

Für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen gilt es, das bestehende rehabilitative System anzupassen, exkludierende Faktoren zu beseitigen und inklusive Modelle weiter zu entwickeln, um nachhaltige gesundheitliche, soziale und Teilhabe Arbeitsleben sicher zu stellen.

Rehabilitation für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen

Veränderungsbedarfe im Zuständigkeitsbereich des Bundesgesundheitsministeriums

Positionspapier BAG RPK
9.9.2019

Autoren:

Dr. Sabine Kress

Dr. Gustav Wirtz

Stephan Kauffeldt

Annette Theissing

Eva-Marie Torhorst

Präambel

Medizinisch-berufliche Rehabilitation in der Rehabilitationseinrichtung für Psychisch Kranke Menschen (RPK) als komplexes Rehabilitationsangebot

Mit der RPK-Empfehlungsvereinbarung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) von 2005 wurde das bisher in Deutschland einzigartige und erste Konzept einer **leistungsträgerübergreifenden komplexen medizinisch-beruflichen Rehabilitationsmaßnahme** umgesetzt. Insbesondere Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (Schätzungen liegen bei 1-2% der Bevölkerung¹) erhalten hier bundesweit medizinische, berufliche und soziale Rehabilitationsleistungen aus einer Hand im Sinne einer Komplexleistung. Aufgrund des erhöhten Risikos der Chronifizierung schwerer psychischer Erkrankungen besteht ein überproportional erhöhter Unterstützungsbedarf.

Die Rehabilitationsleistungen können als stationäres und / oder ambulantes Leistungsangebot in Anspruch genommen werden und erfolgen auf der Grundlage eines gemeinsamen Versorgungsvertrags mit den zuständigen Leistungsträgern: der Deutschen Rentenversicherung (DRV), den gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) und der Bundesagentur für Arbeit (BA).

Die RPK-Maßnahme gliedert sich in eine medizinische und eine berufliche Phase. Die beiden Phasen können jeweils bis zu einem Jahr dauern, so dass sich eine maximale Gesamtdauer von zwei Jahren ergibt. Sie ist fallbezogen nochmals um sechs Monate erweiterbar.

Kernmerkmal der RPK-Maßnahme als Komplexmaßnahme ist dabei der nahtlose Übergang von der medizinischen in die berufliche Rehabilitationsphase. Die TeilnehmerInnen werden durchgehend von einem interdisziplinären Team in ihrem Rehabilitationsprozess begleitet. Eine RPK-Maßnahme umfasst sowohl medizinisch als auch beruflich orientierte Interventionen in beiden Phasen des Rehabilitationsprozesses. Die medizinische Phase legt den Schwerpunkt auf diagnostische und therapeutische Interventionen. Berufliche Anteile werden eingestreut und gewinnen sukzessiv an Gewicht. In der beruflichen Phase liegt der Schwerpunkt auf dem weiteren Ausbau der Teilhabe am Arbeitsmarkt. Medizinische Anteile erfolgen zur Stabilisierung des Rehabilitationserfolgs und bereiten auf die Versorgung in den üblichen ambulanten Strukturen des SGB V vor.

Bereits in der medizinischen Phase kann eine planmäßige Beendigung der RPK-Maßnahme erfolgen und direkt in Maßnahmen zur Integration in den Arbeitsmarkt überleiten.

Die Zielsetzung der Rehabilitation in der RPK entsprechend der RPK-Empfehlungsvereinbarung ist es, die drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen der Teilhabe am beruflichen und gesellschaftlichen Leben durch frühzeitige Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen abzuwenden, zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten. Der Rehabilitand soll durch die Rehabilitation (wieder) befähigt werden, eine Erwerbstätigkeit oder bestimmte Aktivitäten des täglichen Lebens möglichst in der Art und in dem Ausmaß auszuüben, die für diesen Menschen als „normal“ (für seinen persönlichen Lebenskontext typisch) erachtet werden.

¹ Uta Gühne, Steffi G. Riedel-Heller (2015), Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland; im Auftrag von Gesundheitsstadt Berlin e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)

Die knapp 60 Einrichtungen stellen 2000 Behandlungsplätze zur Verfügung, und bieten so eine jährliche Kapazität von ca. 2.000 Maßnahmen. Das entspricht weniger als 0,1% der Rehabilitationsmaßnahmen pro Jahr in Deutschland. Die Wartezeiten auf die Rehabilitation betragen in der Regel mehrere Monate. Die Diskrepanz zwischen Angebot und Bedarf bleibt auch unter Berücksichtigung von sozialmedizinischen Voraussetzungen wie Rehabilitationsbedarf, Erfolgsprognose und Motivation der Betroffenen eklatant.

