

Stationäres Setting und Teilhabeorientierung - Ein Widerspruch?

Dr. Gustav Wirtz

Leitender Arzt SRH RPK Karlsbad

BAG RPK

DVfR-Kongress, Berlin, 2023

WS 9 Teilhabe-bezogene Ansätze im Sozialraum | Teil 2

Hintergründe klären

01

Teilhabeorientierung – Über was reden wir?



- Teilhabe bedeutet das **Einbezogensein** in eine Lebenssituation (Beziehungen, Wohnumfeld, soziale und Freizeitaktivitäten, Arbeit).
- Implikation des Titels: **stationäre** Behandlung **widerspricht** dem Einbezogensein – im Umkehrschluss: alle **anderen Settings unterstützen** das Einbezogensein (?)
- Warum diese Implikation?
- Stationärem Setting wird unterstellt (Provokation 😊):
 - Menschen werden von Ihrer Umwelt abgeschnitten/abgeschottet...hospitalisiert...Vermeidungsverhalten wird unterstützt...
 - Stationäres Setting ist durch einen „künstlich“ geschaffenen und aufrechterhaltenen (Schutz-) Raum Lebenswelt fern
 - Eine erfolgreiche Heilung und Integration gelingt – trotz störungsspezifischer Behandlungen (Rehabilitation?) – besser, je näher sie am Lebensumfeld betroffener Menschen orientiert ist?
 - ...

Ausgangssituation DRV (1)



Reha-Bericht 2022

Die **medizinische** und **berufliche** Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik.

Mit dem Fokusthema:
Abhängigkeitserkrankungen

Medizinische Rehabilitation

16 %
ambulante
Leistungen

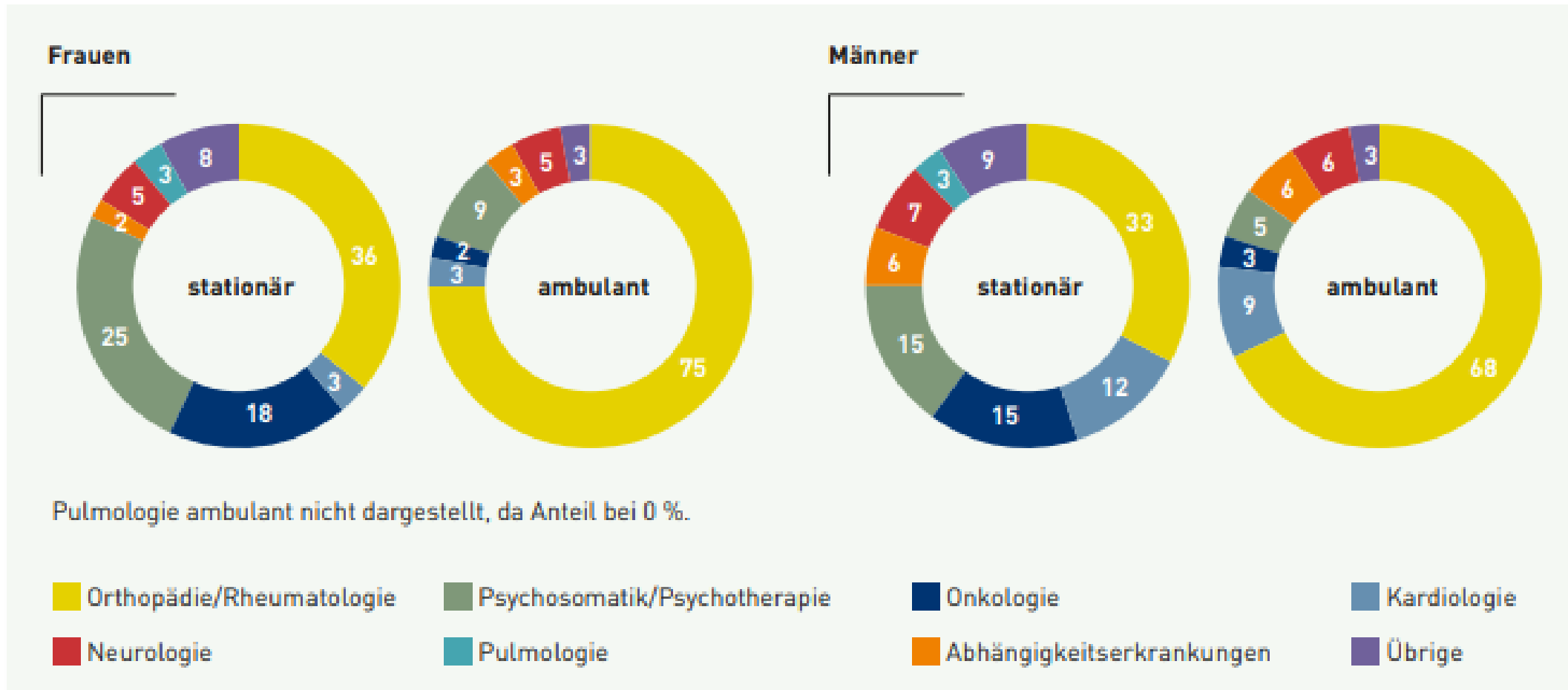
Ein Großteil der Reha-Leistungen wird stationär erbracht. Der Anteil der ambulanten Leistungen liegt mit rund 142.000 Fällen bei 16 %.

