



BAR

Bundesarbeitsgemeinschaft
für Rehabilitation

ARBEITSHILFE

für die Rehabilitation und Teilhabe psychisch
kranker und behinderter Menschen



ARBEITSHILFE
für die Rehabilitation und Teilhabe psychisch
kranker und behinderter Menschen

Herausgeber:
 Bundesarbeitsgemeinschaft
 für Rehabilitation (BAR) e.V.
 Solmsstraße 18,
 60486 Frankfurt/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/Main,
 August 2010

ISBN 978-3-9813712-1-5

	<i>Vorwort</i>	9
1	<i>Einleitung</i>	11
1.1	Zielgruppen der Arbeitshilfe	11
1.2	Allgemeine Grundsätze für Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe	11
1.2.1	Bio-psycho-soziales Modell (ICF)	12
1.2.2	Sozialrechtliche Voraussetzungen	14
1.3	Spezielle Aspekte der Rehabilitation	16
1.3.1	Psychische Erkrankung und Behinderung	17
1.3.2	Grundsätze und Zielorientierung der Rehabilitation	17
1.3.3	Die Aufklärung und Einbeziehung der betroffenen Menschen und ihrer Bezugspersonen	19
2	<i>Psychische Störungen und Behinderungen</i>	21
2.1	Psychische Störungen und Rehabilitationsbedarf	21
2.2	Diagnoseübergreifende Aspekte	22
2.3	Die wichtigsten Krankheitsformen	23
2.3.1	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F0)	24
2.3.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1)	25
2.3.3	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F2)	25
2.3.4	Affektive Störungen (F3)	28
2.3.5	Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4)	30
2.3.6	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F5)	33
2.3.7	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6)	34
3	<i>Rehabilitationsziele und ihre Umsetzung</i>	37
3.1	Gesundheitliche Stabilisierung und Krankheitsbewältigung	38
3.2	Teilhabe am Leben in der Gesellschaft	40
3.3	Teilhabe am Arbeitsleben	41
3.4	Hilfen und Leistungen zur sozialen Sicherung	44
3.5	Verhinderung von Pflegebedürftigkeit	44

INHALT

4	Rehabilitationsdiagnostik und Beurteilung der Rehabilitationsfähigkeit	46
4.1	Grundsätze der Rehabilitation	46
4.2	Voraussetzungen der Rehabilitation	46
4.3	Anforderungen an die Rehabilitationsdiagnostik	48
4.4	Anforderungen an ein sozialmedizinisches Gutachten	48
4.5	Rehabilitationsprognose und Rehabilitationsplanung	49
5	Hilfen für psychisch kranke Menschen	52
5.1	Organisation und Ausgestaltung der Rehabilitation für psychisch kranke Menschen	52
5.1.1	Sozialpsychiatrische Dienste	56
5.1.2	Gemeinsame Servicestellen für Rehabilitation	56
5.1.3	Persönliches Budget	57
5.2	Krankenbehandlung	59
5.2.1	Hausärzte	59
5.2.2	Niedergelassene Fachärzte für psychische Erkrankungen	59
5.2.3	Niedergelassene Psychotherapeuten	59
5.2.4	Krankenhäuser zur Behandlung psychisch kranker Menschen	59
5.2.5	Soziotherapie-Leistungserbringer	61
5.2.6	Ergotherapeuten	61
5.2.7	Pflegedienste	61
5.3	Medizinische Rehabilitation in psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitationseinrichtungen	61
5.4	Rehabilitationseinrichtung für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK)	62
5.5	Teilhabe am Arbeitsleben	63
5.5.1	Berufliche Trainingszentren (BTZ)	63
5.5.2	Berufsbildungswerke, Berufsförderungswerke (BBW, BFW)	63
5.5.3	Integrationsprojekte	64
5.5.4	Unterstützte Beschäftigung	64
5.5.5	Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)	65
5.5.6	Zuverdienstfirmen und -angebote	66
5.5.7	Integrationsfachdienste (IFD)	66

INHALT

5.6	Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft	67
5.6.1	Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen	68
5.6.2	Tagesstätten	68
5.6.3	Ambulante betreute Wohnformen	68
5.6.4	Übergangseinrichtungen	69
5.6.5	Wohnheime	69
5.7	Selbsthilfe- und Angehörigengruppen sowie Psychose-Seminare	70
6	Sozialrechtliche Anspruchsgrundlagen	71
6.1	Leistungen zur Teilhabe nach dem SGB IX (Teil 1)	72
6.1.1	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 26 SGB IX)	72
6.1.2	Stufenweise Wiedereingliederung (§ 28 SGB IX)	73
6.1.3	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§§ 33 - 39 SGB IX)	73
6.1.4	Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§ 55 SGB IX)	75
6.1.5	Rehabilitationsträger und Leistungszuständigkeiten im Überblick	76
6.2	Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V)	76
6.2.1	Ambulante Krankenbehandlung	77
6.2.2	Krankenhausbehandlung	79
6.2.3	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	80
6.3	Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI) und Alterssicherung der Landwirte (ALG)	80
6.3.1	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	82
6.3.2	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	82
6.3.3	Ergänzende Leistungen	83
6.3.4	Sonstige Leistungen einschließlich Nachsorge	83
6.4	Arbeitsförderung (SGB III)	84
6.4.1	Allgemeine Leistungen	84
6.4.2	Besondere Leistungen	85
6.4.3	Weitere Leistungen	85
6.5	Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II)	86
6.6	Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII)	87
6.6.1	Stabilisierungsmaßnahmen	87
6.6.2	Weiterbehandlung	87
6.6.3	Teilhabe am Arbeitsleben	88
6.6.4	Geldleistungen	88
6.6.5	Entschädigung	88

6.7	Sozialhilfe (SGB XII)	88
6.7.1	Grundlagen der Erbringung von Leistungen	88
6.7.2	Die einzelnen Arten der Hilfe in besonderen Lebenslagen	90
6.7.3	Zuständige Sozialhilfeträger	91
6.8	Öffentliche Jugendhilfe (SGB VIII)	91
6.9	Soziale Pflegeversicherung (SGB XI)	92
6.9.1	Leistungsvoraussetzungen	92
6.9.2	Leistungen der Pflegeversicherung	93
6.10	Schwerbehindertenrecht SGB IX (Teil 2)	93
6.10.1	Personenkreis	94
6.10.2	Regelungen des Schwerbehindertenrechts	94
6.10.3	Integrationsämter	95
6.10.4	Leistungen der Integrationsämter	95
7	Fazit	97
8	Empfehlungen, Richtlinien, Vereinbarungen	100
9	Glossar	101
10	Ausgewählte Literatur	104
11	Adressen	106
11.1	Ausgewählte Institutionen und Selbsthilfe-Verbände, die im Bereich der Rehabilitation psychisch kranker Menschen von Bedeutung sind	106
11.2	Weiterführende Adressen	107
12	Abkürzungsverzeichnis	108
	Verzeichnis der Mitwirkenden	109

Psychisch kranke und behinderte Menschen sind im Zusammenhang mit Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe besonders zu beachten. Für deren Behandlung und Rehabilitation hat sich in den letzten Jahren ein gestuftes, differenziertes System an ambulanten und (teil)stationären Angeboten entwickelt.

Die Rehabilitation und Teilhabe psychisch kranker und behinderter Menschen gewinnt für die Rehabilitationsträger weiter an Bedeutung.

Mit dem Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderung wurden weltweite Standards gesetzt für ein menschliches und würdevolles Dasein von Menschen mit Behinderungen. Auch in Deutschland hat die UN-Behindertenrechtskonvention neue Impulse gegeben und die Teilhabe behinderter Menschen gestärkt und weiterentwickelt.

Selbstbestimmung und Teilhabe psychisch kranker und behinderter Menschen am Leben in der Gesellschaft haben einen hohen Stellenwert erhalten.

Die vorliegende völlig neu überarbeitete Arbeitshilfe berücksichtigt die Veränderungen/Entwicklungen in der rehabilitativen Versorgung psychisch kranker und behinderter Menschen in den letzten Jahren, insbesondere die neuen gesetzlichen Regelungen. Ein besonderes Anliegen der aktualisierten Arbeitshilfe ist es, allen am Rehabilitationsprozess beteiligten Personen einen Überblick und eine Orientierungshilfe über das Gesamtkonzept der Rehabilitation und Teilhabe zu geben.

Die BAR-Geschäftsführung dankt allen an der Überarbeitung Beteiligten.



Bernd Petri
Geschäftsführer der BAR e.V. –
Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation



1 Einleitung

1.1 Zielgruppen der Arbeitshilfe

Die Arbeitshilfe „Rehabilitation und Teilhabe psychisch kranker und behinderter Menschen“¹ ist eine Orientierungs- und Entscheidungshilfe zu zielgerichtetem, planvollem und abgestimmtem Handeln bei der Rehabilitation psychisch kranker Menschen. Sie wendet sich an alle an der Rehabilitation psychisch kranker Menschen beteiligten Personen. Dazu zählen insbesondere:

- Mitarbeiter/innen² von Behindertenverbänden und Selbsthilfegruppen,
- niedergelassene Ärzte und in Krankenhäusern tätige Ärzte,
- Mitarbeiter in Einrichtungen und Diensten der Rehabilitation und nachgehenden Betreuung (z. B. Ärzte, Gesundheits- und Krankenpfleger, Ergotherapeuten, Psychologen, Sozialarbeiter/Sozialpädagogen),
- Mitarbeiter der Rehabilitationsträger (insbesondere Kranken-, Renten-, Unfallversicherung und Bundesagentur für Arbeit) sowie deren medizinische Dienste (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, Sozialmedizinischer Dienst der Rentenversicherung sowie Ärztlicher und Psychologischer Dienst der Bundesagentur für Arbeit),
- Mitarbeiter der Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation,
- Mitarbeiter der Gesundheits- und Sozialverwaltung.

Die Arbeitshilfe wendet sich auch an die betroffenen Menschen selbst und ihre Bezugspersonen mit dem Ziel, über Grundlagen, Möglichkeiten und Zielsetzung der Rehabilitation psychisch kranker Menschen zu informieren. Darüber hinaus stellt die Arbeitshilfe ein Hilfsmittel für die Fortbildung aller bei den Sozialleistungsträgern tätigen Rehabilitationsfachkräfte dar.

1.2 Allgemeine Grundsätze für Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe

Psychische Störungen gehören zu den häufigsten und die Lebensqualität betroffener Menschen am stärksten einschränkenden Erkrankungen unserer Zeit. Nach Angabe der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aus dem Jahr 2006 macht jede vierte Person in Europa in ihrem Leben mindestens eine Episode psychischer Krankheit durch.

Auch in den aktuellen Gesundheitsberichten mehrerer deutscher Krankenkassen spiegelt sich diese Entwicklung wider. Darin wird z. B. die deutliche Zunahme des Anteils psychischer Erkrankungen an allen Arbeitsunfähigkeits- (AU-) Fällen beschrieben. Psychische und Verhaltensstörungen stehen in der Statistik nach den Muskel-Skelett-Erkrankungen an zweiter Stelle. Besonders auffällig bei psychisch kranken Menschen ist die Langzeitarbeitsunfähigkeit. Die Krankheitsdauer (AU-Tage je Krankheitsfall) bei psychischen und Verhaltensstörungen wird nur noch von den onkologischen Erkrankungen übertroffen.

Auch im Bereich der Teilhabeleistungen anderer Sozialversicherungsträger sind die psychischen Störungen von besonderer Bedeutung. In der Statistik der Deutschen Rentenversicherung stehen die psychischen und Verhaltensstörungen bei den Erwerbsminderungsrenten mit fast einem Drittel an erster Stelle.

¹ Das Sozialgesetzbuch spricht statt von psychisch kranken und behinderten Menschen von Menschen, die seelisch behindert sind oder denen eine solche Behinderung droht. Da beide Begriffe denselben Personenkreis umschreiben, soll in dieser Arbeitshilfe der Eindeutigkeit halber nur der Begriff „psychisch kranke Menschen“ verwendet werden. Mit dem Begriff sind in dieser Arbeitshilfe auch psychisch behinderte Menschen gemeint.

² Im Sinne einer besseren Lesbarkeit wurde auf die explizite Verwendung der Bezeichnung beider Geschlechter verzichtet.

Besondere Bedeutung haben daher Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe, die darauf ausgerichtet sind, eine gesundheitlich bedingte Gefährdung oder Beeinträchtigung von Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu beheben oder zu reduzieren. Hierzu gehören die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Diese sind in hoher Qualität zu erbringen.

Es gelten dabei folgende Grundsätze

- Frühzeitigkeit der Bedarfserkennung,³
- Individualität,
- Komplexität,
- Interdisziplinarität,
- Zielgerichtetheit (bezogen auf die Folgen der Krankheit),
- Einheitlichkeit und Nahtlosigkeit der Leistungserbringung,⁴
- Bedarfsgerechtigkeit unter Berücksichtigung des Vorrangs,
- ambulanter vor stationären Hilfen (Wohnortnähe),
- Rehabilitation vor Rente und
- Rehabilitation vor Pflege.

Unter dem Aspekt der Rehabilitation ist der Personenkreis von besonderer Bedeutung, bei dem aufgrund einer drohenden oder eingetretenen Chronifizierung der Erkrankung eine Beeinträchtigung der Fähigkeit zur selbstständigen Lebensführung, zur Teilnahme am gesellschaftlichen Leben und am Erwerbsleben gegeben ist oder einzutreten droht. Bei diesem Personenkreis tritt die Bewältigung der Krankheitsfolgen in den Vordergrund.

1.2.1 Bio-psycho-soziales Modell (ICF)

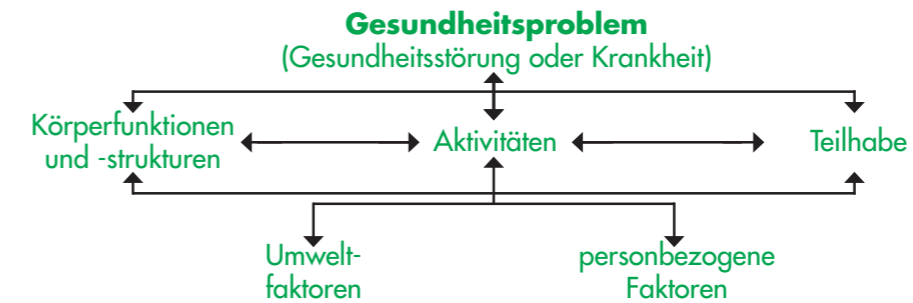
Für die Auswahl des im Einzelfall notwendigen Behandlungs- und Interventionskonzeptes sind neben der (Grund-) Erkrankung Art und Ausmaß der Funktionsstörungen, der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe als Folgen eines Krankheitsprozesses vor dem Lebenshintergrund (Kontextfaktoren) des betroffenen Menschen maßgeblich (finale Orientierung). Dieser umfassenden Betrachtung trägt die von der WHO entwickelte Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF) Rechnung.⁵ Im Sinne der ICF ist Behinderung eine negative Wechselwirkung zwischen dem Gesundheitsproblem und den Kontextfaktoren. Der Behinderungsbegriff der ICF ist weiter gefasst als der Behinderungsbegriff nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX), der sich vor allem auf eine gesundheitlich bedingte drohende oder manifeste Beeinträchtigung der Teilhabe bezieht.

³ BAR, Gemeinsame Empfehlung „Frühzeitige Bedarfserkennung“ unter www.bar-frankfurt.de

⁴ BAR, Gemeinsame Empfehlung „Einheitlichkeit/Nahtlosigkeit“ unter www.bar-frankfurt.de

⁵ Die deutschsprachige Übersetzung der ICF wurde vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegeben unter www.dimdi.de.

Abb. 1: Das bio-psycho-soziale Modell der Komponenten der Gesundheit



Hilfreich zum Verständnis des bio-psycho-sozialen Modells der ICF ist der Begriff der **funktionalen Gesundheit (functioning)**. Eine Person ist funktional gesund, wenn – vor ihrem gesamten Lebenshintergrund (Konzept der **Kontextfaktoren**: Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren) –

1. ihre körperlichen Funktionen (einschließlich psychischer Funktionen) und Körperstrukturen allgemein anerkannten (statistischen) Normen entsprechen (**Konzept der Körperfunktionen und -strukturen**),
2. sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet wird (**Konzept der Aktivitäten**),
3. sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (**Konzept der Teilhabe an Lebensbereichen**).

Die **Kontextfaktoren** stellen den gesamten Lebenshintergrund einer Person dar, also alle umwelt- und personbezogenen Faktoren, die Einfluss auf die Funktionsfähigkeit bzw. funktionale Gesundheit der Person haben können. Zu den Umweltfaktoren gehört alles, was sich auf die materielle, soziale und einstellungsbezogene Lebenswelt des betroffenen Menschen bezieht, z. B. Technologien, natürliche und von Menschen veränderte Umwelt, soziale Unterstützung und Beziehungen, Einstellungen, Werte, Überzeugungen und Dienstleistungen. Personbezogene Faktoren sind z. B. Alter, Geschlecht, Bildung, Beruf, Erfahrung, Persönlichkeit, andere Gesundheitsprobleme, Lebensstil und Gewohnheiten. Kontextfaktoren können positiv (Förderfaktoren) oder hemmend (Barrieren) wirken.

Das Bemühen der Rehabilitation ist darauf gerichtet, den durch Krankheit und Behinderung des betroffenen Menschen bedingten Einschränkungen zu begegnen und dem psychisch kranken Menschen ein möglichst eigenständiges Leben zu ermöglichen. Dabei sind insbesondere auch die individuell relevanten Kontextfaktoren zu berücksichtigen.

Üblicherweise ergeben sich daraus zunächst folgende Zusammenhänge: Aus der Funktionsstörung folgt die Beeinträchtigung von Aktivitäten der Person und daraus die Beeinträchtigung der Partizipation. Wichtig ist, dass auch umgekehrte Rückkopplungsschleifen – positiv und negativ – wirksam sein können: von der Partizipation zur Person zur Funktion/Krankheit. Die ICF lenkt die Aufmerksamkeit weiterhin darauf, dass bei einer Person die vorhandenen positiven Funktionen, Aktivitäten und Partizipationen – neben denen, die beeinträchtigt sind – mindestens genauso wichtig sind (auch Ressourcen-Orientierung statt nur Defizit-Orientierung).

Alle rehabilitativen Leistungen zielen darauf ab, die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen und zu sichern. Aus diesen komplexen Wechselwirkungen folgt, dass Behinderung als Folge einer Krankheit kein statisches Merkmal, sondern als ein dynamischer Prozess einer Person mit einer Krankheit in einer konkreten (materiellen und sozialen) Umwelt zu verstehen ist. Und die vielschichtigen Wechselwirkungen ergeben auch Ansätze zu komplexen Interventionen, z. B.

- die Störung von Funktionen (Krankheit) behandeln oder die ausgefallene Funktion übernehmen andere Fähigkeiten,
- beeinträchtigte Aktivitäten bessern oder durch andere kompensieren,
- beeinträchtigte Partizipation bessern oder anders ausgleichen.

Immer ist gleichzeitig bei der Anpassung von Kontextfaktoren an die Beeinträchtigungen des Rehabilitanden zu denken.

Wenn die Beeinträchtigungen der für die Person normalen Aktivitäten und Partizipation nicht ausreichend gebessert und nicht kompensiert werden können, dann wird es umso wichtiger, sich auf die verbliebenen Möglichkeiten zu fokussieren.

Das bio-psycho-soziale Modell der ICF ist wichtig für die Nachhaltigkeit von Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe. Im Verlauf der Therapie sollten möglichst früh die Zwischenergebnisse im realen Leben, z. B. zu Hause, am Arbeitsplatz und mit den dort relevanten Bezugspersonen, also im Kontext des wirklichen Lebens der Person, praktisch erprobt werden und sind nicht nur in der Rehabilitationseinrichtung zu bearbeiten. Die Umsetzung ins praktische Leben ist als Auftrag nicht erst bei der Entlassung mitzugeben. Das Problem des Transfers der psychosozialen Therapieergebnisse vom Kontext der therapeutischen Institution in die Kontexte des realen Lebens ist dabei zu berücksichtigen.

1.2.2 Sozialrechtliche Voraussetzungen

Nach dem SGB IX gelten Menschen als behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist (§ 2 SGB IX). Das SGB IX hat sich in seiner Definition an das Modell und die Begrifflichkeit der ICF angelehnt. 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.“

Vor diesem Hintergrund ist Rehabilitation als Prozess zu verstehen, in dem unterschiedlichste Hilfen für psychisch kranke Menschen auch unter Einbeziehung der Bezugspersonen – zeitlich parallel oder in zeitlicher Folge – jeweils so kombiniert werden, wie es dem individuellen Hilfebedarf neben der ggf. weiter erforderlichen Behandlung entspricht. Diese haben das Ziel

- die krankheitsbedingten Einschränkungen der Aktivitäten und der Teilhabe an der Gesellschaft zu überwinden – oder, wenn dies nicht möglich ist,
- den Betroffenen in den Stand zu versetzen, seine vorhandenen wie auch die beeinträchtigten Fähigkeiten so zu nutzen, dass der größtmögliche Grad an eigenständiger Lebensführung und Integration in die Gesellschaft erreicht werden kann.

Dieser umfassende Rehabilitationsgedanke wird im gegliederten System der sozialen Sicherung umgesetzt. Dabei sind besondere Anstrengungen und eine enge Kooperation aller Beteiligten erforderlich, um die Folge oder Kombination der im Einzelfall erforderlichen Hilfen (Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft) sicherzustellen.

Allgemeines Ziel der **Leistungen zur medizinischen Rehabilitation** ist, die drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gesellschaft durch frühzeitige Einleitung der im Einzelfall gebotenen Leistungen abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. 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“ (für seinen üblichen Lebenskontext üblich) erachtet werden. In dieser Zielsetzung sind bei psychischen Erkrankungen und Behinderungen von besonderer Bedeutung

- die seelische und körperliche Stabilisierung,
- die Entwicklung von Fähigkeiten und die Stärkung des Willens zur Krankheitsbewältigung/Motivation,
- die Förderung von Fähigkeiten und Fertigkeiten zu einer möglichst selbstständigen und eigenverantwortlichen Lebensführung und Alltagsgestaltung,
- die Abklärung von Eignung und Neigung, insbesondere im Hinblick auf ggf. erforderliche weiterführende Maßnahmen, z. B. im berufsfördernden Bereich.

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; wenn dieses Ziel nicht bzw. noch nicht erreicht werden kann, die Eingliederung auf dem besonderen Arbeitsmarkt. 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 kranken Menschen mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit ist ein Angebot an geeigneten Arbeitsplätzen – gegebenenfalls durch begleitende Hilfen – möglichst auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu erschließen.

Die **Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft** zielen darauf, behinderten Menschen die Teilhabe am allgemeinen sozialen Leben zu ermöglichen oder zu sichern oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen. Dabei ist es Aufgabe und Ziel, die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen, die die Pflege familiärer und anderer sozialer Kontakte sowie die Beteiligung am kulturellen, sportlichen und politischen Geschehen umfasst. Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft bedeutet, dass der psychisch kranke Mensch unter Wahrung der Chancengleichheit, entsprechend seinen Neigungen und Fähigkeiten, in alle Bereiche des gesellschaftlichen Lebens einbezogen ist und sich daran beteiligen kann.

Zusätzlich werden **unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen** erbracht. Durch sie sollen die Zielerreichungen der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben und zum Leben in der Gemeinschaft unterstützt sowie eine selbstbestimmte Lebensführung und Teilhabe der betroffenen Menschen am Leben in der Gesellschaft ermöglicht werden.

Im gestuften Versorgungssystem sind Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe angezeigt, wenn das Ziel nur durch eine komplexe multidisziplinäre Maßnahme zu erreichen ist. D. h., reicht z. B. eine Krankenbehandlung einschließlich der Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln zur Verminderung der Funktionsstörungen, Aktivitätseinschränkungen und Einschränkungen der Partizipation nicht aus, ist die Notwendigkeit von Leistungen zur Teilhabe zu prüfen. Dabei sind diese nur dann indiziert, wenn die individuelle Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und die positive Rehabilitationsprognose festgestellt bzw. eingeschätzt und auf dieser Grundlage ein konkretes Rehabilitationsziel formuliert werden konnten (vgl. Kap. 4).

Bei der Einleitung und Durchführung von Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe ist bei psychisch kranken Menschen – wie bei anderen Erkrankungen und Behinderungen – von den Grundsätzen der Frühzeitigkeit, Ganzheitlichkeit, Nahtlosigkeit und Bedarfsgerechtigkeit auszugehen.

Wichtig ist dabei die Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes und der Mitwirkungspflichten des Rehabilitanden. Sind Maßnahmen z. B. wegen mangelnder Mitarbeit des Rehabilitanden absehbar erfolglos, so kann der Leistungsträger die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen (§ 66 SGB I). Es müssen dann unter Ausschöpfung aller Möglichkeiten Alternativen entwickelt und geprüft werden.

1.3 Spezielle Aspekte der Rehabilitation

Psychische Erkrankungen und die daraus resultierenden Behinderungen entwickeln sich nicht linear bzw. kontinuierlich im Sinne einer vorgezeichneten Entwicklung. Der Verlauf psychischer Erkrankungen und Behinderungen wird beeinflusst durch das Zusammenwirken und die wechselseitige Beeinflussung biologischer, psychischer und sozialer Faktoren.

Bei akut auftretenden somatischen Erkrankungen, wie Herzinfarkt, beinhaltet die Versorgung üblicherweise: Prävention - Krankenbehandlung - Rehabilitation - Leistungen zur Sicherung der Nachhaltigkeit. Diese ist für den Personenkreis der psychisch kranken Menschen – ähnlich wie bei anderen chronisch verlaufenden Krankheiten z. B. Rheuma oder Diabetes – nur bedingt anwendbar. Leistungen der Krankenbehandlung, Rehabilitation und Pflege sind gerade bei psychisch kranken Menschen – je nach Krankheitsverlauf und dem Hilfebedarf des Betroffenen – flexibel zu kombinieren, entsprechend dem Bedarf des Einzelnen zielorientiert aufgebaut und ggf. wiederholt zu erbringen.

1.3.1 Psychische Erkrankung und Behinderung

Psychische Erkrankungen heben sich von körperlichen Erkrankungen und Behinderungen unter anderem dadurch ab, dass sie für die betroffenen Menschen selbst, wie auch für Außenstehende, oft nur schwer zu erkennen sind. Die Entwicklung von Krankheitseinsicht, die Bereitschaft zur Mitarbeit im Rehabilitationsprozess, aber auch die angemessene Unterstützung durch das soziale Umfeld können dadurch erheblich beeinträchtigt sein.

Der betroffene Mensch ist selbst zunächst oft nicht in der Lage zu beurteilen, ob seine 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 Verknennung der tatsächlichen gravierenden gesundheitlichen Beeinträchtigung verantwortlich, z. B. bei psychotischen Störungen. Diese Schwierigkeit, krankheitsbedingte Störungen und Einschränkungen als solche zu erkennen, erschwert es oftmals, notwendige und einer Chronifizierung vorbeugende Hilfen frühzeitig in Anspruch zu nehmen. Zur mangelhaften Selbstwahrnehmung einer psychischen Störung trägt auch die Stigmatisierung psychisch kranker Menschen in der Gesellschaft bei. In der Folge sind nicht wenige psychisch kranke Menschen nur noch eingeschränkt in der Lage, soziale Rollen (in Familie, Freundeskreis oder im Beruf) entsprechend ihren eigenen und den Erwartungen der Umwelt auszufüllen.

Aber auch für die Menschen im Umfeld ist zunächst oft nicht erkennbar, ob dysfunktionales Verhalten, wie sozialer Rückzug, krankheitsbedingt ist oder Ausdruck mangelnder Bereitschaft bei gegebener Fähigkeit zu bestimmtem Verhalten.

