durch An- und Zugehörige (Freunde, Nachbarn, KollegInnen usw.), Selbsthilfegruppen und -organisationen u.a. sowie allgemeine Angebote aus dem Sozialraum, die nicht individuumbezogene Sozialleistungen sind, eine hohe Bedeutung.

Einleitung - Fortsetzung

Im Vordergrund des 1. Teils unseres Vortrages soll die Medizinische Rehabilitation stehen.

Meine Ausführungen stützen sich

- auf eine eigene Auswertung der verfügbaren Dokumentation des Psychiatriedialogs im Forum I und die dort genannten Quellen (s. dort),
- Verfügbare Statistiken der Rehaträger,
- die Arbeiten des Fachausschusses psychische Erkrankungen der DVfR (und ihrer anderen Fachausschüsse, z.B. zum Thema Gesundheitssorge in der Eingliederungshilfe oder med. Rehabilitation bei Pflegebedürftigkeit) sowie
- eigene Erfahrungen aus der mobilen Rehabilitation nach § 40 Abs. 1 SGB V.

Dabei wird als evident unterstellt, dass die medizinische Rehabilitation auch für die Förderung beruflicher Teilhabe von erheblicher Bedeutung sein kann.

Die Ziele Medizinischer Rehabilitation richten sich jedoch nach § 4 und § 42 SGB IX und deshalb keinesfalls nur auf die Erhaltung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit (Kernaufgabe der Rentenversicherung!) Sie sind wesentlich umfassender zu denken und zu konzipieren und können insofern Rehalleistungen der GKV begründen.

Medizinische Rehabilitation umfasst strukturierte, zeitlich begrenzte, komplexe und multiprofessionelle Leistungen durch zugelassene Leistungserbringer in speziellen Rehabilitationssettings. **Die gesetzliche Grundlage bilden das SGB IX und lediglich ergänzend einzelgesetzliche Bestimmungen (z.B. SGB V, VI, VII).**

Leistungen der medizinischen Rehabilitation sind leistungsrechtlich und meist auch organisatorisch von anderen Leistungen mit rehabilitativer Zielsetzung, die leistungsrechtlich der Krankenbehandlung zuzurechnen sind, zu unterscheiden. So bestimmt z.B. § 43 SGB IX: „Die in § 42 Abs. 1 genannten Ziele . . . gelten auch bei Leistungen der Krankenbehandlung.“

Im Unterstützungssystem für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen sind kurative und rehabilitative sowie präventive Leistungen jedoch inhaltlich oft kaum zu trennen. (s.u.)

Aus der psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Versorgung ist die Förderung der Teilhabe dem Grunde nach nicht wegzudenken. Denn bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen handelt es sich in der Regel um komplexe bio-psycho-soziale Problemlagen

Angebote der med. Reha im engen Sinne werden für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen vorgehalten

- **in stationärer oder ambulanter, bislang nicht in mobiler Form**
- **In spezialisierten stationären oder ambulanten Einrichtungen der med. Rehabilitation**
 - **In Rehabilitationskliniken, Abteilungen oder Rehaeinrichtungen für psychische bzw. psychosomatische Erkrankungen**
 - **In speziellen Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK)**
 - **Jeweils einschl. spezifischer Nachsorgeprogramme (PSYRENA)**
- Med. Rehabilitation kann in den Einrichtungen der Akutpsychiatrie nicht (mehr) geleistet werden. Durch Verkürzung der Verweildauern und die begrenzte Personalausstattung kommen rehabilitative Aspekte zu kurz.
- Eine stationäre Frührehabilitation im Krankenhaus existiert im Bereich der Psychiatrie oder Psychosomatik nicht.

Im Hinblick auf die Teilhabe am Arbeitsleben werden für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen medizinische Leistungen in einem rehabilitativen Kontext erbracht, ohne dass es sich um Leistungen der med. Rehabilitation handelt, insbesondere

- in Berufsbildungswerken (BBW)
- in Berufsförderungswerken (BfW)
- in beruflichen Trainingszentren (oder ähnlichen Angeboten)
- in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)
- in manchen Wohnangeboten der Eingliederungshilfe

Die psychiatrischen und psychosomatischen Akutkliniken, die Tageskliniken, die Psychiatrischen Institutsambulanzen sowie die meisten der gemeindenahen psychiatrischen und psychotherapeutischen Angebote sind an der direkten Förderung der Teilhabe nur (noch) in geringem Umfang beteiligt. Diagnostik und Therapie im akuten Stadium stehen ganz im Vordergrund.