83 %
nach **2 Jahren**
erwerbsfähig

Rehabilitation wirkt: Zwei Jahre nach einer medizinischen Reha-Leistungen waren 83 % im Erhebungszeitraum 2020 erwerbsfähig. Das Geschlechter-Verhältnis ist hier recht ausgeglichen.

Ausgangssituation DRV (2)

Abbildung 3: Stationäre und ambulante Reha 2021 – Spektrum der Indikationen nach Geschlecht



Hinweis: In den Daten der Deutschen Rentenversicherung wird das offiziell dritte Geschlecht „divers“ erhoben. Aus methodischen und datenschutzrechtlichen Gründen werden diese geringen Fallzahlen jedoch nicht statistisch ausgewertet, sondern den Frauen zugeordnet.

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung „Rehabilitation“ 2021

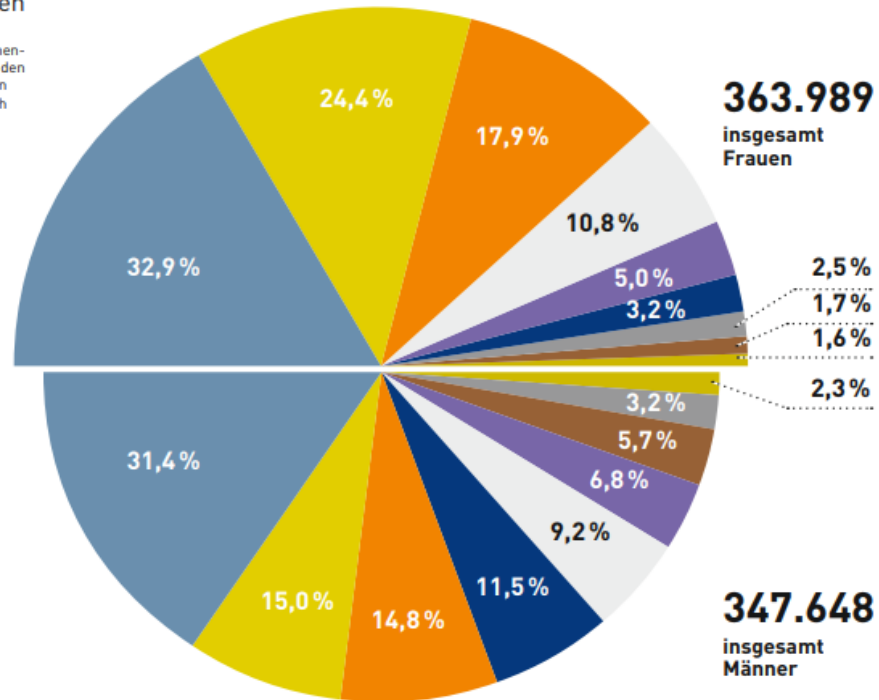
Für jede(n) die richtige Lösung

Stationäre und ambulante Reha-Leistungen für Erwachsene nach Indikationsgruppen (im Jahr 2021)

Stationäre Rehabilitation

Zahl der abgeschlossenen Leistungen

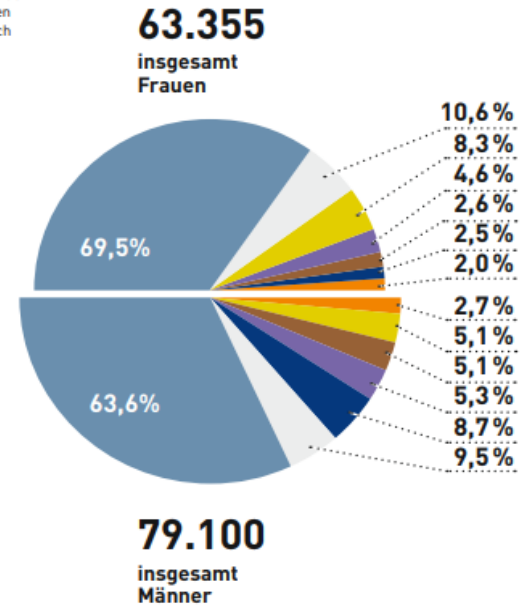
Hinweis: Summen-
differenzen bei den
Prozentangaben
entstehen durch
Rundungen