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 Rehabilitationsplanung zu berücksichtigen.

Die Beeinträchtigungen auf der Ebene der gesellschaftlichen Teilhabe (Partizipation), z. B. ein Mangel an sozialen Kontakten, 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.

Diese Wechselwirkungen von gesundheitlichen, funktionalen und sozialen Beeinträchtigungen entsprechen dem bio-psycho-sozialen Modell (vgl. Kap. 1.2.1). Dabei müssen die Komponenten von Krankheit und Gesundheit bei der detaillierten und konkreten Bestimmung des Rehabilitationsbedarfs psychisch kranker Menschen berücksichtigt werden.

1.3.2 Grundsätze und Zielorientierung der Rehabilitation

Entsprechend den bereits genannten allgemeinen Grundsätzen und Zielorientierungen sind psychisch kranke Menschen unter Berücksichtigung der Besonderheiten ihrer Erkrankung/Behinderung mehr als gesunde Menschen auf eine Umgebung angewiesen, die geprägt ist von den Prinzipien

- Klarheit, Eindeutigkeit und Transparenz,
- Verlässlichkeit und Kontinuität,
- 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 kranken Menschen und seinen Bezugspersonen Hilfe zum Verständnis und zur Akzeptanz der Krankheit 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,
- ein angemessenes Maß an Tätigsein sicherzustellen mit dem Ziel der (Wieder-) Erlangung der vollen oder doch zumindest teilweisen Erwerbsfähigkeit,
- Möglichkeiten der sozialen Integration 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 und Hilfspotentiale im sozialen Umfeld aktivieren, Stärkung und Einbeziehung der Bezugspersonen sowie beschützte Arbeitsmöglichkeiten („erst qualifizieren, dann platzieren“) oder Training am Arbeitsplatz auf dem ersten Arbeitsmarkt („erst platzieren, dann qualifizieren“).

DIE EINBEZIEHUNG DER BETROFFENEN MENSCHEN WIE AUCH IHRER BEZUGSPERSONEN IST FÜR DEN REHABILITATIONS-PROZESS BESONDERS WICHTIG.“

Schließlich kommt den Grundsätzen ambulanter vor stationärer Hilfe sowie lebensfeldbezogener Gestaltung von Hilfen für psychisch kranke Menschen besondere Bedeutung zu. Durch eine wohnortnahe, das Umfeld einbeziehende Rehabilitation kann die soziale Integration vor Ort aufrecht erhalten 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 weiteren Hilfen. Unter bestimmten Umständen hat sich aber auch eine Distanzierung vom gewohnten Lebensumfeld für psychisch kranke Menschen als hilfreich erwiesen. Die Auswahl der Rehabilitationsform muss sich daher immer an den Bedürfnissen des Einzelnen orientieren.

1.3.3 Die Aufklärung und Einbeziehung der betroffenen Menschen und ihrer Bezugspersonen

Die Aufklärung der betroffenen Menschen wie auch ihrer Bezugspersonen über die psychische Erkrankung sowie deren Einbeziehung in die Rehabilitationsplanung sind eine unverzichtbare Voraussetzung, um bei den psychisch kranken Menschen sowie ihren Bezugspersonen

- Verständnis für die Erkrankung zu wecken,
- Einsicht in erforderliche Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen zu vermitteln,
- die Bereitschaft zur aktiven Mitwirkung zu fördern.

Bei der Information und Aufklärung der betroffenen Menschen insbesondere über geplante Rehabilitationsleistungen und bei der Einbeziehung von Bezugspersonen sind die gesetzlichen Bestimmungen der Schweigepflicht und des Datenschutzes zu beachten. Die Weitergabe personenbezogener Angaben kann unter Beachtung der gesetzlichen Vorschriften nur mit der Einwilligung des betroffenen Menschen erfolgen.

Die Einbeziehung der betroffenen Menschen wie auch ihrer Bezugspersonen ist für den Rehabilitationsprozess besonders wichtig. Die Rehabilitationsplanung hat der Würde und Autonomie des betroffenen Menschen angemessen Rechnung zu tragen und dabei soll er aktiv in die weitere Planung einbezogen werden. Die gemeinsame Behandlungs- und Rehabilitationsplanung des betroffenen Menschen und seines Therapeuten fördert einerseits die aktive Mitwirkung des psychisch kranken 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 einem chronischen Verlauf einer psychischen Erkrankung müssen sich sowohl der Betroffene wie auch die Bezugspersonen mit einer – gegenüber den ursprünglichen vor Krankheitsbeginn bestehenden Lebenszielen – veränderten Lebensplanung auseinandersetzen und eine neue, den veränderten Möglichkeiten angemessene Haltung und Perspektive entwickeln können.

Wenn Bezugspersonen beteiligt werden, sollte dies in Form gemeinsamer Gespräche unter Einbeziehung des betroffenen Menschen erfolgen. Hierdurch wird zum einen für den psychisch kranken Menschen erfahrbar, dass seine aktive Teilnahme am Rehabilitationsprozess ausdrücklich erwünscht ist, zum anderen erhalten die Behandelnden einen wichtigen Eindruck von den familiären 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 diagnostizierte Krankheit sollte so erfolgen, dass es dem psychisch kranken Menschen möglich wird, die krankheitsbedingten Störungen als seine zu erkennen, um damit die Akzeptanz der Krankheit zu fördern. 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.

Ebenso sorgsam und handlungsorientiert sollte 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. 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.

Die Information der betroffenen Menschen und der 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 Behinderungen und die Perspektive der möglichen Besserung zu betonen.

2 Psychische Störungen und Behinderungen

Der Begriff „psychische Störungen“ hat inzwischen in der Psychiatrie, der Psychosomatik, der klinischen Psychologie und der Psychotherapie die älteren Begriffe „psychische Krankheit“ oder „psychische Erkrankung“ bzw. „psychosomatische Erkrankung“ abgelöst. Der Begriff der psychischen Störungen wird als wertneutraler angesehen als die anderen Begrifflichkeiten. Mit der Einführung der ICD-10-GM⁶ wurde der Begriff der Störungen verwendet, um einen klinisch erkennbaren Komplex von Symptomen oder Verhaltensauffälligkeiten zu bezeichnen, der immer auf der individuellen und oft auch auf der Gruppen- oder sozialen Ebene mit Belastung und mit Beeinträchtigung von Funktionen verbunden ist, sich aber nicht auf der sozialen Ebene allein darstellt.⁷

Psychische Störungen treten in verschiedenen Formen auf, die in ihrer Beeinflussbarkeit sowie in der Bedeutung für den psychisch kranken Menschen ungemein vielfältig sind.

Eine psychische 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. Der Begriff der Behinderung ist dabei vor dem Hintergrund des bio-psycho-sozialen Modells der Komponenten von Krankheit und Gesundheit zu sehen und berücksichtigt somit auch die Wechselwirkungen zwischen diesen drei Ebenen.

Auch bei chronischem Verlauf und eingetretenen Behinderungen bleibt die Ebene der Erkrankung bestehen. Das mögliche erneute Auftreten akuter Krankheitssymptome und der variable Einfluss, den diese Symptome auf Art und Ausmaß der Behinderung ausüben, verdeutlichen die Schwierigkeit, Krankheit und Behinderung gegeneinander abzugrenzen.

2.1 Psychische Störungen und Rehabilitationsbedarf

Über Häufigkeit und Ausmaß psychischer Krankheiten sind in der Literatur unterschiedliche Angaben zu finden. Dies gründet sich u. a. darauf, 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 nachdem, wie weit oder wie eng der Begriff der psychischen Störung gefasst wird, können unterschiedliche Angaben über die Häufigkeit entstehen.

Die Wahrscheinlichkeit, an einer psychischen Störung zu erkranken, ist dabei größer als allgemein angenommen wird:

- Die Prävalenz psychischer Störungen ist in Europa sehr hoch. Von 870 Mio. in Europa lebenden Menschen leiden nach Schätzungen jederzeit 100 Mio. an Angstzuständen und Depressionen, über 21 Mio. an Störungen durch Alkohol, über 7 Mio. an der Alzheimer-Krankheit und anderen Formen von Demenz, ca. 4 Mio. an Schizophrenie, 4 Mio. an bipolaren affektiven Störungen und 4 Mio. an Panikstörungen.⁸
- Es besteht eine enorme Lücke zwischen Behandlungsbedarf und den verfügbaren Angeboten. In einer Erhebung der Europäischen Union aus dem Jahr 2003 erhielten 90 % aller Menschen, die über psychische Gesundheitsprobleme berichteten, nach eigener Aussage

⁶ ICD-10-GM: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (GM)

⁷ WHO, Internationale Klassifikation psychischer Störungen unter www.who.int

⁸ Psychische Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen, WHO (Hrsg.), 2006

innerhalb der vorangegangenen 12 Monate keinerlei Behandlung oder Pflege. Nur 2,5 % von ihnen waren mit einem Psychiater oder Psychologen in Kontakt gewesen. Selbst in entwickelten Ländern mit gut organisierten Gesundheitssystemen werden zwischen 44 und 70 % der Patienten mit psychischen Störungen nicht behandelt.⁸

- Eine der tragischsten Folgen psychischer Gesundheitsprobleme ist der Suizid. Von den zehn Ländern mit den weltweit höchsten Suizidraten liegen neun in Europa. Nach den neuesten verfügbaren Daten begehen jedes Jahr ungefähr 150.000 Menschen Suizid, davon sind 80 % Männer.⁸

Diese Arbeitshilfe beschäftigt sich mit der Rehabilitation von Menschen mit einer chronisch verlaufenden psychischen Störung, bei denen aufgrund der Erkrankung eine Behinderung bereits eingetreten ist oder eintreten droht.

Die spezifische Rehabilitation von Menschen mit stoffgebundenen Abhängigkeitskrankheiten ist Thema einer eigenen BAR-Arbeitshilfe⁹. 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.

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. Dem entsprechend verschieden können auch Art und Ausmaß der infolge bzw. in Verbindung mit der Störung auftretenden Beeinträchtigungen der Teilhabe an Lebensbereichen sein.

Häufig erkennen betroffene Menschen psychische Störungen nicht oder erst verspätet als krankheitsbedingte Beeinträchtigungen und nehmen daher notwendige Hilfen nur bedingt in Anspruch. Zudem werden psychische Störungen – da sie zunächst unverständlich und nicht nachvollziehbar erscheinen – von den betroffenen Menschen wie von der Umwelt vielfach noch als Makel erlebt. Einerseits werden sie häufig nicht als Krankheiten wahrgenommen, sondern auf „schlechte Charaktereigenschaften“ und „negative Einstellungen“ zurückgeführt, andererseits lösen sie in der Umgebung nicht selten Ängste und Misstrauen aus. Dabei wird oft verkannt, in welchem Umfang psychisch kranke Menschen Willensanstrengungen 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.

⁸ Psychische Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen, WHO (Hrsg.), 2006
⁹ BAR, Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitskrankheiten, Heft 12 unter www.bar-frankfurt.de

Bei psychischen Störungen, insbesondere bei einem chronischen 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 ICF gut beschrieben.¹⁰

Die individuelle Ermittlung des Hilfebedarfs (personenzentrierter Ansatz) erfordert daher eine genaue Kenntnis des psychisch kranken 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 nur von nachrangiger 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 kranken Menschen die Ziele und Zwischenziele sowie die einzelnen Schritte zu besprechen, zu „verhandeln“ und auf den Weg zu bringen.

2.3 Die wichtigsten Krankheitsformen

Psychische Störungen werden nach der ICD-10-GM in einer deskriptiven, an diagnostischen Kriterien orientierten Klassifikation unterteilt (vgl. Abb. 2).

Abb. 2: 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 F6.¹¹

¹⁰ BAR, ICF-Praxisleitfaden 1 und ICF-Praxisleitfaden 2 unter www.bar-frankfurt.de
¹¹ Zur Vertiefung wird auf die Literaturliste im Anhang verwiesen.

DER VERLAUF DER ORGANISCH BEDINGTEN PSYCHISCHEN STÖRUNGEN IST SEHR VARIABEL UND HÄNGT VOR ALLEM VON DER GRUNDKRANKHEIT UND IHRER BEHANDELBARKEIT AB.“

2.3.1 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F0)

■ Entstehung, Symptomatik, Verlauf

Eine primäre hirnanorganische 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.

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.

■ 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 kranken 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 biografischen 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 und fortschreitenden Beeinträchtigungen ist eine engmaschige und die verbliebenen Ressourcen fördernde Betreuung oft nur in einem stationären Rahmen möglich.

2.3.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1)

Da zu den F1-Diagnosen nach ICD-10-GM, also den durch psychotrope Substanzen bedingten psychischen Auffälligkeiten, eine eigene Arbeitshilfe der BAR vorliegt, wird hier darauf nicht eingegangen.¹²

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 schizoaffektiven Störungen, bei denen jedoch eindeutig schizophrene und eindeutig affektive Symptome gleichzeitig oder nur durch wenige Tage getrennt während derselben Krankheitsperiode 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, jedoch erkranken Männer am häufigsten erstmals zwischen dem 20. und 24. Lebensjahr und Frauen zwischen dem 26. und 29. Lebensjahr. Bei Frauen ist der Krankheitsverlauf

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

insgesamt günstiger. Bei der Schizophrenie geht man von einer Suizidrate von 10-15 % aus.¹³ Die Schizophrenie ist eine multifaktoriell bedingte Störung. Allgemein anerkannt ist inzwischen das so genannte Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-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 biologischer und psychosozialer Faktoren in seiner Lebensentwicklung – anfällig (vulnerabel) für diese psychische Störung ist.

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 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 der paranoiden 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.

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 unterscheiden 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.

¹³ Kompetenznetz Schizophrenie unter www.kompetenznetz-schizophrenie.de

■ 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 z. B. beim Verlust eines Beines), sondern um ein fragiles Gleichgewicht auf reduziertem Niveau in Abhängigkeit von unterschiedlichen Einflussfaktoren.

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 von verbalen Mitteilungen, sozialen Signalen und Situationen ist unsicher geworden oder sie werden als feindselig wahrgenommen.
- 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 nimmt in der Regel diese Veränderungen bei sich wahr und versucht sie bis zur Erschöpfung durch zusätzliche Willensanstrengung, Überprüfung der Wahrnehmungen, Einhaltung einer bestimmten Ordnung und Regelmäßigkeit usw. zu kompensieren.

Leistungseinbußen und auffälliges Verhalten können zu Störungen der Partizipation und schließlich zur Ausgliederung und Isolation führen, insbesondere wenn die Bezugspersonen des betroffenen Menschen (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 (Neuroleptika) 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 Neuroleptika 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.

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.

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 Abhängigkeitserkrankungen die häufigsten psychischen Erkrankungen. Sämtliche depressive Störungen von Krankheitswert – einschließlich der leichteren Formen – weisen zusammen eine Punktprävalenz von 15 bis 30 % auf. Neben den leichteren Formen (Dysthymien) beträgt der Anteil der depressiven Episoden im engeren Sinne („Major-Depression“) 2 bis 7 %. Frauen erkranken doppelt so häufig wie Männer, die Hälfte der kranken Menschen ist bei Beginn unter 40 Jahre alt. Das Suizidrisiko ist hoch.

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.

¹⁴ DGPPN, S3 – Behandlungsleitlinie Schizophrenie unter www.dgppn.de
¹⁵ Kompetenznetz Depression unter www.kompetenznetz-depression.de

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. Ihre Prävalenz ist mit zusammen 4 % als relativ hoch zu bewerten.

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 zwischen Akuttherapie, Erhaltungs- und

¹⁶ DGPPN, Behandlungsleitlinie Affektive Erkrankungen unter www.dgppn.de

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.

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. Eine ausreichende Rehabilitationsfähigkeit kann u. a. daran abgelesen werden, dass der Rehabilitand in der Lage ist, an den Einzel- und Gruppentherapien regelmäßig und Erfolg versprechend teilzunehmen.

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. Etwa 15 % der Bevölkerung erkranken z. B. an einer Angststörung.

Man geht von einer multifaktoriellen Entstehung aus, wobei psychologische, psychosoziale und biologische Aspekte in unterschiedlicher Gewichtung berücksichtigt werden müssen.

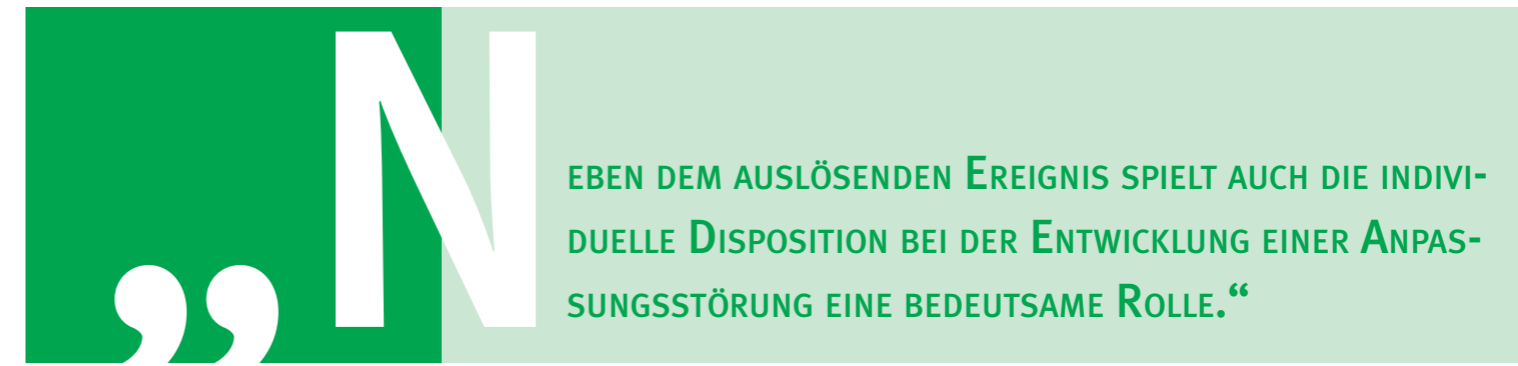
Die betroffenen Menschen werden häufig falsch eingeschätzt oder nicht ernst genommen. Sie versuchen vielfach über lange Zeit ohne fremde Hilfe zu Recht zu kommen. Für Außenstehende entsteht daher oft der Eindruck eines plötzlichen Krankheitsereignisses, wenn die Kompensationsanstrengungen unter Belastung versagen.

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

- je höher die 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.

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). Die Empfehlung einer psychotherapeutischen Behandlung stößt dann nicht selten auf Ablehnung und es kann zu häufigen Arztwechseln („Doctor hopping“) kommen, verbunden mit der Durchführung wiederholter, umfangreicher, jedoch nicht zielführender oder sogar schädlicher diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen.



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 Schwächegefühle können auftreten. Oft gemeinsam mit Ängsten vor dem Sterben, Kontrollverlust oder dem Gefühl, „wahnsinnig“ zu werden. Allein die Vorstellung, dass die ängstigenden Situationen eintreten könnten, erzeugt meist schon Erwartungsangst und führt zur Vermeidung dieser Situationen.

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, Erstickengefühle, 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.

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 kranke 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.

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 belastenden 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 katastrophentypigen 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 uneingeschränkt 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 erfolgen. 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.

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 Anorexia nervosa der Entwicklung einer Bulimia nervosa voraus.

■ Funktionsstörungen und Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe

Insbesondere bei den Essstörungen wie Anorexia und Bulimia nervosa 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 Anorexie ist zu berücksichtigen, dass das Untergewicht lebensbedrohliche Ausmaße annehmen kann. Die Sterblichkeit bei dieser Erkrankung ist hoch. Bei den übrigen,

¹⁷ DGPPN, Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Angsterkrankungen unter www.DGPPN.de

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 Anorexia) 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.

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. 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 uneinflussbaren Verlauf auszugehen.

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

¹⁸ DGPPN, Behandlungsleitlinie Essstörungen unter www.DGPPN.de

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 wahnhafte 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.

Emotional instabile Persönlichkeitsstörung

Diese Persönlichkeitsstörung ist gekennzeichnet durch eine Neigung zu emotionalen Ausbrüchen und eine Unfähigkeit, impulsives 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. 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 Akzeptanz, eine Überempfindlichkeit gegenüber Zurückweisung und Kritik. Die Beziehungsfähigkeit ist oft eingeschränkt. Die betreffende Person neigt zur Überbetonung potentieller 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 Suizid tendenz

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 extensiv 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.

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 Neuroleptika 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 ambulante fachärztliche und psychotherapeutische Behandlung nicht aus und liegen keine akuten Eigen- oder Fremdgefährdungsaspekte vor, können Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe in Betracht kommen.

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

3 Rehabilitationsziele und ihre Umsetzung

Ziel von Leistungen zur Teilhabe ist, den psychisch kranken Menschen zu befähigen, ein möglichst eigenständiges Leben zu führen, einschließlich der Möglichkeit zur Teilhabe an allen wichtigen Lebensbereichen. Dazu sollen Hilfen beitragen, um

- die verbliebenen Fähigkeiten optimal zu nutzen,
- beeinträchtigte Fähigkeiten wieder oder kompensatorische Fertigkeiten neu zu entwickeln bzw. sich fehlende oder neue Fähigkeiten anzueignen,
- soziale Benachteiligungen auszugleichen.

Dieser komplexe Prozess beinhaltet als – miteinander verflochtene – Teilziele

- die Krankheit zu bewältigen,
- Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen,
- Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern,
- Pflegebedürftigkeit zu verhindern,
- in die Gesellschaft einzugliedern,
- Erwerbsminderung abzuwenden,
- Teilerwerbsfähigkeit zu erlangen,
- die volle Erwerbsfähigkeit herzustellen.

Der Rehabilitationserfolg lässt sich insbesondere an dem Ausmaß beurteilen, in dem jemand

- arbeiten,
- häusliche und familiäre Verantwortung übernehmen,
- Freizeit sinnvoll nutzen kann,

und so insgesamt Zufriedenheit aus der Integration in alle wichtigen Lebensbereiche schöpfen kann.

In dieser Zielsetzung befassen sich Leistungen zur Teilhabe mit der Realisierung befriedigender sozialer Rollen.

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

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

Wenn psychisch kranke Menschen z. B. niemals selbstständig gelebt, noch nicht über einen längeren Zeitraum gearbeitet oder nicht gelernt haben, stützende persönliche Beziehungen einzugehen und zu pflegen, kann man nicht davon ausgehen, dass sie dies plötzlich alles tun könnten. Dies bedeutet aber nicht, dass hier keine Entwicklung eintreten kann. Rehabilitationsangebote können neue Perspektiven und Handlungsmöglichkeiten einleiten und entwickeln.

Folgende Punkte sind deshalb konzeptionell und inhaltlich von besonderer Bedeutung für die Rehabilitation bei psychischen Störungen:

- Die Schaffung eines therapeutischen Milieus in den Einrichtungen und eines fördernden Milieus im privaten und beruflichen Umfeld, in denen neue Verhaltensmöglichkeiten erprobt und geübt werden und ihre Ergebnisse langfristig und nachhaltig genutzt werden können.
- Die enge Kooperation mit und zwischen behandelnden Fach- und Hausärzten sowie Therapeuten und betreuenden sozialen Diensten.

Dabei muss den regionalen Möglichkeiten zur ambulanten und stationären Behandlung sowie zur psychosozialen Unterstützung und Betreuung ebenso Rechnung getragen werden wie den konkreten Möglichkeiten und Anforderungen des lebensfeldbezogenen Arbeitsmarktes.

3.1 Gesundheitliche Stabilisierung und Krankheitsbewältigung

Gesundheitliche Stabilisierung und Krankheitsbewältigung bedürfen bei chronisch verlaufenden Störungen der kontinuierlichen und beständigen Weiterentwicklung, Veränderung und Auseinandersetzung.

Einsicht in eine psychische Erkrankung oder Behinderung zu entwickeln und den Umgang mit der Krankheit zu lernen, ist in der Regel für den psychisch kranken Menschen mit vielfältigen Kränkungen verbunden. Wenn Menschen sich selbst als schwach, verletzlich, krank, eingeschränkt und behindert wahrnehmen und erleben, erfährt das ohnehin gestörte Selbstwertgefühl eine erneute Beeinträchtigung.

Besonders deutlich wird dieser Aspekt der chronischen psychischen Erkrankung an drei Nahtstellen:

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

Besonders zu berücksichtigen ist bei psychisch kranken Menschen im Unterschied zu somatisch kranken/behinderten Menschen, dass bei Ihnen störungsbedingt die Fähigkeiten beeinträchtigt sein können, die für den Prozess der Krankheitsbewältigung wichtig sind.

Krankheitsbewältigung umfasst die Einsicht in das Vorliegen von Störungen und Beeinträchtigungen und den Erwerb von Fähigkeiten zu einem angemessenen Umgang mit der Erkrankung und den in Folge der Erkrankung auftretenden Beeinträchtigungen.

Der Prozess, der die Integration der psychischen Störung in das Selbstbild, die Auseinandersetzung mit veränderten Lebenszielen und ggf. mit dem sozialen Status als psychisch kranker Mensch erfordert, wird durch Vorurteile, Stigmatisierung und das immer noch mangelhafte Verständnis für diesen Personenkreis erschwert und beeinträchtigt.

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 lebensfeldbezogener Hilfsmöglichkeiten,
- 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 Störungen 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,

- Arbeitstherapie und realitätsnahe Belastungserprobung,
- Physiotherapie/Sport- und Bewegungstherapie,
- Beratung und Unterstützung bei der Gestaltung von Freizeit und Tagesstruktur,
- 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.

3.2 Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

Alle Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zielen darauf ab, die 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, im

- familiären Zusammenhang (z. B. als Mutter, Vater, Sohn oder Tochter),
- Freundes- und Bekanntenkreis (z. B. als Gastgeber oder Gast, als Gesprächspartner oder Partner für gemeinsame Unternehmungen),
- Bereich des Wohnens als Mieter oder Eigentümer einer Wohnung,
- Bereich der Alltagsbewältigung und der Selbstversorgung (z. B. als Kunde in Geschäften und bei Banken),
- sportlichen, kulturellen oder geselligen Bereich (z. B. als Vereinsmitglied, Theater- oder Kinobesucher, Gast eines Restaurants),
- 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 Einkaufen, 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 kranke 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 Eingliederung

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

Das Spektrum des möglichen Hilfebedarfs umfasst u. a. Hilfen zur

- 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 Hilfebedarfs sind unter dem Aspekt der möglichst alltagsnahen Gestaltung der Hilfen

- vorrangig ambulante Hilfen und/oder Angebote, die ein Verbleiben im eigenen Lebensumfeld ermöglichen (z. B. Soziale Assistenz/Betreutes Wohnen, häusliche Krankenpflege, ambulante Soziotherapie, psychiatrische Institutsambulanz, sozialpsychiatrische Dienste, psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen und Tagesstätten) sowie
- nachrangig stationäre Wohnangebote in Anspruch zu nehmen.

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 einfach zu erkennendes Kriterium für Genesung von Krankheit,
- 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 der beruflichen Rehabilitation von psychisch kranken Menschen sind Zeitmuster 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 völligen Wiederherstellung oft erst nach langer Zeit deutlich zu.

So kann z. B. nach längerer Arbeit in beschützender Umgebung eine stabile Besserung eintreten, so dass dann berufsvorbereitende oder -bildende Maßnahmen Erfolg versprechend werden.

Die Ziele der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind je nach Lage des Einzelfalles

- auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt
 - der Erhalt des Arbeitsplatzes (z. B. durch begleitende Hilfen, Arbeitsplatz erhaltendes 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 ggf. erforderlichen Behandlungs- und Betreuungskontakten (z. B. zu niedergelassenen Fachärzten für Psychiatrie und/oder ambulanten psychiatrischen Einrichtungen und Diensten) nicht zu gefährden.

