

Standortbestimmung: Sozialrechtliche Entwicklungen der Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen

Prof. Dr. Harry Fuchs, Sozialrechtsexperte

Bereits der Schlussbericht der von der Bundesregierung eingesetzten unabhängigen Sachverständigen-Kommission zur Erarbeitung des „Berichts über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschlands“ (Psychiatrie-Enquete – BT Drs.7/4200 vom 25.11.1975) stellt fest, dass „ein wesentlicher Bestandteil der Rehabilitation zahlreicher Patienten, welche stationär in psychiatrischen Krankenhäusern aufgenommen wurden, eine ausreichend intensive, kontinuierliche Nachbetreuung und Nach- und Weiterbehandlung (Nachsorge) im Anschluss an die Entlassung ist“ (S. 211). Als eine denkbare Lösung werden Rehabilitationseinrichtungen in Form von Übergangsheimen angesehen (S. 224).

Die Enquete versteht unter medizinischer Rehabilitation alle Leistungen und Hilfen, die erforderlich sind, um einer drohenden Behinderung vorzubeugen, eine Behinderung zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten (S. 228). Dies entspricht vollinhaltlich dem heute geltenden Teilhaberecht. Nach Ansicht der Enquete-Kommission sind die im Rehabilitations-Angleichungsgesetz ausdrücklich erwähnten therapeutischen Möglichkeiten wie Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprach-, Beschäftigungs-, Arbeitstherapie und Belastungserprobung für die medizinische Rehabilitation psychisch Kranker von besonderer Bedeutung (S. 228). Zur Versorgung psychisch kranker alter Menschen wird festgestellt, dass der „Rehabilitation dieser Gruppe im Sinne einer medizinischen und sozialen Rehabilitation entscheidende Bedeutung“ zukomme (S. 254). Strukturell sieht die Kommission für eigenständige psychotherapeutische/psychosomatische Abteilungen, die den Rehabilitationskrankenhäusern angegliedert werden sollen, entsprechend vielfältige Aufgaben (S. 305, 307, 308). Bei der Begriffswahl ist zu bedenken, dass die Definitionen des heutigen Rehabilitationsrechts noch nicht bekannt waren.

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen stellt im Januar 1988 „weiterhin ernstzunehmende Defizite“ in der nichtstationären psychiatrischen Langzeitversorgung fest. „Übergreifende nicht befristete Lösungen vor allem im Rahmen der Sozialversicherung“ seien verhindert worden (Jahresgutachten 1988, S. 208). „Die überwiegende Kostenträgerschaft durch die örtlichen Sozialhilfeträger institutionalisiert angesichts der Finanzlage öffentlicher Haushalte die Mangelsituation“ (Jahresgutachten, S. 219).

In den Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrisch/psychosomatischen Bereich vom 11.11.1988 wird die sehr große Zahl von Langzeitpatienten als spezifisches Problem bezeichnet (S. 286), die in „Heime ohne qualifizierte, rehabilitativ orientierte Versorgung“ entlassen werden. Die meisten Fälle verblieben im Krankenhaus, „weil spezifische Rehabilitationsprogramme (medizinische und berufliche Rehabilitation) und komplementäre Einrichtungen und Dienste zur Wiedereingliederung in der Heimatregion fehlen.“ Psychisch kranke Erwachsene hätten bisher kaum Chancen, medizinische und berufliche Rehabilitation zu erhalten, wenn sie nicht zu den Diagnosegruppen der Abhängigkeitskranken sowie der Neurose- und psychosomatischen Kranken gehören. Das Konzept der Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke (RPK) sei bislang noch ein erster Einstieg für diesen Personenkreis (S. 288) (bei dem es bis heute geblieben ist).

Die Fraktion der SPD legte 1988 den Entwurf eines „Gesetzes zur Beseitigung der Sonderstellung von psychisch Kranken in der Krankenversicherung“ (BT-Drs. 11/2594) vor, mit dem im Zusammenhang mit der damaligen Bestimmung über die medizinische Rehabilitation der GKV (§ 184a RVO) die neue Regelung des § 184b RVO die Krankenkassen zur Übernahme der Kosten in „Übergangseinrichtungen für psychisch Kranke“ mit zweifelsfrei rehabilitativem Charakter verpflichten sollte. Dieser Entwurf fand jedoch keine Mehrheit im Deutschen Bundestag.