Ambulante Rehabilitation

Zahl der abgeschlossenen Leistungen

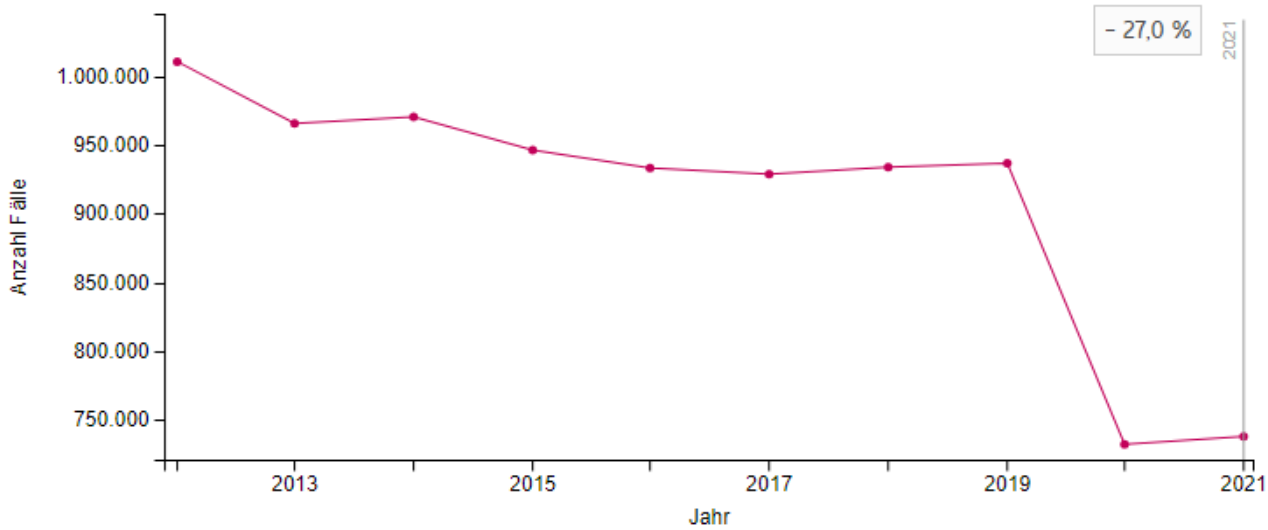
Hinweis: Summen-
differenzen bei den
Prozentangaben
entstehen durch
Rundungen



- Orthopädie
- Psychosomatik und Psychotherapie
- Hämatologie und Onkologie
- Neurologie
- Kardiologie
- Pulmologie
- Abhängigkeitserkrankungen
- Endokrinologie
- Sonstige

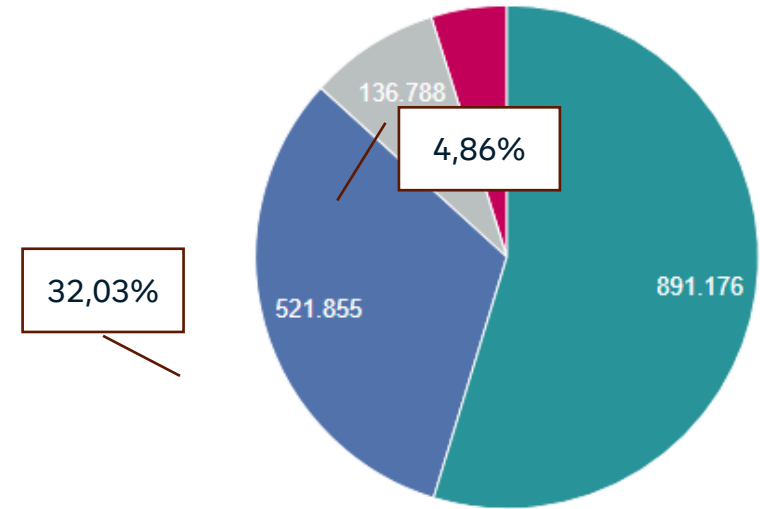
Ausgangssituation GKV

Anzahl Fälle, Reha- und Vorsorgeleistungen GKV ges., 2021



Quelle : KG5-Statistik (Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen GKV), Bundesministerium für Gesundheit