ENTSPRECHEND DEN BESONDERHEITEN PSYCHISCHER STÖRUNGEN SOLLTEN DIE SPEZIFISCHEN BEDÜRFNISSE PSYCHISCH KRANKER MENSCHEN BEI DEN LEISTUNGEN ZUR TEILHABE AM ARBEITSLEBEN SO WEIT WIE MÖGLICH BERÜCKSICHTIGT WERDEN.“

■ Leistungen zur beruflichen Eingliederung

Die individuell erforderlichen allgemeinen Hilfen und Maßnahmen sind auszurichten an

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

Sie sind im Besonderen anzupassen an die Anforderungen und die Möglichkeiten des Lebensumfeld bezogenen regionalen 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 Störungen sollten die spezifischen Bedürfnisse psychisch kranker Menschen bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben so weit wie möglich berücksichtigt werden. Dies gilt insbesondere für

- die Rehabilitationsberatung,
- die Erstellung und Fortschreibung des Rehabilitationsplanes auf der Grundlage einer fachlich angemessenen Diagnostik und Reha-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 kranken 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 kranke 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.

Berufsbildende und sonstige berufsfördernde Maßnahmen sind bei psychisch kranken Menschen ohne berufliche Erstausbildung sowie bei psychisch kranken Menschen mit einem kurz- oder mittelfristigen Krankheitsverlauf in Betracht zu ziehen, die aufgrund der psychischen Störungen aus dem Arbeitsleben ausgegliedert wurden oder denen Ausgliederung droht. Des Weiteren kommen sie für psychisch kranke 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.

Bei der Eingliederung in das Erwerbsleben benötigen psychisch kranke 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 sollen alle Beteiligten, wie Arbeitgeber, Betriebsarzt, Personalvertretung sowie die Arbeitskollegen einbezogen werden.

Dabei kommen Hilfen zur Integration in Arbeits- und Beschäftigungsverhältnisse sowie der begleitenden Hilfe durch das Integrationsamt bei der Eingliederung psychisch kranker 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 kranken Menschen, deren Leistungsfähigkeit wesentlich gemindert ist, können Ausgleichszahlungen an den Arbeitgeber einen wichtigen Faktor für den Erhalt eines Arbeitsplatzes bedeuten. Bei dem Minderleistungsausgleich wie bei der berufsbegleitenden psychosozialen Betreuung im Arbeitsleben handelt es sich um Leistungen nach dem Schwerbehindertenrecht (vgl. Kap 5.5.3 und 6.10).

3.4 Hilfen und Leistungen zur sozialen Sicherung

Sofern der psychisch kranke 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.

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

3.5 Verhinderung von Pflegebedürftigkeit

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.

Das Rehabilitationsziel der Verhinderung von Pflegebedürftigkeit beinhaltet positiv formuliert den Erhalt bzw. die Erlangung der im Einzelfall größtmöglichen Selbstständigkeit und Unabhängigkeit von Pflege.

Je nach Art und Umfang drohender oder eingetretener Beeinträchtigungen und Behinderungen und unter Berücksichtigung erworbener sowie noch nicht entwickelter Fähigkeiten und Fertigkeiten stehen hier Hilfen zur Stabilisierung der Persönlichkeit und zur eigenverantwortlichen Alltagsbewältigung im Vordergrund.

Diese Zielsetzung erfordert einerseits bei den Mitgliedern des therapeutischen Teams eine Haltung, die den psychisch kranken 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.

■ Maßnahmen zur Verhinderung von Pflegebedürftigkeit

Der hier verwendete Pflegebedürftigkeitsbegriff ist nicht eingengt auf die Definition der Sozialen Pflegeversicherung zu beziehen, sondern auch auf die der anderen Träger von Leistungen zur Teilhabe, insbesondere des SGB XII.

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.

Neben der möglichst realitätsnahen Förderung und Erprobung alltagspraktischer Fähigkeiten und Fertigkeiten kommen hierbei Maßnahmen der Aktivierung und der körperlichen sowie der psychischen Stabilisierung besondere Bedeutung zu. Psychisch kranke Menschen leiden häufig auch unter Störungen in der Beziehung zu und in der Wahrnehmung ihres eigenen Körpers. Deshalb sind neben sozio- und milieutherapeutischen Maßnahmen auch physio- und bewegungstherapeutische Hilfen erforderlich.

Sofern der Eintritt von Pflegebedürftigkeit nicht vermieden werden kann, ist auch hier der Grundsatz des Vorrangs ambulanter vor stationären Hilfen zu berücksichtigen. In einer Umgebung, die von der Notwendigkeit der Alltagsbewältigung geprägt ist, entstehen am ehesten Anreize zur Erlangung größerer Selbstständigkeit. Es ist deshalb im Einzelfall zu prüfen, inwieweit eine Betreuung durch ambulante Einrichtungen und Dienste mit psychiatrisch qualifiziertem Personal notwendig und möglich ist. Die längerfristige Unterbringung in einer vollstationären Einrichtung (Heim) sollte nur dann in Betracht gezogen werden, wenn unter Ausschöpfung der ambulanten Hilfen und eigenen Ressourcen keine ausreichende Stabilisierung und Entlastung möglich ist.

4 Rehabilitationsdiagnostik und Beurteilung der Rehabilitationsfähigkeit

4.1 Grundsätze der Rehabilitation

Bei der Rehabilitation psychisch kranker Menschen ist ebenso wie bei anderen Erkrankungen und Behinderungen von den Grundsätzen auszugehen, dass die Rehabilitationsleistungen möglichst

- frühzeitig – sobald der individuelle Rehabilitationsbedarf entsteht – einsetzen,
- ganzheitlich – durch Integration aller im Einzelfall notwendigen Hilfen,
- nahtlos – durch Gewährleistung der Kontinuität im Zugang wie auch innerhalb der verschiedenen Leistungsarten der Rehabilitation und
- bedarfsgerecht – entsprechend den Erfordernissen des Einzelfalles – unter Berücksichtigung des Vorrangs
 - ambulanter vor stationären Hilfen (Wohnortnähe),
 - der Rehabilitation vor Rente und
 - der Rehabilitation vor Pflege,

erbracht werden.

Der individuelle Rehabilitations- und Teilhabebedarf richtet sich nach den Auswirkungen der vorhandenen Gesundheitsstörung auf Aktivitäten und Teilhabe des betroffenen Menschen und ist jeweils unter Einbeziehung der biologischen, psychischen und sozialen Komponenten zu ermitteln. Ein wesentliches Instrument zur Umsetzung der genannten Grundsätze ist die Erarbeitung eines mit dem betroffenen Menschen und allen an seiner Behandlung und Rehabilitation beteiligten Fachkräften abgestimmten, zielorientierten Rehabilitationsplans. Dieser berücksichtigt die im Einzelfall angestrebten Ziele und Zwischenziele sowie den bestehenden spezifischen Bedarf an Hilfe und Förderung des psychisch kranken Menschen.

4.2 Voraussetzungen der Rehabilitation

Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe sind dann erforderlich, wenn Leistungen der ambulanten, teilstationären und stationären Krankenbehandlung einschließlich der Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, darunter auch die ambulante Soziotherapie, zur Verbesserung der Funktionsfähigkeit sowie zur Förderung der Aktivitäten und der Teilhabechancen an Lebensbereichen nicht ausreichen. Leistungen der Eingliederungshilfe einschließlich nachgehender Hilfe zur Sicherung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen (§ 54 SGB XII) sind in diesem Zusammenhang auch zu prüfen.

Im gestuften System der sozialen Sicherung sind über die kurative Versorgung von Krankheiten hinaus Leistungen zur Teilhabe angezeigt, wenn das Ziel des Erhaltes bzw. der Wiederherstellung der Teilhabe nur durch eine komplexe multidisziplinäre Maßnahme zu erreichen ist. Die Leistungen zur Teilhabe können je nach individuellem Bedarf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und/oder zur Teilhabe am Arbeitsleben und/oder zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft umfassen. Dabei kann auch dann die sozialmedizinische Notwendigkeit zur Einleitung einer komplexen Rehabilitationsleistung bestehen, wenn noch nicht alle Möglichkeiten der Krankenbehandlung ausgeschöpft wurden.

Voraussetzung für alle Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe ist die Feststellung der individuellen

- Rehabilitationsbedürftigkeit,
- Rehabilitationsfähigkeit sowie
- die Einschätzung einer positiven Rehabilitationsprognose vor dem Hintergrund der Formulierung eines realistischen Rehabilitationsziels.

■ 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 Behinderung und deren Auswirkungen auf die verschiedenen Ebenen der Teilhabe. Hierzu ist eine mehrdimensionale Diagnostik 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

Der Begriff der Rehabilitationsfähigkeit bezieht sich auf die somatische und psychische Verfassung des Rehabilitanden (Motivation/Motivierbarkeit und Belastbarkeit) im Hinblick auf die Teilnahme an einer geeigneten Leistung zur Rehabilitation und Teilhabe.

Die Rehabilitationsfähigkeit ist Voraussetzung für die Erbringung von Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe. Sie ist im Rahmen einer ärztlichen (sozialmedizinischen) Begutachtung festzustellen. Unter Berücksichtigung der vorstehenden Ausführungen zu dem eher dynamischen Verlauf psychischer Störungen ist hier zu berücksichtigen, dass sich Rehabilitationsfähigkeit und -bedarf wandeln können.

■ Rehabilitationsprognose

Die Rehabilitationsprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage über die Erreichbarkeit eines festgelegten Rehabilitationsziels

- durch geeignete Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe,
- in einem notwendigen Zeitraum.

■ **Rehabilitationsziel**

Das Rehabilitationsziel bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation besteht darin, möglichst frühzeitig drohende oder bereits manifeste Beeinträchtigungen infolge einer Gesundheitsstörung zu beseitigen, zu vermindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten. Die medizinische Rehabilitation zielt nicht nur auf eine Verbesserung der alltagsrelevanten, sondern auch der berufsbezogenen Funktionsstörungen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe (erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit).

Nach Prüfung von Rehabilitationsfähigkeit und Rehabilitationsprognose wird das alltagsrelevante Rehabilitationsziel aus den Schädigungen der Funktionen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe abgeleitet, die den Rehabilitanden in der selbstständigen Bewältigung und Gestaltung der Lebensbereiche beeinträchtigen, die als Grundbedürfnisse menschlichen Lebens beschrieben werden.

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. Bei Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen oder vergleichbaren Einrichtungen umfasst die Zielsetzung auch, die Persönlichkeit dieser Menschen weiterzuentwickeln sowie ihre berufliche Bildung und Beschäftigung zu ermöglichen oder zu sichern.

Die Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zielen darauf, behinderten Menschen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen oder zu sichern oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen.

4.3 Anforderungen an die Rehabilitationsdiagnostik

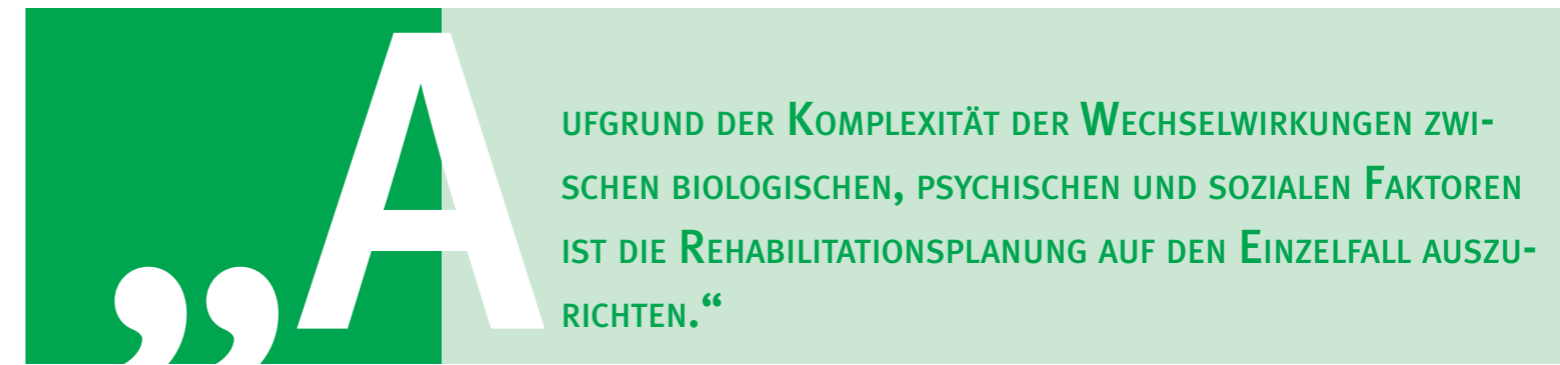
Während die Krankheitsdiagnostik die „regelwidrigen körperlichen, geistigen oder psychischen Zustände“ erfasst und die Funktionsdiagnostik im engeren Sinne auf die Erfassung von Einschränkungen organischer, geistiger oder psychischer Funktionen zielt, muss die Rehabilitationsdiagnostik darüber hinaus 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.

4.4 Anforderungen an ein sozialmedizinisches Gutachten

Psychische Störungen stellen besondere Anforderungen an die gutachterliche Tätigkeit, weil bei der Untersuchung in weitaus stärkerem Maße als bei körperlichen Krankheiten die aktive Mitarbeit des psychisch kranken Menschen erforderlich 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 kranken 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“²⁰, wobei regelmäßig Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit, Rehabilitationsprognose und Rehabilitationsziel (vgl. Kap. 4.2) darzustellen sind. Dabei sind Angaben zu einzelnen oder mehreren der folgenden Bereiche zu machen:

²⁰ BAR, Gemeinsame Empfehlungen unter www.bar-frankfurt.de

- Diagnose(n), Symptomatik, Krankheitsvorgeschichte,
- Untersuchungsbefunde,
- Persönlichkeit und Krankheitsverarbeitung,
- Sozialanamnese,
- Epikrise,
- sozialmedizinische Beurteilung,
- vorhandene Fähigkeiten sowie Art und Ausprägung von Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe,
- Vorschläge zu Art und Durchführung von Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe,
- Prognose auf der Grundlage praktischer Erprobung.



4.5 Rehabilitationsprognose und Rehabilitationsplanung

Eine individuelle Rehabilitationsprognose (vgl. Kap. 4.2) und -planung kann oft nur anhand praktischer Erprobungen unter möglichst realitätsnahen Bedingungen erstellt werden, da Kontextfaktoren den Verlauf der Erkrankung und damit auch den Erfolg von Rehabilitationsleistungen beeinflussen.

Information und Aufklärung des psychisch kranken Menschen wie auch seiner Bezugspersonen kommen große Bedeutung zu (vgl. Kap. 1.3.3), um damit den betroffenen Menschen zur aktiven Mitwirkung und die Bezugspersonen zur Unterstützung zu gewinnen.

Diese Aufklärung über geplante Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe sollte handlungsorientiert erfolgen. Ausgangs- und Bezugspunkt bilden dabei einerseits die vorhandenen, andererseits die beeinträchtigten bzw. nicht vorhandenen Fähigkeiten und Fertigkeiten, die es wieder bzw. neu zu entwickeln gilt. Dabei sind jeweils klare und realistische Ziele anzustreben, die innerhalb eines überschaubaren Zeitraums erreicht werden können.

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

Dem dynamischen Verlauf psychischer Störungen entsprechend muss bei der Prognosebeurteilung wie bei der Rehabilitationsplanung die Möglichkeit berücksichtigt werden, dass Schwankungen in der persönlichen Stabilität mit Auswirkungen in den Bereichen Alltagsbewältigung, soziale Beziehungsfähigkeit und berufliche Belastbarkeit auftreten können. Das Gutachtenverfahren und die Prognose müssen sich daher auf überschaubare Zeitabschnitte und sowohl realistische Teil- als auch Gesamtziele beziehen und mit dem Fortschreiten des Rehabilitationsprozesses regelmäßig überprüft und angepasst werden.

Es ist im Einzelfall auf Basis der Entwicklung in der Vergangenheit zu prognostizieren und zu gewichten, wie sich die Krankheitsdynamik – insbesondere die einzelnen Kontextfaktoren – auf den Rehabilitationserfolg und dessen Nachhaltigkeit auswirken werden.

DER STABILISIERUNG IM ALLTAG UND BEI DER ALLTAGSBEWÄLTIGUNG KOMMT EINE ZENTRALE BEDEUTUNG ZU.“

Auch bei mehrjähriger, teilweise jahrzehntelanger Chronifizierung einer psychischen Störung mit weitreichenden funktionalen Einschränkungen und sozialen Beeinträchtigungen sind je nach Krankheitsdynamik noch 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 später – bei gegebener Rehabilitationsfähigkeit – mit weiteren Teilhabeleistungen aufgebaut werden. Dieser Umstand sollte bei der Abgabe einer prognostischen Einschätzung bezüglich der Erreichung von Rehabilitationszielen berücksichtigt werden. Eine individuelle Zielformulierung sollte erfolgen.

Der Stabilisierung im Alltag und bei der Alltagsbewältigung kommt eine zentrale Bedeutung zu. Die z. B. im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation gewonnene Fähigkeit zu weitestgehend eigenverantwortlicher Alltagsgestaltung und -bewältigung bildet die Voraussetzung für die Einleitung Erfolg versprechender Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Für die Bewilligung bestimmter Leistungen, z. B. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durch die Bundesagentur für Arbeit oder die gesetzliche Rentenversicherung, ist eine spezifische, auf das jeweilige gesetzlich festgeschriebene Ziel ausgerichtete Prognostik erforderlich. Allein die Möglichkeit, dass eine Besserung bzw. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit eintreten kann, beinhaltet hier keine ausreichende Bewilligungsgrundlage. So muss z. B. die Erreichung des Rehabilitationsziels der Rentenversicherung „überwiegend wahrscheinlich“ sein. Ein geringerer Grad von Wahrscheinlichkeit, also die bloße Möglichkeit des Rehabilitationserfolgs, genügt nicht.

Entsprechend dem individuellen Rehabilitationsbedarf des psychisch kranken Menschen (vgl. Kap. 2) bedarf es eines flexiblen Systems von rehabilitativen Hilfen, das Angebote enthält zur

- Förderung und Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung 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.

Nach den Besonderheiten des Einzelfalles sind die jeweils notwendigen Hilfen bedarfsgerecht parallel bzw. aufeinander aufbauend zu erbringen. Dabei sind jeweils kleinschrittige, innerhalb eines überschaubaren Zeitraumes erreichbare Ziele zugrunde zu legen.

Das System der Hilfen ist darüber hinaus flexibel zu gestalten, um bei krankheits- und/oder behinderungsbedingten Schwankungen in der persönlichen Stabilität und Belastbarkeit dem sich verändernden Bedarf an Hilfe und Förderung zu entsprechen.

Die Festlegung der anzustrebenden Rehabilitationsziele erfolgt in Abstimmung mit dem Rehabilitanden unter Berücksichtigung seines Selbstbildes und seiner Lebensziele, ausgehend von Art und Ausmaß der eingetretenen oder drohenden Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe sowie der Dauer der Erkrankung und Behinderung.

So ist z. B. bei einem chronisch psychisch kranken Menschen, der über einen längeren Zeitraum in einer stationären Einrichtung versorgt oder von Bezugspersonen betreut wurde, langfristig zunächst die Befähigung zu einer möglichst eigenständigen und von Pflege weitgehend unabhängigen Lebensführung durch rehabilitative Maßnahmen anzustreben.

Bei einem erstmals psychisch kranken Menschen, der berufstätig ist und im eigenen Haushalt lebt, werden – je nach Art und Ausmaß drohender oder eingetretener Beeinträchtigungen und Behinderungen – Maßnahmen zum Erhalt der selbstständigen Lebensführung und zum Erhalt bzw. der Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit im Vordergrund stehen.

5 Hilfen für psychisch kranke Menschen

Das System der Hilfen für psychisch kranke Menschen befindet sich in einem Prozess der fortlaufenden Entwicklung. Nach wie vor stehen dabei vor allem der Auf- und Ausbau wohnortnaher und ambulanter Hilfen im Vordergrund, um die Einbindung des sozialen Umfeldes in die Versorgung zu ermöglichen und für den psychisch kranken Menschen den Verbleib im gewohnten Lebensfeld sicherzustellen.

Bei den bestehenden Einrichtungen und Diensten zur Behandlung und Rehabilitation psychisch kranker Menschen sind folgende Besonderheiten zu berücksichtigen:

- Der überwiegende Teil der Angebote bietet ein breit gefächertes Spektrum von Hilfen an. Dementsprechend bestehen Überlappungen zwischen den Aufgabenbereichen einzelner Einrichtungen und Dienste, die regional unterschiedlich ausgeprägt sind.
- Die Hilfeangebote sind hinsichtlich ihrer Aufgabenstellung und personellen Ausstattung in den einzelnen Bundesländern zum Teil unterschiedlich strukturiert. Auch bei gleicher Bezeichnung der einzelnen Dienste und Einrichtungen werden historisch bedingt unterschiedliche Leistungen angeboten.

Die Vorstellung der Hilfen berücksichtigt die Vielfalt und stellt die jeweils zentralen Aufgabenstellungen und Zielsetzungen heraus.

Voraussetzung für eine effektive und effiziente Versorgung psychisch kranker Menschen bildet auf regionaler Ebene das Vorhandensein der für ein gemeindepsychiatrisches Hilfesystem notwendigen Angebote (Verfügbarkeit der Hilfsfunktionen). Darüber hinaus ist die Kenntnis des differenzierten Systems und seiner Bestandteile einschließlich der jeweiligen Zuständigkeiten innerhalb der Region notwendig. Diesem Ziel dienen eine enge Kooperation der beteiligten Träger und Organisationen und die Koordination der Hilfen innerhalb der Region. Hierdurch werden die Aufgaben unterschiedlicher Institutionen konkretisiert, aufeinander abgestimmt und in die regionale Gesamtversorgung im Sinne eines gemeindepsychiatrischen Verbundes integriert.

Dem Aufbau gemeindepsychiatrischer Verbundsysteme kommt insbesondere für den Personenkreis der chronisch psychisch kranken Menschen große Bedeutung zu. Der zum Teil komplexe Bedarf an rehabilitativen und nachgehenden Hilfen in den verschiedenen Lebensbereichen erfordert ein abgestimmtes und integriertes Angebot.

Neben der Kooperation auf der institutionellen Ebene ist mit Menschen, die infolge der psychischen Störung einen komplexen Bedarf an Hilfe haben, jeweils im Einzelfall ein Behandlungs- bzw. Rehabilitationsplan zu erarbeiten, der eine zentrale Grundlage für eine personenbezogene (einrichtungs- und ggf. leistungsträgerübergreifende), am individuellen Bedarf orientierte Erbringung von Hilfen beinhaltet.

5.1 Organisation und Ausgestaltung der Rehabilitation für psychisch kranke Menschen

Sowohl das Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung) wie auch das Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) enthalten die Handlungsnorm, wonach den besonderen Belangen psychisch kranker Menschen Rechnung zu tragen ist.

Zu den zu berücksichtigenden Besonderheiten gehört insbesondere, dass sich chronische psychische Erkrankungen und Behinderungen nicht linear bzw. kontinuierlich im Sinne eines vorgezeichneten Schemas, sondern dynamisch und prozesshaft entwickeln (vgl. Kap. 1). 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 Hilfebedarf (vgl. Kap. 2.2 und 4). Dabei sind bezüglich der Organisation und Ausgestaltung von Hilfen für psychisch kranke Menschen folgende Leitlinien und Prinzipien handlungsleitend:

■ Gemeindeintegrierte Hilfen

Um die sozialen Bindungen der psychisch kranken 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 Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft 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 einschließlich der niedergelassenen Ärzte auf regionaler Ebene sowie für jeden Einzelfall abgestimmt und sinnvoll koordiniert sein. Dabei ist psychisch kranken Menschen entsprechend den individuellen Anspruchsvoraussetzungen und ihrem Bedarf an Förderung und Hilfe der einfache Zugang zu entsprechenden Angeboten zu ermöglichen.

■ Flexible, am individuellen Bedarf orientierte Hilfen

Aufgrund der Komplexität der Störungen und der behinderungsbedingten Schwankungen in der persönlichen Stabilität und dem Leistungsvermögen muss die Rehabilitation schrittweise geplant, durchgeführt und die Prognose entsprechend fortgeschrieben werden. Dabei müssen Rehabilitationsplanung 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 Hilfe möglich sein, ohne dass der psychisch kranke Mensch aus seinem sozialen Bezugssystem, zu dem auch die jeweiligen Mitarbeiter von Diensten und Einrichtungen gehören, ausgegliedert wird.

■ Kontinuität

Bei der Rehabilitation psychisch kranker Menschen kommt der personellen Kontinuität bei der therapeutisch notwendigen Beratung und Betreuung sowie bei der Vorbereitung und Durchführung von Maßnahmen zentrale Bedeutung zu. Es wäre daher wünschenswert, dass unter den für einen Rehabilitanden zuständigen Fachkräften eine therapeutische Bezugsperson (und eine Vertretung) benannt wird. Aufgabe dieser therapeutischen Bezugsperson ist, im kontinuierlichen persönlichen Kontakt den betroffenen Menschen zu begleiten und die Durchführung des Rehabilitationsprogramms in Anpassung an die Entwicklung des psychisch kranken Menschen und seiner sozialen Situation zu koordinieren.

Insbesondere bei längerfristig verlaufenden psychischen Störungen ist darauf zu achten, dass z. B. bereits während der Krankenhausbehandlung der Wechsel von stationären zu ambulanten Angeboten sorgfältig vorbereitet wird und frühzeitig der Kontakt zu weitergehenden Hilfen aufgenommen und aufgebaut werden kann.

■ Realitätsnähe und Bezug zum Lebensumfeld

Zu den wesentlichen Zielen gehört die Erhaltung oder die Eingliederung in möglichst normale Lebensverhältnisse. Die Lebensbedingungen während rehabilitativer Maßnahmen müssen daher soweit wie möglich an der Lebenswirklichkeit orientiert sein. Dementsprechend hat die Erbringung von Hilfeleistungen 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.

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 normale Leben übertragen werden können.

■ Einbeziehung des sozialen Umfeldes

Ein wohnortnahes Angebot an rehabilitativen Hilfen ist zugleich auch eine Voraussetzung, um Ressourcen im sozialen Umfeld zu mobilisieren und ggf. bestehende Belastungen nach Möglichkeit zu vermindern. Einzubeziehen sind nach den Besonderheiten des Einzelfalles 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 1.3.3 dargestellt.

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

■ Rehabilitationsförderndes Milieu

In der rehabilitativen und therapeutischen Arbeit mit psychisch kranken Menschen kann bei der Gestaltung des Umgangs und der Hilfen von dem Grundsatz ausgegangen werden, dass alle Einflüsse und Bedingungen als günstig anzusehen sind, die auch einen nicht behinderten Menschen in seiner sozialen Entwicklung fördern und stabilisieren. Aufgrund ihrer Sensibilität und Verletzlichkeit benötigen psychisch kranke Menschen in besonderem Maße ein Milieu, 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 – benötigen psychisch kranke Menschen eine Umgebung, in der sie Sicherheit erfahren können. 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 Milieu gehören des Weiteren Beweglichkeit und Offenheit, um sich dem veränderten Hilfebedarf bei eintretenden Besserungen ebenso wie bei Verschlechterungen anpassen zu können.

Die wirksamsten Faktoren in Rehabilitationsprogrammen und damit Eckpfeiler eines rehabilitationsfördernden Milieus 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 in z. B. Haushalt, Beruf,
- Schaffung von Kontakten in der Gemeinschaft,
- stützende Begleitung.