Dies gilt offenbar auch für die Behandlung in der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung, weniger für die Heilmittel und die psychiatrische Krankenpflege

Beklagt wird im Psychiatrie-Dialog u.a. das unzureichende Zusammenwirken sowohl im Hinblick auf die Behandlung als auch im Hinblick auf die soziale und berufliche Teilhabe.

Insbesondere Menschen mit schweren psychiatrischen Erkrankungen und bereits eingetretenen Beeinträchtigungen der Funktionen, Aktivitäten und der Teilhabe werden vielfach bei deren Bewältigung nicht hinreichend unterstützt.

Das Unterstützungssystem wird wegen unzureichender Kooperation, Fallmanagement und unzureichender Berücksichtigung sozialer und beruflicher Aspekte im Psychiatrie-Dialog oft als dysfunktional beschrieben, wobei es große regionale, krankheitsspezifische und auch individuelle Unterschiede gibt.

Für eine bessere Kooperation und Koordination in der ambulanten Versorgung soll u.a., zumindest für Leistungen des SGB V, die neue Richtlinie des GBA „über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL)“ Abhilfe schaffen, die demnächst in Kraft treten wird. Neue Leistungen sind damit jedoch nicht verbunden.

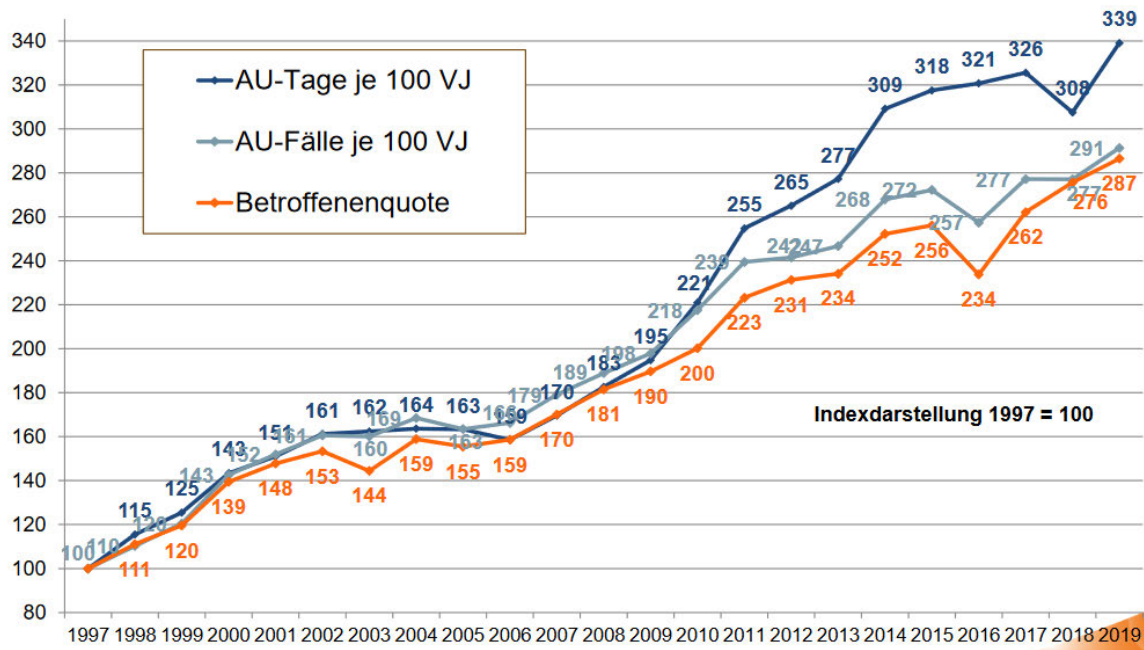
In der Diskussion um die Weiterentwicklung des Unterstützungssystems muss auch die Rolle der medizinischen Rehabilitation im engen Sinne reflektiert und ihre Weiterentwicklung in Angriff genommen werden.

Ca. ein Drittel der im Rahmen des Psychiatrie-Dialogs zum Forum I vorgelegten Kurzstellungnahmen machen konkrete Vorschläge zur med. Rehabilitation.

Zur Begründung eines Weiterentwicklungsbedarfes werden u.a. angeführt:

- Über 40 % der **EU-Renten** (ca. 72000 Fälle) wegen psychischer Beeinträchtigungen (2018)
- Leistungen der **Eingliederungshilfe**: Ca. 60 000 Menschen mit seel. Behinderung im stationären Wohnen (besondere Wohnformen), ca. 154 000 im ambulanten Wohnen (ca. 70 % aller ambulanten Wohnangebote),
- ca. 56 800 in einer WfbM (BAGÜS Kennzahlen für 2020) bzw. 65 501 (nach Statistik der BAG WfbM):
Anstieg der WfbM-beschäftigten mit seelischer Behinderung zwischen 2006 und 2016 um 52,1% (+ 21 910 Personen) auf ca. 21 %. (Inzwischen auch spezialisierte WfbM) (s. CBP-Stellungnahme)
- Anstieg der **AU-Fälle und Tage** bei psychischen Erkrankungen.