Anzahl Fälle, Reha- und Vorsorgeleistungen GKV ges., 2021



■ ambulante Reha GKV ■ stationäre Reha GKV ■ Vorsorgeleistung GKV ■ med. Reha RV

Quelle : KG5-Statistik (Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen GKV), Bundesministerium für Gesundheit

Ambulant vs Stationär

Ambulante Rehabilitation

Unter „**ganztägig ambulant**“ versteht die **DRV** eine Rehabilitation, die - in der Regel an Werktagen - von morgens bis abends in einer ambulanten **Reha**-Einrichtung durchgeführt wird und nicht eine berufsbegleitende Rehabilitation. Ambulante **Reha**-Einrichtungen sind wohnortnah. Voraussetzung für die Teilnahme an einer ambulanten Rehabilitation ist eine über die **Reha**-Fähigkeit hinausgehende ausreichende Belastbarkeit und auch Mobilität der Patienten. Sie müssen die Einrichtung mit öffentlichen Verkehrsmitteln in einer angemessenen Fahrzeit erreichen können. Die Vorteile dieser **Reha**-Form ergeben sich insbesondere aus den folgenden Möglichkeiten:

- Einbindung arbeits- **bzw.** berufsbezogener Aspekte (**z.B.** Arbeitsplatzanalyse, Belastungserprobung am Arbeitsplatz, persönliche Kontaktaufnahme mit betriebsärztlichen Diensten),
- leichtere Einbeziehung der Angehörigen (**z.B.** auch in Schulungsprogramme) und der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte,
- Einbindung und Reflexion individueller Alltagserfahrungen sowie Durchführung eines alltagsnahen Trainings beim Erlernen entsprechender Kompetenzen zur Bewältigung gesundheitsbezogener Probleme,
- direkte Umsetzung des in der Rehabilitation Erlernen im privaten und beruflichen Bereich,
- Anpassung der Dauer und Intensität der Rehabilitation an den Bedarf und die Bedürfnisse des Einzelnen im Sinne einer Flexibilisierung,
- bessere Einbeziehung von Selbsthilfeaktivitäten vor Ort.

Stationäre Rehabilitation

Für einen Teil der Patienten mit schwerwiegenden psychosozialen Belastungen beispielsweise bietet die **stationäre** Rehabilitation bessere Erfolgschancen, da die Patienten ihre Rehabilitation wohnortfern und außerhalb der gewohnten Umgebung durchführen, wodurch eine vorübergehende Distanzierung vom häuslichen Milieu möglich wird. Darüber hinaus sind manche der überregionalen stationären Einrichtungen besonders spezialisiert in der Behandlung seltener Krankheiten (**z.B.** Mukoviszidose). Eine stationäre **Reha**-Einrichtung kann den Bedarf an intensiver ärztlicher und pflegerischer Betreuung bei Notwendigkeit (ausgeprägte Multimorbidität) abdecken. Wenn die Gefahr besteht, dass es zu Krisensituationen kommt, beispielsweise im Kontext von psychischen Störungen oder Abhängigkeitserkrankungen, können diese im Rahmen einer stationären Rehabilitation besser bewältigt werden.

Stationäres Setting

– Warum?

- Indikationen
 - Indikation (Krankheitsbezogen) ≠ Indikation (personenbezogen)
 - Somatische Indikationen ≠ Psychische/psychosomatische Indikationen
- Zielgruppen
 - Personenzentrierung
 - Individuelle Merkmale (Funktion, nicht nur Diagnose)
 - Dauer der Behandlung/Rehabilitation
 - ...
 - Bedeutung der psychischen Erkrankung für das Individuum
- Setting (vorgezogenes Fazit): Keine Frage von „**Entweder – Oder**“, sondern von „**sowohl als auch**“?

Stationäres Setting Warum?

Referiert

Ambulant oder stationär?

Indikationskriterien

Die Autoren gingen in einer Feldstudie der Frage nach, wie sich Patienten mit ambulanter oder stationärer Therapieempfehlung seitens einer psychotherapeutischen Klinik voneinander unterscheiden. Innerhalb eines halben Jahres befragten sie 241 Patienten, von denen 129 eine ambulante und 112 eine stationäre Therapieempfehlung bekommen hatten. Außerdem wurden 13 klinisch erfahrene Therapeuten befragt, die die Beratungsgespräche durchführten. Die Autoren stellten fest, dass ambulante Therapien im Durchschnitt 4,1 Wochen, stationäre Therapien hingegen 5,9 Wochen nach der Beratung begonnen werden. Patienten mit einer stationären Therapieempfehlung beginnen häufiger eine nicht empfohlene, also eine ambulante Therapie. Eine stationäre Psychotherapie wird eher Patienten empfohlen, die