■ Multidisziplinäres Team

Die Rehabilitation und Behandlung der psychischen Störungen muss 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 erbracht werden von

- Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzten für Psychosomatik und Psychotherapie und Fachärzten für Psychiatrie,
- ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten,
- Psychologen,
- Pädagogen,
- Sozialarbeitern/Sozialpädagogen,
- Gesundheits- und Krankenpflegern,
- Ergotherapeuten,
- Physiotherapeuten/Bewegungstherapeuten,
- Fachkräften 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 kranker Menschen besondere Anstrengungen.

Dem Arzt kommt in der Rehabilitation für psychisch kranke Menschen eine Schlüsselfunktion zu. Er führt die medizinische Versorgung einschließlich der medikamentösen Therapie durch und ist insbesondere für die Einleitung, die Klärung des Umfangs und die Beendigung von notwendigen Leistungen zur Behandlung und Rehabilitation verantwortlich.

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. Die multidisziplinäre Zusammenarbeit erfordert ein abgestimmtes Vorgehen aller Berufsgruppen des Rehabilitationsteams. Diese umfasst insbesondere die

- Sicherstellung der dem Bedarf des Einzelfalles entsprechenden Hilfen und Förderung,
- Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung und Selbsthilfeorientierung,
- Einbeziehung der Bezugspersonen und des sozialen Umfeldes.

5.1.1 Sozialpsychiatrische Dienste

Sozialpsychiatrische Dienste erfüllen einerseits Aufgaben in der Versorgung und Betreuung psychisch kranker Menschen und nehmen andererseits in der Regel koordinierende Funktionen im System psychiatrischer Hilfen wahr.

Zu der Koordinationsfunktion gehören u. a. die Beratung anderer Dienste und der niedergelassenen Ärzte im Einzugsgebiet und zum Teil die Organisation bzw. Geschäftsführung der regionalen Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft.

Die zentralen Aufgaben in der patientenbezogenen Arbeit liegen in der Erbringung vorsorgender und nachgehender Hilfen, auch durch Hausbesuche, sowie in der Krisenintervention. Ein Schwerpunkt ist die Kontaktaufnahme mit behandlungsbedürftigen Personen, die aus mangelnder Eigeninitiative bzw. eingeschränktem Hilfesuchvermögen nicht die erforderlichen psychiatrischen Hilfen 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 Hilfe durch eigene Mitarbeiter sicherzustellen.

In den meisten 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.

5.1.2 Gemeinsame Servicestellen für Rehabilitation

Entsprechend dem SGB IX unterhalten die Rehabilitationsträger Gemeinsame Servicestellen für Rehabilitation. Diese erbringen eine umfassende, qualifizierte, individuelle, neutrale aber verbindliche Beratung und Unterstützung im Bereich der Rehabilitation und Teilhabe.

Für jeden Landkreis/jede kreisfreie Stadt besteht mindestens eine Gemeinsame Servicestelle. Das tatsächliche Angebot ist in den Regionen unterschiedlich entwickelt. Ein aktuelles Verzeichnis aller Gemeinsamen Servicestellen befindet sich im Internet.²¹

²¹ www.reha-servicestellen.de

Mit den Gemeinsamen Servicestellen sollen Probleme der Zuständigkeitsklärung vermieden werden. Die Gemeinsamen Servicestellen klären daher das Anliegen des Ratsuchenden, nehmen Rehabilitationsanträge auf und ermitteln den zuständigen Rehabilitationsträger. Wenn notwendig, wird auch der weitere Kontakt zum zuständigen Rehabilitationsträger hergestellt und der Antrag weitergeleitet. Auch in laufenden Rehabilitationsverfahren kann sich der Ratsuchende erneut an die Gemeinsame Servicestelle wenden.

Die Gemeinsamen Servicestellen unterstützen den betroffenen Menschen also von der Antragstellung bis zum Abschluss des Verfahrens.

Als Anlaufstelle erfüllt die Gemeinsame Servicestelle nach §§ 22, 84 SGB IX umfassende Beratungs- und Unterstützungsaufgaben, insbesondere:

- die Information (z. B. über Leistungsvoraussetzungen, Leistungen der Rehabilitationsträger einschließlich deren Inhalt und Ablauf, Klärung der Zuständigkeit),
- die Klärung des Rehabilitationsbedarfs (z. B. Hilfe bei der Klärung des Teilhabe-/Rehabilitationsbedarfs, Antragstellung und -weiterleitung),
- die Beratung (über besondere Hilfen im Arbeitsleben/bei Verwaltungsabläufen, bei der Inanspruchnahme von Leistungen, Hinwirken auf Entscheidungen),
- die unterstützende Begleitung und Koordination (z. B. Vorbereitung der Entscheidung, Koordinierung und Vermittlung, Information des zuständigen Rehabilitationsträgers),
- beim Persönlichen Budget,
- beim Betrieblichen Eingliederungsmanagement.

Bei Bedarf können zur Beratung weitere Sachverständige (z. B. Ärzte, Sozialarbeiter) hinzugezogen werden. Mit Einverständnis des betroffenen Menschen können Vertreter z. B. von Behindertenverbänden, Selbsthilfegruppen, Interessenvertretungen behinderter Frauen an den Beratungen beteiligt werden.

Weitere Informationen zu den Aufgaben der Gemeinsamen Servicestellen und den Leistungen der verschiedenen Sozialleistungsträger sind in dem von der BAR erarbeiteten „Handbuch für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Gemeinsamen Servicestelle für Rehabilitation“ und in der Rahmenvereinbarung „Gemeinsame Servicestellen“ zu finden.²²

5.1.3 Persönliches Budget

Mit dem Persönlichen Budget wird behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen die Möglichkeit gegeben, ihren Bedarf an Teilhabeleistungen in eigener Verantwortung und Gestaltung zu decken. Seit 1. Januar 2008 besteht auf Leistungen in Form des Persönlichen Budgets ein Rechtsanspruch. Das Persönliche Budget ist ein Angebot für alle Menschen mit Behinderungen, von dem niemand aufgrund der Art und Schwere seiner Behinderung oder wegen des Umfangs der benötigten Leistungen (zur Teilhabe) ausgegrenzt wird. Es bietet die Möglichkeit, die Leistungen ganz am individuellen Bedarf auszurichten und die Wunsch- und Wahlrechte potentieller Budgetnehmer umfassend zu berücksichtigen.

Ein Persönliches Budget nach § 17 Abs. 2 bis 4 SGB IX setzt einen Anspruch auf Teilhabeleistungen bzw. andere budgetfähige Sozialleistungen voraus. Der behinderte Mensch hat die Möglichkeit

²² www.bar-frankfurt.de oder für das Handbuch: Thieme Verlag, 2. Auflage, Stuttgart/New York 2009

und das Recht, diese Leistungsansprüche in Form von Geldleistungen (ggf. auch Gutscheinen) als Alternative zu Sachleistungen zu verwirklichen. Wie vor jeder Leistungsbewilligung ist auch vor der Bewilligung eines Persönlichen Budgets vom Kostenträger u. a. zu prüfen, ob der Antragsteller einen rechtlichen Anspruch auf die Leistung hat. Dieser besteht, wenn der Antragsteller die Voraussetzungen für die Leistungsbewilligung, die sich aus den Vorschriften des jeweiligen Leistungsgesetzes ergeben, erfüllt. Das Persönliche Budget ist also keine neue Leistung, sondern eine neue Form der Leistungserbringung. Als Budgetnehmer erhält der behinderte Mensch die ihm bewilligten Leistungen als Geldbetrag und kann damit auf Grundlage der Zielvereinbarung selbst darüber entscheiden, wann, wo, wie und durch wen er seine der Leistung zu Grunde liegenden Bedarfe deckt und wie und wodurch die vereinbarten Ziele erreicht werden. Damit soll für behinderte Menschen die Grundlage dafür geschaffen werden, im stärkeren Maße ein möglichst selbstbestimmtes und selbstständiges Leben in eigener Verantwortung zu führen. Dies gilt auch bei einer Vertretung durch einen rechtlichen Betreuer oder einen Erziehungsberechtigten. Dabei ist zu beachten, dass psychisch kranke Menschen mit der eigenständigen Nutzung des Persönlichen Budgets krankheitsbedingt überfordert sein können und der besonderen Beratung und Unterstützung bedürfen.

Anträge auf Ausführung von Leistungen in Form eines Persönlichen Budgets kann die Antragstellende Person bei allen Leistungsträgern oder den Gemeinsamen Servicestellen schriftlich oder durch sonstige Willenserklärung stellen.

An der Ausführung eines persönlichen Budgets sind abhängig von individuell festgestellten Bedarfen die gesetzlichen Krankenkassen, die Bundesagentur für Arbeit, die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, die Träger der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, die Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge, die Träger der öffentlichen Jugendhilfe, die Träger der Sozialhilfe, die Pflegekassen und die Integrationsämter beteiligt.

Sind mehrere Leistungsträger beteiligt, handelt es sich um ein trägerübergreifendes Persönliches Budget, welches als Komplexleistung und „wie aus einer Hand“ erbracht wird. Mit dem im Wesentlichen in der Budgetverordnung verankerten Verfahren wird ein Rehabilitationsträger zum Beauftragten, der dem Budgetnehmer als Ansprechpartner in allen Fragen zu seinem Persönlichen Budget zur Verfügung steht, alle daran beteiligten Leistungen koordiniert und im Auftrag der beteiligten Leistungsträger handelt.

Nach § 17 Abs. 2 Satz 1 SGB IX sind alle Leistungen zur Teilhabe budgetfähig. Dies gilt für alle in § 5 SGB IX genannten Leistungsgruppen und damit für

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Neben den Leistungen zur Teilhabe sind nach § 17 Abs. 2 Satz 4 SGB IX auch die weiteren erforderlichen Leistungen der Krankenkassen und der Pflegekassen, Leistungen der Träger der Unfallversicherung bei Pflegebedürftigkeit sowie die Hilfe zur Pflege der Sozialhilfe budgetfähig, wenn sie sich auf alltägliche und regelmäßig wiederkehrende Bedarfe beziehen und als Geldleistungen oder durch Gutscheine erbracht werden können.

Die Leistungen, die als Persönliches Budget erbracht werden, können zwischen den Leistungsträgern variieren. Beispielhafte Leistungen in Form eines Persönlichen Budgets können den Handlungsempfehlungen entnommen werden.²³

²³ BAR – Handlungsempfehlungen „Trägerübergreifende Aspekte bei der Ausführung von Leistungen durch ein Persönliches Budget“ vom 1. April 2009 unter www.bar-frankfurt.de

5.2 Krankenbehandlung

5.2.1 Hausärzte

Hausärzte, z. B. niedergelassene praktische Ärzte sind vielfach eine erste Anlaufstelle für psychisch kranke 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.

5.2.2 Niedergelassene Fachärzte für psychische Erkrankungen

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

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

Einige Ärzte arbeiten bei Bedarf zusätzlich mit spezifischen Fachkräften (z. B. für Gesundheits- und Krankenpflege, Soziotherapie) zusammen.

5.2.3 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 Qualität der Richtlinien-Psychotherapie ist umfassend geregelt. Näheres zur Indikation, Zielsetzung und Durchführung sowie den zugelassenen Behandlungsverfahren einer psychotherapeutischen Behandlung ist in den „Psychotherapie-Richtlinien“ sowie der „Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung“ geregelt.²⁴

5.2.4 Krankenhäuser zur Behandlung psychisch kranker Menschen

Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern zur Behandlung psychisch kranker Menschen verfügen über ein breites Spektrum an stationären, teilstationären und ambulanten Behandlungsmöglichkeiten.

Die Behandlung ist jeweils personenbezogen durch entsprechende individuelle Behandlungspläne umzusetzen. Die Krankenhausbehandlung psychisch kranker Menschen umfasst neben der

²⁴ www.g-ba.de/informationen/richtlinien/20

medizinischen Grundversorgung und der Pharmakotherapie auch Psychotherapie, Arbeits- und Beschäftigungstherapie, sozio- und milieutherapeutische Angebote sowie Bewegungstherapie. Die Kliniken verfügen über multidisziplinäre Teams mit Fachärzten, (Fach-) Gesundheits- und Krankenpflegekräften, Psychologen, Ergotherapeuten, Bewegungstherapeuten, Physiotherapeuten/Krankengymnasten und Sozialarbeitern/Sozialpädagogen.

■ Tagesklinische Behandlung

Tagesklinische (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.

Die tagesklinische 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.

Einige Kliniken bieten Ergotherapie auch in teilstationärer bzw. ambulanter Form an. Dieses Angebot wendet sich an Patienten, die nach einer Krankenhausbehandlung spezifische Förderung im Bereich der Belastungserprobung benötigen.

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.

■ 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 – chronisch psychisch kranken Menschen, die vom niedergelassenen Facharzt im Hinblick auf den komplexen Behandlungsbedarf nicht ausreichend versorgt werden können, die erforderliche vorsorgende, beratende, intervenierende und nachgehende Hilfe an, die auch Hausbesuche umfasst.

Wenn die therapeutische Kontinuität für den Erfolg der ambulanten Behandlung durch die Institutsambulanz wichtig ist, kann diese auch integriert von der Station bzw. Tagesklinik aus erfolgen, in der der Patient eine therapeutische Beziehung aufgebaut hat.

5.2.5 Soziotherapie-Leistungserbringer

Bei den Leistungserbringern von ambulanter Soziotherapie (vgl. Kap. 6.2.1) 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.²⁵

5.2.6 Ergotherapeuten

Ergotherapie gehört zu den therapeutischen Dienstleistungen, die unter die Heilmittel fallen. Diese Leistung für psychisch kranke Menschen kann auch ambulant durch niedergelassene Ergotherapeuten erbracht werden (vgl. Kap. 6.2.1).

5.2.7 Pflegedienste

Ambulante Pflegeeinrichtungen (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, vgl. Kap. 6.2.1) als Leistung der Krankenbehandlung,
- Hilfe zur Pflege nach SGB XI,
- Haushaltshilfe nach § 38 SGB V.

In einigen Bundesländern bzw. Regionen verfügen die Dienste zur häuslichen Krankenpflege über psychiatrisch qualifiziertes Personal und bieten insbesondere zur Vermeidung oder Verkürzung von Krankenhausaufenthalten sowie zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung vor allem bei chronisch psychisch kranken Menschen Hilfen in der häuslichen Umgebung an (vgl. Kap. 6.2.1).

5.3 Medizinische Rehabilitation in psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitationseinrichtungen

Die medizinische Rehabilitation psychisch kranker Menschen erfolgt in psychosomatisch und psychotherapeutisch ausgerichteten Rehabilitationseinrichtungen und in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen (vgl. Kap. 5.4).

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 therapeutische Kompetenz erfüllt sein müssen (z. B. Essstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen, Schizophrenie) existieren Spezialisierungen in bestimmten Rehabilitationseinrichtungen.

Auf der Basis eines integrativen, biopsychosozialen, multidisziplinären Rehabilitationsansatzes liegt der Behandlungsschwerpunkt in den psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitationseinrichtungen vor allem im verbalen und interaktiven Bereich. Ergänzend kommen u. a. übende,

²⁵ www.g-ba.de/informationen/richtlinien/20

aktivitätsfördernde und kreativtherapeutische Module zum Einsatz. Therapeutische Interventionen erfolgen vorwiegend in offener oder geschlossener Gruppenform. Die Rehabilitationsleistung kann je nach individuellem Bedarf ganztags ambulant²⁶ oder stationär durchgeführt werden, die Nachhaltigkeit kann durch eine anschließende Leistung zur Rehabilitationsnachsorge unterstützt werden.

5.4 Rehabilitationseinrichtung für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK)

Die Rehabilitationseinrichtung für psychisch kranke und behinderte Menschen ist eine möglichst gemeindenaher Einrichtung für Menschen, die umfassende Hilfen und Förderung in den Bereichen der medizinischen Rehabilitation und der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben benötigen.

Mit der RPK²⁷ wurde ein Einrichtungstypus geschaffen, 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 und aus einem Guss im Rahmen einer integrierten Komplexleistung möglichst im Kontext und unter Einbeziehung regionaler Versorgungsstrukturen und Ressourcen erbracht (vgl. Kap. 3.1 und 3.3). RPKs sind kleine Einrichtungen mit enger regionaler Vernetzung.

In einer RPK werden vorrangig Personen mit den Diagnosen Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, affektive Störungen und schwere Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen rehabilitiert.

Die RPK-Empfehlungsvereinbarung²⁸ legt neben Diagnosestellung und Rehabilitationszielen ausführlich die personellen und strukturellen Anforderungen an eine RPK dar, regelt die Zuständigkeiten der beteiligten Rehabilitationsträger und beschreibt die Verfahren bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Eine wesentliche Weiterentwicklung bezieht sich auf die Möglichkeiten, Leistungen mittlerweile sowohl in ganztägig ambulanter als auch stationärer Form bedarfsgerecht erbringen und damit flexibel auf die besonderen Bedürfnisse psychisch kranker Menschen in ihrem Lebensumfeld eingehen zu können.

Die Anforderungen an die ärztliche Leitung sind in der RPK-Empfehlungsvereinbarung geregelt. Danach ist der ärztliche Leiter für die Umsetzung des umfassenden Rehabilitationskonzepts im Rahmen der Vorgaben der Leistungsträger bezogen auf den einzelnen Rehabilitanden verantwortlich. In einem multidisziplinär zusammengesetzten Rehabilitationsteam arbeiten Ärzte, Psychologen, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter/Sozialpädagogen, Gesundheits- und Krankenpflegekräfte und Fachkräfte für die berufliche Rehabilitation zusammen.

Ziel der RPK ist es, die Fähigkeiten des psychisch kranken 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 Integrationsprojekten – oder in Werkstätten für behinderte Menschen geschaffen.

²⁶ Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen unter www.bar-frankfurt.de

²⁷ Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen unter www.bagrpk.de

²⁸ RPK-Empfehlungsvereinbarung vom 29. September 2005 unter www.bar-frankfurt.de

5.5 Teilhabe am Arbeitsleben

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden dann erbracht, wenn die Aussichten beruflich tätig zu werden oder zu bleiben, infolge einer eingetretenen oder drohenden Behinderung nicht nur vorübergehend wesentlich gemindert und deshalb besondere Hilfen erforderlich sind. Die zahlreichen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben reichen z. B. von der behinderungsgerechten Ausstattung des Arbeitsplatzes bis zu umfassenden Weiterbildungsmaßnahmen. Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind vor allem darauf ausgerichtet, den betroffenen Menschen möglichst dauerhaft auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt einzugliedern.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben können in Betrieben, durch Bildungsträger, durch Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation (Berufsbildungswerke, Berufsförderungswerke, berufliche Trainingszentren und andere vergleichbare Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation), durch Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation (RPK-Einrichtungen) sowie durch Werkstätten für behinderte Menschen erbracht werden. Maßnahmen in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation werden nur gefördert, wenn Art und Schwere der Behinderung oder die Sicherung des Rehabilitationserfolges die besonderen Hilfen dieser Einrichtungen erforderlich machen.

5.5.1 Berufliche Trainingszentren (BTZ)

Berufliche Trainingszentren²⁹ 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 behinderten 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.

5.5.2 Berufsbildungswerke, Berufsförderungswerke (BBW, BFW)

Berufsbildungswerke³⁰ sind Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation. Sie dienen der erstmaligen

²⁹ Bundesarbeitsgemeinschaft Beruflicher Trainingszentren (BAG BTZ) unter www.bag-btz.de

³⁰ Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke (BAG BBW) unter www.bagbbw.de

Berufsausbildung vornehmlich junger behinderter Menschen, die nur in einer auf ihre Behinderungsart und deren Auswirkungen ausgerichteten Ausbildungsorganisation zu einem Abschluss nach dem Berufsbildungsgesetz gelangen. Die kontinuierliche ausbildungsbegleitende Betreuung erfolgt durch Ärzte, Psychologen, Sonderpädagogen und andere Fachkräfte der Rehabilitation.

Berufsförderungswerke³¹ sind überregionale und überbetriebliche Rehabilitationseinrichtungen. Sie 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. Die Einrichtungen verfügen neben den Ausbildungsstätten über begleitende medizinische, psychologische und soziale Dienste und ermöglichen somit notwendige begleitende Hilfen und bieten darüber hinaus Freizeit- und Sportmöglichkeiten. Die Maßnahmen sind in der Regel gegenüber der üblichen Ausbildungszeit auf zwei Jahre verkürzt.

Berufsförderungswerke haben ihre Angebote inzwischen flexibilisiert und ergänzt um Verfahren zum Reha-Assessment, spezielle Reha-Vorbereitungslehrgänge für Menschen mit einer psychischen Störung und um Möglichkeiten zum Erwerb von Teilqualifikationen. Berufsförderungswerke sind auch mit regionalen Außenstellen vor Ort und lebensfeldbezogen insbesondere mit Maßnahmen zur betrieblichen Integration tätig.

Eine Adressensammlung stellt das Informationssystem zur beruflichen Rehabilitation (rehadat) zur Verfügung.³²

5.5.3 Integrationsprojekte

Integrationsprojekte sind rechtlich und wirtschaftlich selbstständige Unternehmen (Integrationsunternehmen), unternehmensinterne, von öffentlichen Arbeitgebern geführte Betriebe (Integrationsbetriebe) oder Abteilungen (Integrationsabteilungen) zur Beschäftigung schwerbehinderter Menschen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

Begriff und Aufgaben der Integrationsprojekte sind in § 132 ff. SGB IX geregelt. Diese sind ein Angebot für schwerbehinderte Menschen, die prinzipiell dem allgemeinen Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen, den Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes aber nicht Stand halten können. Die Arbeitsbedingungen sind hinsichtlich der Arbeitszeit, des Arbeitsklimas und der Arbeitsorganisation so gestaltet, dass sie den spezifischen Bedürfnissen des Personenkreises entsprechen.

Integrationsprojekte 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.

5.5.4 Unterstützte Beschäftigung

Damit mehr Menschen mit Behinderung die Möglichkeit haben, ihren Lebensunterhalt außerhalb von Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) erarbeiten zu können, wurde am 1. Januar 2009 die Unterstützte Beschäftigung eingeführt.³³

³¹ Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke (BAG BFW) unter www.arge-bfw.de

³² www.rehadat.de

³³ Bundesarbeitsgemeinschaft für Unterstützte Beschäftigung e.V. (BAG UB) unter www.bag-ub.de

Ziel der Unterstützten Beschäftigung ist, behinderten Menschen 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. Ziel ist der Abschluss eines Arbeitsvertrages und damit die Integration des behinderten Menschen 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 ist eine neue 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.

5.5.5 Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)

Werkstätten für behinderte Menschen³⁴ 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 und
- die Möglichkeit, die Leistungs- oder Erwerbsfähigkeit zu erhalten, zu entwickeln, zu erhöhen oder wiederzugewinnen und dabei die Persönlichkeit weiterzuentwickeln.

WfbM verfügen zunehmend über spezielle Abteilungen für psychisch kranke Menschen.

Die WfbM 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.

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 behinderte Mensch nach Teilnahme an diesen Leistungen in der Lage ist, wenigstens ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung zu erbringen. Die Leistungen im Berufsbildungsbereich

³⁴ Bundesarbeitsgemeinschaft der Werkstätten für behinderte Menschen e.V. (BAG WfbM) unter www.bagwfbm.de

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 behinderte Menschen, 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.

DIE LEISTUNGEN SIND DARAUFGERICHTET, DEM BEHINDERTEN MENSCHEN DIE AUFNAHME UND AUSÜBUNG EINER SEINER NEIGUNG UND EIGNUNG ENTSPRECHENDEN BESCHÄFTIGUNG ZU ERMÖGLICHEN.“

5.5.6 Zuverdienstfirmen und -angebote

Zuverdienstfirmen wenden sich insbesondere an psychisch kranke Menschen, die vorübergehend oder auch für längere Zeit dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht oder nur bedingt zur Verfügung stehen. Gemeinsam ist allen Zuverdienstangeboten, dass sie die Möglichkeit zu bezahlter stundenweiser Beschäftigung eröffnen. Zuverdienstangebote bestehen im Bereich der Integrationsunternehmen, daneben aber auch teilweise in Einrichtungen der gemeindepsychiatrischen Versorgung (z. B. in Tagesstätten).

5.5.7 Integrationsfachdienste (IFD)

Die Integrationsfachdienste³⁵ unterstützen schwerbehinderte Menschen mit einem besonderen Bedarf an arbeitsbegleitender Betreuung. Hierzu gehören ausdrücklich auch Menschen mit einer psychischen Störung, die sich im Arbeitsleben besonders nachteilig auswirkt und die Teilhabe am Arbeitsleben auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erschwert.

Die Aufgabenstellung der Integrationsfachdienste umfasst sowohl die Beratung, Unterstützung und Vermittlung schwerbehinderter Menschen wie auch die Information und Beratung von Arbeitgebern. Zu den Aufgaben gehören im Einzelnen:

- die Fähigkeiten der schwerbehinderten Menschen zu bewerten und einzuschätzen und dabei ein individuelles Fähigkeits-, Leistungs- und Interessenprofil zur Vorbereitung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt zu erarbeiten,

³⁵ Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH) unter www.integrationsaemter.de

- die Bundesagentur für Arbeit bei der Berufsorientierung und Berufsberatung in den Schulen zu unterstützen,
- die betriebliche Ausbildung schwerbehinderter, insbesondere lern- und seelisch behinderter Jugendlicher zu begleiten,
- geeignete Arbeitsplätze auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu erschließen,
- die schwerbehinderten Menschen auf den vorgesehenen Arbeitsplatz vorzubereiten und sie – solange erforderlich – am Arbeitsplatz oder beim Training der berufspraktischen Fähigkeiten am konkreten Arbeitsplatz zu begleiten,
- mit Zustimmung des schwerbehinderten Menschen die Mitarbeiter im Betrieb oder der Dienststelle über Art und Auswirkung der Behinderung und über entsprechende Verhaltensregeln zu informieren und zu beraten,
- eine Nachbetreuung, Krisenintervention oder psychosoziale Betreuung durchzuführen,
- als Ansprechpartner für den Arbeitgeber zur Verfügung zu stehen und über Leistungen zu informieren sowie
- in Zusammenarbeit mit den Rehabilitationsträgern und den Integrationsämtern die für schwerbehinderte Menschen notwendigen Leistungen zu klären und bei der Beantragung zu unterstützen.

5.6 Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

Kontaktstellen, Tageszentren und Tagesstätten sind von großer Bedeutung für psychisch kranke Menschen, die Hilfen in der Tagesstrukturierung benötigen. Das gilt insbesondere, wenn sie nicht regelmäßig einer Arbeit nachgehen, die den Alltag strukturiert und auch soziale Kontakte für die Freizeit ermöglicht.

Wenn die sozialen Folgen erheblich werden, die Wohnung verloren geht, wirtschaftliche Notlagen entstehen, soziale Isolation droht, können unterschiedliche Eingliederungshilfen und ggf. Grundsicherung (nach dem SGB XII) in Anspruch genommen werden. Die Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft unterliegen bei Inanspruchnahme von Sozialhilfe den Kriterien der Bedürftigkeitsprüfung.

Besondere Bedeutung hat das betreute Wohnen gewonnen. Für psychisch kranke Menschen, die nicht mehr stationär behandlungsbedürftig sind, jedoch vorübergehend oder auf längere Sicht einer Betreuung im Wohnbereich bedürfen, stehen Wohnheime für behinderte Menschen, Übergangsheime oder ambulant betreutes Wohnen zur Verfügung, die jedoch nicht in jeder Region vorhanden sind.

Die Fragmentierung der Hilfen im Wohnbereich kann Nachteile haben. Es ist zu prüfen, ob Hilfen zur Selbstversorgung im Wohnbereich möglich sind. Diese kann der psychisch kranke Mensch erhalten unabhängig davon, ob er in der eigenen Wohnung lebt oder Wohnraum zur Verfügung gestellt wird. Dabei sollten Hilfen unterschiedlich „dosiert“ werden können, möglichst ohne einen Wechsel der betreuenden Bezugspersonen und der Wohnung.