Ambulante Rehabilitationsplätze stehen in einigen Regionen gar nicht zur Verfügung bzw. sind in ländlichen Regionen aufgrund von Hemmnissen in der Erreichbarkeit kaum realisierbar.

Rehabilitationsangebote im Sinne von RPK-Maßnahmen stehen den Menschen in Deutschland noch nicht flächendeckend zur Verfügung (<https://www.bagrpk.de/standortuebersicht/>).

Der medizinische Teil der Rehabilitation für Menschen mit psychischer Erkrankung fällt in den Rechtskreis des SGB V.

1. Problemlagen und Änderungsbedarfe im Geltungsbereich des SGBV

Für die Rehabilitation psychisch kranker Menschen mit den speziellen krankheitsbedingten Teilhabebeeinträchtigungen und Teilhabeverlusten lassen sich fünf Problembereiche formulieren, die dem eigentlichen Zweck der Rehabilitation, wie er in der genannten Zielsetzung der Empfehlungsvereinbarung formuliert wird, entgegenstehen und in erheblichem Maße das Risiko der Exklusion, bzw. dauerhafter Teilhabeverluste der Betroffenen steigern:

1. Frühe Berentung ohne vorausgegangene Rehabilitationsleistungen

Frühe Berentung ohne vorausgegangene Rehabilitationsleistungen (Strukturproblematik) trifft einen relevanten Teil der Menschen mit psychischer Erkrankung. Besonders in jungen Jahren führt dies zu dauerhafter Exklusion und birgt ein hohes Chronifizierungsrisiko.

2. Fehlende frühe Rehabilitation: Versorgungslücke zwischen Akutklinik und nachfolgenden Angeboten

Fehlende sozialrechtliche Voraussetzungen für die Umsetzung einer frühen, personenzentrierten Rehabilitation im Anschluss an die akutpsychiatrische Versorgung (Schnittstellenproblematik).

3. Fehlende Möglichkeiten der Nachsorge

Fehlende bedarfsorientierte Nachsorge nach Beendigung der medizinischen Phase in Abgrenzung zum psychosomatischen Indikationsbereich (Strukturproblematik).

4. Fehlende Versorgungsmöglichkeiten für spezifische Bedarfe und Diagnosen

Fehlende Möglichkeiten für die Integration störungsspezifischer Rehabilitationsmethoden für spezifische Personengruppen (Doppeldiagnosen, komplexe neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen (Indikationsproblematik).

5. Umsetzung der Empfehlungsvereinbarung

Anpassung der medizinischen Rehabilitationsphase an die Bedürfnisse psychisch kranker Menschen und die Settingbedingungen der RPK: Unterbrechungen innerhalb der medizinischen Rehabilitationsphase, Gewichtung der Erwerbsprognose (Indikationsproblematik)

Lösungsansätze für diese Problembereiche sind bislang, wenn überhaupt, nur in einzelnen Modellen erprobt und weit entfernt von einer Regelfinanzierung.

Im Folgenden werden die einzelnen Aspekte weiter ausgeführt, dabei fokussiert dieses Positionspapier auf den Zuständigkeitsbereich Bundesministeriums für Gesundheit (BMG).

Die Veränderungsbedarfe im Zuständigkeitsbereich des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) wurden im Positionspapier „Berentung vermeiden, Teilleistung würdigen, Nachsorge ermöglichen“ ausformuliert. Das Positionspapier ist auf der Webseite der BAG RPK abrufbar.

2. Wünsche an die Politik

2.1. Frühe Berentung vermeiden und Zugang zur Rehabilitation ermöglichen

„Rehabilitation vor Rente“ muss auch als Ordnungsprinzip für Menschen mit psychischen Erkrankungen gelten.

Psychische Erkrankungen sind mit 41% die häufigste Ursache für Frühverrentung². Die Frühverrentung erfolgt bei einer psychischen Erkrankung im Durchschnitt drei Jahre früher als bei einer somatischen Erkrankung³.