länger krank geschrieben sind, deren Gesundheitszustand schlechter und deren Problematik stärker ausgeprägt ist, die vergleichsweise seltener in einer festen Partnerschaft leben, die eine niedrigere Schulbildung haben und deren Prognose schlechter ist. Außerdem wird häufiger stationäre Therapie bei somatoformen und Persönlichkeitsstörungen, bei mäßiger oder geringer Integration der Persönlichkeitsstruktur und bei verminderter Arbeitsfähigkeit empfohlen. Eine ambulante Therapieempfehlung erhalten am ehesten Patienten mit der Diagnose Belastungsreaktion oder anhaltende affektive Störung, mit einem höheren allgemeinen Funktionsniveau und einer gut integrierten Persönlichkeitsstruktur, die für arbeitsfähig gehalten werden. **ms**

Huber D, Brandl T, Henrich G, Klug G: Ambulant oder stationär? Psychotherapeut 2002; 47: 16–23.

Dr. med. Dr. phil. Dorothea Huber, Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und Medizinische Psychologie, Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München, Langerstraße 3, 81675 München

Klinikperspektive

02

Grundbegriffe im Text des SGB V

- **§39 Krankenhausbehandlung, Satz 1:**
- „Die akutstationäre Behandlung umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation“
- Eine **Definition erfolgt nicht:** In anderen Fächern existieren Rahmenempfehlungen etc. (Neurologie/Geriatrie), nicht in der Psychiatrie
- **Schlussfolgerung:** Möglichkeiten der Umsetzung sind definierbar!
- **§42 Belastungserprobung und Arbeitstherapie:**
- „Versicherte haben Anspruch auf **Belastungserprobung** und **Arbeitstherapie**, wenn nach den für andere Träger der Sozialversicherung geltenden Vorschriften solche Leistungen nicht erbracht werden können.“
- Es folgt keine Begriffsbestimmung oder Setting-Definition
- **Schlussfolgerung:** Bei bestehender Behandlungsnotwendigkeit in einem Sektor der Krankenhausbehandlung können Inhalt und Umsetzung von Belastungserprobung und Arbeitstherapie definiert werden. Bsp: „Arbeitstherapeutische Belastungserprobung“

Best Practice in der Umsetzung:

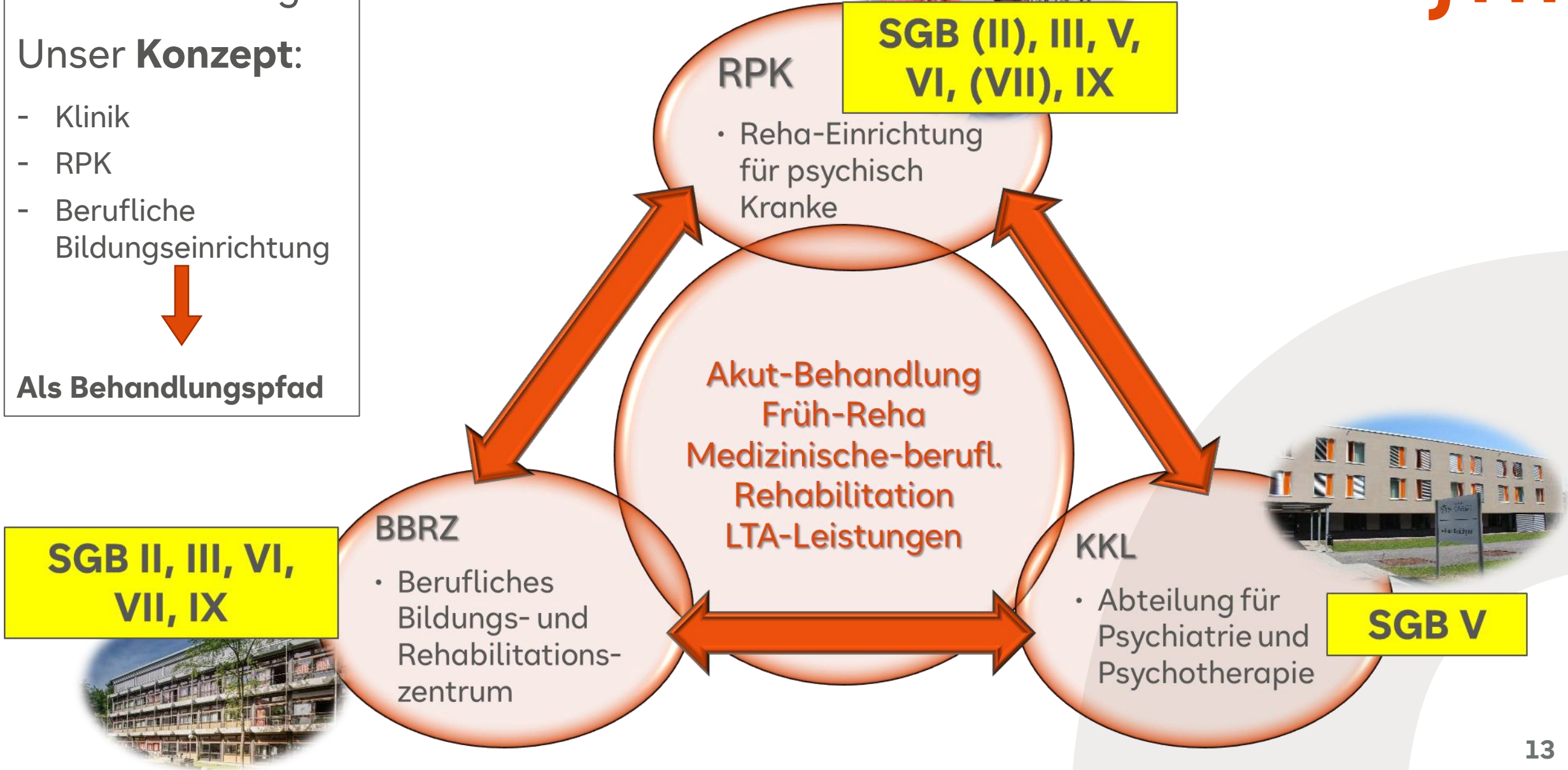
Unser **Konzept:**

- Klinik
- RPK
- Berufliche Bildungseinrichtung



Als Behandlungspfad

Unser Konzept (1)



Unser Konzept (2)

Best Practice in der Umsetzung:

Unser Konzept:

- Klinik
- RPK
- Berufliche Bildungseinrichtung



Als Behandlungspfad

Als Basis einer individuellen Reha-Strategie



BBRZ

- Berufliche Bildung
- Reha-
- zentrum

RPK

- Reha-
- für
- K



Sektoren unabhängig **Arbeit** zum Thema machen:

Hospitationen und Belastungserprobungen überwinden Schnittstellen im Sinne von **Setting- und Sektor-spezifischen Wirkfaktoren**