Psychische Erkrankungen (F00-F99) (1997 – 2019):
Anstieg AU-Tage um 239 Prozent; Anstieg AU-Fälle um 191 Prozent



Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 1997-2019



Quelle: Website der DAK, PDF-Heft von DAK und IGES Institut GmbH: [Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen](#)

Deshalb wird die Frage aufgeworfen, ob die medizinische Rehabilitation für Menschen mit psychischen Erkrankungen bedarfsgerecht ausgebaut ist. Im Psychiatrie-Dialog wird diese Frage eindeutig verneint.

Im Psychiatrie-Dialog wird u.a. kritisiert, dass

- **das System der medizinischen Rehabilitation speziell für Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen zu wenige oder auch ungeeignete Angebote mache.**
- **Es an wohnortnahen bzw. gemeindenahen ambulanten und aufsuchenden Rehabilitationsangebote fehlt**
- **Die sozialen Netzwerke und die vertrauten Behandler unzureichend eingebunden werden.**

Weitgehend ungelöst im System der indikationsspezifischen med. Rehabilitation (vorherrschender Ansatz) ist der Umgang mit Multimorbidität von Menschen mit psychischen Erkrankungen

- **Kombination von psychischer und Abhängigkeitserkrankung**
- **hohe somatische Morbidität**
- **psychische Erkrankungen als Comorbidität bei rehabegründenden somatischen Diagnosen**

Medizinische Rehabilitationsleistungen insgesamt sowie wegen psychischer oder Abhängigkeitserkrankungen durch die GKV 2020

(BMG: KG 5 Statistik, eigene Berechnung)

Reha-Reform	N gesamt	Psych.	Abh.
Amb. Reha insgesamt	93 586	991 (1,06 %)	2 256 (2,4 %)
- davon AR	68 417	120 (0,02 %)	454 (0,66 %)
Stat. Reha insgesamt	658 445	17 363 (2,6 %)	7 022 (1,07 %)
- davon AR	528 661	779 (0,15 %)	999 (0,19 %)

Die Medizinische Rehabilitation mit der Hauptindikation psychische Erkrankung durch die GKV ist insbesondere im Verhältnis zu anderen Rehabilitationsindikationen marginal. Kaum Anschlussreha (AR).

Als Ursache werden v.a. das Fehlen geeigneter Rehabilitationsangebote sowie eine, dadurch zumindest teilweise bedingte, unzureichende Bedarfsermittlung (§ 13 SGB IX) benannt.

Medizinische Rehabilitation insgesamt und wegen psychischer Erkrankungen durch die DRV 2020 Abgeschlossene Leistungen der med. Rehabilitation (Statistik der DRV 2021)

Reha-Form	N gesamt	Psych.	Entw.
Amb. Reha	139 808	8 779	11 781
- davon AR	62 004	?	?
Stat. Reha insgesamt	695 105	127 285	27 038
- davon AR	264 930	263**	?
Gesamt	865 673	136 064*	38 819

* einschließlich RPK

** mit 1. Diagnose aus der F ICD 10 (inklusive ambulant)

Auffällig ist der geringe Anteil an Anschlussrehabilitationsleistungen.

Medizinische Rehabilitation wegen psychischer Erkrankungen durch die DRV 2020 Abgeschlossene Leistungen mit 1. Diagnose aus F-Diagnosen nach Häufigkeit (Auswahl) (Statistik der DRV, 2021)

F-Diagnose	Männer N = 66 807	Frauen N = 86 036	Gesamt N = 153 597
F30-39 affektiv	27 020	46 790	73 810
F40-48 Neurot.	16 182	29 500	45 682
F10-19 psychot. S.	19 876	6 291	26 167
F60-69 Pers.stör.	1 722	1 250	2 972
F20-29 Schizo.	905	742	1 647
F50-50 Verhaltensauff.	535	119	1 654
F00-09 Organ./Sympt.	271	154	425

Auffällig ist der geringe Anteil an in der Regel schweren psychiatrischen Krankheitsbildern.