Auch für die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft soll auf die wichtige Bedeutung des Kontextes, in dem die Aktivitäten stattfinden, hingewiesen werden (vgl. Kap. 2.2). Dabei geht es um Integration oder Partizipation in möglichst normalen Kontexten.

Bei der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ist auch der Aspekt der Teilhabe am Arbeitsleben von besonderer Bedeutung.

5.6.1 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 kranken Menschen einen niedrigschwiligen Zugang zu Beratung, Betreuung und Hilfe. Ihr Angebotsspektrum umfasst insbesondere Beratung, auch für 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.

5.6.2 Tagesstätten

Für Tagesstätten besteht in den Bundesländern keine einheitliche Konzeption. Zum Teil werden in einigen Regionen auch offene Kontakt- und Betreuungsangebote als Tagesstätte bezeichnet.

Tagesstätten als teilstationäre Einrichtung verfügen in der Regel über ein kleines multidisziplinäres Team ohne ärztliche Mitarbeiter und bieten vorrangig chronisch psychisch kranken Menschen ein Angebot zur Tagesstrukturierung, das in der Regel

- Ergotherapie,
- 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.

Das Angebot wendet sich an psychisch kranke Menschen, die einen umfassenden Bedarf an Betreuung haben, für die das Angebot einer begleitenden und aktivierenden Hilfe (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.

5.6.3 Ambulante betreute Wohnformen

In den Bundesländern hat sich eine Vielfalt betreuter Wohnangebote mit unterschiedlichen Organisationsformen, konzeptioneller Orientierungen und personellen Ausstattungen entwickelt. Die angebotsbezogen vereinbarten Personalausstattungen variieren bundesweit und werden teilweise durch Fachleistungsstunden abgedeckt. Es handelt sich in der Regel um ambulante Hilfsangebote durch Fachkräfte (zumeist Sozialarbeiter/Sozialpädagogen, Gesundheits- und Krankenpfleger), die je nach Zielgruppe und Konzeption auch auf eine längerfristige Betreuung entsprechend dem Bedarf des Einzelfalles ausgerichtet sind. Die ärztliche Versorgung erfolgt in der Regel durch niedergelassene Fachärzte oder Institutsambulanzen.

Das Betreuungsangebot umfasst Hilfe und Förderung im Bereich alltagspraktischer Fähigkeiten und Fertigkeiten mit dem Ziel einer möglichst eigenständigen Lebensführung sowie soziale Beratung und Unterstützung bei der Sicherung der finanziellen und sonstigen Lebensgrundlagen. Je nach personeller Ausstattung und konzeptioneller Orientierung werden tagesstrukturierende Angebote durch die Mitarbeiter selbst oder in Kooperation mit anderen Einrichtungen und Diensten sichergestellt.

Ambulante betreute Wohnangebote wenden sich an psychisch kranke Menschen, die eine intensivere aktivierende Hilfe und Begleitung in ihrem Lebensumfeld benötigen. Je nach der möglichen Betreuungsintensität und der Kooperation mit anderen ambulanten und/oder teilstationären Hilfen bieten betreute Wohnangebote chronisch psychisch kranken Menschen eine Alternative zum Verbleib bzw. zur Aufnahme in eine stationäre Einrichtung.

5.6.4 Übergangseinrichtungen

Übergangseinrichtungen sind – soweit sie in den Bundesländern noch zum Angebotsspektrum gehören – hinsichtlich ihrer Funktion und Ausstattung unterschiedlich strukturiert. Es handelt es sich um stationäre Einrichtungen, in denen für psychisch kranke 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 kranke Menschen zu fördern und in ihrem Selbstbewusstsein und ihrer Belastbarkeit so zu stabilisieren, dass sie

- eine 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 Hilfen liegen im Bereich milieu- und 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, Selbsthilfefirmen und Arbeitstrainingsmaßnahmen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt).

Zur Erreichung einer möglichst realitätsnahen Milieugestaltung verfügen Übergangseinrichtungen häufig über kleine, überschaubare Wohngruppen, zum Teil auch über dezentral organisierte 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.

5.6.5 Wohnheime

Für psychisch kranke 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 Wohn- und Pflegeheime für behinderte Menschen zur Verfügung.

Die Heime für behinderte Menschen sind – je nach dem spezifischen Bedarf der Bewohner – hinsichtlich der Betreuungsintensität und der internen Ausgestaltung unterschiedlich strukturiert.

Es werden chronisch psychisch kranke 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.

5.7 Selbsthilfe- und Angehörigengruppen sowie Psychose-Seminare

Selbsthilfegruppen³⁶ haben sich 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 gebildet. Bei den meisten Selbsthilfegruppen steht neben dem Gespräch der Informations- und Erfahrungsaustausch, die gemeinsame Gestaltung von Aktivitäten und/oder die gemeinsame Interessenvertretung im Vordergrund.

Selbsthilfegruppen von und für psychisch kranke Menschen³⁷ finden erst in den letzten Jahrzehnten zunehmend Verbreitung. Zu den älteren Selbsthilfegruppen gehören die „Emotions Anonymous“, die nach dem Vorbild der Anonymen Alkoholiker entstanden sind. Wichtige Impulse zum Aufbau von Selbsthilfegruppen gingen und gehen zum einen von den vielerorts geschaffenen Selbsthilfe-Kontakt- und Beratungsstellen und schließlich dem Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V.³⁸ aus. Neben dem Zusammenschluss auf Bundesebene bestehen zwischenzeitlich auch in fast allen Bundesländern Landesverbände. Neben der Interessenvertretung ist ein wesentliches Anliegen dieses Zusammenschlusses die Förderung von örtlichen Selbsthilfegruppen.

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 zum größten Teil im Bundesverband³⁹ und den Landesverbänden der Angehörigen psychisch Kranker e.V. zusammengeschlossen haben, bestehen inzwischen in den meisten Regionen. Eine wichtige Aufgabe dieser Gruppen liegt in der gegenseitigen Unterstützung, dem Erfahrungsaustausch und der gemeinsamen Interessenvertretung.

Darüber hinaus ist das Angebot einer Angehörigengruppe in zahlreichen psychiatrischen Diensten und Einrichtungen zu einem festen Bestandteil geworden. 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.

Eine besondere Form der Selbsthilfeaktivitäten sind die **Psychose-Seminare**. Es handelt sich um sogenannte „trialogische“ Zusammenkünfte – „auf gleicher Augenhöhe“ – von Menschen mit Psychose-Erfahrung, Angehörigen, psychiatrischen Fachkräften und interessierten Bürgern. Sie tragen den Namen „Seminar“, weil es sich in der Regel um eine zu Beginn festgelegte Zahl von Treffen handelt. Im Mittelpunkt steht die Auseinandersetzung mit und der Erfahrungsaustausch über das Erleben einer Psychose aus der Sicht der (mit-) betroffenen Menschen bzw. Beteiligten.

³⁶ Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen unter www.nakos.de

³⁷ Aktion Psychisch Kranke (APK) unter www.psychiatrie.de/apk

³⁸ www.bpe-online.de

³⁹ Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. (BApK) unter www.bapk.de

6 Sozialrechtliche Anspruchsgrundlagen

Mit dem zum 1. Juli 2001 in Kraft getretenen SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – wurden die Rechtsvorschriften zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen zusammengefasst. Die Träger der Sozialhilfe und der öffentlichen Jugendhilfe wurden in den Kreis der Rehabilitationsträger einbezogen und der Katalog der zu erbringenden Leistungen in den vier Leistungsgruppen (Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gem. §§ 26 ff. SGB IX, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gem. §§ 33 ff. SGB IX, unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen gem. §§ 44 ff. SGB IX sowie Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft gem. §§ 55 ff. SGB IX) weitgehend harmonisiert. So gelten die nachstehend dargestellten Vorschriften des SGB IX für die Leistungen zur Teilhabe für alle Rehabilitationsträger, soweit sich aus den für die jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen nichts Abweichendes ergibt. Auf die zu berücksichtigenden Besonderheiten wird in der Darstellung zu den verschiedenen Leistungsträgern ab Kapitel 6.2 jeweils hingewiesen.

Für psychisch kranke Menschen kommen als Träger für Leistungen zur Teilhabe insbesondere die Krankenkassen, die Rentenversicherungsträger, die Träger der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, die Bundesagentur für Arbeit, die Sozialhilfeträger und die Träger der Jugendhilfe in Betracht. Je nach Zielsetzung und Inhalt der einzelnen Maßnahme und den Anspruchsvoraussetzungen des einzelnen Trägers ist in der Regel einer dieser Leistungsträger zuständig.

Die gesetzliche Unfallversicherung ist für Leistungen zur Teilhabe aufgrund psychischer Erkrankungen nur in den relativ seltenen Fällen zuständig, in denen es sich um Folgen von Arbeitsunfällen sowie Berufskrankheiten handelt.

Bedeutsam im Kontext dieser Arbeitshilfe ist vor allem noch die Vorgabe, nach der in allen Leistungsgruppen den besonderen Bedürfnissen psychisch behinderter oder von einer solchen Behinderung bedrohter Menschen Rechnung getragen wird (§ 10 Abs. 3 SGB IX). Darüber hinaus können unabhängig oder in Verbindung mit Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe für psychisch kranke Menschen weitere Leistungen in Betracht kommen. Hierzu gehören insbesondere:

- Leistungen der Krankenbehandlung, bei der gem. § 27 SGB V ebenfalls die Ziele des § 26 Abs. 1 SGB IX zu beachten sind,
- Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI),
- Hilfen nach dem Schwerbehindertenrecht (SGB IX Teil 2),
- Leistungen der Eingliederungshilfe (§§ 53, 54 SGB XII),
- Hilfe zur Pflege nach § 61 SGB XII.

Über die benannten sozialrechtlichen Anspruchsgrundlagen hinaus und diesen gegenüber nachrangig können als weitere gesetzliche Grundlage zur Erbringung von Hilfen für psychisch kranke Menschen insbesondere die Landesgesetze über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (PsychKG) in Betracht kommen. Sofern kein PsychKG besteht, kann die Verpflichtung zur Erbringung entsprechender Hilfen ggf. aus dem als Landesrecht fortgeltenden Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens sowie aus der in den Kommunalverfassungen der Länder verankerten Aufgabe der Daseinsvorsorge der Gemeinden für ihre Bürger abgeleitet werden.

Bei der Erbringung von Leistungen sind zum einen die Zuständigkeiten der einzelnen Leistungsträger, zum anderen die Erfüllung der jeweiligen Anspruchsvoraussetzungen im Einzelfall zu beachten. Der Leistungskatalog der unterschiedlichen Leistungsträger und die wesentlichen leistungsrechtlichen Grundlagen werden im Folgenden nach einem Überblick zu den Leistungen zur Teilhabe nach dem SGB IX dargestellt.

6.1 Leistungen zur Teilhabe nach dem SGB IX (Teil 1)

6.1.1 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 26 SGB IX)

„(1) Zur medizinischen Rehabilitation behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen werden die erforderlichen Leistungen erbracht, um

1. Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder
2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern.

(2) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfassen insbesondere

1. Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe, soweit deren Leistungen unter ärztlicher Aufsicht oder auf ärztliche Anordnung ausgeführt werden, einschließlich der Anleitung, eigene Heilungskräfte zu entwickeln,
2. Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder,
3. Arznei- und Verbandmittel,
4. Heilmittel einschließlich physikalischer, Sprach- und Beschäftigungstherapie,
5. Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung,
6. Hilfsmittel,
7. Belastungserprobung und Arbeitstherapie.

(3) Bestandteil der Leistungen nach Absatz 1 sind auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen, soweit diese Leistungen im Einzelfall erforderlich sind, um die in Absatz 1 genannten Ziele zu erreichen oder zu sichern und Krankheitsfolgen zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten, insbesondere

1. Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung,
2. Aktivierung von Selbsthilfepotentialen,
3. mit Zustimmung der Leistungsberechtigten Information und Beratung von Partnern und Angehörigen sowie von Vorgesetzten und Kollegen,
4. Vermittlung von Kontakten zu örtlichen Selbsthilfe- und Beratungsmöglichkeiten,
5. Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz, unter anderem durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen,
6. Training lebenspraktischer Fähigkeiten,
7. Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Rehabilitation.“

6.1.2 Stufenweise Wiedereingliederung (§ 28 SGB IX)

Mit dem SGB IX wurde die Möglichkeit der stufenweisen Wiedereingliederung als Leistung für alle Träger der medizinischen Rehabilitation eingeführt. Können arbeitsunfähige Leistungsberechtigte nach ärztlicher Feststellung ihre bisherige Tätigkeit teilweise verrichten und durch eine stufenweise Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit voraussichtlich besser wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden, sollen die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und die sie ergänzenden Leistungen entsprechend dieser Zielsetzung erbracht werden (§ 28 SGB IX).

Die Rückkehr an den Arbeitsplatz nach einer schweren Erkrankung mit langandauernder Arbeitsunfähigkeit ist oftmals für gerade genesende oder behinderte Menschen mit erheblichen Belastungen verbunden. Dies kann zu einem Hinauszögern der Arbeitsaufnahme oder auch zu Rückschlägen führen, was sowohl im medizinischen Sinne als auch unter arbeitsphysiologischen und psychologischen Aspekten problematisch sein kann. Um durch einen „ungeschützten“ Arbeitsbeginn missglückte Versuche der Arbeitsaufnahme – und dies kann bei psychisch kranken Menschen auch ein Mislingen des gesamten Rehabilitationsablaufs bedeuten – eine vorzeitige Berentung oder die Notwendigkeit kostenintensiver Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu vermeiden, gibt es die Möglichkeit der stufenweisen Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess.⁴⁰

Bei der stufenweisen Wiedereingliederung wird der Betroffene im Rahmen eines Stufenplanes schrittweise an die Belastungen des bestehenden Arbeitsplatzes herangeführt. Je nach Krankheitsbild, bestehenden Funktionseinschränkungen, Belastungsfähigkeit, bisheriger Dauer der Arbeitsunfähigkeit und den organisatorischen Möglichkeiten des Betriebes wird der betroffene Arbeitnehmer zunächst nur stundenweise pro Woche beschäftigt, bis nach einigen Wochen oder Monaten die volle Arbeitsfähigkeit erreicht wird.

Ein Wiedereingliederungsplan kann, nach Zustimmung des Betroffenen, in Abstimmung zwischen dem behandelnden Arzt, der zuständigen Rehabilitationsträger und dem Arbeitgeber erstellt werden.

Für den Zeitraum der stufenweisen Wiedereingliederung durch einen Träger der medizinischen Rehabilitation gilt der erkrankte Arbeitnehmer während der gesamten Dauer der Wiedereingliederungsmaßnahmen als arbeitsunfähig im Sinne der Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung. Ihm steht eine Entgeltersatzleistung (Krankengeld, Verletztengeld, Übergangsgeld) unter Anrechnung des ggf. vom Arbeitgeber gezahlten Teilarbeitsentgeltes zu.

6.1.3 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§§ 33 - 39 SGB IX)

§ 33 SGB IX:

„(1) Zur Teilhabe am Arbeitsleben werden die erforderlichen Leistungen erbracht, um 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.

(2) Behinderten Frauen werden gleiche Chancen im Erwerbsleben gesichert, insbesondere durch in der beruflichen Zielsetzung geeignete, wohnortnahe und auch in Teilzeit nutzbare Angebote.

(3) Die Leistungen umfassen insbesondere

1. Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes einschließlich Leistungen zur Beratung und Vermittlung, Trainingsmaßnahmen und Mobilitätshilfen,

⁴⁰ BAR, Arbeitshilfe für die stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess, Heft 8 unter www.bar-frankfurt.de

2. Berufsvorbereitung einschließlich einer wegen der Behinderung erforderlichen Grundausbildung,
- 2a. individuelle betriebliche Qualifizierung im Rahmen Unterstützter Beschäftigung,
3. berufliche Anpassung und Weiterbildung, auch soweit die Leistungen einen zur Teilnahme erforderlichen schulischen Abschluss einschließen,
4. berufliche Ausbildung, auch soweit die Leistungen in einem zeitlich nicht überwiegenden Abschnitt schulisch durchgeführt werden,
5. Gründungszuschuss entsprechend § 57 des Dritten Buches durch die Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 bis 5,
6. sonstige Hilfen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben, um behinderten Menschen eine angemessene und geeignete Beschäftigung oder eine selbstständige Tätigkeit zu ermöglichen und zu erhalten.

(4) Bei der Auswahl der Leistungen werden Eignung, Neigung, bisherige Tätigkeit sowie Lage und Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt angemessen berücksichtigt. Soweit erforderlich, wird dabei die berufliche Eignung abgeklärt oder eine Arbeitserprobung durchgeführt; in diesem Fall werden die Kosten nach Absatz 7, Reisekosten nach § 53 sowie Haushaltshilfe und Kinderbetreuungskosten nach § 54 übernommen.

(5) Die Leistungen werden auch für Zeiten notwendiger Praktika erbracht.

(6) Die Leistungen umfassen auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen, soweit diese Leistungen im Einzelfall erforderlich sind, um die in Absatz 1 genannten Ziele zu erreichen oder zu sichern und Krankheitsfolgen zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten, insbesondere

1. Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung,
2. Aktivierung von Selbsthilfepotentialen,
3. mit Zustimmung der Leistungsberechtigten Information und Beratung von Partnern und Angehörigen sowie von Vorgesetzten und Kollegen,
4. Vermittlung von Kontakten zu örtlichen Selbsthilfe- und Beratungsmöglichkeiten,
5. Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz, unter anderem durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen,
6. Training lebenspraktischer Fähigkeiten,
7. Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
8. Beteiligung von Integrationsfachdiensten im Rahmen ihrer Aufgabenstellung (§ 110).

(7) Zu den Leistungen gehört auch die Übernahme

1. der erforderlichen Kosten für Unterkunft und Verpflegung, wenn für die Ausführung einer Leistung eine Unterbringung außerhalb des eigenen oder des elterlichen Haushalts wegen Art oder Schwere der Behinderung oder zur Sicherung des Erfolges der Teilhabe notwendig ist,

2. der erforderlichen Kosten, die mit der Ausführung einer Leistung in unmittelbarem Zusammenhang stehen, insbesondere für Lehrgangskosten, Prüfungsgebühren, Lernmittel, Arbeitskleidung und Arbeitsgerät.

(8) Leistungen nach Absatz 3 Nr. 1 und 6 umfassen auch

1. Kraftfahrzeughilfe nach der Kraftfahrzeughilfe-Verordnung,
2. den Ausgleich unvermeidbaren Verdienstaufschlags des behinderten Menschen oder einer erforderlichen Begleitperson wegen Fahrten der An- und Abreise zu einer Bildungsmaßnahme und zur Vorstellung bei einem Arbeitgeber, einem Träger oder einer Einrichtung für behinderte Menschen durch die Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 bis 5,
3. die Kosten einer notwendigen Arbeitsassistenz für schwerbehinderte Menschen als Hilfe zur Erlangung eines Arbeitsplatzes,
4. Kosten für Hilfsmittel, die wegen Art oder Schwere der Behinderung zur Berufsausübung, zur Teilnahme an einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben oder zur Erhöhung der Sicherheit auf dem Weg vom und zum Arbeitsplatz und am Arbeitsplatz erforderlich sind, es sei denn, dass eine Verpflichtung des Arbeitgebers besteht oder solche Leistungen als medizinische Leistung erbracht werden können,
5. Kosten technischer Arbeitshilfen, die wegen Art oder Schwere der Behinderung zur Berufsausübung erforderlich sind und
6. Kosten der Beschaffung, der Ausstattung und der Erhaltung einer behinderungsgerechten Wohnung in angemessenem Umfang.

Die Leistung nach Satz 1 Nr. 3 wird für die Dauer von bis zu drei Jahren erbracht und in Abstimmung mit dem Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 5 durch das Integrationsamt nach § 102 Abs. 4 ausgeführt. Der Rehabilitationsträger erstattet dem Integrationsamt seine Aufwendungen. Der Anspruch nach § 102 Abs. 4 bleibt unberührt.“

Zu den Leistungen der Teilhabe am Arbeitsleben gehören auch Leistungen in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen (§ 136 SGB IX, vgl. Kap. 5.5.5), die erbracht werden, um die Leistungs- oder Erwerbsfähigkeit der behinderten Menschen zu erhalten, zu entwickeln, zu verbessern oder wiederherzustellen, die Persönlichkeit dieser Menschen weiterzuentwickeln und ihre Beschäftigung zu ermöglichen oder zu sichern (§§ 39 ff. SGB IX).

6.1.4 Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§ 55 SGB IX)

„(1) Als Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft werden die Leistungen erbracht, die den behinderten Menschen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ermöglichen oder sichern oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege machen und nach den Kapiteln 4 bis 6 nicht erbracht werden.“

(2) Leistungen nach Absatz 1 sind insbesondere

1. Versorgung mit anderen als den in § 31 genannten Hilfsmitteln oder den in § 33 genannten Hilfen,
2. heilpädagogische Leistungen für Kinder, die noch nicht eingeschult sind,
3. Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten, die erforderlich und geeignet sind, behinderten Menschen die für sie erreichbare Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen,

4. Hilfen zur Förderung der Verständigung mit der Umwelt,
5. Hilfen bei der Beschaffung, dem Umbau, der Ausstattung und der Erhaltung einer Wohnung, die den besonderen Bedürfnissen der behinderten Menschen entspricht,
6. Hilfen zu selbstbestimmtem Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten,
7. Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben.“

6.1.5 Rehabilitationsträger und Leistungszuständigkeiten im Überblick

Welcher Rehabilitationsträger für welche Leistungen im Einzelnen zuständig ist, wird in den nachfolgenden Ausführungen zu den einzelnen Rehabilitationsträgern dargestellt. Die nachstehende Abbildung soll einen ersten Überblick geben.

Abb. 3: Übersicht Rehabilitationsleistungen und zuständige Rehabilitatiosträger

Rehabilitationsträger	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft
Gesetzliche Krankenversicherung	✓		
Gesetzliche Rentenversicherung	✓	✓	
Bundesagentur für Arbeit		✓	
Gesetzliche Unfallversicherung	✓	✓	✓
Alterssicherung der Landwirte	✓		
Träger der Kriegsopferversorgung und der Kriegsopferfürsorge im Rahmen des Rechts der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden	✓	✓	✓
Träger der öffentlichen Jugendhilfe	✓	✓	✓
Träger der Sozialhilfe	✓	✓	✓

6.2 Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V)

Mit dem Ziel einer wirkungsvollen und die Selbstständigkeit und Eigenverantwortlichkeit fördernden Behandlung und Rehabilitation hat der Gesetzgeber dem Leistungsrecht die Prinzipien

- ambulant vor stationär und
- Rehabilitation vor Pflege

vorangestellt. Entsprechend dieser Vorgaben hat die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) eine bedarfsgerechte und angemessene Versorgung kranker und behinderter Menschen mitzugestalten und mitzufinanzieren.

Der Leistungskatalog der GKV ist im SGB V festgeschrieben. Nach § 27 SGB V haben Versicherte einen Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst

1. ärztliche Behandlung einschließlich Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung,
2. zahnärztliche Behandlung,
- 2a. Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen,
3. Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln,
4. häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe,
5. Krankenhausbehandlung,
6. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen.

Außerdem können nach § 42 SGB V Belastungserprobung und Arbeitstherapie erbracht werden.

Um den besonderen Bedürfnissen psychisch kranker Menschen gerecht zu werden, sind bei der Ausgestaltung der Krankenbehandlung die Besonderheiten dieses Krankheitsbildes zu berücksichtigen, insbesondere bei der Versorgung mit Heilmitteln und bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

6.2.1 Ambulante Krankenbehandlung

■ Ärztliche Versorgung

Grundlage der ambulanten Krankenversorgung ist die ärztliche Tätigkeit. Sie umfasst die Maßnahmen des Arztes, die zur Verhütung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig sind. Zur ärztlichen Behandlung gehören auch die Hilfeleistungen anderer Personen, die vom Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten sind (§ 28 SGB V).

■ Psychotherapie

Psychotherapeutische Behandlung kann nur durch Vertragsärzte sowie Psychologische Psychotherapeuten mit einer anerkannten Zusatzausbildung durchgeführt werden. Näheres zur Indikation und Durchführung von Psychotherapie ist in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) geregelt. Danach werden die Psychotherapieformen

- psychoanalytisch begründete Verfahren (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie) und
- Verhaltenstherapie

anerkannt.

Zusätzlich können Ärzte, die über eine entsprechende Fachkunde verfügen, Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung im Rahmen einer übergeordneten somato-psychischen Behandlungsstrategie (§§ 13 ff., § 21 Psychotherapie-Richtlinie) erbringen.

Psychotherapeutische Leistungen werden von den Krankenkassen nur für die vom Gemeinsamen Bundesausschuss anerkannten psychotherapeutischen Verfahren, Methoden und Techniken und außerdem nur bei den in Abschnitt D § 22 der Psychotherapie-Richtlinie genannten Anwendungsbereichen finanziert.

Psychotherapie durch nichtberechtigte Therapeuten oder in anderen als den in der Psychotherapie-Richtlinie genannten Anwendungsbereichen können nicht zu Lasten der GKV abgerechnet werden.

■ Arzneimittel⁴¹

In der ambulanten Versorgung psychisch kranker Menschen haben Psychopharmaka einen festen Stellenwert. Sie werden ebenso wie andere Arzneimittel vom Arzt verordnet und verantwortet.

■ Heilmittel⁴²

Unter die Heilmittel (§ 32 SGB V) fallen die so genannten therapeutischen Dienstleistungen. Für psychisch kranke Menschen ist dabei die Ergotherapie von besonderer Bedeutung. Gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinien) gehören zur psychisch-funktionellen Behandlung insbesondere Maßnahmen zur Verbesserung

- und Stabilisierung der psychischen Grundleistungsfunktionen wie Antrieb, Motivation, Belastbarkeit, Ausdauer, Flexibilität und Selbstständigkeit in der Tagesstrukturierung,
- eingeschränkter körperlicher Funktionen wie Grob- und Feinmotorik, Koordination und Körperwahrnehmung,
- der Körperwahrnehmung und Wahrnehmungsverarbeitung,
- der Realitätsbezogenheit, der Selbst- und Fremdwahrnehmung,
- des situationsgerechten Verhaltens, auch der sozioemotionalen Kompetenz und Interaktionsfähigkeit,
- der kognitiven Funktionen,
- der psychischen Stabilisierung und des Selbstvertrauens,
- der eigenständigen Lebensführung und der Grundarbeitsfähigkeiten.

■ Häusliche Krankenpflege

Die Leistungen der häuslichen Krankenpflege stehen grundsätzlich auch psychisch kranken Menschen zur Verfügung.

■ Haushaltshilfe

Ist insbesondere wegen einer notwendigen Krankenhausbehandlung oder stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation die Weiterführung des Haushaltes nicht möglich und ist im Haushalt

⁴¹ Für Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, Krankenhausbehandlung und Rehabilitationsleistungen sind von Versicherten Zuzahlungen (§ 61 SGB V) zu leisten, sofern aufgrund der Einkommensverhältnisse, bestehender Pflegebedürftigkeit oder einer schwerwiegenden chronischen Krankheit keine teilweise Befreiung möglich ist. Über die Möglichkeit der (teilweisen) Befreiung und die Belastungsgrenzen nach § 62 SGB V informieren die Krankenkassen.

⁴² siehe Fußnote Nr. 41, Zuzahlungen

ein Kind von unter 12 Jahren oder ein behindertes und hilfebedürftiges Kind zu versorgen, so besteht ein Anspruch auf Haushaltshilfe. Dies gilt nur, wenn nicht eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann (§ 38 SGB V). Die landwirtschaftlichen Krankenkassen können für landwirtschaftliche Unternehmer Haushaltshilfe erbringen, wenn wegen Krankheit oder einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation die Weiterführung des Haushaltes nicht möglich und diese auf andere Weise nicht sicherzustellen ist (§ 10 Abs. 1 KVLG 1989).