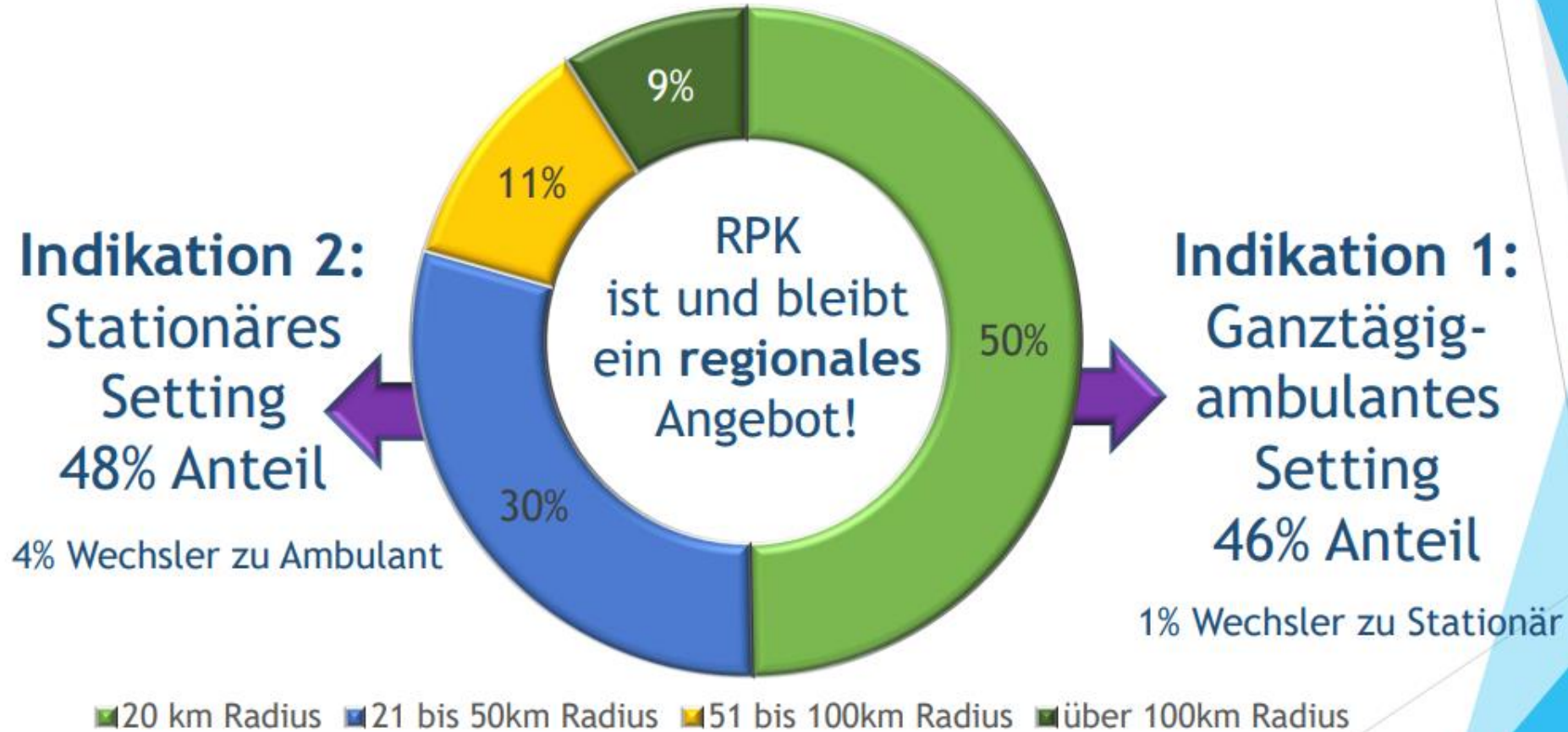
g für
Psychiatrie und
Psychotherapie



RPK-Perspektive

03

Wo kommen die Teilnehmenden her?

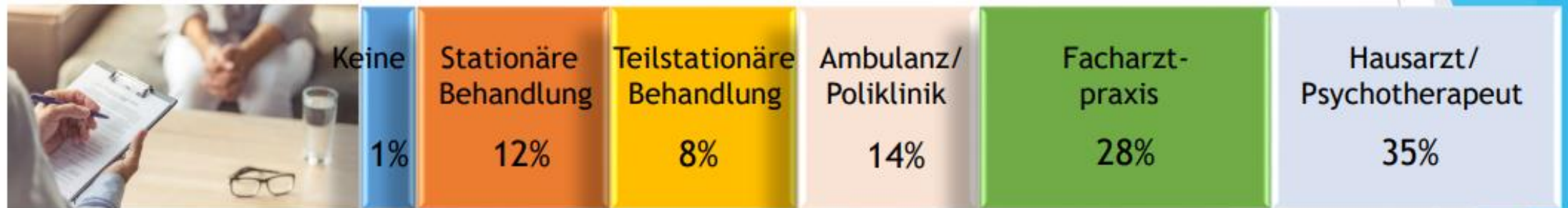


RPK-Perspektive auf Bundesebene



Wie sieht der Behandlungskontext aus?

Bei Aufnahme (Mehrfachnennungen möglich):