- Nur die Hälfte der Betroffenen hat im Vorfeld der Berentung eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme, in noch seltenerem Fall eine berufliche Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch genommen. Hier greift oft ein Stigmatisierungsmechanismus sowohl auf Seiten der Betroffenen wie auch der Leistungsträger. Psychisch kranken Menschen wird oft die Rehabilitationsfähigkeit abgesprochen, der irrigen Annahme folgend, dass man den Betroffenen mit der Bewilligung einer Erwerbsminderungsrente unabhängig vom Alter einen Gefallen tue. Die Folge ist oft bei den jüngeren Betroffenen, dass sie sich von dem Arbeits- und Erwerbsleben abgehängt fühlen, was das Chronifizierungsrisiko nochmals erhöht.
- Frühe personenzentrierte Rehabilitation, die in der somatischen Medizin als Anschlussheilbehandlung (AHB) etabliert ist, fehlt nach der Entlassung aus der akutpsychiatrischen Versorgung vollständig. Auch hier besteht durch den fehlenden Zugang zur Rehabilitation ein erhöhtes Chronifizierungsrisiko.

Diese Realität widerspricht dem Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“ (SGB IX §8 und SGB VI §9), der ausdrücklich die medizinische Rehabilitation vor die Erwerbsminderungsrente setzt.

Dieser Grundsatz sollte durchgängig auch für die Zielgruppe der Menschen mit psychischer Erkrankung Anwendung finden.

Voraussetzung für die Vermeidung früher Berentung für Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung ist ein niederschwelliger Zugang zu bedarfsorientierten Rehabilitationsangeboten.

Niederschwelligkeit bedeutet in diesem Zusammenhang:

- flächendeckend und zeitnah verfügbar,
- individuell geplant,
- nahtlos (kurativ – rehabilitativ, medizinisch – beruflich),
- personenzentriert und
- lebensweltorientiert.

Ein gut erprobtes Angebot macht das RPK-Konzept. Es beinhaltet die Kernaspekte eines solchen Modells, insbesondere durch den nahtlosen Übergang von medizinischen in berufliche Interventionen, die individuelle Einschätzung von Fähigkeiten und die Möglichkeit, funktionsorientiert Fähigkeiten zu trainieren.

² BPTK-Studie zur Arbeits- und Erwerbsfähigkeit (2013)

³ Uta Gühne, Steffi G. Riedel-Heller (2015), Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland; im Auftrag von Gesundheitsstadt Berlin e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)

Fraglich ist aus unserer Sicht das Konzept der Rehabilitationsfähigkeit als Zugangskriterium zu einer medizinischen RPK-Phase. Hier wird ein institutionelles Problem individualisiert, zum Problem des Betroffenen. Bei zweifelsfrei bestehendem Rehabilitationsbedarf findet sich keine Passung zum Rehabilitationssystem. Hier gilt es in Zukunft, indikationsspezifische Schwellen zu identifizieren und zu beseitigen, um im Sinne des Inklusionsgedanken allen Betroffenen den Weg in die Rehabilitation zu ermöglichen. Dies bedeutet unter Umständen, neue Angebote zu entwickeln, um „nicht-rehabilitationsfähigen“ Betroffenen (bspw. Akutsymptomatik, Komorbidität oder junge Menschen) den Weg in einer weiterführenden Teilhabeförderung zu ermöglichen.

2.2. Frühe personenzentrierte Rehabilitation etablieren

Schaffen der sozialrechtlichen Voraussetzungen für die Umsetzung einer frühen, personenzentrierten Rehabilitation im Anschluss an die akutpsychiatrische Versorgung.

Aktuelle Gesundheitsberichte der Krankenversicherungen weisen psychische Erkrankungen als eine der häufigsten Ursachen für Arbeitsunfähigkeit (AU) aus. Dabei zeigt z.B. der TK Gesundheitsreport 2018, dass psychische Erkrankungen bei Frauen die häufigsten AU-Tage überhaupt darstellen und dass sich die Fehlzeiten bzgl. psychischer und Verhaltensstörungen in den vergangenen 17 Jahren um nahezu 100% gesteigert haben. Des Weiteren ist der Anteil an Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen unter den Langzeitarbeitslosen und Erwerbsminderungsrentnern auffallend hoch. Aufgrund der drastisch gesunkenen Verweildauer und des Strukturwandels in der Akutpsychiatrie sind die in der Psychiatrie/Personalverordnung (Psych-PV) verankerten rehabilitativen Leistungen in der Akutpsychiatrie aus der Versorgungslandschaft verschwunden. Dieser Prozess wird sich auch auf der Basis des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (Psych-VVG) und entsprechender in Verabschiedung befindlicher Personalbemessungsgrundsätze voraussichtlich weiter zuspitzen.