- 1. Aufbau wohnortnaher, lebensweltorientierter ambulanter Rehabilitationsangebote**
 - a. Auch als Anschlussrehabilitation
 - b. Auch zugehend als mobile Rehabilitation
 - c. Konstanz der behandelnden Bezugspersonen, in der Regel aus der ambulanten Versorgung auch während der Rehabilitation
 - d. Ausrichtung auf schwere bzw. komplexe Störungsbilder einschließlich psychotischer Erkrankungen und bei Doppeldiagnosen (psychische Erkrankung und Abhängigkeit)
 - e. Berücksichtigung der somatischen Multimorbidität
 - f. Auch bei Pflegebedürftigkeit bzw. körperlicher oder Sinnesbehinderung
 - g. Auch für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen (ggf. spezielle Angebote)
 - h. Orientiert am bio-psycho-sozialen Modell (ICF)
 - i. Auch ohne Perspektive allg. Arbeitsmarkt, aber ggf. einschließlich Vorbereitung auf später mögliche Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
 - j. Zeitliche Flexibilisierung (bis zu einem Jahr)
- 2. Spezifische, längerfristige Nachsorgeangebote nach stationärer Rehabilitation**
- 3. Nur nachrangig Schaffung stationärer Rehabilitationsangebote für schwer psychisch Erkrankte, bei komplexen Beeinträchtigungen und Multimorbidität**
- 4. Frühzeitige Bedarfserkennung, -ermittlung und umfassende Teilhabeplanung**

Die Forderungen und Anregungen zur Medizinischen Rehabilitation aus dem Psychiatrie-Dialog werden durch folgende Forderungen ergänzt:

1. Einführung einer ambulanten Komplexleistung (analog SPZ oder MZEB, vgl. z.B. § 43 a und b SGB V)
2. Sicherstellung eines individuellen Fallmanagements
3. Niedrigschwellige Krisenintervention
4. Strukturierte Zusammenarbeit in der ambulanten kurativen Versorgung (vgl. GBA-Richtlinie)
5. Und weitere zahlreiche Einzelvorschläge.....

Zahlreiche weitere Vorschläge und Forderungen enthalten Inhalte von Rehaleistungen, wurden jedoch leistungsrechtlich nicht eindeutig zugeordnet.

Insbesondere folgende Dienste und Einrichtungen sollten den Zugang zu Gesundheitsleistungen fördern, auf eine optimierte Behandlung hinwirken und diese unterstützen sowie den Bedarf an einer med. Rehabilitationsleistung (so vorhanden) erkennen und dann eine Bedarfsermittlung veranlassen:

1. Krankenhäuser beim Entlassmanagement
2. Soziotherapie (flächendeckendes Angebot)
3. Integrationsfachdienste
4. Bundesagentur für Arbeit einschl. der Jobcenter
5. Regionale, sozialraumorientierte Vernetzung, z.B. in gemeindepsychiatrischen Verbänden einschl. des ÖGD und ASD
6. Einrichtungen und Dienste der Eingliederungshilfe einschl. WfbM

Medizinische Rehabilitation: Ausblick

Ziel ist es, die ambulante umfassende, auch Teilhabe berücksichtigende Versorgung zu verbessern, auch mit dem Ziel einer Verminderung der Krankheitslast, der Förderung einer selbstbestimmten und selbständigen Lebensführung und einer (ggf. später) gelingenden beruflichen (Re)integration sowie Vermeidung von Eingliederungshilfe.

- **Die Schaffung eines ambulanten und mobilen Rehabilitationsangebotes für bestimmte Personengruppen, auch zur Anschlussreha, erscheint dringlich. (§ 40 Abs. 1, § 111c SGB V)**
 - Modell RESET zu Bedarfen an Mobiler Rehabilitation in Stuttgart
- **Die Konzeption dafür ist noch zu entwickeln, u.a. im Hinblick auf den Personenkreis und das spezifische Angebot auch unter leistungsrechtlichen Aspekten abzugrenzen zu**
 - den Tageskliniken
 - der ambulanten Komplexleistung
 - der koordinierten ambulanten Krankenbehandlung
 - den Ansätzen eines Home-Treatment
 - den RPK und ihren ambulanten Angeboten
- **Daraus erwachsen insbesondere für die GKV erweiterte Aufgaben, da für den angesprochenen Personenkreis eine berufliche Eingliederung meist nicht oder noch nicht möglich ist.**
- **Eine modellhafte Erprobung erscheint erforderlich: Dazu werden engagierte Träger benötigt.**
- Jedoch sollten alle Einrichtungen stets auch offen sein für die Entwicklung einer beruflichen Eingliederungsperspektive

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!**