Der von der Bundesregierung ebenfalls noch 1988 vorgelegte Entwurf des Gesundheitsreformgesetzes ging davon aus, dass der mit dem GRG eingeführte Anspruch „auf medizinische Kurmaßnahmen sowie auf Unterkunft und Verpflegung in einer Kur- und Rehabilitationseinrichtung“ auch die medizinische Rehabilitation psychisch Kranker umfasst. Nach der Begründung sollen diese Leistungen von besonderer Bedeutung sein, „wenn dadurch das Ziel der Krankenbehandlung im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung erreicht werden soll. Dies kann vor allem bei schweren Krankheiten, nach der Entgiftungsphase bei Suchtkrankheiten und der Akutbehandlung psychisch Kranker angebracht sein“. In der Diskussion zum Gesetzgebungsverfahren wurde die Begrenzung auf vier Wochen und auf Einrichtungen mit Versorgungsvertrag kritisch gesehen. Der Anregung des Bundesrates, ausdrücklich Regelungen zur Rehabilitation in das SGB V aufzunehmen, folgte der Bundestag nicht (BT-Drs. 11/2493, S. 12).

In einem für die Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) der Höheren Kommunalverbände und der BAG der überörtlichen Träger der Sozialhilfe erstellten Gutachten vom 15.1.1992 kommen Prof. Dr. Wolfgang Gitter und Dr. Gabriele Köhler-Fleischmann nach Inkrafttreten des GRG zur Frage der Leistungsverpflichtung dennoch zu dem Ergebnis, dass die Behandlung psychisch Kranker in einer Übergangseinrichtung unter bestimmten Voraussetzungen grundsätzlich als Leistung der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Krankenversicherung angesehen werden kann (Gutachten S. 50). Im Ergebnis trifft dies auch für die Leistungsverpflichtung der gesetzlichen Rentenversicherung zu (Gutachten S. 18ff).

Die Bundesregierung sieht in ihrer Antwort auf eine Große Anfrage der Fraktion der SPD vom 18.12.1992 (BT-Drs. 12/4016) zur Situation der psychisch Kranken keine Möglichkeit, durch Einführung zusätzlicher Leistungsvorschriften in das SGB V zur weiteren Entlastung psychisch Kranker und ihrer Angehörigen beizutragen. Eine Ausweitung der Leistungsansprüche wäre mit dem Ziel der Gesundheitsreform, den Beitragssatz zu stabilisieren, nicht vereinbar (S. 18). Das SGB V enthalte die ausdrückliche Vorschrift, dass den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen sei, insbesondere bei der Versorgung mit Heilmitteln und bei der medizinischen Rehabilitation sowie Belastungserprobung und Arbeitstherapie (S. 18). Es liege in der Verantwortung der Selbstverwaltung, diesen Grundsatz auszufüllen (S. 19). Die Bundesregierung geht danach zweifelsfrei davon aus, dass die Rechtsgrundlagen für die medizinische Rehabilitation vorhanden, aber von der Selbstverwaltung umzusetzen sind.

Im Übrigen vertritt sie die Auffassung, dass Rehabilitationsangebote für psychisch Kranke und Behinderte in ausreichender Ortsnähe vorhanden sind (S. 22), erklärt aber zugleich, dass sie nicht über ausreichendes Datenmaterial verfüge.

Auf die Feststellung des Sachverständigenrates, dass die Chancen für Rehabilitation häufig ungenutzt bleiben, weil die Bewilligungsverfahren im gegliederten Sozialleistungssystem für

die Betroffenen und ihre Familien zu belastend und zeitraubend sind, kündigt die Bundesregierung an, dass die anstehende Einordnung des Rehabilitations- und Schwerbehindertenrechts in das SGB IX Gelegenheit zur Prüfung gibt, wie auf der Grundlage des bestehenden gegliederten Sozialleistungssystems die gegebenen Rehabilitationsmöglichkeiten gerade auch für psychisch Behinderte noch besser zugänglich und nutzbar gemacht werden können (BT-Drs. 12/4016, S. 19, 23).