Für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen existiert damit eine in der Zukunft noch größer werdende Versorgungslücke zwischen Akutbehandlung und Rehabilitation:

Die strenge Indikation für eine stationäre akutpsychiatrische Behandlung ist nicht mehr gegeben, während die Eignungsvoraussetzungen für beispielsweise eine RPK-Behandlung noch nicht erreicht werden. Andere Behandlungs- oder Versorgungsmöglichkeiten reichen nicht aus, um eine auf Dauer stabile, eigenständige Lebensführung nach der Akutphase zu erreichen. In der Folge drohen sich wiederholende Akutaufenthalte (Drehtürpsychiatrie) oder dauerhaft ausbleibende Teilhabe.

Empfehlung: Schaffen eines Übergangs zwischen Akutbehandlung und Rehabilitation

Diese Versorgungslücke könnte durch ein neues, auf die Problematik zugeschnittenes Interventionskonzept mittels intensivierter personen- und funktionsorientierter Rehabilitation geschlossen werden. Die neue Versorgungsform sollte frühzeitig beginnen, langfristig hilfreich und individuell gestaltet sein. Sie sollte möglichst nahtlos an vorherige Maßnahmen anschließen und als komplexe Behandlung durch ein multiprofessionelles Team erfolgen. Durch eine frühzeitige intensive Rehabilitation können Genesungserfolge aus den Akutaufenthalten bewahrt werden; Arbeitsunfähigkeitszeiten sowie Langzeitarbeitslosigkeit kann vorgebeugt werden. Darüber hinaus kann während dieser Phase

durch eine intensive Diagnostik und eine fundierte sozialmedizinische Beurteilung eine passgenaue Bedarfsermittlung weiterführender Fördermaßnahmen erreicht werden.

Damit werden finanzielle Ressourcen effizienter genutzt sowie die Folgekosten im Gesundheitssystem verringert. Zudem ließen sich auch die enormen Zeiträume, die bis zu einer passgenauen, störungsspezifischen Behandlung vergehen, drastisch verkürzen. Das Chronifizierungsrisiko schwerer psychischer Erkrankungen könnte so schon frühzeitig deutlich verringert werden und somit auch ökonomische Effekte im Sozialsystem abgemildert werden.

2.3. Möglichkeiten der bedarfsorientierten Nachsorge schaffen

Die Bedarfe schwer psychisch kranker Menschen unterscheiden sich von Klienten des psychosomatischen Indikationsbereichs. Für sie sollen passgenaue Angebote geschaffen werden.

Bei Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung finden Begleitung und Unterstützung am Arbeitsplatz unabhängig von der Art der Reha-Phase (nur medizinische Rehabilitation oder in Kombination mit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsmarkt) nach Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme in der Regel nicht statt. Die betroffenen Menschen sind nach dem Ende der Rehabilitation unabhängig davon, ob sie eine lohnabhängige Tätigkeit antreten oder nicht, auf sich allein gestellt.

Das ist besonders problematisch für Rehabilitanden, die als relevant leistungsfähig nach der medizinischen Reha-Phase entlassen werden. Nach monatelanger Erprobung und differenzierter Rehabilitationsdiagnostik sind die Betroffenen im entscheidenden Moment, nämlich ab dem Zeitpunkt als Arbeitnehmer oder Auszubildender, in schwierigen Situationen, Verunsicherungen und auf den Arbeitsplatz bezogenen Krisen, auf sich allein gestellt.

Das wird dem Wesen psychischer Erkrankungen mit häufig phasischen Verläufen, in der Regel rezidivierendem Auftreten von Leistungseinschränkungen und wechselndem Unterstützungsbedarf nicht gerecht. Gerade das Ankommen im neuen Kontext mit den vielfältigen Herausforderungen der Arbeitsinhalte und der Gestaltung neuer sozialer Beziehungen braucht fachlich kompetente Unterstützung. Diese fehlt innerhalb des aktuellen Rechtsrahmens nicht nur den Betroffenen, sondern auch den Arbeitgebern.