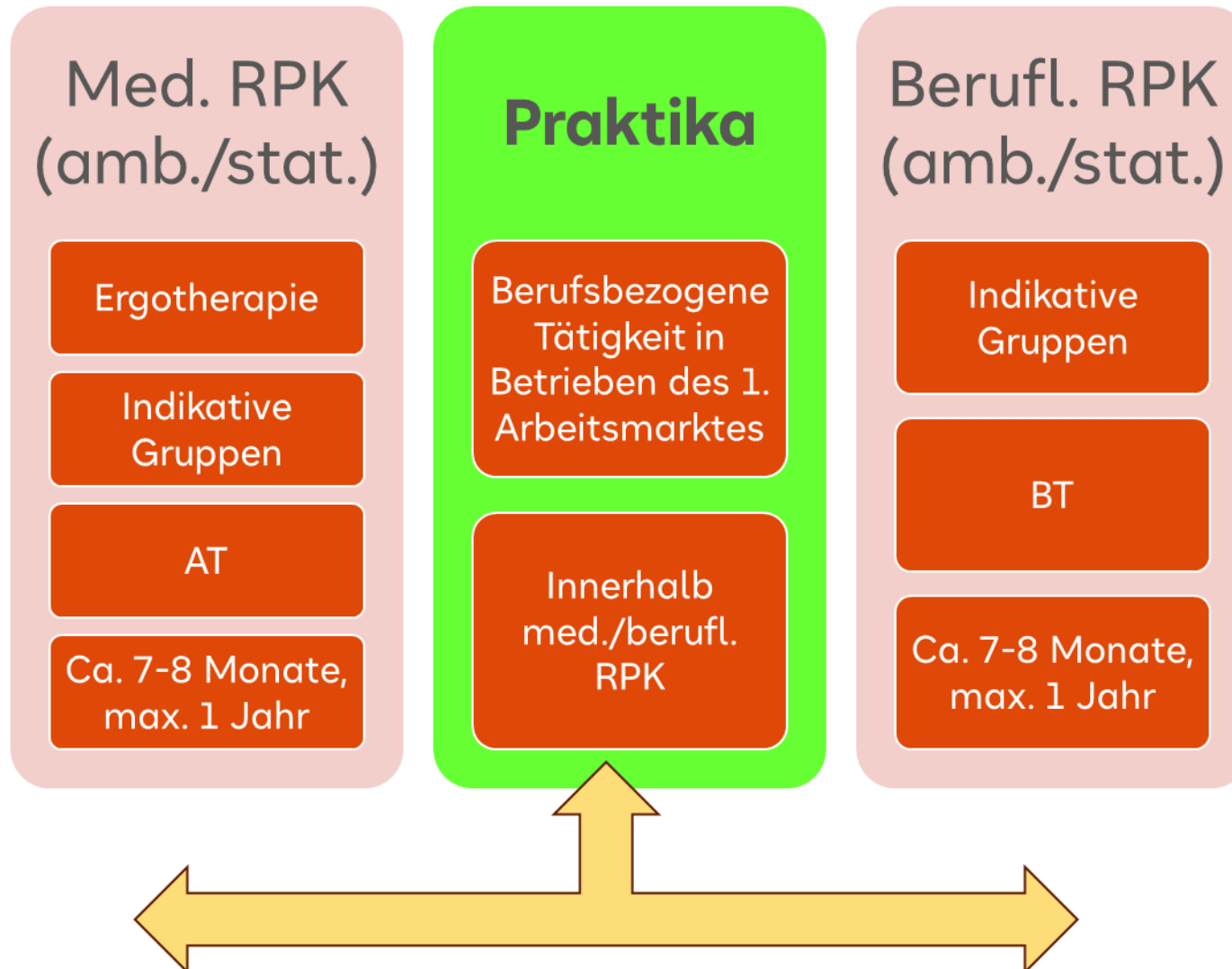


Anamnestisch \emptyset = 3,6 Aufenthalte, erster Kontakt mit 22 Jahren, stationär mit etwa 24 Jahren.



Auch die klinische Anamnese sieht sehr heterogen aus!

Rehabilitationsplanung am Beispiel RPK Karlsbad Langensteinbach



„Ein Therapeut –
Eine
therapeutische
Handlung“

Fazit

04

Entwicklung von (Reha-)Strategien statt Setting-Denken (1)

- **Stationär** (med. Reha – Bsp. Psychosomatik - mit festgelegter Aufenthaltsdauer, Gruppenbezogene Standardinterventionen in „Kur-“orten) **≠ Stationär** (heimatnah, Lebenswelt orientiert, personenbezogene individuelle Interventionen)
- Stationär: Rahmenbedingungen für **„hoch-genug-dosierte“ Intensität und Spezifität**
- **Eingebundensein** im Sinne von **Teilhabe** bedeutet Fähigkeiten entwickeln, ihre Umsetzung erproben, ..., die die es psychisch erkrankten Menschen ermöglichen, im **Sinne der Teilhabe aktiv zu werden**.
- Dieser Prozess ist (auch) umweltabhängig, ggf. muss eine geeignete **Lern- bzw. Entwicklungsumwelt** geschaffen werden.

Entwicklung von (Reha-)Strategien statt Setting-Denken (2)

- Der stationäre Behandlungsrahmen kann als „**Lebensweltmodell**“ dienen, wenn die stationäre Behandlung und/oder Rehabilitation **Lebenswelt orientierte Ressourcen aktiviert** und deren **Übertragung** in die Lebenswelt außerhalb der Einrichtung trainiert
- *Kritik/Frage: wie werden Profi-Entscheidungen zur Setting-Wahl motiviert? (Individuell – Bedarfseinschätzung/„Pause“ ... vs. Institutionell: Kapazitäten/Finanzen/LT-Vorgaben ...)*

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Dr. Gustav Wirtz

SRH RPK Karlsbad GmbH

Guttmanstraße 4

76307 Karlsbad

www.rpk-karlsbad.de