Da das Gesetzgebungsverfahren zum SGB IX 1993 durch die damalige Bundesregierung zu Gunsten des Gesetzgebungsverfahrens zum SGB XI zurückgestellt wurde, gab es vor 2000 keine weitere politische oder gesetzgeberische Entwicklung zur Rehabilitation psychisch Kranker.

Die Analyse zeigt, dass den politischen Akteuren die Unterversorgung im Bereich der medizinischen Rehabilitation psychisch Kranker seit der Psychiatrie-Enquete bewusst und in der politischen Diskussion nicht nur präsent war, sondern auch zu verschiedenen Aktivitäten führte. Die Annahme der Bundesregierung, dass es auf dem Hintergrund ausreichender Rechtsgrundlagen für die Gewährung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nur der Umsetzung durch die Selbstverwaltung bedürfe, hat sich als unzutreffend erwiesen. Die Nichtumsetzung hat allerdings die Diskussion der Unterversorgung von der Rehabilitation und Teilhabe weg und stattdessen verstärkt hin zu Lösungen im Bereich der Aktivversorgung oder Sozialhilfe/Eingliederungshilfe geführt.

Dabei hat die Studie von Weig, W./Schell, G., „Rehabilitation für psychisch kranke Menschen in Deutschland“, *Krankenhauspsychiatrie* 16 (2005), S. 107–112, das Fortbestehen der Unterversorgung – insbesondere auch in den östlichen Bundesländern – eindrucksvoll belegt.

Im Gesetzgebungsverfahren zum SGB IX 2001 wurde die Ankündigung der Bundesregierung von 1993 aufgegriffen, zu prüfen, wie die gegebenen Rehabilitationsmöglichkeiten gerade auch für psychisch Behinderte noch besser zugänglich und nutzbar gemacht werden können. Das Ergebnis dieser Prüfung beinhaltet u. a. § 42 Abs. 3 SGB IX.

Bestandteil der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind danach neben medizinischen ausdrücklich auch psychologische und pädagogische Hilfen. Insbesondere zur Unterstützung u. a. bei Krankheits- und Behinderungsverarbeitung, Hilfen zur Aktivierung von Selbsthilfepotentialen, Hilfen zur seelischen Stabilisierung, zur Förderung der sozialen Kompetenz, unter anderem durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen, mithin bedeutende Leistungsmodule für Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Danach kann kein Zweifel mehr daran bestehen, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation von allen zur Erbringung von solchen Leistungen verpflichteten Rehabilitationsträgern in ambulanter und stationärer Form erhalten können. Auch der Gegenstand dieser Leistungen ist für alle Träger übergreifend einheitlich in § 42 SGB IX geregelt.

Abschließend ist nach allem festzustellen, dass – wie die Bundesregierung bereits Anfang der 90er selbst erklärte – bis heute ein Mangel bei der Umsetzung geltenden Rechts durch die Rehabilitationsträger besteht, die ihren Sicherstellungsauftrag nach § 36 SGB IX nicht erfüllen.

Die politische Stoßrichtung sollte sich auf die Nichtumsetzung geltenden Rechts durch die Träger richten, wobei man bestens an die Entwicklung bis 1992 anknüpfen kann. Zur Durchsetzung sollte eine gesetzliche Klarstellung der Verpflichtungen des Sicherstellungsauftrages gefordert werden.

Die Diskussion über die Beseitigung der Krankheitsfolgen, mithin die Teilhabeorientierung, wurde seit 1992 – auch nach 2001 – entweder gar nicht geführt oder auf eine Ergänzung der akutmedizinischen Versorgung orientiert. Der Unterschied der Konzepte und therapeutischen Verfahren von Akutversorgung und medizinischer Rehabilitation ist vielen Akteuren weitgehend unklar bzw. unbekannt. Um entsprechende Entwicklungen im politischen Raum zu erreichen, ist es notwendig, diesen Unterschied durch entsprechende Konzeptbeschreibungen zu verdeutlichen, die auch noch als Grundlage der Versorgungsverträge dienen könnten.