Wünschenswert ist hier ein Modell, das Beziehungskontinuität herstellt und es am Rehabilitationsprozess beteiligten Fachkräften ermöglicht, auch über das Ende einer Rehabilitationsmaßnahme hinaus unterstützend und ggf. moderierend tätig zu sein. In diesem Sinne sollte die Nachsorge nach Rehabilitationsmaßnahmen langfristig und flexibel angepasst an den individuellen Unterstützungsbedarf ermöglicht werden. Sie sollte Betroffenen und Arbeitgebern zur Verfügung stehen.

Erfolgsfaktoren sind: konstante Beziehungen, Lebensweltorientierung und ggf. aufsuchende Hilfen. Dafür muss ein regelfinanzierter Rahmen entwickelt werden⁴.

⁴ Hierfür bieten sich regionale Projekte im Rahmen von RehaPro an (z. B. Projektskizze „Job Protection“ der DRV Braunschweig-Hannover).

Die Notwendigkeit von Nachsorge nach der Rehabilitation zur überdauernden Sicherung des Rehabilitationsergebnisses ist bei den Leistungsträgern Konsens. Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) hat für die Belange psychisch erkrankter Menschen Nachsorgekonzepte entwickelt. Diese beziehen sich jedoch ausschließlich auf die Nachsorge nach psychosomatischer Rehabilitation⁵ (siehe IRENA und PSYRENA). Dabei handelt es sich in der Regel eine 4-6 wöchige Maßnahme im stationären Setting, wohnortfern für Menschen mit leichteren psychischen Störungen. PsyRENA-Leistungen werden nach einer RPK-Maßnahme nicht bewilligt, RPK-Einrichtungen können sich als Einrichtungen, die PsyRENA-Gruppen anbieten, nicht zertifizieren lassen.

In Anbetracht der von Arbeitnehmern geforderten Mobilität sind außerdem internetbasierte Nachsorgekonzepte als Alternative oder ergänzende Nachsorgemodelle zu unterstützen. Für solche Konzepte gibt es bisher keine strukturierte Förderung.

Der spezifische Nachsorgebedarf von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen wird damit nicht abgedeckt. Es treten besondere Härten auf, wenn die Rehabilitationsmaßnahme aufgrund einer positiven Erwerbsprognose des Rehabilitanden bereits nach der medizinischen Phase endet und eine Integration in Ausbildung oder Arbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erfolgen soll.

Die vorhandenen Konzepte der DRV sind ausschließlich auf Fragestellungen der medizinischen Rehabilitation im Sinne der psychosomatischen oder somatischen, nicht aber der RPK zugeschnitten. Hier sollten Veränderungen stattfinden.

2.4. Schaffen von Versorgungsmöglichkeiten für spezifische Bedarfe und Diagnosen

Indikationsbasierte Erweiterung störungsspezifischer Rehabilitationsmethoden für weitere Diagnosegruppen, insbesondere Personen mit Doppeldiagnosen und komplexen neurotischen Belastungs- und somatoformen Störungen.

In der Zielgruppendefinition der medizinischen Phase der medizinisch-beruflichen Rehabilitation in der RPK werden als im Vordergrund stehende Diagnosen Schizophreniespektrum-Erkrankungen, Störungen des affektiven Erkrankungsspektrums sowie schwere Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen genannt. Dem gegenüber stehen deutliche Verschiebungen innerhalb des Diagnosespektrums innerhalb der letzten acht Jahre.

Während 2009 noch die Kategorie F2 mit über 40% den größten Anteil ausmachte, sank dieser auf gut 25% im Jahre 2016. Im Gegenzug gewinnen Persönlichkeitsstörungen (F6) vor allem als komorbide Begleitphänomene einer affektiven (F3) oder Angst- bzw. Traumastörung (F4) an Bedeutung. Eine affektive Störung betrifft nahezu die Hälfte aller Betroffenen (44%, Zahlen aus der BAG RPK Basisdokumentation).

Hinzu kommen Doppeldiagnosen, d.h. eine schwere psychische Störung in Komorbidität mit einer Sucht, die spezifische Behandlungskonzepte und Rehabilitationskonzepte auch nach Erreichen von Abstinenz voraussetzen. Diesen Bedingungen werden aktuelle Rehabilitationskonzepte genauso wenig gerecht, wie schweren Erkrankungen im Sinne von Traumafolgestörungen, Ängsten, Zwängen

⁵ DRV-Konzept „Rahmenkonzept zur Nachsorge für Medizinische Rehabilitation nach §15 SGB VI, Stand: Juni 2015, Fassung vom 02. Januar 2018

oder anderen schweren und zur Chronifizierung neigenden Erkrankungen aus dem Spektrum sogenannter „neurotischer Störungen“.