■ Ambulante Soziotherapie

Die ambulante Soziotherapie (§ 37a SGB V) kommt für psychisch kranke Menschen in Betracht, die wegen ihrer schweren psychischen Störung nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen, wenn dadurch eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist. Der Anspruch auf Soziotherapie ist begrenzt und besteht für höchstens 120 Stunden innerhalb von drei Jahren je Krankheitsfall.

Darüber hinaus wird in den Soziotherapie-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses u. a. festgelegt, bei welchen Krankheitsbildern Soziotherapie im Regelfall erforderlich ist, welche Anforderung an die Therapiefähigkeit der betroffenen Menschen gestellt wird und welche einzelnen Leistungsinhalte sie umfasst.

Die ambulante Soziotherapie soll den psychisch kranken Menschen durch Motivierungsarbeit und strukturierte Trainingsmaßnahmen helfen, psychosoziale Defizite zu überwinden. Der Patient soll dadurch in die Lage versetzt werden, die erforderlichen Leistungen zu akzeptieren und selbstständig in Anspruch zu nehmen. Sie ist koordinierende und begleitende Unterstützung und Handlungsanleitung für schwer psychisch kranke Menschen auf der Grundlage von definierten Therapiezielen (bzw. Teilzielen). Soziotherapie findet überwiegend im sozialen Umfeld des betroffenen Menschen statt. Sie unterstützt einen Prozess, der dem Patienten eine bessere Krankheitswahrnehmung (Zugang zu seiner Krankheit) ermöglicht, indem Einsicht, Aufmerksamkeit, Initiative, soziale Kontaktfähigkeit und Kompetenz gefördert werden.⁴³

6.2.2 Krankenhausbehandlung⁴⁴

Ist das kurative Behandlungsziel durch ambulante Maßnahmen einschließlich der häuslichen Krankenpflege nicht zu erreichen, besteht ein Anspruch auf Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus. Dabei kann es sich um ein Fachkrankenhaus oder eine Fachabteilung an einem Allgemeinkrankenhaus zur Behandlung psychisch kranker Menschen handeln. Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht.

Die Krankenhausbehandlung ist eine von der GKV finanzierte Leistung (§ 39 SGB V), die ärztliche Behandlung, pflegerische Hilfen, diagnostische und therapeutische Leistungen, verschiedene, nicht an den Ort gebundene Therapieleistungen und sozialtherapeutische Leistungen der Sozialdienste sowie bei vollstationären Leistungen Unterkunft und Verpflegung beinhaltet.

Dabei umfasst die Krankenhausbehandlung auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation (§ 39 Abs. 1 SGB V).

⁴³ Zu den Anforderungen an die Leistungserbringer für Soziotherapie haben die Spitzenverbände der Krankenkassen am 29. November 2001 gemeinsame Empfehlungen gemäß § 132 b Abs. 2 SGB V (a.F.) abgegeben.

⁴⁴ siehe Fußnote Nr. 41, Zuzahlungen

6.2.3 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation⁴⁵

Reicht bei Versicherten eine Krankenbehandlung nicht aus, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern, kann die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbringen (§§ 11, 40 SGB V). Diese werden nur dann erbracht, wenn nach den für andere Träger der Sozialversicherung geltenden Vorschriften mit Ausnahme des § 31 SGB VI auf solche Leistungen kein Anspruch besteht.

DIE AMBULANTE SOZIOThERAPIE SOLL DEN PSYCHISCH KRANKEN MENSCHEN DURCH MOTIVIERUNGSARBEIT UND STRUKTURIERTE TRAININGSMASSNAHMEN HELFEN, PSYCHOSOZIALE DEFIZITE ZU ÜBERWINDEN.“

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden ambulant und stationär durchgeführt. Die Entscheidung über die Form der Leistungserbringung trifft die Krankenkasse aufgrund der medizinischen Notwendigkeit. Leistungen, die mit gleicher Erfolgsaussicht sowohl ambulant als auch stationär durchgeführt werden können, werden grundsätzlich ambulant durchgeführt. Bei der Beurteilung sind sozialmedizinische und wirtschaftliche Gesichtspunkte zu beachten. Hierbei werden auch die Wünsche des Versicherten, soweit angemessen, berücksichtigt.

Stationäre Leistungen können zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung nur von Einrichtungen erbracht werden, die die in § 107 Abs. 2 SGB V genannten Voraussetzungen erfüllen und mit denen die Krankenkassen Versorgungsverträge nach § 111 SGB V abgeschlossen haben.

Außerdem können die Krankenkassen ergänzende Leistungen zur Rehabilitation (§ 43 SGB V) erbringen, die unter Berücksichtigung von Art und Schwere der Behinderung erforderlich sind, um das Ziel der Rehabilitation zu erreichen oder zu sichern. Hierzu gehören nicht Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

6.3 Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI) und Alterssicherung der Landwirte (ALG)

Leistungen zur Teilhabe in der gesetzlichen Rentenversicherung und der Alterssicherung der Landwirte haben das Ziel, den Auswirkungen einer Krankheit oder Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden. Dadurch sollen Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben verhindert oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiedereingegliedert werden.

⁴⁵ siehe Fußnote Nr. 41, Zuzahlungen

Die Leistungen zur Teilhabe haben Vorrang vor Rentenleistungen, die bei erfolgreichen Leistungen zur Teilhabe nicht oder voraussichtlich erst zu einem späteren Zeitpunkt zu erbringen sind. Für die Alterssicherung der Landwirte gelten die nachfolgenden Ausführungen entsprechend, soweit nichts anderes bestimmt ist.

Für Leistungen zur Teilhabe erfüllen Versicherte oder Bezieher einer Erwerbsminderungsrente die persönlichen Voraussetzungen gemäß § 10 Abs. 1 SGB VI, wenn eine Krankheit oder Behinderung und dadurch bedingt eine erhebliche Gefährdung oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit besteht und zu erwarten ist, dass

- die erhebliche Gefährdung oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben abgewendet werden kann oder
- die bereits geminderte Erwerbsfähigkeit durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wesentlich gebessert oder wiederhergestellt oder hierdurch deren wesentliche Verschlechterung abgewendet werden kann oder
- bei teilweiser Erwerbsminderung ohne Aussicht auf eine wesentliche Besserung der Erwerbsfähigkeit der Arbeitsplatz durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten werden kann.

Für Leistungen zur Teilhabe haben auch Versicherte die persönlichen Voraussetzungen erfüllt,

1. die im Bergbau vermindert berufsfähig sind und bei denen voraussichtlich durch die Leistungen die Erwerbsfähigkeit wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann oder
2. bei denen der Eintritt von im Bergbau vermindert Berufsfähigkeit droht und bei denen voraussichtlich durch die Leistungen der Eintritt der im Bergbau verminderten Berufsfähigkeit abgewendet werden kann (§ 10 Abs. 2 SGB VI).

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen richten sich nach der vorausgegangenen Erwerbstätigkeit (vgl. § 11 SGB VI). Psychische Störungen sind körperlichen Krankheiten im Hinblick auf die Erfüllung der persönlichen Voraussetzungen für eine Leistung zur Teilhabe der Rentenversicherung gleich gestellt. Hierbei sind für die sozialmedizinische Begutachtung, ebenso wie bei den körperlichen Erkrankungen, nicht die klassifizierenden Diagnosen maßgebend, sondern der Umfang der durch die Krankheit oder Behinderung verursachten Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit.

■ Rehabilitationsprognose

Angaben zum individuellen Erfolg von Rehabilitationsleistungen sind vor deren Einleitung nur als Wahrscheinlichkeitsaussagen möglich (vgl. Kap. 4.5). Eine Einschätzung von Erfolgsaussichten muss sich unter Beachtung allgemeiner prognostischer Gesichtspunkte an den jeweiligen individuellen Gegebenheiten orientieren (vgl. Kap. 4.2). Hierbei kommt auch Erfahrungen, die mit dem betroffenen Menschen im Rahmen seiner bisherigen Behandlung und Betreuung gemacht wurden (z. B. durch den behandelnden Haus- oder Nervenarzt), große Bedeutung zu.

Für Leistungen zur Teilhabe der gesetzlichen Rentenversicherung und der Alterssicherung der Landwirte ist zu beachten, dass einerseits allein die Möglichkeit eines Rehabilitationserfolges nicht ausreicht, andererseits aber auch keine absolut sichere Vorhersage verlangt wird. Es muss eine überwiegende Wahrscheinlichkeit bestehen, dass der Rehabilitationserfolg im Sinne einer wesentlichen Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit eintreten wird. Bei zweifelhafter Prognose kann der jeweilige Rentenversicherungsträger ebenso wie bei ungünstiger Prognose keine Leistungen erbringen.

6.3.1 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Der Katalog der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ergibt sich aus § 15 SGB VI. Danach erbringen die gesetzliche Rentenversicherung und die Alterssicherung der Landwirte im Rahmen von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Leistungen nach den §§ 26 - 31 SGB IX, ausgenommen Leistungen nach § 26 Abs. 2 Nr. 2 und § 30 SGB IX (vgl. Kap. 6.1.1). Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation können sowohl ganztägig ambulant als auch stationär erbracht werden.

In den „Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei psychischen Störungen“ der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Bund werden wesentliche Aspekte beschrieben, die Rehabilitationsbedürftigkeit bei psychischen Störungen aus sozialmedizinischer Sicht begründen bzw. ausschließen. Hierbei ist die Darstellung des Ausmaßes von Schädigungen und Beeinträchtigungen auf der somatischen, der psychischen und der sozialen Ebene berücksichtigt worden.

6.3.2 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben⁴⁶

Die gesetzliche Rentenversicherung erbringt Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 16 SGB VI in Verbindung mit den §§ 33 - 38 SGB IX sowie im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen nach § 40 SGB IX (vgl. Kap. 6.1.3).

Ziel der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist es, 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.

Grundsätzlich orientiert sich die Entscheidung über die Durchführung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auch bei Vorliegen psychischer Störungen an den folgenden Fragen (vgl. Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, DRV Bund):

- Kann der bisherige Beruf am selben Arbeitsplatz ausgeübt werden?
- Kann eine Tätigkeit an einem anderen Arbeitsplatz im selben Beruf ausgeübt werden?
- Kann eine Tätigkeit an einem leidensgerecht gestalteten Arbeitsplatz im selben Beruf ausgeübt werden?
- Kann eine angemessene andere Tätigkeit ausgeübt werden?
- Kann ein anderer Beruf ausgeübt werden?

Bei der Auswahl der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden Eignung, Neigung, bisherige Tätigkeit sowie Lage und Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt angemessen berücksichtigt.

Die Leistungen umfassen auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen, soweit diese Leistungen im Einzelfall erforderlich sind, um die Rehabilitationsziele zu erreichen oder zu sichern und Krankheitsfolgen zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten (§ 33 Abs. 6 SGB IX).

In der Regel ist bei Umschulungs- und Fortbildungsmaßnahmen die Bewilligung für einen Zeitraum von zwei Jahren ausreichend. In Einzelfällen ist eine länger dauernde Leistung zur Erreichung des Rehabilitationsziels erforderlich. Dies kann bei psychisch kranken Menschen in Betracht kommen.

⁴⁶ Die Alterssicherung der Landwirte kann keine Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbringen.

6.3.3 Ergänzende Leistungen

Als ergänzende Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe können

- Übergangsgeld,⁴⁷
- Beiträge und Beitragszuschüsse zu den einzelnen Zweigen der Sozialversicherung,⁴⁸
- ärztlich verordneter Rehabilitationssport in Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung,
- ärztlich verordnetes Funktionstraining in Gruppen unter fachkundiger Anleitung und Überwachung,
- Reisekosten sowie
- Betriebs- oder Haushaltshilfe und Kinderbetreuungskosten

erbracht werden (§ 28 SGB VI in Verbindung mit § 44 Abs. 1 Nr. 2 - 6 und Abs. 2 SGB IX, §§ 53 und 54 SGB IX). Anstelle von Übergangsgeld kann in der Alterssicherung der Landwirte Betriebs- oder Haushaltshilfe zur Aufrechterhaltung des Unternehmens der Landwirtschaft erbracht werden.

6.3.4 Sonstige Leistungen einschließlich Nachsorge

Die gesetzliche Rentenversicherung und die Alterssicherung der Landwirte können als sonstige Leistungen zur Teilhabe unter anderem Leistungen zur Eingliederung von Versicherten in das Erwerbsleben, insbesondere nachgehende Leistungen zur Sicherung des Erfolgs der Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitationsnachsorge) erbringen. Diese Leistungen setzen ebenfalls voraus, dass die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind. Sie werden nur auf Grund von Richtlinien der Deutschen Rentenversicherung Bund erbracht, die im Benehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales erlassen werden. Für die Alterssicherung der Landwirte bestehen in der Regel keine Bedenken, diese Richtlinien analog anzuwenden.

Für bestimmte sonstige Leistungen wie die nachgehenden Leistungen zur Sicherung des Erfolgs der Leistungen zur Teilhabe bestehen für die gesetzliche Rentenversicherung finanzielle Beschränkungen. Die Aufwendungen hierfür dürfen im Kalenderjahr 7,5 vom Hundert der Haushaltsansätze für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und die ergänzenden Leistungen nicht übersteigen (§ 31 SGB VI).

In den Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Reha-Nachsorge in der Rentenversicherung vom 7. April 2008 wird unter anderem ein Überblick über die Indikationsstellung, die Anforderungen an die durchführenden Einrichtungen und den Stand der Nachsorge in der Praxis gegeben. Für die Zielgruppe der psychisch kranken Menschen existieren spezifische Nachsorgekonzepte oder entsprechend ausgerichtete Angebote der Intensivierten Rehabilitationsnachsorge (IRENA)⁴⁹. Im Zuge der Verstärkung der Patientensorientierung wurden die Nachsorge-Leistungen in den letzten Jahren kontinuierlich weiterentwickelt und die Rahmenbedingungen ihrer Erbringung zunehmend flexibilisiert.

⁴⁷ Die Alterssicherung der Landwirte kann kein Übergangsgeld erbringen.

⁴⁸ Die Alterssicherung der Landwirte kann keine Beiträge und Beitragszuschüsse erbringen.

⁴⁹ www.deutsche-rentenversicherung-bund.de

6.4 Arbeitsförderung (SGB III)

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durch die Bundesagentur für Arbeit haben das Ziel, den Versicherten in das Erwerbsleben einzugliedern.

Die Bundesagentur für Arbeit erbringt gemäß § 97 SGB III als Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben die Hilfen, die erforderlich sind, um die Erwerbsfähigkeit der behinderten Menschen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu bessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern. Dabei sind Eignung, Neigung und bisherige Tätigkeit sowie Lage und Entwicklung des Arbeitsmarktes angemessen zu berücksichtigen. Soweit es erforderlich ist, schließt das Verfahren zur Auswahl der Leistungen eine Abklärung der beruflichen Eignung oder eine Arbeitserprobung ein. Hilfen können auch zum beruflichen Aufstieg erbracht werden (§§ 4 Abs. 1 und 33 Abs. 1 SGB IX i.V.m. § 97 SGB III).

Bei behinderten Menschen, die wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung nicht, noch nicht oder noch nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt werden können (§ 136 Abs. 1 SGB IX) und die deshalb Leistungen in einer Werkstatt für behinderte Menschen benötigen, sind die Leistungen darauf gerichtet, die Leistungsfähigkeit so weit wie möglich zu entwickeln, zu verbessern oder wiederherzustellen und dadurch – nach der Teilnahme am Berufsbildungsbereich der Werkstatt für behinderte Menschen – wenigstens ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung zu erzielen (§ 40 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX).

Wesentliche Voraussetzungen für Leistungen der Bundesagentur für Arbeit sind, dass Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, soweit diese indiziert sind, abgeschlossen sind.

Die Bundesagentur für Arbeit tritt mit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nur dann ein, wenn kein anderer Träger für die Erbringung entsprechender Leistungen zuständig ist.

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben umfassen die allgemeinen Leistungen, wie sie auch für nicht behinderte Menschen erbracht werden, sowie besondere Leistungen, die nur dann erbracht werden, wenn eine berufliche Eingliederung nicht durch die allgemeinen Leistungen erreicht werden kann (§ 98 SGB III).

Bestandteil der Leistungen sind auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen gem. § 33 Abs. 6 SGB IX, darunter die Beteiligung von Integrationsfachdiensten im Rahmen ihrer Aufgabenstellung (§ 110 SGB IX).

6.4.1 Allgemeine Leistungen

Die allgemeinen Leistungen umfassen nach § 100 SGB III

1. Vermittlungsunterstützende Leistungen (§§ 45 ff. SGB III),
2. Leistungen zur Förderung der Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit (§§ 57 ff. SGB III),
3. Leistungen zur Förderung der Berufsausbildung (einschließlich berufsvorbereitender Bildungsmaßnahmen, §§ 59 ff. SGB III),
4. Leistungen zur Förderung der beruflichen Weiterbildung (§§ 77 ff. SGB III).

6.4.2 Besondere Leistungen

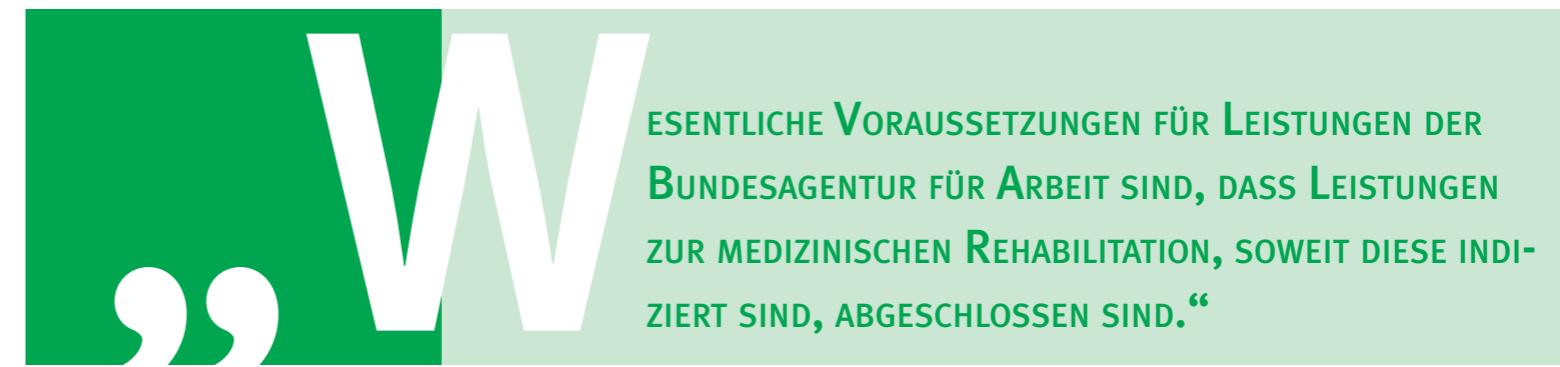
An Stelle der allgemeinen Leistungen werden die besonderen Leistungen erbracht, wenn

1. Art oder Schwere der Behinderung oder die Sicherung des Eingliederungserfolges die Teilnahme an
 - a) einer Maßnahme in einer besonderen Einrichtung für behinderte Menschen oder
 - b) einer sonstigen auf die besonderen Bedürfnisse behinderter Menschen ausgerichteten Maßnahme

unerlässlich machen oder

2. die allgemeinen Leistungen die wegen Art oder Schwere der Behinderung erforderlichen Maßnahmen nicht oder nicht im erforderlichen Umfang vorsehen (§ 102 SGB III).

Besondere Einrichtungen für behinderte Menschen sind Berufsbildungs- und Berufsförderungswerke und vergleichbare Einrichtungen (z. B. BTZ), Einrichtungen zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation (z. B. RPK, Phase II-Einrichtungen) sowie Werkstätten für behinderte Menschen.



6.4.3 Weitere Leistungen

Neben bzw. teilweise in Verbindung mit den vorstehend genannten Leistungen kommen zur beruflichen Eingliederung psychisch kranker Menschen je nach Situation des Einzelfalls auch andere Leistungen der Arbeitsförderung in Betracht. Hierzu gehören insbesondere:

- Übernahme der mit der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben in unmittelbarem Zusammenhang stehenden Kosten (Lehrgangskosten, Prüfungsgebühren, Lernmittel, Übernahme der erforderlichen Kosten für Unterkunft und Verpflegung, Fahrkosten und Haushaltshilfe, Beiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung, §§ 102 ff. SGB III),
- Berufsausbildungsbeihilfe (§§ 59 ff. SGB III) und Ausbildungsgeld (§§ 104 ff. SGB III),
- Arbeitslosengeld bei beruflicher Weiterbildung (§ 117 Abs. 1 Nr. 2 SGB III) und Übergangsgeld (§ 44 SGB IX i.V.m. § 160 SGB III),
- Ausbildungszuschüsse zur betrieblichen Ausführung von Bildungsleistungen (§ 34 SGB IX i.V.m. § 236 SGB III),
- Zuschüsse zu den Arbeitsentgelten (Eingliederungszuschüsse § 34 SGB IX i.V.m. §§ 217 ff SGB III),
- Zuschüsse zu Arbeitshilfen im Betrieb (§ 34 SGB IX i.V.m. § 237 SGB III),

- die teilweise oder volle Erstattung der Kosten einer bis zu drei Monaten befristeten Probebeschäftigung behinderter Menschen (§ 34 SGB IX i.V.m. § 238 SGB III),
- die Förderung von Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen (§§ 260 ff. SGB III).

6.5 Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II)

Die Bundesagentur für Arbeit ist auch Rehabilitationsträger für die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für behinderte erwerbsfähige hilfebedürftige Menschen, die dem Rechtskreis des SGB II zuzuordnen sind, soweit nicht ein anderer Rehabilitationsträger zuständig ist (§ 6a SGB IX).

Die Prozessverantwortung für das Rehabilitationsverfahren einschließlich der Feststellung der Zuständigkeit und der Entscheidung über den Rehabilitationsbedarf nach § 19 SGB III obliegt der Bundesagentur für Arbeit als Rehabilitationsträger.

Die Träger der Leistungen zur Grundsicherung (Grundsicherungsstellen) haben während des gesamten Verfahrens die Integrationsverantwortung und erbringen gem. § 16 Abs. 1 S. 3 SGB II i.V.m. § 97 ff. SGB III die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, sofern keine vorrangigen Ansprüche gegenüber einem anderen Rehabilitationsträger bestehen. Hinsichtlich der Leistungsansprüche nach dem SGB III ist zu berücksichtigen, dass für viele Leistungen nach § 22 Abs. 4 SGB III ein Leistungsverbot der Bundesagentur für Arbeit gegenüber erwerbsfähigen hilfebedürftigen Menschen im Sinne des SGB II besteht.

Hierzu zählen die allgemeinen Leistungen nach § 100 Nr. 1 und 4 SGB III:

- Vermittlungsunterstützende Leistungen (§ 16 Abs. 1 SGB II i.V.m. §§ 45 und 46 SGB III),
- Leistungen zur Förderung der beruflichen Weiterbildung (§ 16 Abs. 1 SGB II i.V.m. § 77 ff. SGB III) sowie
- die Leistungen im Rahmen der besonderen Leistungen nach § 102 SGB III.

Zusätzlich können die Leistungen zur Eingliederung nach SGB II erbracht werden, sofern nicht ein anderer Träger vorrangig zur Leistung verpflichtet ist. Hierzu zählen insbesondere:

- Einstiegsgeld (§ 16b SGB II),
- Leistungen zur Eingliederung von Selbstständigen (§ 16c SGB II),
- Arbeitsgelegenheiten (§ 16d SGB II).

Leistungen zur Beschäftigungsförderung nach § 16e SGB II können nicht erbracht werden, solange ein Rehabilitationsträger eine dauerhafte Teilhabe am Arbeitsleben durch die Erbringung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für erreichbar hält.

Eine Leistungsverpflichtung der Grundsicherungsstellen besteht ebenfalls nicht für die nachfolgenden Leistungen nach dem 5. Kapitel SGB IX:

- Eignungsabklärung (§ 33 Abs. 4 SGB IX),
- Arbeiterprobung (§ 33 Abs. 4 SGB IX),
- Training lebenspraktischer Fähigkeiten (§ 33 Abs. 6 Nr. 6 SGB IX),
- Beteiligung von Integrationsfachdiensten (§ 33 Abs. 6 Nr. 8 SGB IX),
- Kraftfahrzeughilfe (§ 33 Abs. 8 Nr. 1 SGB IX),

- Verdienstausfall (§ 33 Abs. 8 Nr. 2 SGB IX),
- Arbeitsassistenz (§ 33 Abs. 8 Nr. 3 SGB IX),
- Hilfsmittel (§ 33 Abs. 8 Nr. 4 SGB IX),
- Technische Arbeitshilfen (§ 33 Abs. 8 Nr. 5 SGB IX),
- Wohnungshilfe (§ 33 Abs. 8 Nr. 6 SGB IX),
- Unterstützte Beschäftigung (§ 38a SGB IX).

Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts werden durch die Grundsicherungsstellen auf Grundlage des SGB II erbracht.

6.6 Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII)

„Alles aus einer Hand“ lautet das Prinzip des deutschen Unfallversicherungssystems, das für die Folgen von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten zuständig ist. Die Unfallverhütung, die Wiederherstellung von Gesundheit und Arbeitskraft und die finanziellen Leistungen liegen in einer Hand bei den Berufsgenossenschaften, Unfallkassen und Gemeindeunfallversicherungsverbänden.

In der Rehabilitation steuern und koordinieren sie die medizinische Behandlung sowie die Wiedereingliederung in den Beruf und in das soziale Umfeld.

Die Unfallversicherungsträger haben bei Eintritt eines Arbeitsunfalls mit unmittelbaren psychischen Störungen, aber auch bei erst im Heilverlauf sich entwickelnden psychischen Beeinträchtigungen den gesetzlichen Rehabilitationsauftrag zu erfüllen. Mit allen geeigneten Mitteln ist möglichst frühzeitig der durch den Versicherungsfall verursachte Gesundheitsschaden zu beseitigen oder zu bessern, seine Verschlimmerung zu verhüten und seine Folgen zu mildern (§ 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII).⁵⁰

6.6.1 Stabilisierungsmaßnahmen

Die rasche Einleitung notwendiger Interventions- und gezielter therapeutischer Maßnahmen hat dabei gegenüber der Kausalitätsklärung Vorrang. Die Chronifizierung einer psychischen Störung ist unbedingt zu vermeiden (§ 3 SGB IX). Stabilisierende (probatorische) psychotherapeutische Sitzungen sollen daher bei Bedarf rechtzeitig, d. h. spätestens vier Wochen nach dem traumatischen Ereignis eingeleitet werden. Diese Sitzungen können Personen aus dem Umfeld des Betroffenen anregen, z. B. Ärzte, Arbeitgeber, Kollegen, Familie oder der Versicherte selbst. Die psychotherapeutische Betreuung oder Behandlung wird durch den Durchgangsarzt oder den Unfallversicherungsträger veranlasst, dem auch die Steuerung des Heilverfahrens obliegt. Probatorische Sitzungen werden in der Regel im Rahmen des Modellverfahrens der Landesverbände „Einbindung von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten in das berufsgenossenschaftliche Heilverfahren bei psychischen Gesundheitsschäden“ eingeleitet. Die Unfallversicherungsträger benennen dem Betroffenen geeignete Therapeuten und sind ggf. Vermittlungsstelle zwischen Betrieb und Behandler.