Um in diesem Störungsspektrum die Teilhabe am gesellschaftlichen und Arbeitsleben konsequent zu verbessern, sind daher Anpassungen sowohl in Rehabilitationskonzepten als auch in der personellen Struktur von Rehabilitationseinrichtungen notwendig:

- **Konzeptionelle Anpassungen**
Die Konzeption der medizinischen Phase der Rehabilitation für schwer psychisch kranke Menschen sollten Interventionen beinhalten, die komplexe Komorbiditäten sowie Suchterkrankungen adäquat mit einbeziehen.
- **Personelle Anpassungen**
Qualifizierte psychotherapeutische Behandlung spielt im Rahmen der medizinischen Rehabilitation eine wichtige Rolle. Hier sollten Möglichkeiten geschaffen werden, die psychotherapeutische Versorgung im Rahmen der medizinischen Phase der RPK zu stärken, z.B. durch die Finanzierung des Einsatzes Psychologischer Psychotherapeuten

2.5. Anpassungsbedarfe der medizinischen Phase der RPK:

Trägerspezifische Rehazielle: Konsequente Umsetzung der Ziele des SGB V – kein Vorrang der positiven Erwerbsprognose

Rehabilitationsdauer von 6-8 Monaten: angemessene Regelungen für Unterbrechung und Beurlaubung

Die Rolle der Erwerbsprognose im Konflikt zu den Rehabilitationszielen des SGBV

In der RPK-Empfehlungsvereinbarung werden neben allgemeinen Rehabilitationszielen trägerspezifische Rehabilitationsziele definiert. Die RPK-Maßnahme wird als Komplexmaßnahme aus medizinischer und beruflicher Rehabilitationsphase beschrieben. Dabei wird in der Regel zu Beginn eine medizinische Rehabilitationsphase beantragt, zu der unter anderem auch eine Prognose zur Erwerbsfähigkeit zu stellen ist.

In Trägerschaft der Krankenversicherung ist die Erwerbsprognose nicht alleiniges Ziel der Rehabilitation. Vielmehr richten sich die trägerspezifischen Ziele der Krankenversicherungen darauf, eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.

In der Praxis wird häufig bei der Bewilligung von RPK-Maßnahmen und insbesondere der medizinischen Phase der RPK-Maßnahme entgegen der Zielsetzung für Rehabilitation des SGBV eine positive Erwerbsprognose als Eingangskriterium für die medizinische Phase gesetzt.

Diese Praxis führt zu einer Versorgungslücke:

Schwer psychisch kranke Menschen finden kein passendes Rehabilitationsangebot, obwohl ihre individuellen Zielsetzung in Übereinstimmung mit den Zielen der gesetzlichen Krankenversicherung steht, **eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern**“.

Sie werden von der RPK-Maßnahme ausgeschlossen. Das ist umso tragischer, als sich die positive Erwerbsprognose häufig im Rehabilitationsverlauf herstellen ließe.

Hier wäre eine strikte Umsetzung der trägerspezifischen Rehabilitationsziele insbesondere bezogen auf die Krankenversicherungen im SGB V-Bereich notwendig.

Möglichkeit für Unterbrechungen und Urlaub in der medizinischen Phase schaffen

Die erfolgreiche Teilnahme an der bis zu einem Jahr dauernden medizinischen Rehabilitationsphase in der RPK wird für die Betroffenen dadurch erschwert, dass eine Beurlaubung auch aus rehabilitativ indizierten Gründen nicht möglich ist.

Hier werden Kriterien aus der Psychosomatik angelegt, die so nicht zielführend sind. Dass innerhalb einer 3-6-wöchigen psychosomatischen oder medizinischen Rehabilitation in anderen Fachgebieten einer Beurlaubung nicht stattgegeben werden kann, erscheint nachvollziehbar, da die gesundheitlichen Ziele in diesem Zeitraum im Vordergrund stehen müssen. In Anbetracht der langen Dauer der medizinischen Rehabilitationsphase im Rahmen der Komplexmaßnahme RPK kann diese Regel den Rehabilitationserfolg gefährden und widerspricht letztlich bei einer möglichen Rehabilitationsdauer von einem Jahr dem Gedanken der sozialen Teilhabe.