6.6.2 Weiterbehandlung

Mit Ende der probatorischen Sitzungen muss die Diagnose durch den eingeschalteten Psychotherapeuten gesichert werden. Die psychotherapeutische Weiterbehandlung wird dann grundsätzlich als ambulante Kurzzeittherapie genehmigt. In besonderen Fällen kann auch eine stationäre Behandlung angezeigt sein.

⁵⁰ Empfehlungen der gesetzlichen Unfallversicherung zur Prävention und Rehabilitation von psychischen Störungen nach Arbeitsunfällen unter www.dguv.de

6.6.3 Teilhabe am Arbeitsleben

Mit einem frühzeitigen Erkennen psychisch bedingter Störungen und derartiger Gefährdungen kann umgehend die berufliche Rehabilitationsstrategie präzisiert werden. Dazu gehört auch eine rasche Abklärung zumindest des allgemeinen Störungsbildes und der noch möglichen Therapieerfolge, um wegweisende Hinweise zu erhalten. Wenn auf Grund der Schwere der psychischen Beeinträchtigung Qualifizierungsmaßnahmen in Frage kommen, können durch Zwischenprüfungen zügig die ersten Ermittlungen für spätere Entscheidungen eingeleitet werden. Das berufliche Rehabilitationsmanagement verlangt in besonderem Maße ein Vertrauen schaffende Kommunikation mit dem Versicherten und dem Arbeitgeber sowie die Berücksichtigung der persönlichen Befindlichkeiten.

6.6.4 Geldleistungen

Während der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten die Versicherten, soweit sie in dieser Zeit kein Entgelt erzielen können, Entgeltersatzleistungen in Form von Verletztengeld oder Übergangsgeld. Für Versicherte, die im täglichen Leben in erheblichem Umfang fremder Hilfe bedürfen, wird Pflegegeld bezahlt. Falls notwendig, werden Reisekosten, Kraftfahrzeughilfe, Wohnungshilfe oder häusliche Krankenpflege ebenfalls erbracht.

6.6.5 Entschädigung

Können Versicherte nicht wieder uneingeschränkt am Erwerbsleben teilnehmen, zahlen die Unfallversicherungsträger eine Rente. Voraussetzung ist eine andauernde Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 20 vom Hundert (§ 56 SGB VII) bzw. 30 vom Hundert (§ 80a SGB VII). Die Minderung der Erwerbsfähigkeit richtet sich danach, wie sehr die in Folge des Versicherungsfalles eingetretene Reduzierung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens eines Versicherten seine Arbeitsmöglichkeiten einschränkt.

6.7 Sozialhilfe (SGB XII)

Für psychisch kranke Menschen werden die notwendigen Leistungen zur Teilhabe und sonstige Hilfen unter Umständen auch aus Mitteln der Sozialhilfe bereitgestellt. Die Leistungsarten der Sozialhilfe umfassen unter anderem die Hilfen zur Gesundheit, Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und Hilfe zur Pflege.

Die Leistungen nach dem SGB XII zielen darauf, den Leistungsberechtigten so weit wie möglich zu befähigen, unabhängig von Sozialhilfe zu leben. Hierbei müssen die Leistungsberechtigten nach ihren Kräften mitwirken (§ 1 Satz 2 SGB XII).

Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es, eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern. Hierzu gehört vor allem, den behinderten Menschen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, ihnen die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen Tätigkeit zu ermöglichen oder sie soweit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen (§ 53 Abs. 3 SGB XII).

6.7.1 Grundlagen der Erbringung von Leistungen

■ Nachrang der Sozialhilfe

Nach § 2 SGB XII werden Leistungen der Sozialhilfe nur nachrangig erbracht. Hat der psychisch kranke Mensch Ansprüche auf Leistungen zur Teilhabe oder andere Leistungen gegenüber anderen Sozialleistungsträgern, so muss er diese in Anspruch nehmen.

Soweit er keine solchen Ansprüche hat, kann er die erforderlichen Hilfen vom Sozialhilfeträger erhalten, wenn er oder seine Angehörigen (Ehegatten, Kinder, Eltern, Bedarfsgemeinschaften im Sinne § 19 SGB XII) nicht über ausreichendes Einkommen und Vermögen verfügen, um die notwendige Hilfe in zumutbarer Weise selbst finanzieren zu können. Bezüglich der sozialhilfrechtlichen Vorschriften über den Einsatz von Einkommen und Vermögen (§§ 82 – 96 SGB XII) sind im Hinblick auf Leistungen der Eingliederungshilfe folgende Sonderregelungen zu beachten:

So sind dem behinderten Menschen sowie seinem nicht getrennt lebenden Ehegatten bei

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 26 SGB IX),
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 33 SGB IX),
- Leistungen in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen nach § 41 SGB IX und in vergleichbaren sonstigen Beschäftigungsstätten (§ 56 SGB XII),
- Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten, die erforderlich und geeignet sind, behinderten Menschen die für sie erreichbare Teilhabe am Arbeitsleben zu ermöglichen, soweit diese Hilfen in besonderen teilstationären Einrichtungen für behinderte Menschen erbracht werden (§ 55 SGB IX),

nur die Aufbringung der Kosten des Lebensunterhalts zuzumuten (§ 92 Abs. 2 SGB XII).

Bei den vorstehend genannten Leistungen erfolgt also weder eine Bedürftigkeitsprüfung noch eine Heranziehung zu deren Kosten. Eine Aufbringung der Kosten für den Lebensunterhalt ist dabei nicht zumutbar, wenn das Einkommen des behinderten Menschen sowie seines nicht getrennt lebenden Ehegatten insgesamt einen Betrag in Höhe des zweifachen Regelsatzes nicht übersteigt.

Bezüglich der Heranziehung unterhaltspflichtiger Angehöriger sind folgende Sonderregelungen zu beachten.

Bei Kindern, die nach Vollendung des 18. Lebensjahres Eingliederungshilfe oder Hilfe zur Pflege in vollstationären Einrichtungen erhalten, besteht der Unterhaltsanspruch gegenüber den Eltern zur Zeit nur in Höhe von bis zu 26 Euro monatlich (§ 94 SGB XII). Bei Kindern nach Vollendung des 18. und vor Vollendung des 27. Lebensjahres kann auf Antrag geprüft werden, ob auch im Hinblick auf diesen Betrag eine unbillige Härte vorliegt.

Wird bei Kindern nach Vollendung des 18. Lebensjahres ambulante oder teilstationäre Eingliederungshilfe für behinderte Menschen oder Hilfe zur Pflege erbracht, so liegt in der Regel eine unbillige Härte vor, die den Übergang des Unterhaltsanspruchs auf den Sozialhilfeträger ausschließt (§ 94 Abs. 3 SGB XII).

■ Art, Form und Maß der Leistungen

Art, Form und Maß der Sozialhilfe richten sich nach den Besonderheiten des Einzelfalles, vor allem nach der Person des Leistungsberechtigten, der Art seines Bedarfes und den örtlichen Verhältnissen (§ 9 Abs. 1 SGB XII). Formen der Sozialhilfe sind persönliche Hilfe, Geldleistung oder Sachleistung (§ 10 Abs. 1 SGB XII).

Wünschen der Leistungsberechtigten soll entsprochen werden, wenn sie angemessen und nicht mit unverhältnismäßigen Mehrkosten verbunden sind (§ 9 Abs. 2 SGB XII). Im Übrigen haben ambulante Hilfen Vorrang vor stationären Angeboten (§ 9 Abs. 2 und § 13 SGB XII).

Sozialhilferechtlich sind z. B.

- nicht nur Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen, sondern auch Wohn- und Pflegeheime stationäre Einrichtungen und
- nicht nur Tages- und Nachtkliniken, sondern auch Werkstätten für behinderte Menschen und Tagesstätten für psychisch kranke Menschen teilstationäre Einrichtungen.

6.7.2 Die einzelnen Arten der Hilfe in besonderen Lebenslagen

■ Hilfen zur Gesundheit

Zur Erkennung, Heilung, Verhütung der Verschlimmerung einer Krankheit oder zur Linderung von Krankheitsbeschwerden werden Leistungen zur Krankenbehandlung entsprechend den Vorschriften über die gesetzliche Krankenversicherung bewilligt. Zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten werden die medizinischen Vorsorgeleistungen und Untersuchungen erbracht. Auf andere Leistungen besteht nur ein Anspruch, wenn ohne diese nach ärztlichem Urteil eine Erkrankung oder ein sonstiger Gesundheitsschaden einzutreten droht (§§ 47, 48 und 52 Abs. 1 SGB XII).

■ Eingliederungshilfe

Die einzelnen Leistungen der Eingliederungshilfe zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ergeben sich aus §§ 54 bis 56 SGB XII.

Leistungen der Eingliederungshilfe sind danach insbesondere:

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 26 Abs. 2 und 3 SGB IX,
- Versorgung mit Körperersatzstücken sowie mit orthopädischen oder anderen Hilfsmitteln,
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 33 SGB IX sowie sonstige Hilfen zur Erlangung eines geeigneten Platzes im Arbeitsleben,
- Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung, vor allem im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht und zum Besuch weiterführender Schulen einschließlich der Vorbereitung hierzu; die schulrechtlichen Bestimmungen über die Ermöglichung der Schulbildung im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht bleibt unberührt,
- Hilfe zur schulischen Ausbildung für einen angemessenen Beruf einschließlich des Besuchs einer Hochschule,
- Hilfe zur Ausbildung für eine sonstige angemessene Tätigkeit,
- Leistungen in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen nach § 41 SGB IX oder in vergleichbaren sonstigen Beschäftigungsstätten,
- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nach § 55 SGB IX,
- nachgehende Hilfe zur Sicherung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Maßnahmen und zur Sicherung der Teilhabe der behinderten Menschen am Arbeitsleben.

■ Hilfe zur Pflege

Sofern Pflegebedürftigkeit besteht, wird Hilfe zur Pflege nach den §§ 61 ff SGB XII erbracht, soweit diese nicht bereits Bestandteil einer Maßnahme der Eingliederungshilfe ist. Mit dem Inkrafttreten der Pflegeversicherung (SGB XI) wurden die Regelungen der Hilfe zur Pflege im Rahmen der Sozialhilfe weithin denen des SGB XI angeglichen. Dies betrifft insbesondere die Definition der Pflegebedürftigkeit und des Hilfebedarfs sowie die Höhe des Pflegegeldes.

Zu den wichtigen Unterschieden gehört, dass Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII – soweit sie notwendig und nach Art und Umfang angemessen ist – auch dann erbracht wird, wenn der Hilfebedarf

- voraussichtlich weniger als sechs Monate besteht,
- geringer ist als der für die Zuordnung zur Pflegestufe I nach dem SGB XI,
- für andere als die im SGB XI (bzw. § 61 Abs. 5 SGB XII) genannten Verrichtungen besteht.

Ein weiterer wesentlicher Unterschied liegt darin, dass die im Rahmen der Hilfe zur Pflege erbrachten Sachleistungen (ambulante Pflege durch Pflegedienste, teilstationäre und stationäre Pflege) nicht durch gesetzlich geregelte Höchstbeträge begrenzt sind.

6.7.3 Zuständige Sozialhilfeträger

§ 97 Abs. 1 SGB XII normiert eine umfassende Zuständigkeit des örtlichen Trägers der Sozialhilfe (Kreise und kreisfreie Städte).

In § 97 Abs. 2 SGB XII wird neben der Regelung des Zuständigkeitsbereiches des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe durch Landesrecht eine so weit wie möglich einheitliche Zuständigkeit für die einzelnen Leistungen im Sinne des § 8 Abs. 1 bis 6 SGB XII gefordert.

In § 97 Abs. 3 SGB XII wird der Aufgabenbereich des überörtlichen Trägers festgelegt, falls keine landesrechtliche Regelung im Sinne des § 97 Abs. 2 SGB XII getroffen wird.

Es gibt keine bundesweit einheitliche Regelung, so dass je nach Landesrecht die Aufgabenliste des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe von Bundesland zu Bundesland abweicht.

6.8 Öffentliche Jugendhilfe (SGB VIII)

Die Träger der öffentlichen Jugendhilfe erbringen für psychisch kranke Kinder und Jugendliche Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie weitere Leistungen der Eingliederungshilfe.

Leistungen der öffentlichen Jugendhilfe unterliegen wie auch die Leistungen nach dem SGB XII dem Grundsatz des Nachrangs. Sie werden nur erbracht, wenn für die Leistungen kein anderer Träger zuständig ist. Außerdem sind stets etwaige Verpflichtungen von unterhaltspflichtigen Angehörigen zu berücksichtigen.

Gemäß § 35a Abs. 3 SGB VIII richten sich Aufgabe und Ziel der Hilfe, die Bestimmung des Personenkreises sowie die Art der Leistungen nach den Regelungen des § 39 Abs. 3 und 4 Satz 1 und den §§ 40 und 41 SGB VIII, soweit diese Bestimmungen auch auf psychisch behinderte und von einer solchen Behinderung bedrohte Menschen Anwendung finden.

Kinder und Jugendliche haben einen Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe, wenn

- ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht und
- daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist (§ 35a Abs. 1 SGB VIII).

Die Hilfe wird nach dem Bedarf im Einzelfall

- in ambulanter Form,
- in Tageseinrichtungen für Kinder oder in anderen teilstationären Einrichtungen,
- durch geeignete Pflegepersonen und
- in Einrichtungen über Tag und Nacht sowie in sonstigen Wohnformen (§ 35a Abs. 2 SGB VIII) erbracht.

6.9 Soziale Pflegeversicherung (SGB XI)

Als fünfte Säule der Sozialversicherung hat die Pflegeversicherung die Aufgabe, Pflegebedürftigen Hilfe zu leisten, die wegen der Schwere der Pflegebedürftigkeit auf solidarische Unterstützung angewiesen sind (§ 1 Abs. 4 SGB XI). Die Pflegekassen gehören nicht zum Kreis der Rehabilitationsträger. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden durch andere Leistungsträger erbracht und haben ausdrücklich Vorrang vor Leistungen der Pflegeversicherung (§ 5 SGB XI). Gleichwohl liegt der Pflegeversicherung auch eine im fachlichen Sinne rehabilitative Zielorientierung zugrunde, denn die Hilfen sind darauf auszurichten, Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten (§ 31 Abs. 2 SGB XI).

Die aktivierende Umsetzung der Pflege ist zu gewährleisten, um die Alltagsfähigkeiten der betroffenen Menschen zu erhalten.

Die Pflegekassen sind verpflichtet, den Versicherten und mit dessen Einverständnis den behandelnden Arzt sowie den zuständigen Rehabilitationsträger über das Vorliegen einer Feststellung, dass im Einzelfall Leistungen zur medizinischen Rehabilitation angezeigt sind, unverzüglich zu informieren. Die Mitteilung an den Rehabilitationsträger gilt als Antragstellung für das Verfahren nach § 14 SGB IX, sofern der Versicherte dem zugestimmt hat (§ 31 Abs. 3 SGB XI).

6.9.1 Leistungsvoraussetzungen

Für Leistungen der Pflegeversicherung müssen persönliche (§ 14 SGB XI) und versicherungsrechtliche (§ 33 SGB XI) Voraussetzungen erfüllt sein.

Pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen (§ 14 Abs. 1 SGB XI).

Die bei der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit zu berücksichtigenden gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen sind im Gesetz abschließend aufgezählt und umfassen die Bereiche Körperpflege (Bedarf an Grundpflege), Ernährung und Mobilität sowie den Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung (§ 14 Abs. 4 SGB XI). Die Hilfe besteht in der Unterstützung, der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen oder in der Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme der Verrichtungen (§ 14 Abs. 3 SGB XI).

Für die Erbringung von Leistungen der Pflegeversicherung werden pflegebedürftige Personen, je nach Umfang des Hilfebedarfs, einer von drei Pflegestufen (erheblich Pflegebedürftige, Schwerpflegebedürftige, Schwerstpflegebedürftige) zugeordnet (§ 15 SGB XI). Für Versicherte mit erheblichem allgemeinem Beaufsichtigungs- bzw. Betreuungsbedarf wegen demenzbedingter Fähig-

keitsstörungen, geistiger Behinderungen oder psychischer Erkrankungen und dadurch bedingter Einschränkung der Alltagskompetenz ist eine Pflegeeinstufung nicht Bedingung (§ 45a SGB XI).

6.9.2 Leistungen der Pflegeversicherung

Die Leistungen der Pflegeversicherung umfassen im Rahmen der ambulanten Versorgung bei häuslicher Pflege die Pflegesachleistung, das Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen, die Kombination von Geldleistung und Sachleistung (Kombinationsleistung), die häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson sowie Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen. Daneben erbringt die Pflegeversicherung Leistungen der teilstationären und Kurzzeitpflege sowie der vollstationären Pflege (§§ 36 bis 43 SGB XI).

Die Leistungen der Pflegeversicherung sind im Wesentlichen in Abhängigkeit von der Pflegestufe budgetiert.

Für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen übernimmt die Pflegeversicherung die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Die Höhe des pauschalen Leistungsbetrages ist abhängig von der jeweiligen Pflegestufe.

Für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen übernimmt die Pflegeversicherung zur Abgeltung der pflegebedingten Aufwendungen, der Aufwendungen für soziale Betreuung und der Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege zehn Prozent des vereinbarten Heimentgelts, höchstens jedoch 256 Euro monatlich (§ 43a SGB XI).

Pflegebedürftige der Pflegestufen I, II und III sowie Personen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, mit einem auf Dauer bestehenden erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung haben Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI. Die zusätzlichen Betreuungsleistungen werden für Versicherte mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz bis zu einem Betrag von 100 Euro monatlich und für Versicherte mit einer in erhöhtem Maße eingeschränkten Alltagskompetenz bis zu einem Betrag von 200 Euro monatlich geleistet. Maßstab für die Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zur Bemessung der jeweiligen Höhe des Betreuungsbetrages sind die Feststellungen zu den Schädigungen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten anhand der in § 45a Abs. 2 SGB XI genannten Kriterien.

Pflegebedürftige und ihre Bezugspersonen haben Anspruch auf eine qualifizierte Beratung (§ 7a SGB XI) durch einen Pflegeberater der Pflegekassen (Pflegestützpunkt).⁵¹

6.10 Schwerbehindertenrecht SGB IX (Teil 2)

Das Schwerbehindertenrecht (SGB IX Teil 2 – Besondere Regelungen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen) bietet auch psychisch kranken Menschen – unabhängig von Leistungen zur Teilhabe – Hilfen und Nachteilsausgleiche insbesondere im Arbeitsleben. Voraussetzung ist, dass sie zum besonderen Personenkreis gehören, d. h. schwerbehindert oder schwerbehinderten Menschen gleichgestellt sind (§ 68 Abs. 1 SGB IX, vgl. Kap. 6.10.1).

⁵¹ www.bmg.bund.de

6.10.1 Personenkreis

Schwerbehinderte sind Personen, bei denen nicht nur vorübergehend Funktionseinschränkungen bestehen und ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50 vorliegt (§ 2 Abs. 2 SGB IX). Beträgt der GdB mindestens 30, kann bei der Agentur für Arbeit eine Gleichstellung beantragt werden, wenn anders kein geeigneter Arbeitsplatz erlangt oder gesichert werden kann (§ 2 Abs. 3 SGB IX).

Voraussetzung für Leistungen nach dem Schwerbehindertenrecht ist die Anerkennung der Schwerbehinderteneigenschaft durch das Versorgungsamt. Der Nachweis der Schwerbehinderteneigenschaft erfolgt durch den Schwerbehindertenausweis.

Die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft erfolgt im Rahmen eines ärztlichen Begutachtungsverfahrens anhand der Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV)⁵². Dabei kann auf eine Untersuchung verzichtet werden, wenn bereits entsprechende ärztliche Unterlagen vorgelegt werden können, die in überzeugender Weise ein ausreichendes Bild von der Art und dem Ausmaß aller geltend gemachten Behinderungen vermitteln. Während bei den meisten Körperbehinderungen gestufte und messbare körperliche Funktionseinbußen für die Ermittlung des GdB zu Grunde gelegt werden, richtet er sich bei psychischen Behinderungen vor allem nach der Ausprägung der „sozialen Anpassungsschwierigkeiten“. Dementsprechend ist für eine zutreffende Beurteilung eine genaue Kenntnis der im Einzelfall bestehenden sozialen Auswirkungen der Erkrankung bzw. Behinderung erforderlich.

6.10.2 Regelungen des Schwerbehindertenrechts

■ Der Kündigungsschutz

Der Arbeitgeber benötigt zur Kündigung des Arbeitsverhältnisses eines schwerbehinderten (oder gleichgestellten) Menschen die vorherige Zustimmung des Integrationsamtes (§ 85 SGB IX). Erst wenn die Entscheidung des Integrationsamtes in Form der Zustimmung vorliegt, kann der Arbeitgeber die Kündigung wirksam erklären. Eine Zustimmung ist nicht erforderlich, wenn die Kündigung innerhalb der ersten sechs Monate seit Bestehen des Arbeitsverhältnisses ausgesprochen wird.

Zustimmungsfrei ist die Beendigung des Arbeitsverhältnisses z. B. durch

- einen einvernehmlichen Aufhebungsvertrag,
- eine Kündigung von Seiten des schwerbehinderten Menschen oder
- Fristablauf bei einem befristeten Arbeitsverhältnis.

■ Die betriebliche Interessenvertretung für schwerbehinderte Menschen

Sofern in einem Betrieb oder einer Dienststelle mehr als vier schwerbehinderte oder gleichgestellte Arbeitnehmer beschäftigt sind, wird eine Schwerbehindertenvertretung gewählt werden. Außerdem werden besondere Aufgaben von Betriebs- bzw. Personalräten und Beauftragten der Arbeitgeber in Angelegenheiten schwerbehinderter Menschen geregelt.

■ Nachteilsausgleiche

Nachteilsausgleiche sind z. B. Zusatzurlaub, Entbindung von Mehrarbeit oder Vergünstigung für Nutzung des öffentlichen Personenverkehrs.

⁵² Über das BMAS kann die Broschüre „Versorgungsmedizinische Grundsätze“ bestellt werden unter www.bmas.de

■ Integrationsprojekte und Integrationsfachdienste

Nähere Informationen hierzu gibt es in den Kapiteln 5.5.3 und 5.5.7.

■ Begleitende Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Begleitende Hilfen richten sich an schwerbehinderte Arbeitnehmer, deren Arbeitgeber und selbstständige Berufstätige mit dem Ziel, dass die schwerbehinderten Menschen in ihrer sozialen Stellung nicht absinken. Sie sollen dazu beitragen, dass betroffene Menschen auf Arbeitsplätzen beschäftigt werden, auf denen sie ihre Fähigkeiten und Kenntnisse voll verwerten und weiterentwickeln können. Durch Leistungen der Rehabilitationsträger und Maßnahmen der Arbeitgeber sollen diese Personen befähigt werden, sich am Arbeitsplatz und im Wettbewerb mit nicht behinderten Menschen zu behaupten. Die begleitenden Hilfen im Arbeitsleben umfassen auch die nach den Umständen des Einzelfalls notwendige psychosoziale Betreuung schwerbehinderter Menschen. Im Rahmen der begleitenden Hilfen werden sowohl Leistungen an schwerbehinderte Menschen als auch an Arbeitgeber erbracht.

B EI DEN INDIVIDUELLEN LEISTUNGEN AN SCHWERBEHINDERTE MENSCHEN BILDEN LEISTUNGEN FÜR ARBEITSASSISTENZ UND FÜR TECHNISCHE ARBEITSHILFEN DEN SCHWERPUNKT.“

6.10.3 Integrationsämter

Die Integrationsämter⁵³ sind die Träger der Leistungen, die nach Teil 2 SGB IX an schwerbehinderte und denen gleichgestellte Menschen erbracht werden. Die Integrationsämter können bei der Durchführung der Begleitenden Hilfen im Arbeitsleben Integrationsfachdienste einschließlich psychosozialer Dienste freier gemeinnütziger Einrichtungen und Organisationen beteiligen.

6.10.4 Leistungen der Integrationsämter

■ Persönliche Hilfen für schwerbehinderte Menschen

Diese umfasst die Beratung und Betreuung in allen Fragen des Arbeitslebens, insbesondere bei persönlichen Schwierigkeiten, bei Arbeitsplatzproblemen, bei Umsetzungen, bei Fragen im Zusammenhang mit der Schwerbehinderung, bei Konflikten mit Kollegen, Vorgesetzten und dem Arbeitgeber, bei Gefährdung des Arbeitsplatzes bis hin zur psychosozialen Betreuung, um schwerwiegende Konflikte zu lösen.

⁵³ www.integrationsamt.de

■ **Finanzielle Hilfen für schwerbehinderte Menschen**

- Technische Arbeitshilfen,
- Hilfen zum Erreichen des Arbeitsplatzes,
- Leistungen zur wirtschaftlichen Selbstständigkeit,
- Wohnungshilfen zur Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer Wohnung, die den besonderen Bedürfnissen des schwerbehinderten Menschen entspricht,
- Leistungen zur Teilnahme an Maßnahmen zur Erhaltung und Erweiterung beruflicher Kenntnisse und Fähigkeiten,
- Hilfen in besonderen Lebenslagen sowie für eine notwendige Arbeitsassistenz und Unterstützte Beschäftigung.

Bei den individuellen Leistungen an schwerbehinderte Menschen bilden Leistungen für Arbeitsassistenz und für technische Arbeitshilfen den Schwerpunkt.

■ **Begleitende Hilfen für Arbeitgeber, die schwerbehinderte Menschen beschäftigen**

Beratung bei der Auswahl des geeigneten Arbeitsplatzes für schwerbehinderte Menschen, bei der behinderungsgerechten Gestaltung von Arbeitsplätzen, bei allen Fragen im Zusammenhang mit der Beschäftigung schwerbehinderter Menschen, psychosoziale Beratung zur Beseitigung von besonderen Problemen, Information über Lösungsmöglichkeiten.

Finanzielle Leistungen zur Schaffung neuer und behinderungsgerechter Einrichtung und Gestaltung vorhandener Arbeitsplätze für schwerbehinderte Beschäftigte, Leistungen bei außergewöhnlichen Belastungen, die mit der Beschäftigung besonders betroffener schwerbehinderter Menschen verbunden sind.

Zuschüsse zu Gebühren bei der Berufsausbildung besonders betroffener schwerbehinderter Jugendlicher und junger Erwachsener im Alter bis zu 25 Jahren und Prämien und Zuschüsse zu den Kosten der Berufsausbildung behinderter Jugendlicher und junger Erwachsener, wenn diese für die Zeit der Ausbildung durch eine Stellungnahme der Agentur für Arbeit oder durch einen Bescheid über Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gleichgestellt sind.

Prämien zur Einführung eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements.

Bei Leistungen an Arbeitgeber spielen die Schaffung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen, die behinderungsgerechte Einrichtung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen sowie Leistungen bei außergewöhnlichen Belastungen (Lohnkostenzuschüsse) eine zentrale Rolle.

7 Fazit

Der technologische Fortschritt und der Wandel von der Industrie- zur Dienstleistungs-, Medien- und Informationsgesellschaft haben in den letzten Jahrzehnten zu gravierenden strukturellen, organisatorischen und inhaltlichen Veränderungen in der Arbeitswelt geführt. Damit ist unter anderem ein Ansteigen der psychischen und sozialen Belastungen und Herausforderungen im Erwerbsleben verbunden. Insbesondere die Geschwindigkeit der Veränderungen verlangt den arbeitenden Menschen ein hohes Maß an Flexibilität, Mobilität, Lern- und Kommunikationsfähigkeit und Stresstoleranz ab. Wirtschaftliche Krisen, z. B. die Wirtschaftskrise 2009, erhöhen darüber hinaus den psychosozialen Druck innerhalb der Gesellschaft. Vielfach ist damit auch die Angst vor einem Arbeitsplatzverlust verbunden. Daraus resultieren häufig soziale und materielle Konsequenzen, die großen Einfluss auf die psychische Gesundheit des Einzelnen haben können. Bezüglich sozialer Komponenten im Kontext psychischer Gesundheit ist sicher auch von großer Bedeutung, dass die familiären Beziehungen insgesamt instabiler geworden sind. Für viele Menschen führt die Kombination von Stress im Privatleben und im Arbeitsleben zu einer Überforderung.

Die Rehabilitationsträger stellen fest, dass für die Zunahme der Fehlzeiten von Arbeitnehmern vor allem psychische Störungen verantwortlich sind, und auch bei den Erwerbsminderungsrenten spielen psychische Störungen als Begründung inzwischen die Hauptrolle.

Die Rehabilitation von Menschen mit psychischen Gesundheitsstörungen gewinnt für die Rehabilitationsträger weiter an Bedeutung.

Im Bereich der Behandlung und Rehabilitation bei psychischen Störungen konnten in den letzten Jahrzehnten beachtliche Veränderungen und Verbesserungen erreicht werden. Die in diesem Reformprozess gewonnenen Erfahrungen bilden im Zusammenwirken mit den fachlichen Erkenntnissen den Hintergrund für die in dieser Arbeitshilfe dargestellten Rehabilitationsziele, der hierfür erforderlichen Leistungen sowie der Rahmenbedingungen. Die Arbeitshilfe beinhaltet zugleich einen Orientierungsrahmen für die Weiterentwicklung von Hilfen und gibt Anstöße zur Ausschöpfung und Ausgestaltung der sozialrechtlichen Grundlagen.

Die Arbeitshilfe soll Impulse für die Weiterentwicklung der bedarfsgerechten Ausgestaltung der Rehabilitation bei psychischen Störungen geben und einen Überblick über die gegenwärtige Praxis und ihre Rahmenbedingungen geben. Dabei ist der Personenkreis der chronisch psychisch kranken Menschen besonders zu berücksichtigen. Zum einen bedarf es intensiver rehabilitativer Hilfen zur Erhaltung größtmöglicher Eigenständigkeit, zum anderen gilt es im Einzelfall jeweils den Zeitpunkt zu ermitteln, zu dem - auch nach jahrelanger Chronifizierung - weitergehende Rehabilitationsleistungen in Betracht zu ziehen sind.

Ein Bedarf an Weiterentwicklung ergibt sich dabei

- auf der Ebene der Einrichtungen und Dienste insbesondere hinsichtlich
 - der Schaffung flexibler wohnortbezogener ambulanter Hilfeangebote unter Wahrung des multidisziplinären Ansatzes, die Art und Umfang der Hilfen am Bedarf des Einzelfalles ausrichten und den psychisch kranken Menschen nicht bei einem veränderten Hilfebedarf zu einem Wechsel des Angebotes, der tragenden therapeutischen Beziehungen und der Wohnung zwingen,
 - der Umsetzung einer personenbezogenen Behandlungs- und Rehabilitationsplanung einschließlich der notwendigen kontinuierlichen Beratung und Begleitung von Rehabilitanden,

- der Koordination von Hilfen,
- der zum Teil nach wie vor fehlenden Gemeindenähe einiger stationärer Einrichtungen,
- auf der Ebene der Finanzierung von Rehabilitationsleistungen vor dem Hintergrund, dass
 - sich die Zuständigkeit der Sozialversicherungsträger nicht zuletzt aus dem Finalitätsprinzip – der Orientierung am Rehabilitationsziel – ergibt, es dem einzelnen Sozialversicherungsträger aber nicht immer möglich ist, alle im Einzelfall geeigneten und erforderlichen Leistungen zu finanzieren,
 - derzeit die Voraussetzungen für eine die Leistungszuständigkeiten übergreifende, integrierte Leistungserbringung fehlen,
 - die Voraussetzungen für ambulante Komplexleistungsprogramme unter Einschluss von lebensfeldbezogenen Hilfen zur Alltagsbewältigung, zur Alltagsgestaltung, zur Teilhabe am Arbeitsleben und gesellschaftlichen Leben noch unzureichend ausgestaltet sind,
- bezogen auf den Einzelfall hinsichtlich
 - der Ausschöpfung von Leistungsansprüchen und Gestaltungsmöglichkeiten,
 - der Praxis der Begutachtung und Rehabilitationsprognostik (vgl. Kap. 4), um auf der Grundlage praktischer Erprobung flexibel und entsprechend dem aktuellen Bedarf den Zugang zu erforderlichen Hilfen zu erschließen.

Es besteht heute insgesamt ein breites und differenziertes Spektrum von Einrichtungen und Diensten, die an der Behandlung, Rehabilitation, Beratung und Betreuung psychisch kranker Menschen beteiligt sind. Dabei hat sich ein Versorgungs- und Betreuungsangebot entwickelt (vgl. Kap. 5), das für diejenigen, die nicht ständig damit zu tun haben, unübersichtlich geworden ist und die Identifikation der individuell geeigneten Leistung sowie des zuständigen Leistungsträgers und -erbringers erschwert. Die große Innovationsgeschwindigkeit und die aufgrund von landesspezifischen Ausgestaltungen teilweise uneinheitliche Leistungsstruktur von neu entstandenen Diensten und Einrichtungen erschweren sozialrechtliche Einordnungen.

Ein zentrales Problem besteht darin, dass gegenwärtig das Hilfesystem für psychisch kranke Menschen aufgrund der Organisations- und Finanzierungsstruktur von einer institutionellen Differenzierung geprägt ist (vgl. Kap. 5). In diesem System gibt es einerseits zwischen den verschiedenen Angeboten mehr oder weniger große Überschneidungen in den erbrachten Leistungen, andererseits aber – bedingt durch Finanzierungsregelungen und einrichtungsbezogene konzeptionelle Orientierungen – deutliche Abstufungen hinsichtlich des Umfangs und der Intensität von Hilfen.

Diese Situation führt dazu, dass chronisch psychisch kranke Menschen im Verlauf eines Behandlungs- und Rehabilitationsprozesses immer wieder mit dem Wechsel therapeutischer Bezugspersonen wie auch des gewohnten sozialen Umfelds konfrontiert werden, was jeweils eine zusätzliche Belastung und Destabilisierung bedeutet.

Eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung von Hilfen und ihrer Finanzierung muss sich am regionalen Bedarf ausrichten. Sie erfordert auch bei den Trägern von Diensten und Einrichtungen eine Umorientierung, bei der die Institutionen stärker die Bedürfnisse der einzelnen Rehabilitanden in den Mittelpunkt stellen und auf Veränderungen in deren Bedarf an Förderung und Unterstützung flexibel reagieren. Hierbei kommt der Entwicklung von Strukturen einer regionalen Gesamtverantwortung für die Planung und Durchführung von Hilfen zentrale Bedeutung zu.

8 Empfehlungen, Richtlinien, Vereinbarungen

- Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation vom 28. Oktober 2005. Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (Hrsg.)
- Empfehlungen der Gesetzlichen Unfallversicherung zur Prävention und Rehabilitation von psychischen Störungen nach Arbeitsunfällen vom August 2008
- Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger für die medizinische Rehabilitation bei Pathologischem Glücksspiel vom 5. Februar 2001
- Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Reha-Nachsorge in der Rentenversicherung, Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), 7. April 2008
- Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei psychischen Störungen, Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), 16. März 2005
- Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), 25. Oktober 2005
- RPK-Empfehlungsvereinbarung vom 29. September 2005 über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger sowie der Bundesagentur für Arbeit bei der Erbringung von Leistungen zur Teilhabe in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.)
- Gemeinsame Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 132b Abs. 2 SGB V zu den Anforderungen an die Leistungserbringer für Soziotherapie vom 29. November 2001
- Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen vom 22. Januar 2004. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.)
- Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinien) vom 18. April 2009
- Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinien) vom 1. Januar 2002
- Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von „häuslicher Krankenpflege“ nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V vom 11. Juni 2008
- Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinien) vom 2. April 2005
- Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie (Psychiatrie-Personalverordnung – Psych-PV) vom 18. Dezember 1990 in der Fassung vom 26. September 1994

9 Glossar

Für eine erste Orientierung werden in diesem Glossar viele Begriffe nur sehr allgemein, kurz (und damit auch verkürzt erklärt). Weiterführende Information gibt es im Internet oder in einschlägigen Lexika (siehe Literaturverzeichnis dieser Arbeitshilfe).

Antidepressiva: seelisch wirksame Substanzen (s. Psychopharmaka) zur Steigerung des Antriebes und zur Hebung der Stimmung.

Arbeitsmarkt, allgemeiner und besonderer: Unter dem Begriff „allgemeiner Arbeitsmarkt“ versteht man eine abhängige und entlohnte Beschäftigung als Arbeitskraft. Ist eine Beschäftigung zu den Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes nicht möglich, hat der behinderte Mensch die Möglichkeit, zum Beispiel in einer Werkstatt für behinderte Menschen eine geeignete Beschäftigung zu finden. Dies nennt man den „besonderen Arbeitsmarkt“.

Basisstörung: unterschwellige Störung der (Selbst-) Wahrnehmung und des Denkens

Bipolar: (eigentlich „zweipolig“). Eine bipolare affektive Störung (auch bekannt unter der Bezeichnung „manisch-depressive Erkrankung“) ist eine psychische Störung. Die Symptome sind willentlich nicht kontrollierbar. Affekt wird hier im Sinne von Grundstimmung gebraucht, es handelt sich also primär um Stimmungsstörungen. Symptome können extreme Steigerung des Antriebs, Rastlosigkeit, oft mit inadäquat euphorischer oder gedrückte Stimmung und mit vermindertem Antrieb („Depression“) sein. Die Symptome schwanken weit außerhalb der normalen Variationsbreite.

Borderline-Persönlichkeitsstörung: oder emotional instabile Persönlichkeitsstörung ist die Bezeichnung für eine Persönlichkeitsstörung, die durch Impulsivität und Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, Stimmung und Selbstbild gekennzeichnet ist. Bei einer solchen Störung sind bestimmte Bereiche von Gefühlen, des Denkens und des Handelns beeinträchtigt, was sich durch negatives und teilweise paradox wirkendes Verhalten in zwischenmenschlichen Beziehungen sowie im gestörten Verhältnis zu sich selbst äußert.

Chronisch (Chronizität): lang anhaltend (langsam verlaufende Entwicklung)

Compliance: Bereitschaft zur Mitarbeit bei der Therapie

Dekompensation: Versagen der Ausgleichs- und Anpassungsfunktionen

Diuretika: Diuretika sind Arzneimittel, die (indirekt) eine erhöhte Ausscheidung von Wasser aus dem menschlichen Körper bewirken.

Dysthymie: über Jahre andauernde depressive Verstimmungen, die aber nicht die Kriterien für Depression erfüllen

Endogen: ohne erkennbaren äußeren Anlass („von innen“)

Ergotherapie: Beschäftigungs- und Arbeitstherapie zum (Wieder-)Erlernen kreativer und auch alltagsbezogener Fertigkeiten

Exogen: an den Organismus z. B. durch Gifte herangetragene Ursache

Finalitätsprinzip: ausschließlich zweck- und zielgerichtetes Handeln

Ganztätig ambulant: Die Begriffe „ganztätig ambulant“ und „teilstationär“ werden synonym verwendet. Um die Rehabilitation flexibler auf die Verhältnisse des Einzelnen abstimmen zu können, werden teilstationäre Leistungen zur Rehabilitation angeboten. Sie unterscheiden sich von einem stationären Aufenthalt dadurch, dass die Patienten/Rehabilitanden nicht „rund um die Uhr“ betreut werden. Sie suchen eine wohnortnahe Rehabilitationseinrichtung nur während der Therapiezeiten auf und verbringen die Abende und Wochenenden zu Hause.

Halluzination: (Trug-)Wahrnehmung ohne wirklich vorliegenden Sinnesreiz

Integration: Teilhabe an der Gesellschaft, soziale Eingliederung

Interaktiv: bedeutet wechselseitig und aufeinander bezogen

Kritisches Lebensereignis: Im Lebenslauf eines jeden Menschen treten Ereignisse auf, die weder geplant, noch vorauszusehen, noch erwünscht sind. Sie stellen Herausforderungen dar, die eine Neuorientierung verlangen und Bewältigungsstrategien erfordern. Solche Ereignisse sind z. B. Scheidung, Umzug, Arbeitslosigkeit, chronische Krankheit.

Manie (maniform): krankheitsbedingte Störung der Gefühls- oder Affekt-Kontrolle mit gehobener Stimmungs- und gesteigerter Antriebslage, meist mit Verlust der Kontrollfunktionen bei einer Erkrankungsepisode

Manisch-depressive Psychose: wiederholte Episoden von Manie und Depression

Monopolar: („einpolig“). Bei affektiven Störungen unterscheidet man monopolare (die Phasen des gleichen Erscheinungsbildes wiederholen sich) und bipolare Störungen (siehe auch unter bipolar). Bei der bipolaren Störung „wechseln“ die Erkrankungsphasen

Multimorbidität: gleichzeitiges Bestehen mehrerer Erkrankungen.

Neuroleptika: wirksame Medikamente, z. B. bei schizophrenen und wahnhaften Störungen

Prognose: Versuch der Voraussage einer Krankheitsentwicklung auf Grund der vorangegangenen Krankheits- und Sozialgeschichte unter Einbeziehen der gegenwärtigen Krankheitszeichen

Psychoedukation: Als Psychoedukation wird die Schulung von Menschen bezeichnet, die an einer psychischen Störung leiden. Ziel ist, die Krankheit besser zu verstehen und besser mit ihr umgehen zu können, z. B. indem persönliche Erfahrungen mit der eigenen Erkrankung mit dem gegenwärtigen Wissen über die Erkrankung verbunden werden. Wichtige Elemente in der Psychoedukation sind: Informationsvermittlung (Symptomatik der Störung, Ursachen, Behandlungskonzepte), emotionale Entlastung (z. B. Verständnis fördern, Erfahrungsaustausch mit anderen Betroffenen, Kontakte), „Hilfe zur Selbsthilfe“ (z. B. Trainieren, wie Krisensituationen frühzeitig erkannt werden und welche Schritte dann unternommen werden können)

Psychopharmaka: seelisch wirksame Medikamente (s. Antidepressiva, Neuroleptika)

Psychotherapie: Einflussnahme auf die seelischen Funktionen mittels tiefenpsychologisch-analytischer, verhaltenstherapeutischer, systemisch-familientherapeutischer Vorgehensweise

Punktprävalenz: Die Prävalenz oder Krankheitshäufigkeit ist eine Kennzahl der Gesundheits- und Krankheitslehre und sagt aus, wie viele Menschen einer bestimmten Gruppe definierter Größe an einer bestimmten Krankheit erkrankt sind. Die Punktprävalenz wird definiert durch einen bestimmten Zeitpunkt, z. B. „zum gegebenen Stichtag“.

Remittieren: die Symptome bilden sich zurück, es besteht keine deutliche Störung oder Symptomatik der Erkrankung. Es ist jedoch keine vollständige Genesung.

Soziale Kompetenz: Befähigung zur gesellschaftlichen Rollenfindung und -ausübung

Setting: Milieu, Umfeld, die besonderen Bedingungen, unter denen bestimmte Leistungen angeboten werden.

Soziotherapie, soziotherapeutisch: handlungsorientierte Einflussnahme auf die Wechselwirkung zwischen der Erkrankung des Patienten und seinem sozialen Umfeld

Syndrom: regelhaft miteinander verbundene Krankheitszeichen

Vulnerabilität: „Verletzbarkeit“, im psychiatrischen Sinne = Anlage/Disposition zu sensitiven (überschießenden Empfindens-)Reaktionen

Zyklothymia: Hierbei handelt es sich um eine andauernde Instabilität der Stimmung mit zahlreichen Perioden von Depression und leicht gehobener Stimmung (Hypomanie), von denen aber keine ausreichend schwer und anhaltend genug ist, um die Kriterien für eine bipolare affektive Störung oder depressive Störung zu erfüllen.

10 Ausgewählte Literatur

Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.): Der personenzentrierte Ansatz in der psychiatrischen Versorgung - Individuelle Hilfeplanung (IBRP) und personenzentriert-integriertes Hilfesystem - Manual, Hilfeplanung, Behandlungs- und Rehabilitationspläne, 5. Auflage, Bonn 2005

Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.): Personenzentrierte Hilfen zur Arbeit und Beschäftigung, Psychiatrie-Verlag, Bonn 2008

Bäumel, J.: Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis. Ein Ratgeber für Patienten und Angehörige. Springer, Heidelberg 2008

Bargfrede, H., Dörner, K., Plog, U., Teller, C., Wendt, F.: Irren ist menschlich. Psychiatrie-Verlag, Bonn 2009

Becker, T., Reker, T., Weig, W. (Hrsg.): Behandlungsleitlinie Psychosoziale Therapien (Bd.7), Steinkopff, Darmstadt 2005

Becker, T., Bäumel, G., Pitschel-Walz, G., Weig, W. (Hrsg.): Rehabilitation bei schizophrenen Erkrankungen, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2007

Berger, M. (Hrsg.): Psychische Erkrankungen - Klinik und Therapie. Verlag Urban & Fischer, Jena/München 2008

Bock, T., Weigand, H.: Handwerksbuch Psychiatrie, Psychiatrie-Verlag, 5. Auflage, Bonn 2002

Brill, K.-E.: Psychisch Kranke im Recht. Psychiatrie-Verlag, 4. Auflage, Bonn 2005

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (Hrsg.): Rehabilitation und Teilhabe - Wegweiser für Ärzte und andere Fachkräfte der Rehabilitation, Deutscher Ärzte-Verlag, 2. Aufl., Köln 2005

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (Hrsg.): Wegweiser - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, 13. Aufl., Frankfurt a. M. 2010

Bundesarbeitsgemeinschaft SELBST-HILFE e. V. (Hrsg.): Die Rechte behinderter Menschen und ihrer Angehörigen, 35. Aufl., Düsseldorf 2007

Dau, D., Düwell, F.-J., Haines, H. (Hrsg.): Sozialgesetzbuch IX - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Lehr- und Praxiskommentar, Nomos, 2. Auflage, Baden-Baden 2009

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Leitlinien für die sozialmedizinische Beurteilung von Menschen mit psychischen Störungen, DRV-Schriften, Band 68, Berlin 2006

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V.: Arbeitshilfe des Deutschen Vereins zu Zuverdienstmöglichkeiten im Bereich des SGB XII, Berlin 2009

Dilling, H. et al. (Hrsg.): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis, Verlag Hans Huber, Bern 2005

Finzen, A.: Schizophrenie - die Krankheit verstehen. Psychiatrie-Verlag, 8. Auflage, Bonn 2008

Finzen, A.: Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen. Psychiatrie-Verlag, 14. Auflage, Bonn 2007

Friboes, R.-M., Zauding, M., Nosper, M. (Hrsg.): Rehabilitation bei psychischen Störungen, Urban & Fischer, Jena/München 2005

Häcker, H., Stapf, K.-H., Dorsch, F.: Psychologisches Wörterbuch Verlag Hans Huber, Bern 2009

Hauck, K., Noftz, W.: Sozialgesetzbuch (SGB) IX: Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, Loseblatt-Kommentar, Erich Schmidt Verlag, Berlin 2009

Hell, D.: Welchen Sinn macht Depression? Rowohlt TB, 2. Auflage, Reinbek 2006

Hell, D. & Schüpbach, D.: Schizophrenien: Ein Ratgeber für Patienten und Angehörige, Springer TB, Berlin 2008

Helmchen, H., Rafaelsen, O. J., Bauer, M.: Depression und Manie. Ein Ratgeber für Kranke und Angehörige. Trias, Stuttgart 2001

Kunze, H., Kaltenbach, L., Kupfer, K. (Hrsg.): Psychiatrie-Personalverordnung. 6. Auflage, Kohlhammer, Stuttgart 2010

Luderer, H. J.: Himmelhoch jauchzend, zum Tode betrübt. Depression und Manie. Ursachen und Behandlung. Trias, Stuttgart 1994

Margraf, J., Müller-Spahn, F. (Hrsg.): Pschyrembel® Psychiatrie, Klinische Psychologie, Psychiatrie, Verlag Gruyter, Berlin 2009

Moeller, H. J. (Hrsg.): Therapie psychischer Erkrankungen. Thieme, 3. Auflage, Stuttgart 2006

Mrozynski, P.: SGB IX, Teil 1, Regelungen für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen, Kommentar, C. H. Beck, München 2002

Rössler, W., Salize, H. J.: Die psychiatrische Versorgung chronisch psychisch Kranker - Daten, Fakten, Analysen, Nomos, Baden-Baden 1996

Rössler, W.: Psychiatrische Rehabilitation, Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg/New York 2004

Saß, H., Wittchen, H.U., Zaudig, M.: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. (DSM-IV-TR), Hogrefe Verlag, Göttingen 2003

Schneider, F.: Kompendium Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Springer, Heidelberg 2008

Wienberg, G. (Hrsg.): Schizophrenie zum Thema machen: Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophrenen und schizoaffektiv erkrankten Menschen. Grundlagen und Praxis. Psychiatrie-Verlag, 3. Auflage, Bonn 2003

Weatherly, J.N. & Lägell, R. (Hrsg.): Neue Versorgungsansätze in der Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2009

Wittchen, H. U., Fehm, L.: Wenn Schüchternheit krank macht. - Ein Selbsthilfeprogramm zur Bewältigung Sozialer Phobie, Hogrefe-Verlag, 2. Auflage, Göttingen 2008

11 Adressen

11.1 Ausgewählte Institutionen und Selbsthilfe-Verbände, die im Bereich der Rehabilitation psychisch kranker Menschen von Bedeutung sind**Aktion Psychisch Kranke e.V. (APK)**

Oppelner Straße 130
53119 Bonn
☎ 02 28 / 67 67 40 / 41
☎ 02 28 / 67 67 42
✉ apk@psychiatrie.de
🌐 www.psychiatrie.de/apk

Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. (BAPK)

Oppelner Straße 130
53119 Bonn
☎ 02 28 / 63 26 46
☎ 02 28 / 65 80 63
✉ bapk@psychiatrie.de
🌐 www.bapk.de

Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.

Oppelner Straße 130
53119 Bonn
☎ 02 28 / 69 17 59
☎ 02 28 / 65 80 63
✉ dachverband@psychiatrie.de
🌐 www.psychiatrie.de

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

Zeltinger Straße 9
50969 Köln
☎ 02 21 / 51 10 02
☎ 02 21 / 52 99 03
✉ dgsp@psychiatrie.de
🌐 www.psychiatrie.de

Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE e.V.

Kirchfeldstraße 149
40215 Düsseldorf
☎ 02 21 / 3 10 06 - 0
☎ 02 21 / 3 10 06 - 48
✉ info@bag-selbsthilfe.de
🌐 www.bag-selbsthilfe.de

Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. (BPE)

Wittener Straße 87
44789 Bochum
☎ 02 34 / 68 70 55 52
☎ 02 34 / 64 05 10 3
✉ kontakt-info@bpe-online.de
🌐 www.bpe-online.de

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)

Reinhardtstraße 14
10117 Berlin
☎ 0 30 / 28 09 66 01 / 02
☎ 0 30 / 28 09 38 16
✉ sekretariat@dgppn.de
🌐 www.dgppn.de

11.2 Weiterführende Adressen

Bundesagentur für Arbeit (BA)

Regensburger Straße 104
90478 Nürnberg
☎ 09 11 / 1 79-0
☎ 09 11 / 1 79-21 23
✉ zentrale@arbeitsagentur.de
🌐 www.arbeitsagentur.de

Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter (BAG LJA)

Federführende Stelle ZBFS
Bayerisches Landesjugendamt
Winzererstraße 9
80797 München
☎ 0 89 / 12 61-25 38
☎ 0 89 / 12 61/22 80
✉ poststelle@zbfs-blja.bayern.de
🌐 www.bagljae.de

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)

Mittelstraße 51
10117 Berlin
☎ 0 30 / 28 87 63-8 00
☎ 0 30 / 28 87 63-8 08
✉ info@dguv.de
🌐 www.dguv.de

GKV-Spitzenverband

Mittelstraße 51
10117 Berlin
☎ 0 30 / 20 62 88 - 0
☎ 0 30 / 20 62 88 - 88
✉ info@gkv-spitzenverband.de
🌐 www.gkv-spitzenverband.de

Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH)

Erzbergerstraße 119
76133 Karlsruhe
☎ 07 21 / 81 07-9 01 / 02
☎ 07 21 / 81 07-9 03
✉ bih@integrationsaemter.de
🌐 www.integrationsaemter.de

Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGÜS)

Warendorfer Straße 26-28
48145 Münster/Westfalen
☎ 02 51 / 5 91-65 30
☎ 02 51 / 5 91-65 39
✉ bag@lwl.org
🌐 www.bagues.de

Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund)

10704 Berlin
☎ 0 30 / 86 51
☎ 0 30 / 86 58 94 00
✉ drv@drv-bund.de
🌐 www.deutsche-rentenversicherung-bund.de

Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung

Weißensteinstraße 70-72
34131 Kassel
☎ 05 61 / 93 59-0
☎ 05 61 / 93 59-2 17
✉ info@SpV.LSV.de
🌐 www.LSV.de

Weitere Anschriften der Kranken-, der Renten- und der Unfallversicherungsträger, der für die soziale Entschädigung bei Gesundheitsschäden zuständigen Verwaltungsbehörden, von Dienststellen der Bundesagentur für Arbeit, der Integrationsämter, der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege sowie weiterer Institutionen im Bereich der Rehabilitation behinderter Menschen enthält der von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation herausgegebene „Wegweiser – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ 13. Auflage, Frankfurt a.M. 2010.

12 Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V.
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
d. h.	das heißt
gem.	gemäß
ggf.	gegebenenfalls
ICD-10-GM	International Classification of Diseases (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) – 10. Revision, German Modification (GM)
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit)
i. V. m.	in Verbindung mit
Kap.	Kapitel
SGB	Sozialgesetzbuch
SGB II	Zweites Buch – Grundsicherung für Arbeitssuchende
SGB III	Drittes Buch – Arbeitsförderung
SGB V	Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung
SGB VI	Sechstes Buch – Gesetzliche Rentenversicherung
SGB VII	Siebtens Buch – Gesetzliche Unfallversicherung
SGB VIII	Achtes Buch – Kinder- und Jugendhilfe
SGB IX	Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
SGB XI	Elftes Buch – Soziale Pflegeversicherung
SGB XII	Zwölftes Buch – Sozialhilfe
u. a.	unter anderem
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
vgl.	vergleiche
z. B.	zum Beispiel

Verzeichnis der Mitwirkenden:

Jochen Becker, Re hazentrum am Hesselkamp, Osnabrück
Ralf Eising, Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg
Dr. Katja Fischer, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
Klaus Gerkens, Verband der Ersatzkassen (vdek) e. V., Berlin
Reinhold Grüner, Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg, Stuttgart
Gerhard Häberle, Ex + Job Soziale Dienstleistungen e.V., Wunstorf
Jens Hansen, Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg
Frank Hassenpflug, Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, Kassel
Gisela Köhler, Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg, Stuttgart
Prof. Dr. Heinrich Kunze, Aktion Psychisch Kranke, Bonn
Peter Lehr, Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS), Münster
Rosita Schlembach, Landeswohlfahrtsverband Hessen, Kassel
Rita Schnorpfeil-Becker, AOK-Bundesverband, Berlin
Gabriele Schuck, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), Berlin
Dr. Bernhard van Treeck, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK) Nordrhein, Köln

Verantwortlich bei der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V., Frankfurt am Main:

Dr. Regina Ernst
Regina Labisch

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e. V. ist die gemeinsame Repräsentanz der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Bundesagentur für Arbeit, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, der gesetzlichen Krankenversicherung, des Spitzenverbandes der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, der Bundesländer, der Spitzenverbände der Sozialpartner, der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Förderung und Koordinierung der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen.